

Aspectos conceptuales y metodológicos sobre la fuerza de trabajo en el área de salud en Brasil*

André Cezar Mediei **

Maria Helena Mach ***

Roberto Passos Nogueira ****

Sábado Nicolau Girardi *****

Introducción

La composición del mercado de trabajo en el área de la salud corresponde a un capítulo particular de la composición del mercado de trabajo capitalista en general. Esto quiere decir que solo se puede hablar de mercado de trabajo en el área de salud cuando se producen relaciones sistemáticas de compra y venta de la fuerza de trabajo en el área de salud en el mercado. Las corporaciones empezaron a formar el mercado de trabajo en el área de la salud de manera reglamentada con la desagregación del feudalismo y la constitución del orden económico capitalista. Se configuró definitivamente en el siglo XX cuando el Estado y el capital en el sector empezaron a determinar el precio y las relaciones de compra y venta de dicha fuerza de trabajo. Esta afirmación da lugar a dos problemas básicos. El primero es que en determinados periodos el mercado de trabajo en el área de la salud estuvo sujeto a los mismos movimientos que marcan la formación de los mercados de trabajo en las sociedades capitalistas. El segundo se refiere a que las especificidades inherentes al sector de prestación de servicios de salud, su complejidad, su heterogeneidad y su relación con los demás sectores de la producción social dieron lugar a formas particulares de inserción social de los profesionales de la salud en la actividad económica.

Se suele afirmar que las configuraciones generales –las influencias del mercado de trabajo en general en la estructura y dinámica del mercado de trabajo en el área de la salud– constituyen determinaciones en última instancia. Tales configuraciones están marcadas por el cambio del trabajo autónomo (artesanal) al trabajo asalariado; por la transición de una división del trabajo de tipo manufacturero a otra de tipo industrial; por el aumento de la escala de la fuerza de trabajo utilizada en cada establecimiento o unidad productiva y por el cambio de una forma endógena a otra exógena del proceso productivo, en lo que se refiere a la extracción del excedente de tal fuerza de trabajo.

Las configuraciones específicas –aquellas que son propias de las peculiaridades de la organización del trabajo en cada ramo de la producción social– constituyen las llamadas determinaciones de primera instancia. En el caso del sector de la salud, estas responden a preguntas como la permanencia de un sector predominantemente manufacturero (o de prestación de servicios de salud) y otro de naturaleza industrial (o de producción de medicamentos o equipos médicos) a partir de un tronco histórico común, donde el profesional, además de prestar servicios, confeccionaba sus instrumentos y los medicamentos que utilizaba. También responden a preguntas como el crecimiento

* Texto transcrito parcialmente de la publicación *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*, editado por la Fundación Oswaldo Cruz/Escuela Nacional de Salud, Rio de Janeiro. 1992.

** Consultor del Banco Interamericano de Desarrollo/Washington, D.C.

*** Profesora del Departamento de Administración en Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública, Coordinadora del Núcleo de Estudios e Investigaciones en Recursos Humanos en Salud de la ENSP.

**** Investigador del Instituto de Investigación Económica Aplicada – IPEA, Brasília, DE.

***** Investigador del Núcleo de Estudios en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Minas Gerais.

del rol del Estado en el control y reproducción de esa fuerza de trabajo, así como en la permanencia de formas combinadas de ocupación en las que el trabajo asalariado es solo una de las vertientes, a pesar de ser cada vez más hegemónica.

Las modificaciones históricas que caracterizan la evolución de la fuerza de trabajo en el área de la salud en sociedades capitalistas causan problemas en lo que se refiere a la definición y cobertura del profesional de la salud. En épocas más remotas, hace dos siglos, por ejemplo, no hubiera sido posible separar los oficios de médico y farmacéutico. Hace tres siglos habría sido difícil separar al cirujano del barbero. Esto sucedía en la práctica, a pesar de que existía una fuerte división técnica del trabajo en la cima del conocimiento tecnológico de las ciencias de la salud. Actualmente, el ramo farmacéutico corresponde a una vasta industria, en la que probablemente el carácter rutinario y alienado del trabajo operario lo coloca más cerca de un metalúrgico que de un asistente de enfermería.

Por lo tanto, antes que nada, el concepto del profesional de la salud (y, por consiguiente del mercado de trabajo en el área de la salud) es un concepto histórico y social. El progreso técnico en el área de la salud ha sido tan intenso que probablemente el perfil de un operador de equipos médicos podrá, en un futuro no muy lejano, estar más cerca de un ingeniero de sistemas que de un médico.

Además de ser histórico y social, el concepto del profesional de la salud está fuertemente determinado por el grado de desarrollo socioeconómico de una región. Los países de industrialización atrasada, que corresponden, en cierta medida, a los países actualmente desarrollados, presentan perfiles de profesionales en el área de la salud relacionados con el crecimiento del papel del Estado en la implementación de políticas sociales y con el estado del desarrollo tecnológico del sector. En general, estos países están intraregionalmente más integrados y, por lo tanto, el perfil de la atención a la salud es más homogéneo y muestra niveles de complejidad de los servicios y perfiles profesionales similares en todas las regiones.

Por lo general, los países de industrialización tardía o no industrialización, que corresponden a los *New Industrialized Countries* (NIC) o a los países propiamente subdesarrollados muestran disparidades regionales significativas, donde la presencia del Estado en el sector también es heterogénea. Así, el perfil profesional puede variar del neurocirujano al curandero, en la medida en que no todos tienen acceso a las formas de atención oficiales y reglamentadas.

Estas diversidades presentan problemas relacionados no solo con la comparabilidad histórica en la evolución de las categorías profesionales en el área de la salud, sino también con las comparaciones internacionales entre categorías funcionales.

Es cierto que los últimos cincuenta años marcan una fase de gran crecimiento de los servicios de salud en el nivel mundial. Las políticas de *welfare-state* en los países centrales, la creación de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y sus filiales continentales, como la Organización Panamericana de la Salud, han contribuido fuertemente en el sentido de homogeneizar sistemas de salud en diferentes países y, principalmente, crear directivas de distribución, formación y composición interna de los equipos profesionales de salud.

Si bien tales propósitos no se adecuan a las realidades locales, han correspondido a determinados modelos de atención médica que necesariamente inducen a los Ministerios Nacionales de Salud a comprometerse con estrategias de recursos humanos para la salud más racionalizadoras que aquellas que ocurrirían sin la asistencia técnica o la presión ejercida por estos organismos. Las políticas de *welfare-state* traen como consecuencia el hecho de que la fuerza de trabajo en el área de la salud ha pasado por un crecimiento relativo superior al ocurrido en los demás segmentos del mercado de trabajo, a partir de la post-guerra.

El crecimiento del mercado de trabajo organizado e institucional en salud corresponde al progresivo desaparecimiento del mercado espontáneo o informal de los servicios de salud. En la medida en que los sistemas estadísticos permiten medir el crecimiento de categorías profesionales codificadas y conceptuadas internacionalmente, es posible conocer el número de médicos, asistentes

de enfermería, etc., que ha crecido, así como el número de curanderos, practicantes de farmacopea popular o parteras familiares que desaparecen con ese movimiento de formalización e institucionalización del mercado de trabajo en el área de la salud, principalmente en los NIC o en los países subdesarrollados.

Las preocupaciones nacionales e internacionales por ampliar la cobertura de los sistemas de salud, y más recientemente por la universalización y equidad, naturalmente llevan a una mayor estandarización de las modalidades asistenciales, lo que se refleja en la descripción más homogénea de perfiles profesionales y análisis *profisiográficos*. Los sistemas estadísticos nacionales tienden a reproducir ese movimiento de homogeneización, lo que hace que, de acuerdo con el grado de desarrollo de la región, se acerquen o se distancien más de la realidad del mercado de trabajo en salud local.

Por lo tanto, en un intento de escapar al rigor del análisis tradicional, se puede admitir la existencia de dos mercados de trabajo en el área de la salud que conviven simbióticamente. El primero es el mercado de trabajo institucional y reglamentado, marcado por la existencia de lazos económicos o jurídicos con las instituciones gubernamentales. A este mercado corresponden las categorías profesionales con formación reconocida por el Estado y por las corporaciones dominantes en el sector. El nexo de ese mercado de trabajo está determinado por relaciones que poseen un fuerte contenido económico, tales como el pago de salarios, la compra o venta contractual de servicios, etc. Se puede afirmar que la totalidad de las estadísticas continuas disponibles están dirigidas únicamente a la contabilización y descripción de ese mercado.

El segundo es un mercado de trabajo informal, no institucional o no reglamentado. A este mercado corresponden las categorías profesionales sin formación práctica ni académica reconocida, donde el nexo de las relaciones no siempre es el económico, pudiendo ser el cultural, religioso o afectivo.

No es necesario indicar que la primera forma es prácticamente hegemónica y que su relación simbiótica no pasa por las instituciones, sino más bien por las familias que, en muchos casos, combinan procedimientos terapéuticos ofrecidos por ambos mercados. También se admite que el segundo mercado es casi inexistente en los países desarrollados y se encuentra en rápido proceso de extinción en los países no industrializados o recién industrializados, ya sea en función de la mercantilización o monetarización de las economías de tales países o por la difusión de los mecanismos de ayuda y cooperación internacional relacionados con el sector de salud.

Sin embargo, generalmente surgen formas mixtas de esos dos mercados, principalmente en los países subdesarrollados, cuando la oferta de servicios públicos de salud es insuficiente y la situación económica de las poblaciones más pobres no permite que estas paguen por servicios privados regulares. Un ejemplo de esta combinación son las denominadas “*pseudoclínicas*”, que emplean profesionales de formación reconocida (médicos recién formados o estudiantes de medicina) de manera no regular que cobran precios que se encuentran por debajo de los precios del mercado. Es decir, escapan al fisco o a la fiscalización estatal del ejercicio profesional y de las relaciones de trabajo, sin pagar impuestos y sin firmar la *carteira de trabalho*¹ de los profesionales. El nexo de esa relación es económico, por consiguiente, no reglamentado. Por lo general, absorben franjas del desempleo estructural del sector; las que pueden ser mayores o menores, de acuerdo con la capacidad del aparato formador, con la demanda de profesionales de salud y con los movimientos de naturaleza cíclica de la economía que se reflejan en la estructura de la oferta pública o privada de los servicios de salud.

Estas estructuras mixtas de mercado de trabajo en el área de salud tienen, entre otros determinantes, el rápido incremento de la oferta de profesionales del sector; la cual ha crecido en los últimos años frente a la demanda. Recientemente, muchos gobiernos, tanto de los países

¹ Se trata de un documento obligatorio para aquellos que prestan algún tipo de servicio profesional en Brasil. Es uno de los únicos documentos que comprueba los datos sobre la vida funcional del trabajador.

desarrollados como de los países subdesarrollados, han reconocido este permanente desequilibrio entre la oferta y la demanda por profesionales del área de la salud que está relacionado con fallas en los mecanismos de planificación sectorial y que tiene como consecuencia práctica la reducción del precio de la fuerza de trabajo de estos profesionales, el aumento del desempleo y del subempleo. Las consecuencias de la disminución salarial llevan a que las categorías más estructuradas (por ejemplo, médicos) tomen varias formas del ejercicio multiprofesional, como la combinación de dos o más empleos asalariados con la práctica liberal en consultorios propios o compartidos. Para las categorías de calificación de nivel medio, el resultado ha sido una desmotivación por la profesión, la caída de la calidad de los servicios prestados, el poco interés en adquirir una formación profesional de mejor calidad, etc. En algunos países, este fenómeno trae una bipolarización profesional donde, en la cima de la jerarquía funcional se encuentra normalmente el médico y en la base, el asistente o auxiliar de servicios, sin formación profesional y con una experiencia práctica degradada por la baja calidad de los servicios ofrecidos.

A pesar de esos desequilibrios, en el último periodo de este siglo la dinámica del mercado de trabajo en el área de la salud ha estado determinada por la creciente demanda directa o indirectamente inducida por el sector público. En la medida en que el Estado, al extender la cobertura por estos servicios, crea demanda efectiva para el sector privado a partir de subsidios, exoneraciones tributarias o contratos y convenios con empresas, grupos médicos, industrias de fármacos y equipos, también estimula constantemente el crecimiento del empleo de profesionales de salud fuera del ámbito estatal. Este carácter de privatización del gasto público en el área de la salud, en términos de inducción al crecimiento del empleo está combinado con estrategias directamente públicas de contratación, reflejadas en el aumento de las redes de servicios estatales de salud.

En la medida en que las políticas de salud, como las demás políticas sociales, actuaron de forma anticíclica, en el sentido keynesiano, el crecimiento del empleo en salud se mantuvo constante, incluso con las crisis coyunturales del capitalismo a partir de la post-guerra en el sector público o privado. Sin embargo, recientemente la naturaleza de las crisis económicas se ha chocado con los límites del crecimiento del Estado y los gastos en políticas sociales. La combinación de las crisis económicas con las crisis fiscales ha inducido a los heraldos del liberalismo a denunciar al Estado como mal gastador en lo que se propone gastar (incluso en políticas sociales), además del enemigo público número uno de la inversión privada, en función de los niveles crecientes de tributación. Así, muchos países que hace décadas practicaban las políticas de *welfare* cambiaron sus gobiernos a las manos de dirigentes más conservadores. Asimismo, creció la creencia de que cada individuo podía gastar mejor que el Estado la cantidad que destinaba a los pagos de impuestos. Los cambios de esta naturaleza hicieron que los gobiernos, como el americano, practicaran drásticos cortes en los programas de asistencia médica pública (*Medicare*, *Medicaid*), lo que causó algunos impactos negativos en la dinámica del crecimiento del empleo en la salud.

El discurso liberal trae implícito el rompimiento del principio de la equidad, ya que cada individuo puede gastar mejor sus impuestos cuando el peldaño de tributación individual aumenta en función de la renta. En esta perspectiva, los que no deben al fisco, por no recibir renta, no podrán gastar nada, con lo que se trunca la función de corregir las desigualdades sociales debido al progreso en la recaudación y a la regresión en el gasto público. Además, los gobiernos liberales-conservadores prefieren alterar la estructura interna del gasto público (gastar más en armamentos y subsidios privados, por ejemplo, y menos en políticas sociales) que reducir la carga tributaria.

Recientemente, el discurso antiestatal ha encontrado ecos en los Estados de los países subdesarrollados. Si bien aún no están claros los efectos de una futura desestatización, es posible que los compromisos externos, la elevada deuda pública y la perspectiva del recrudecimiento de la inflación en un cuadro recesivo en estos países pueda tener efectos negativos en el perfil de las políticas de salud, con posibles rupturas en las tasas históricas de crecimiento del empleo en el sector.

Aspectos conceptuales y metodológicos

La fuerza de trabajo y los recursos humanos

Existen dos formas de dividir la realidad del mercado de trabajo y analizar a los profesionales insertados en él: como fuerza de trabajo y como recursos humanos.

Fuerza de Trabajo es el término consagrado por la economía-política, relacionado particularmente con la escuela clásica de Smith, Ricardo y Marx. Actualmente, se presta, en diversos campos científicos, a un uso que es simultáneamente descriptivo y analítico, en el proceso de conocimiento de fenómenos demográficos y macroeconómicos. Recurso Humano, en contrapartida, es una expresión que proviene de la ciencia de la administración y se subordina a la óptica de quien ejerce algún tipo de función gerencial o de planificación, ya sea en el ámbito microinstitucional (órgano público o empresa privada) o en el ámbito macroinstitucional (por ejemplo, planificación estratégica nacional). Por lo tanto, se usa el concepto de recurso humano en función del propósito de intervenir en una determinada situación para producir y mejorar o incluso administrar ese recurso específico que es la capacidad de trabajo de los individuos. Se sitúa al lado de otros recursos, como los materiales y los financieros, igualmente susceptibles de un uso “más racional” (Nogueira, 1983).

También cabe indicar que quien usa el término Fuerza de Trabajo, generalmente piensa en el carácter del trabajo como único medio de creación de riqueza y generación del excedente. Quien usa el término Recurso Humano coloca el trabajo en una tabla rasa de la teoría neoclásica de los factores de producción, en la que tierra, capital y trabajo se ponen de lado a lado en el proceso de generación del excedente y pueden ser reemplazables de manera relativamente homogénea en una función de producción. Por otro lado,

"quien dice fuerza de trabajo, piensa inmediatamente en aspectos tales como la producción, empleo y desempleo, renta, división del trabajo, sector de empleo, salario, etc. Por el contrario, quien dice recurso humano piensa en planificación, capacitación, selección, plan de puestos y salarios, etc. Se tiene aquí dos maneras de enfocar la realidad: una que pretende describirla e interpretarla teóricamente, mientras la otra es objetiva y busca someterla a una acción gerencial". (NOGUEIRA, 1983).

Las investigaciones que dieron origen al libro mencionado suelen usar los dos enfoques. En el análisis de las políticas de salud y sus efectos ordenadores sobre el mercado de trabajo sectorial, se emplea el término “recurso humano en el área de la salud”, mientras en el análisis de las características socioeconómicas y demográficas inherentes a los profesionales de salud (edad, sexo, distribución regional, condición de actividad, posición en la ocupación, jornada de trabajo, escolaridad, renta) se usa el término fuerza de trabajo. Se usó incluso un tercer enfoque, el enfoque del empleo en el área de la salud, en donde se analizan las formas de inserción institucional de los profesionales del área de la salud en el mercado de trabajo, tales como la evolución de los puestos de trabajo, tipo de institución en donde se insertan tales puestos de trabajo (públicas, privadas y sus divisiones), tipo de convenios y modalidades asistenciales mantenidas por estas instituciones, especialización de estos establecimientos, etc.

Empleo constituye un término que surge con las preocupaciones del Estado, a partir de los años treinta, por mapear aspectos específicos correlacionados con la demanda global de fuerza de trabajo. Su uso está relacionado con el economista inglés John Maynard Keynes y sus seguidores, en una corriente de pensamiento económico que surge a partir de ese periodo: el keynesianismo. El término “empleo” no está directamente relacionado con personas o individuos. Quien dice empleo piensa en ocupaciones y puestos de trabajo. Los analistas dedicados al estudio del empleo se preocupan por mapear los impactos que puede generar una determinada política pública (social o económica) en la creación de puestos de trabajo u ocupaciones, a fin de elevar la demanda global de trabajo en una

economía determinada.

Por lo tanto, estos tres enfoques corresponden a formas u ópticas distintas para interpretar la realidad. El primero, el de recurso humano, a pesar de abstraer las relaciones sociales y estar consolidado en la teoría de sistemas, busca interpretar las formas de gestión de ese “factor de producción” específico que es la capacidad de trabajo de los individuos. El segundo, el de fuerza de trabajo, busca describir e interpretar las relaciones sociales que consolidan los trabajadores que se insertan en este ramo específico de actividad (los de servicios de salud) y se encuentra más reflejado en el análisis marxista, que parte de los individuos y de su inserción social en el proceso de trabajo. El tercero, el de empleo, parte de la demanda agregada por determinado conjunto de puestos de trabajo, a partir de una determinada inserción institucional en el mercado de trabajo.

A pesar de tener tres enfoques teóricos conceptualmente distintos, uno funcional y sistémico (el de los recursos humanos); otro marxista (fuerza de trabajo) y otro de corte keynesiano (el de empleo), se puede admitir que los tres son complementarios.

“Así, no tiene sentido rechazar la expresión recurso humano en nombre de un pseudo-humanismo que no admite la reducción del trabajador a un objeto gestionable, lo que sería una actitud semejante a la de negar que, en el mercado capitalista, la fuerza de trabajo pueda aparecer como una mercadería. Las crudas relaciones político-institucionales, así como las económicas, son enteramente objetivas y deben ser reconocidas como tales para que podamos transformarlas y humanizarlas verdaderamente”. (NOGUEIRA, 1983).

Por todos estos argumentos, se concluye que tanto el enfoque general sistemático de recursos humanos, como el marxista de fuerza de trabajo y el keynesiano de empleo no son totalmente antagónicos. Esto es importante en la medida en que incrementa diferentes instrumentos para proceder con el análisis, a partir de una forma de intervención transformadora. El enfoque unilateral, que se configura en el análisis único de los profesionales del área de salud, en calidad de recurso humano o en calidad de empleo puede caer en una perspectiva utilitarista, donde los aspectos intrínsecos relacionados con la inserción del individuo en el proceso de trabajo en el área de la salud y con la mejora de sus condiciones socioprofesionales queden de lado, en función de objetivos de gestión o de dinámica macroeconómica.

¿Quiénes son los profesionales y los trabajadores de salud?

El sector de salud, como se ha visto, pasó históricamente por una serie de transformaciones sociales y económicas que tuvieron fuertes reflejos en su base técnica y, por lo tanto, en la magnitud del conjunto de profesionales y en el proceso de trabajo utilizado. Actualmente, se puede decir que una vasta cantidad de categorías profesionales trabaja en actividades cuya finalidad última es cuidar las condiciones de salud de las poblaciones. De manera general, podríamos incluir en este grupo a los trabajadores de las industrias farmacéuticas y de equipos médicos, así como a los que trabajan en los laboratorios de análisis clínicos o en las oficinas de planificación de salud de los ministerios y secretarías regionales o locales relacionados con el tema. Sin embargo, debido a la etapa de desarrollo de la división intersectorial del trabajo y a la interpenetración del área sectorial en el capitalismo contemporáneo, es posible decir que esta consideración es inadecuada, aunque talvez no lo haya sido hace dos o tres siglos. Clasificar como trabajadores de salud a los que se insertan productivamente en la industria farmacéutica o de equipos médicos sería lo mismo que considerar como trabajadores agrícolas a aquellos que desempeñan su actividad económica en la producción de tractores o de fertilizantes y agrotóxicos. En la división social moderna del trabajo, muchas veces los sectores que en un pasado no muy distante jugaban un rol accesorio para una determinada actividad o finalidad pueden volverse el carro y chofer e incluso determinar la dinámica de tal actividad. De esta manera, la agricultura moderna se vuelve un apéndice de la industria de implementos agrícolas, así como la prestación de servicios de salud en un futuro no muy distante se puede volver subordinada a

la industria de equipos, vacunas e inmunobiológicos, fármacos y medicamentos (lo que podría incluso estar sucediendo).

En el ítem anterior se presentaron comentarios sobre los conceptos de fuerza de trabajo, recursos humanos, empleo y sus aplicaciones en el campo de la salud. Tales conceptos se remiten a enfoques superestructurales, lo que hace difícil su medición y cuantificación. Para medir los problemas ocupacionales en el área de la salud, es necesario usar categorías infraestructurales que sean más operacionalizables. Entre estas categorías destacan aquellas que se pueden analizar a partir de una equivalencia estadística en la recolección de datos disponibles sobre el tema.

Dadas estas consideraciones, se clasifica como trabajadores de salud a todos aquellos que se insertan directa o indirectamente en la prestación de servicios de salud, al interior de los establecimientos de salud o en actividades de salud, ya sea que tengan o no la formación específica para el desempeño de funciones relacionadas con el sector. Por lo tanto, un ingeniero que trabaja en el sector de reparaciones de un hospital o un auxiliar administrativo que trabaja en el servicio de estadística de un puesto de salud se pueden considerar trabajadores de la salud, sin necesariamente ser profesionales del área de la salud. Así mismo, un médico o asistente que trabajen en el consultorio de salud ocupacional de una fábrica son trabajadores de la salud, a pesar de no trabajar en el sector de la salud, ya que como se vio anteriormente, una fábrica no forma parte del universo de ese sector.

Lo más importante en la definición de trabajador de salud es el vínculo de trabajo en el sector o actividad de salud, independientemente de la formación profesional o capacitación del individuo.

Análogamente, podemos definir como profesionales de salud a todos aquellos que, estando o no ocupados en el sector de la salud (incluidos los desempleados que buscan trabajo), cuentan con una formación profesional específica o capacitación práctica o académica para el desempeño de actividades relacionadas directamente con el cuidado o las acciones de la salud. Es el caso de los médicos, enfermeros, odontólogos e incluso otros profesionales, como el ingeniero sanitario, el nutricionista y el asistente social, siempre que su formación haya pasado por una criba de capacitación, a fin de calificarlo para tales tareas. También es el caso de los técnicos o auxiliares de nivel intermedio y elemental que poseen formación o capacitación específica para el desempeño de tareas relacionadas con el sector.

Lo importante en la definición del profesional de salud es su formación y capacitación, la cual está constituida por un conjunto de habilidades cognitivas adquiridas a fin de actuar en el sector, independientemente del vínculo de ocupación (ocupado o desocupado) o relación funcional con el sector existente (ocupado en el sector u ocupado fuera del sector). Se puede decir que muchos profesionales de salud no trabajan directamente en la prestación de servicios de salud. Es el caso de los médicos que trabajan en instituciones exclusivas de enseñanza e investigación, de los farmacéuticos que trabajan en la industria (y no en las farmacias), de dentistas que son funcionarios de oficinas de planificación (en los casos voluntarios), o incluso de profesionales con formación o capacitación específica que, al no encontrar lugar en su mercado de trabajo propio, tienen que conformarse con trabajar en bancos, actividades manufactureras, comercio, o incluso permanecer en los límites del desempleo (en los casos involuntarios).

Existe una tercera categoría, la del personal de salud, que se puede definir como el conjunto de trabajadores que, con formación o capacitación específica, práctica o académica, trabaja exclusivamente en los servicios o actividades del área de la salud. Se puede decir que la categoría personal de salud representa la intersección de las dos categorías definidas anteriormente, formada por los trabajadores de salud con capacitación o formación para ejercer funciones o actividades propias del área de la salud.

Las tres categorías anteriormente definidas pretenden dar cuenta, en el nivel de los conceptos de infraestructura, de tres dualidades distintas:

- a) trabaja en actividades de salud *versus* no trabaja en actividades de salud;

- b) tiene capacitación profesional para el sector *versus* no tiene capacitación profesional para el sector;
- c) está ocupado *versus* está desocupado.

Debido a la óptica de estas tres dualidades, podemos crear el siguiente cuadro, destinado a medir la población económicamente activa del sector de salud (PEA):

Cuadro 1
Clasificación de la PEA según su interconexión con las actividades de salud y la capacitación para el sector salud

Tipo de capacitación	Población económicamente activa (PEA)			
	Ocupados		Desocupados	
	En actividades de salud	En otras actividades	Buscando trabajo en el área de salud	Buscando trabajo en otras actividades
Capacitación en el área de la salud	1 personal de salud	2 profesionales de salud	5 profesionales de salud	6 profesionales de salud
Sin capacitación en el área de salud	3 trabajadores de salud	4 otros trabajadores	7 complemento de PEA	8 desocupados

En el cuadro 1 se aborda la totalidad de la población económicamente activa. Por definición, la población económicamente activa está formada por el conjunto de los ocupados y de los desocupados. Los ocupados son aquellos que están trabajando en un determinado periodo de referencia y que simultáneamente pueden estar buscando trabajo. Así, existen muchas personas que, aunque estén trabajando, pueden estar descontentas con su ocupación o ramo de actividad y que siguen buscando trabajo para cambiar de ramo u ocupación. Los desocupados son aquellos que no están trabajando, aunque hayan intentado hacerlo y, para tal, se encuentran buscando trabajo. Las personas que no trabajan y no están buscando trabajo, en un determinado periodo de referencia, son clasificadas como inactivas.

A partir del esquema analítico del cuadro 1 para clasificar las categorías de trabajador de salud, profesional de salud y personal de salud, anteriormente definidas, se tiene que:

- a) el personal de salud, en la medida en que corresponde a los ocupados en actividades de salud con capacitación específica en salud, están contenidos en el recuadro 1.
- b) los profesionales del área de salud, en la medida en que corresponden simplemente a los que cuentan con capacitación en salud, independientemente de trabajar o no en las actividades de salud o de estar o no buscando trabajo (ya sea en actividades de salud o en otras actividades) están determinados por la suma de los recuadros 1, 2, 5 y 6. Cabe resaltar que en el recuadro 1, los profesionales del área de la salud también realizan actividades de salud, por lo que pueden ser definidos como personal del área de salud, que es una categoría compuesta por las ópticas de “trabajo en el sector” y “capacitación para el sector”. Los recuadros 2, 5 y 6 corresponden a los profesionales de salud *stricto sensu*.
- c) los trabajadores del área de salud, en la medida en que corresponden simplemente a los que

realizan actividades del área de salud, están contenidos en los recuadros 1 y 3, dado que para el recuadro 1 vale lo que fue dicho en el ítem b. Así, el recuadro 3 corresponde a los trabajadores del área de salud *stricto sensu*.

Cabe indicar también que la población económicamente activa del sector de la salud, además de estar compuesta por la unión de los trabajadores de salud, profesionales de salud y, por inclusión, personal de salud, contiene además un determinado conjunto de desocupados que, a pesar de no contar con una capacitación en salud, están coyunturalmente buscando trabajo en el sector. Ese complemento, agregado a las categorías definidas, corresponde a lo que se puede denominar Población Económicamente Activa en salud (PEA). Así, la PEA está formada por los recuadros 1, 2, 3, 5, 6 y 7.

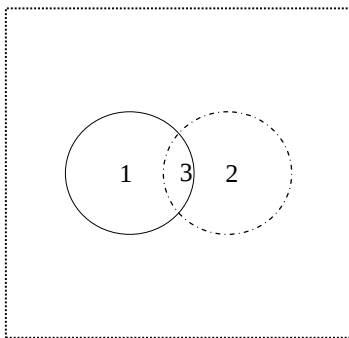
Los recuadros 4 (formado por aquellos que a pesar de no contar con capacitación en salud trabajan en otras actividades) y 8 (formado por la suma de los desocupados que están buscando trabajo en otras actividades) componen el resto de la población económicamente activa. Este fragmento, definitivamente no es del interés de aquellos que se dedican al estudio del mercado de trabajo en salud.

Como se ha visto, el esquema clasificador que muestra el cuadro 1, a pesar de ser esclarecedor en lo que se refiere a los componentes de la PEA, no describe las intersecciones existentes entre las categorías de “trabajador”, “profesional” y “personal” de salud. Así se preparó la figura 1 cuya finalidad es distinguir tales intersecciones.

Figura 1

- 1- Trabajadores de la salud.
- 2- Profesionales de la salud.
- 3- Personal de salud.
- 4- Desocupados en salud

Población económicamente activa en salud.



La figura 1 ilustra esquemáticamente la relación entre las categorías descritas anteriormente. El rectángulo corresponde a la totalidad de PEA.

La parte 1 representa a los trabajadores de salud. La parte 2 a los profesionales de salud. La parte 3 (intersección de 1 y 2) representa al personal de salud y la parte 4 a los desocupados en salud. La línea que separa 2 y 4 está punteada porque existe un grupo de profesionales de salud que está desocupado (buscando trabajo) y se puede clasificar tanto en 2 como en 4.

La diferencia entre los trabajadores de salud (1) y los profesionales de salud (2) está determinada por el conjunto de categorías profesionales no específicas de salud que trabaja en los establecimientos prestadores de servicios de salud, principalmente en actividades administrativas o

auxiliares. La diferencia entre los profesionales de salud (2) y los trabajadores de salud (1) constituye el conjunto de personas con formación específica de salud que no trabaja en establecimientos de salud o en la prestación de servicios de salud. La intersección entre los trabajadores de salud (1) y los profesionales de salud (2) está determinada por el conjunto de profesionales de salud que trabaja en la prestación de servicios de salud en establecimientos de salud, lo que se ha convenido denominar personal de salud (3). Finalmente, la unión de los trabajadores de salud (1) con los profesionales de salud (2) está representada por el total de los ocupados en el sector.

El esquema analítico propuesto solamente considera la fuerza de trabajo regular e institucional. En ese sentido, no se pretende explicar problemas como la economía oculta de la salud (las “pseudoclínicas”) o los que ocurren fuera del ámbito de las relaciones jurídico-económicas del sector (curanderismo, flora medicinal, etc.).

La actividad económica en el sector salud

A la luz de los conceptos más genéricos, ya comentados, podemos buscar una definición más adecuada de lo que es la fuerza de trabajo en el sector de la salud, su composición y estructura.

Se define como Población Económicamente Activa del sector salud (PEA), la parte de la PEA que se encuentra trabajando en actividades del sector salud o que poseen algún tipo de formación, preparación o un conjunto de destrezas específicas para el ejercicio de tales actividades, aunque se encuentre trabajando en otros ramos de actividades. La PEA también está compuesta por el conjunto de personas que se encuentra desocupada y busca, por razones objetivas (como formación académica o experiencia profesional previa), ingresar como ocupado del sector.

A fin de incluir en este concepto de PEA tanto los ocupados en el sector, que pueden ser empleados asalariados, empleadores, autónomos, profesionales liberales y trabajadores no remunerados (misiones religiosas, por ejemplo), así como los desocupados, incluyendo en este caso a aquellos que buscan trabajo por primera vez (por ejemplo, jóvenes y recién graduados).

Se pueden identificar tres grupos principales dentro del grupo de los ocupados en el área de la salud:

1. trabajadores por cuenta propia o autónomos, es decir, aquellos que ejecutan sus tareas para terceros por cuenta propia, teniendo o no un establecimiento propio específico (consultorio, por ejemplo), para desempeñar tales tareas;
2. los empleados en el sector de la salud, es decir, aquellos que son asalariados de entidades públicas o privadas cuya finalidad última es la prestación de servicios de salud;
3. los empleados en establecimientos de otra naturaleza, es decir, aquellos que, a pesar de tener formación práctica o específica en salud, están trabajando en actividades de salud fuera del sector.

Sin embargo, es importante hacer algunas consideraciones sobre esta clasificación. La primera es que, debido a las peculiaridades históricas y a la organización del sector en Brasil, muchos profesionales pueden combinar las situaciones 1, 2 y 3 de manera indiscriminada, como es común entre los médicos y, más recientemente, en otras categorías de nivel superior y medio.

En segundo lugar, algunas posiciones ocupacionales, como la de empleador, no aparecen en la clasificación anterior, ya que “...generalmente los empleadores también ejercen actividades de salud”. Por otro lado, se debe considerar “... el hecho de que abundan en el sector las microempresas, donde parece imperceptible la diferencia entre la autonomía y la situación de empleador” (Nogueira, 1986). Debido a estas consideraciones, se recomienda que los empleadores se inserten en la situación 1, a pesar de reconocer que, en pocos casos, tales empleadores en el área de la salud son dueños de grandes establecimientos que contratan un volumen considerable de empleo para el sector. Sin embargo, en la mayoría de los casos cabe indicar que los grandes establecimientos de salud poseen

una naturaleza jurídica de propiedad no identificada con la persona física, como ocurre en casi todos los establecimientos de beneficencia y filantrópicos (o de mayor porte) o con algunos establecimientos privados lucrativos que pertenecen a empresas o constituyen sociedades anónimas de capital abierto o cerrado.

Para trabajar con tales categorías es necesario verificar cuáles son sus componentes (empleado, empleador, por cuenta propia y no remunerado) y cómo son considerados.

“Empleado es todo individuo que presenta un trabajo fijo o presta servicio a un empleador; recibiendo a cambio una remuneración fija por unidad de trabajo ejecutada” (Medici y Aguiar, 1986). Esta condición incluye tanto a los que están en planilla, como a aquellos que no lo están. Es decir, incluye tanto a los que tienen derechos laborales asegurados, incluso beneficios de seguro social, como a aquellos que no están protegidos por tales vínculos, considerados irregulares.

Autónomo o trabajador por cuenta propia es “aquel que al no tener un empleador fijo, ofrece sus servicios sin tener que dar cuentas por las condiciones en las que estos se realizan” (Medici y Aguiar, 1986). En este grupo, se encuentran incluidos los profesionales liberales, independientemente de una descripción más rigurosa de condiciones en que estos ejercen sus actividades.

En realidad, los vínculos que hacen que no se fiscalice el ejercicio profesional de un trabajador autónomo se refieren a los aspectos formales que inciden sobre un asalariado. Dado que las relaciones de trabajo de un autónomo pueden aparecer de diferentes formas (desde una persona que busca varios trabajos informales hasta un profesional liberal establecido, pasando por las diferentes formas de pago de salario disfrazado por el contrato civil), existen medios de fiscalización externa de sus actividades y están a cargo de la comunidad, de la sociedad civil, del comprador de los servicios o del mismo Estado.

A su vez, el empleador es aquel individuo que independientemente de disponer de algún trabajo en el ejercicio de su actividad, usa simultáneamente la fuerza de trabajo de otro para explotar una actividad económica, es decir, remunerándola a cambio del trabajo ejecutado por un valor preestablecido (salario).

El trabajador no remunerado es aquel que trabaja más de una determinada jornada semanal (se considera internacionalmente 15 horas por semana) para ayudar a un miembro de la familia o institución religiosa, de beneficencia o filantrópica, sin recibir ninguna remuneración por el trabajo ejecutado. Esta categoría es muy importante, no solamente para comprender la historia sino también para comprender algunos aspectos del empleo presentes en el sector de la salud.

Hasta hace muy poco tiempo, una buena parte del empleo de profesionales de salud se insertaba en esta categoría. Eran los que trabajaban en los hospitales de beneficencia y filantrópicos o en las obras sociales de la iglesia. Se puede decir que desde hace uno o dos siglos casi todos los trabajadores de enfermería se encontraban en esta condición. Sin embargo, el desarrollo del capitalismo y la monetarización de las relaciones de intercambio y mercantilización de las relaciones de trabajo hicieron que incluso las instituciones religiosas de salud empezaran a usar mano de obra asalariada. A pesar de eso, aún existen pruebas importantes de esa categoría en la estructura ocupacional del sector de salud en Brasil.

Consideraciones finales

La dinámica del empleo en el área de la salud aún está fuertemente marcada por un conjunto de factores tecnológicos, organizativos e institucionales, los que se pueden llamar de “estado del arte”. Mediante estos factores se puede decir que cada unidad monetaria gastada en una determinada modalidad asistencial del sector genera una cierta cantidad de empleos directa o indirectamente en el mismo. Tales relaciones o coeficientes técnicos son muy importantes pero para conocerlas es necesario estudiar el proceso de trabajo, de la productividad del trabajo, del flujo intra e intersectoriales, en fin, de una serie de informaciones poco investigadas en los sistemas estadísticos

convencionales.

Sin embargo, toda esa complejidad no se puede estudiar a la ligera. Por otro lado, requiere varios tipos de información básica y derivada que se deben obtener mediante investigaciones cualitativas, a partir de estudios estadísticos detallados.

A pesar de los intereses correlacionados con la planificación del sector de salud, los organismos internacionales invirtieron poco en la formación de sistemas estadísticos que describieran la estructura, la dinámica y el funcionamiento de los sistemas de salud. Los países desarrollados construyeron sus sistemas por necesidad propia, pero las naciones subdesarrolladas evolucionaron poco con respecto a ese punto. En el caso de Brasil, objeto de estudio de este libro, solamente en la década de los setenta empezaron a surgir intereses más delimitados en la producción y seguimiento de estadísticas sistemáticas sobre la dinámica del sector de la salud. Tales estadísticas, muchas de ellas influidas por concepciones más amplias de la recolección de datos, son muy generales y pierden detalles importantes en el conocimiento de especificidades del sector.

En el caso de las estadísticas relacionadas con el empleo en el área de la salud en Brasil, podemos citar tres modalidades básicas: las estadísticas domiciliarias (Censos Demográficos e Investigaciones Nacionales por Muestras Domiciliarias), las estadísticas por establecimientos (Investigación de Asistencia Médico-Sanitaria, AMS y Relación Anual de Informaciones Sociales) y los Registros Administrativos (datos disponibles en las Secretarías Estatales y Municipales de Salud, Estadísticas de los Ministerios de la Educación, Salud, Seguro Social e informaciones de la Secretaría de la *Receita Federal del Ministerio da Fazenda* (organismo de administración tributaria federal en Brasil); datos de los sindicatos y consejos profesionales, etc.). Todas esas fuentes de datos tienen diferentes formas de captación y conceptualización de los problemas relacionados con el empleo en el área de la salud.

Bibliografía

- IBGE. *Estatísticas da saúde*. Assistência Médico Sanitária. v. 9 1984. Rio de Janeiro: Ed. IBGE, 1986.
- IBGE. *Metodologia do Censo Demográfico de 1980*. Serie de informes metodológicos. Rio de Janeiro: Ed. IBGE, 1983.
- IBGE. *Metodologia das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios na Década de Setenta*. Série Relatórios Metodológicos. Rio de Janeiro: Ed. IBGE, 1983.
- MEDICI, André César e AGUIAR, Marco Antônio de Souza. *Para Entender o Mercado de Trabalho – Como se Mede o Emprego e o Subemprego*. Rio de Janeiro: Ed. Universidade Santa Úrsula/IBASE. nov. de 1986. 88p.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *A Força de Trabalho em Saúde*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, vol. 17, n. 3, jul/set de 1983. p. 61-70.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Mercado de Trabajo en Salud. Conceptos y medidas*. En: "Educación Médica y Salud", Washington D.C.: Ed. Oficina Sanitaria Panamericana, 1986. vol. 20, D. 4, p. 524-534.
- OPS. Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud. En: "Investigación de Personal de Salud". Serie Desarrollo de Recursos Humanos, Washington D.C.: Programa de Personal de Salud, OPS, 1985. n. 66.
- OPS. *Recursos Humanos de Salud en Desequilibrio: Conflictos y Perspectivas*. Trabajo presentado en Acapulco, México, 7-12 de septiembre de 1986.