

**Trabajo y Sociedad***Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias*

NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet)

N° 28, Verano 2017, Santiago del Estero, Argentina

ISSN 1514-6871 - www.unse.edu.ar/trabajosociedad

Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas

**The labour conditions of care workers in Argentina
Reflections based on the analysis of three selected occupations**

**As condições trabalhistas das e os trabalhadores do cuidado em Argentina
Reflexões em base à análise de três ocupações selecionadas**

Valeria Esquivel* y Francisca Pereyra**

Recibido: 23.06.16

Aprobado: 01.10.16



RESUMEN

El análisis de las “ocupaciones del cuidado” ha cobrado creciente relevancia en la agenda feminista de los últimos años. Estas ocupaciones – mayormente concentradas en los sectores de la salud, la educación y el servicio doméstico – se encuentran altamente feminizadas y generan oportunidades de empleo para muchas mujeres. No obstante, las mismas presentan en general condiciones de trabajo relativamente pobres, dado que el cuidado suele asociarse a habilidades supuestamente femeninas, socialmente devaluadas en cuanto “auténtico trabajo”. A su vez, las condiciones laborales deficientes, entre ellas los magros salarios, ponen en cuestión la calidad de los servicios de cuidado provistos. El presente artículo, en base al caso argentino, propone un análisis comparativo sobre un conjunto seleccionado de estas ocupaciones, entre las que se cuentan la enfermería, la docencia inicial y primaria y las trabajadoras domésticas. Si bien estas ocupaciones comparten ciertas vulnerabilidades asociadas a su contenido de cuidado, sus condiciones laborales presentan variaciones significativas. A partir de esta situación, el objetivo central que se plantea el trabajo es el de ahondar en el conocimiento de los factores que actúan atenuando o reforzando la desvalorización social y económica de este tipo de ocupaciones. El propósito último es el de generar

*Research Coordinator for Gender and Development, UNRISD (las opiniones aquí vertidas no representan las posiciones de UNRISD) e Investigadora-Docente Área Economía, Instituto de Ciencias de la Universidad Nacional General Sarmiento-CONICET (en uso de licencia), Correo: vesquive@ungs.edu.ar

**Investigadora-Docente, Área Economía, Instituto de Ciencias de la Universidad Nacional General Sarmiento, Correo: fpereyra@ungs.edu.ar

reflexiones sobre los aspectos susceptibles de ser abordados por la política pública en pos de mejorar la situación laboral de las y los trabajadores involucrados y, por ende, de los servicios de cuidado provistos.

Palabras clave: Género – Condiciones de trabajo – Ocupaciones del cuidado – Servicio doméstico – Enfermería – Docencia.

ABSTRACT

The analysis of care-related occupations has acquired significant relevance in the feminist agenda of the last years. These occupations – mainly concentrated in the health and education sectors as well as in domestic service – are highly feminized and generate employment opportunities for many women. Nonetheless, they exhibit relatively poor working conditions, since care is usually associated to supposedly feminine abilities, socially undervalued as “real work”. At the same time, these poor labor conditions, especially meagre salaries, put in question the quality of care services provided. This article, based on the Argentinean case, proposes a comparative analysis of a selected group of care occupations, which include nurses, kindergarten and primary teachers, as well as domestic workers. Even when these occupations share certain vulnerabilities associated to their care content, their labor conditions present significant variations. Based on this situation, the main objective of this paper is to deepen in the understanding of the factors that mitigate or reinforce the social and economic devaluation of care-related occupations. By doing so, the article seeks to reflect on some key aspects that could be approached by public policy in order to improve the labor situation of these workers, and thus, the quality of care services provided.

Keywords: Gender– Labor conditions– Care occupations– Domestic service – Nurses– Teachers.

RESUMO

A análise das “ocupações do cuidado” tem cobrado crescente relevância na agenda feminista dos últimos anos. Estas ocupações – em maior medida concentradas nos sectores da saúde, a educação e o serviço doméstico – encontram-se altamente feminizadas e geram oportunidades de emprego para muitas mulheres. Não obstante, as mesmas apresentam em geral condições de trabalho relativamente pobres, dado que o cuidado costuma associar-se a habilidades supostamente femininas, socialmente devaluadas assim que “autêntico trabalho”. A sua vez, as condições trabalhistas deficientes, entre elas os magros salários, põem em questão a qualidade dos serviços de cuidado provistos. O presente artigo, em base ao caso argentino, propõe uma análise comparativa sobre um conjunto seleccionado destas ocupações, entre as que se contam a enfermaria, a docencia inicial e primária e as trabalhadoras domésticas. Conquanto estas ocupações compartilham certas vulnerabilidades associadas a seu conteúdo de cuidado, suas condições trabalhistas apresentam variações significativas. A partir desta situação, o objectivo central que se propõe o trabalho é o de afundar no conhecimento dos factores que actuam atenuando ou reforçando a desvalorização social e económica deste tipo de ocupações. O objectivo último é o de gerar reflexões sobre os aspectos susceptíveis de ser abordados pela política pública em pos de melhorar a situação das e os trabalhadores envolvidos e portanto, dos serviços de cuidado provistos.

Palavras-chave: Género – Condições trabalhistas – Ocupações do cuidado – Serviço doméstico – Enfermaria – Docencia.

SUMARIO: 1. Introducción- 2. Las condiciones laborales de las ocupaciones bajo estudio: una caracterización según dimensiones seleccionadas- 3. La “penalidad del cuidado” en Argentina: un análisis

estadístico - 4. Cuidado, género y procesos político-gremiales en configuración de las condiciones de trabajo observadas - 5. Reflexiones finales.

1. Introducción

Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado se definen en el cruce entre el funcionamiento del mercado de trabajo y la organización social del cuidado. Como es el caso para el conjunto de las y los trabajadores, sus remuneraciones y condiciones de trabajo dependen de sus calificaciones, experiencia y demás dimensiones tradicionalmente asociadas con la “productividad” del trabajo, a las que se suma, crucialmente, la condición de registración. Debido a que la mayoría de quienes trabajan en ocupaciones del cuidado son mujeres, la discriminación por género en el mercado de trabajo las impacta particularmente. Pero además, la situación de las y los trabajadores del cuidado depende, fundamentalmente, de cómo está organizada la prestación de servicios de cuidado. Las características particulares que presentan los sectores de salud y educación, la extensión de la provisión pública de estos servicios, el ámbito en que se prestan los servicios (si en instituciones, o en los hogares, por ejemplo), las regulaciones laborales existentes, el grado de sindicalización, e incluso de la valoración que de su trabajo de cuidado realizan quienes ejercen estas ocupaciones, son todas dimensiones que contribuyen a explicar su situación.

Las mejoras en los indicadores del mercado de trabajo argentino en la última década (2006-2015), así como la expansión del gasto público en la provisión de servicios de cuidado (particularmente en educación) y la largamente postergada mejora en la regulación del trabajo doméstico (incluyendo la ratificación de la Recomendación OIT No 201/2011), habilitan a preguntarnos nuevamente por la situación de las y los trabajadores del cuidado. ¿Cómo ha impactado la nueva configuración del mercado de trabajo en la situación particular de las y los trabajadores del cuidado? ¿Opera, de manera agregada, una “penalización del cuidado” que castiga de manera diferencial a estas ocupaciones? ¿Qué mecanismos, sutiles y no tanto, fortalecen, o debilitan, la posición de las y los trabajadores del cuidado, en su mayoría mujeres?

El presente artículo se propone responder a estas preguntas en base a una indagación cuali-cuantitativa sobre tres ocupaciones del cuidado en Argentina: las trabajadoras domésticas, las y los docentes de educación inicial y primaria, y las y los trabajadores de la enfermería. Estas ocupaciones fueron seleccionadas en función del relativamente alto nivel de compromiso personal y emocional que implican, del peso que tienen respecto a la estructura de empleo y de la importancia que revisten en términos del sostenimiento de la organización social del cuidado.

En el primer apartado, y a modo de contextualizar el análisis, se presenta un panorama de las condiciones laborales diferenciales de las ocupaciones bajo estudio. Las situaciones altamente disímiles – que van desde la posición relativamente privilegiada de la docencia, pasando por los escenarios en disputa en el marco de la enfermería, hasta la precariedad extendida en el servicio doméstico - invitan a profundizar en el análisis de los factores que intervienen configurando cada situación laboral particular. De esta manera, el segundo apartado, en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), analiza los factores que intervienen en el grado y la forma en que estas ocupaciones resultan (o no) penalizadas. El abordaje presta especial atención a la manera en que el contenido de cuidado de estas actividades – como característica potencialmente desventajosa - interactúa con otras variables que también marcan significativas desigualdades en mercados laborales como el nuestro, determinando los escenarios diferenciados que se observan en cada sector/ocupación. El tercer y último apartado, elaborado en base a resultados de una indagación cualitativa llevada adelante en el Área Metropolitana de Buenos Aires, explora la forma en que determinados factores culturales y político-sindicales ayudan a explicar las diferentes situaciones observadas. Así, se indaga sobre la manera en que las concepciones del trabajo de cuidado que exhiben las y los propios trabajadores de cada ocupación– más o menos cercanas a

estereotipos tradicionales de género según el caso – facilitan u obstaculizan la percepción de sus actividades en tanto “auténtico trabajo” y la consecuente articulación de reclamos laborales. Estrechamente relacionado con este último punto, el análisis se mueve luego hacia el abordaje de la capacidad organizativa alcanzada por cada ocupación y/o sector – que oscila entre experiencias incipientes, como en el caso del servicio doméstico, hasta otras consolidadas como las que exhibe la docencia – para presionar por mejoras, atendiendo a los factores que favorecen o dificultan la dinámica sindical. Basándose en estos hallazgos, el artículo concluye con una reflexión sobre el rol que le compete al Estado en la mejora del panorama laboral de las ocupaciones del cuidado, no sólo en términos de políticas laborales, sino también en el marco de políticas más amplias que apunten a fortalecer un sistema de provisión de cuidados cada vez más accesible y de mejor calidad.

2. Las condiciones laborales de las ocupaciones bajo estudio: una caracterización según dimensiones seleccionadas

El peso del empleo público y la dimensión sectorial

El peso del sector público en la provisión de servicios de cuidado, y por ende, su tamaño como empleador, reviste consecuencias sobre las condiciones laborales de las ocupaciones del cuidado. En efecto, los estudios sobre el tema coinciden en señalar condiciones de trabajo relativamente más protegidas en el ámbito público (Razavi y Staab, 2010; Budig y Misra, 2010, Lund, 2010). No obstante, las características del sector público no son monolíticas: varían entre países, y dentro de un mismo contexto nacional entre distintos sectores y a lo largo del tiempo. Este apartado presenta un breve panorama de la evolución reciente de los sectores de la salud y la educación en nuestro país, haciendo hincapié en las consecuencias que la misma reviste sobre las condiciones laborales en cada uno de ellos. Se deja intencionalmente de lado al servicio doméstico, que por definición se desarrolla en el marco de hogares particulares. Allí tienden a perpetuarse los problemas que tradicionalmente la literatura sobre el tema ha señalado de forma recurrente. Entre ellos se destaca la dificultad o el tratamiento especial que demanda la fiscalización de las condiciones laborales de estas trabajadoras (dado que en el ámbito privado de los hogares prima el derecho de inviolabilidad de domicilio) y el aislamiento de las empleadas, que atenta contra sus posibilidades de interacción y organización en pos de la defensa de sus derechos (Pereyra, 2012).

En lo que concierne a la educación y la salud, en Argentina el Estado juega un papel clave tanto en la regulación como en la provisión de los servicios (generalmente sin costo para los usuarios). En el sector educativo cerca del 70% de las y los docentes se desempeñan en el sector público (DINIECE, 2006). En el campo de la salud, el peso del empleo público es menor, aunque significativo, rondando en torno al 43% de la fuerza de trabajo del sector (Pereyra y Micha, 2016).

En ambos sectores, la descentralización administrativo-financiera que adquirió impulso en la década de los '70 – bajo un gobierno dictatorial – y se agudizó en la década de los '90, implicó importantes desafíos en términos de la sustentabilidad de los servicios públicos y su calidad. El proceso implicó una transferencia de responsabilidades del nivel público central a las provincias y los municipios sin un correlato en términos de los recursos necesarios para afrontarlas. Tal como se lo ha calificado, se trató de un proceso de “descentralización por desesperación” (Arango, 1993), puesto que, ante el debilitamiento de las capacidades del sector público los gobiernos optaron por transferir sus funciones a las provincias o al mercado antes que embarcarse en el complejísimo proceso de reconstruirlas (IIPE-UNESCO, 2009). Estrechamente ligado al proceso de descentralización, se produjo una paralela desregulación de ambos sectores, que permitió el crecimiento del sector privado como prestador de servicios. Así, al ritmo del deterioro de los servicios públicos, muchas familias debieron encontrar soluciones privatizadas, contribuyendo a acentuar desigualdades socio-económicas existentes.

Cuadro 1. Dimensiones para el abordaje de las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado				
Condiciones laborales	Docencia	Enfermería	Servicio doméstico <u>antes de 2013</u>	Servicio Doméstico <u>a partir de 2013</u>
Ámbito de desempeño	La mayoría (cerca del 70%) se desempeña en el sector público.	El subsector público concentra algo más del 42% del empleo. El subsector privado ha ganado terreno y concentra a más de la mitad de las/os trabajadoras de la salud.	Hogares particulares.	Hogares particulares.
Normativa	Diseñada para la ocupación a través de Estatutos Docentes, derechos ampliados respecto a la LCT y adaptados a la ocupación.	LCT para los privados y regimenes de empleo públicos de cada jurisdicción para los públicos. La ley nacional y las leyes provinciales de Ejercicio de la Enfermería incorporan algunos derechos adicionales.	Decreto 326 del año 1956, derechos muy acotados comparados con la LCT.	Ley 26.844. Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, tiende a equiparar derechos con la LCT.
Licencias	Régimen de licencias ampliamente superior de la LCT y adaptado a la ocupación (contempla necesidades de capacitación por ejemplo).	Sector público: regimen de licencias superior de la LCT pero no contempla necesidades especiales de la ocupación. Sector privado: similar a la LCT.	El Decreto no contemplaba la licencia por maternidad. En comparación con la LCT faltaban otras licencias y, para las existentes, la duración era inferior.	Incorpora licencia por maternidad con las mismas características que la LCT. Equipara todas las licencias y su duración con la LCT.
Posibilidades de ascenso y promoción	Estrictamente pautados a través de "puntaje" que otorga la capacitación continua y años de antigüedad.	No especificados, sujetos a mecanismos discrecionales.	Escala de categorías por funciones (desactualizada, no refleja la realidad del sector).	La Ley 26.844 establece la posibilidad de modificar las categorías ocupacionales a través de una Comisión Especial.
Educación requerida	Nivel terciario (4 años de formación).	Nivel terciario (3 años de formación).	Sin requerimientos específicos.	Sin requerimientos específicos.
Remuneraciones	"Piso" salarial a nivel nacional, visibilidad pública de la negociación, salarios relativamente altos.	Negociaciones fragmentadas por subsector (público y privado) y en el sector público por jurisdicción. Salarios relativamente bajos.	El Poder Ejecutivo, de manera unilateral establecía las actualizaciones salariales. Salarios muy bajos.	A partir del año 2015 se celebran negociaciones paritarias. Salarios muy bajos debido a la escasa capacidad de presión de las trabajadoras.
Carga laboral	Predominio del trabajo en un solo establecimiento y de jornada simple.	Sobrecarga laboral: situaciones extendidas de pluriempleo y horas extra.	La regulación estipulaba 12 horas para el personal sin retiro (para el personal con retiro había un vacío legal).	8 horas para el personal sin retiro (se iguala a la LCT) y 8 horas para el personal con retiro (se suple el vacío legal igualando a la LCT).
Sistema jubilatorio	Especial para la actividad. Menor cantidad de años de trabajo requeridos que para el común de los trabajadores. Se garantiza el monto tope del haber jubilatorio que contempla el sistema general (todas/os las/os docentes se jubilan con el 82% del último salario).	Rige el sistema previsional general, a excepción de la provincia de Buenos Aires donde se declaró <i>insalubre</i> la actividad hospitalaria (implica la posibilidad de jubilarse antes pero sin beneficios en cuanto al monto).	Regía el sistema previsional general.	Rige el sistema previsional general.

En el caso de la salud, se trata de un sistema fuertemente fragmentado que ya desde la década del '40 que se presenta estratificado en tres capas: el subsector público, el subsector de la “seguridad social” y el subsector privado. Si bien todos los habitantes, independientemente de que posean o no otra cobertura, tienen derecho a acceder a los servicios públicos de la salud, este subsector ha sido concebido por mucho tiempo como prestador de aquellos sectores más vulnerables de la sociedad, especialmente los que no acceden al empleo formal. En efecto, para los trabajadores formales el sistema prevé la cobertura a través del subsector de la seguridad social. Este subsector se financia entre aportes obligatorios que realizan los trabajadores registrados y sus empleadores, que se derivan hacia diferentes “obras sociales”, esto es entidades mutuales de trabajadores organizadas por rama de actividad (PNUD, 2011). El subsector privado, por su parte, incluye organizaciones de características diversas, aunque, en términos generales y particularmente en las grandes ciudades, se orientan a la población de mayores ingresos. De acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda (del año 2010), el sistema de obras sociales reviste una importancia crucial, cubriendo al 63% de la población. El subsector privado da cuenta de tan sólo el 6% de la cobertura de la salud, mientras que quienes dependen exclusivamente de los servicios estatales constituyen el 31% restante.

Las reformas pro-mercado implicaron, por un lado, una significativa presión hacia la baja de los costos en el sector público vía la descentralización “desfinanciada”. Por otro lado, la desregulación del sector tuvo que ver fundamentalmente con que las y los trabajadores registrados cubiertos por obras sociales fueron habilitados a elegir entre las diferentes entidades existentes (cuando antes se adscribían automáticamente a la de su rama de actividad), propiciando la concentración de afiliados en algunas obras sociales con el consecuente debilitamiento –y en muchos casos la desaparición– de otras. Las obras sociales que sobrevivieron al proceso comenzaron, en un esfuerzo por reducir costos, a subcontratar servicios del sector privado, disminuyendo a niveles ínfimos su participación como proveedoras y empleadoras directas. Como resultado de este proceso, la participación del subsector privado como empleador en el sector adquirió un peso preponderante: de acuerdo a los últimos datos disponibles de la EPH, en el 2015 representaba el 55% de la fuerza de trabajo (Pereyra y Micha, 2016).

Así, estos procesos tendieron al deterioro de los servicios públicos y al crecimiento de los privados en un marco crecientemente excluyente, que no ha sido revertido en los últimos años. La situación ha tenido un profundo impacto en las condiciones laborales de las y los trabajadores de la salud. Por un lado, las formas de contratación se tornaron cada vez más flexibles y precarizadas (Novick y Galín, 2003; Lanari, 2006; Aspiazu, 2010; Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011; Novick, 2012). Por otro lado, los en general magros ingresos experimentaron una profunda dispersión según la jurisdicción de pertenencia, en el caso del subsector público, y la escala de las empresas, en el subsector privado (Pereyra y Micha, 2015; Tobar, Olaviaga y Solano, 2012).

El sector de la educación, por su parte, se estructura en torno a una mayoría de establecimientos estatales que proveen servicios gratuitos. La oferta estatal cubre al 72% de los alumnos del nivel inicial, primario, secundario y terciario no universitario (DINIECE, 2009). El sector privado, que cubre al resto de la población, se encuentra fuertemente subsidiado por el Estado, que típicamente paga por los costos de los salarios docentes, mientras que el resto de los costos se sufragan con las cuotas que abonan las familias (Esquivel, 2010).

La educación primaria constituye un derecho constitucional y su cobertura es casi universal. A partir de la sanción de la Ley Nacional de Educación del año 2006 (Ley 26.206) la educación secundaria también pasó a ser obligatoria, aunque los niveles de cobertura son deficientes a raíz de los altos niveles de deserción, fuertemente marcados por el estrato social de pertenencia (Cerrutti y Binstock, 2004). El nivel inicial, por su parte, cuenta con niveles de cobertura que han sido tradicionalmente bajos. Por un lado, la falta de vacantes en el sector público constituye un problema acuciante. En este contexto, el sector privado es el que suele cubrir esta demanda insatisfecha para las familias que pueden afrontar sus costos (Faur,

2014). Por otro lado, la asistencia a este nivel es obligatoria sólo a partir de los 4 años¹, situación que “relewa” al Estado de la responsabilidad de proveer vacantes suficientes para los primeros años del ciclo. Como resultado de estas restricciones, sólo la mitad de los niños y niñas de 3 años se encuentran escolarizados, mientras que en sala de 2 años la proporción desciende al 20% y es inferior al 10% entre la población de 0 a 1 año.²

Tal como se observó en el caso de la salud, la profundización de las reformas pro-mercado también implicaron un fuerte cimbronazo para un sistema público de educación con fuertes aspiraciones de equidad (Esquivel, 2010). La transferencia de las responsabilidades en materia de infraestructura, administración y financiamiento de recursos humanos de la nación hacia las provincias generó serias dificultades para sostener los servicios, especialmente para las jurisdicciones de menores recursos (donde, justamente, se concentra la mayor demanda de educación pública). En este contexto, las condiciones de trabajo de las y los docentes experimentaron una importante desmejora, fundamentalmente expresada en sus niveles de remuneración, en paralelo el crecimiento de las inequidades en términos de la calidad de la educación a la que acceden las niñas y niños de diferentes estratos sociales (Rivas, 2010).

En la última década, acompañando a un giro en la orientación de la política macro-económica, los niveles de gasto público en los sectores de la salud y la educación han experimentado un aumento sustantivo, aunque la configuración heredada de estos sectores permaneció prácticamente inalterada. De hecho, para el caso específico de la educación, la sanción de la Ley de Financiamiento Educativo (Ley 26.075) del año 2005, estipuló metas claras respecto a la evolución del gasto público en este sector, que debía alcanzar el 6% del Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2010. La meta fue cumplida y el gasto total en Educación, Ciencia y Tecnología pasó de representar el 4,6% del PIB en 2005 al 6,2% en 2010 (CIPPEC, 2012). Para el caso de la educación básica³ el gasto público consolidado pasó de representar el 2,63% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2003 al 3,85% en 2013. Por su parte, el gasto público consolidado en salud pasó de representar el 1,86% del PIB en 2013 al 2,51 en 2013.⁴

Los resultados de la expansión del gasto han sido disímiles en cada caso. En el sector de la salud, se manifestaron algunos significativos avances en términos de programas que priorizaron el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos (PNUD, 2011). No obstante, las condiciones laborales de los trabajadores de la salud no experimentaron mejoras sustantivas. Más allá de un incremento en la cantidad de personal y una leve mejora en los niveles de registración (Novick, 2012), las modalidades de contratación flexibilizadas, los bajos niveles de remuneración, el pluriempleo y el consecuente estrés laboral son problemáticas que han persistido en el tiempo (Maceira y Cejas, 2010; Lanari, 2006; Aspiazú *et al*, 2011; Novick, 2012). En cambio, las y los trabajadores de la educación lograron algunas conquistas destacables. Las formas contractuales altamente reguladas y protegidas que devienen del Estatuto Docente en el sector público, donde se desempeña la mayoría de estas/os trabajadoras/es, implicaron que los mayores desafíos se concentraran en torno a los deprimidos niveles salariales (Dirié y Oiberman, 2001; Cordero y Señorino, 2005; UNESCO, 2005). Así, el logro de la negociación de pisos salariales a nivel nacional a partir del año 2004 (que aplican también para el sector privado) contribuyó no sólo a diluir las disparidades regionales sino también a darle visibilidad y peso político al proceso. Asimismo, en el marco de la Ley de Financiamiento Educativo del 2005,⁵ la creación

¹ De hecho, hasta el año 2015 sólo la sala de 5 era obligatoria; ese año, mediante la sanción Ley 27.045 se declaró obligatoria la sala de 4 años.

² Fuente: Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA) 2011 - 2012, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación - Fondo de las Naciones Unidas.

³ Se refiere exclusivamente a la educación primaria y secundaria. Los datos disponibles, por un lado, no permiten aislar a la educación primaria y, por otro lado, no contabilizan al gasto en el nivel inicial.

⁴ Fuente: Datos de la Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos - Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

⁵ La creación del “Programa de compensación salarial” está contemplada en el artículo 5to. de la Ley 26.075 de Financiamiento Educativo sancionada en 2005.

de un fondo especial para que las provincias que no pudieran afrontar los costos de la negociación salarial nacional recibieran los recursos necesarios del nivel central, constituye una conquista de suma relevancia en el marco de un sistema fragmentado. Como se verá más adelante, la estructura y la dinámica que asume la organización gremial contribuye en buena medida a explicar las diferencias en términos de conquistas laborales (o su ausencia) entre uno y otro sector.

Marcos normativos y derechos laborales

Las ocupaciones bajo estudio presentan un *degradé* de protección laboral, que va desde situaciones más precarias y de acceso reciente a derechos básicos como en el caso del servicio doméstico, pasando por situaciones conflictivas y en debate en el campo de la enfermería, hasta llegar a los derechos relativamente amplios y consolidados de los que goza la docencia.

En el caso del servicio doméstico, hasta el año 2013 la ocupación estuvo regida por un decreto del año 1956, que establecía derechos muy restringidos cuando se lo comparaba con la Ley de Contrato de Trabajo (LCT) que ampara al conjunto de los asalariados. Entre las exclusiones e inequidades más significativas de la legislación previa se encontraba la ausencia de licencia por maternidad (en el marco de una ocupación casi completamente feminizada), la exclusión de las trabajadoras que se desempeñaban por menos de 16 horas semanales para un mismo empleador (que, dado el peso del empleo “por horas”, dejaba a un 40% de las trabajadoras por fuera de toda normativa), y el establecimiento de salarios de forma unidireccional por parte del Poder Ejecutivo (Pereyra, 2012). A partir de marzo de 2013 rige el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares. El mismo reemplaza a la precaria legislación precedente, incluye a todas las trabajadoras independientemente de su dedicación horaria y, tal como se muestra en el Cuadro 1, busca equiparar las condiciones de trabajo del sector con las del resto de los asalariados amparados bajo la LCT. En el mismo sentido, en 2014 Argentina ratificó la Convención 189 de la OIT sobre Trabajo Doméstico (OIT, 2016).

No obstante, el caso del servicio doméstico sirve de ejemplo para relativizar el poder de los marcos normativos. Los históricamente bajos niveles de registro de esta ocupación plantean restricciones importantes en términos de la efectiva aplicación de la nueva normativa. Si a principios de 2003 la tasa de registro de la ocupación alcanzaba sólo al 5% de las trabajadoras, a principios de 2015, y luego de una batería de políticas que en los últimos años buscaron incentivar el registro en la actividad (tales como la simplificación registral, los incentivos fiscales a los empleadores y campañas publicitarias, entre otros), el porcentaje ascendió al 21,3%⁶. Sin duda, la existencia de una nueva normativa que amplía derechos constituye un avance de suma importancia. Incluso, estudios sobre el tema han señalado que aún las trabajadoras que se encuentran excluidas de relaciones laborales formalizadas utilizan la nueva regulación como parámetro de referencia para evaluar sus condiciones laborales y plantear algunas demandas puntuales (Tizziani, 2011; Gorbán y Tizziani, 2015). No obstante, la protección plena que garantizaría la nueva ley requiere además de la norma en cuestión de políticas de regulación adicionales que continúen fomentando la formalización de estas relaciones de trabajo.

En el extremo de mayor protección, se encuentra la actividad de las y los docentes. Se trata de una actividad regulada por el Estatuto Docente, un marco regulatorio adaptado a las problemáticas del sector y superior en muchos aspectos de la propia LCT – éste es particularmente el caso en el ámbito público donde se desempeñan la mayoría de estas/os trabajadoras/es⁷.

⁶ Elaboración propia en base a datos de la EPH para los segundos trimestres de 2003 y 2015.

⁷ Las y los docentes privados, por su parte, están cubiertos por una versión más restringida del Estatuto (el Estatuto del Docente Privado) en los tramos de enseñanza que han sido pautados como obligatorios (en el caso de nuestra zona de estudio, a partir de la sala de 4 años). En tramos de enseñanza previos, este subgrupo de docentes queda excluido del Estatuto Docente y está regido por las generales de la LCT.

Las ventajas que se destacan dentro de este marco normativo tienen que ver con la mayor estabilidad en los cargos, un sistema de licencias más amplio y extendido y el establecimiento de mecanismos pautados de ingreso y promoción donde tanto la capacitación como la antigüedad juegan un rol central (Esquivel, 2010). En particular, las facilidades para la formación y perfeccionamiento docente – como la concesión de licencias a estos efectos, la conformación de institutos de formación y/o la organización de cursos o seminarios especializados, entre otros – suelen estar plasmados de forma explícita en la regulación (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015).

La enfermería, en cambio, se encuentra regulada en el sector público por regímenes de empleo de cada jurisdicción en la que se desempeñan y, en el sector privado, por la LCT. La Ley Nacional No. 24.004 del Ejercicio de la Enfermería – que establece un conjunto de disposiciones muy generales que funcionan como guías tanto para las distintas regulaciones provinciales como para el sector privado – contempla regímenes de reducción horaria, licencias por estrés y jubilación anticipada en áreas puntuales consideradas como “críticas” o “insalubres” (como pueden serlo las instituciones neuro-psiquiátricas, áreas de cuidados intensivos, etc.). No obstante, y a diferencia de la docencia, la ocupación no cuenta con sistemas de licencias que reconozcan el desgaste físico y emocional de la ocupación en términos generales, ni tampoco con aquellas que consideren las necesidades de capacitación. Esta última situación resulta particularmente grave en el marco de una ocupación que exhibe altos niveles de sub-calificación de su fuerza de trabajo, como se profundizará más adelante. Tampoco existen, a diferencia de lo que ocurre con la docencia, posibilidades de ascenso pautadas y reguladas en función de concursos de antecedentes y pruebas de oposición. La exclusión de la gran mayoría de la enfermería de la “carrera hospitalaria”⁸ – el sistema que regula las condiciones de promoción de los profesionales de la salud pública – y su relegamiento a los planteles “no profesionales” del sector, constituye una situación que implica no sólo salarios más bajos sino también que los ascensos sean calificados como poco transparentes y/o discrecionales.

Niveles educativos

Tanto la docencia como la enfermería son ocupaciones que requieren de un título terciario para su desempeño pleno. Tal como se observa en el Cuadro 2, las y los docentes de educación inicial y primaria exhiben niveles altos de titulación en educación superior (terciaria o universitaria), que oscilan entre el 80% y el 90% del plantel. Adicionalmente, los datos del Censo Docente indican que, una vez formados, estas/os trabajadoras/es siguen capacitándose. En la educación inicial, el 72% asistió a algún curso de capacitación en los últimos 5 años y en el nivel primario el 75% lo hizo (DINIECE, 2006).⁹

⁸ Si bien la lógica indica que al menos las y los escasos/as licenciados en enfermería deberían acceder a la carrera hospitalaria (en función de la jerarquía “profesional” que les otorga un título universitario), no existen políticas homogéneas al respecto. Esto es, su ingreso está condicionado por las políticas que determina cada jurisdicción. En la provincia de Buenos Aires las y los licenciados en enfermería acceden a la carrera hospitalaria mientras que, en CABA, están excluidos de la misma.

⁹ Si bien se realizó un censo docente en 2014, sus resultados no están disponibles, por lo que en esta sección nos referimos al Censo Docente 2006.

Cuadro 2: Máximo nivel de instrucción alcanzado por docentes, enfermeras/os y trabajadoras domésticas. Total país.

Nivel de instrucción	Docentes nivel inicial	Docentes nivel primario	Enfermeras/os	Trabajadoras domésticas
Título de educación superior (terciario o universitario)	90	81	52	1,9
Sin título de educación superior	3	8	48	98,1
Sin datos	7	11	-	-
Total	100	100	100	100

Fuente docentes: Censo Docente (DINIECE 2006)- Fuente Enfermería: Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud para el año 2013 (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2015). Fuente Servicio doméstico: Elaboración propia en base a la EPH II Trimestre 2015

El caso de la enfermería, en cambio, presenta un panorama muy diferente. A pesar de que la normativa¹⁰ establece que el ejercicio pleno de las funciones de la ocupación requiere de estudios superiores (de tres años de duración como mínimo), en la práctica el personal denominado “auxiliar” de enfermería predomina en el plantel de la ocupación. En efecto, casi la mitad de los recursos humanos de esta ocupación (el 48%) detenta el

título de auxiliar¹¹ (Cuadro 2). Este título sólo requiere de un año de instrucción en cuidados de baja complejidad. Cabe aclarar que, hasta 2006, a la formación en auxiliar de enfermería se podía acceder con educación primaria completa. A partir de la sanción de la Ley Nacional de Educación en ese año, se comenzó a exigir la educación secundaria. Si bien esta situación está relacionada con el histórico déficit cuali-cuantitativo de recursos humanos de la ocupación (Maceira y Cejas, 2010; OPS, 2012), es importante señalar que no ha sido acompañada – más allá de algunas iniciativas puntuales y/o discontinuas – de políticas extendidas y sostenidas de reconversión de las y los enfermeros con niveles más bajos de calificación ni con planes nacionales de formación de personal profesional en enfermería (Faccia, 2015; Ramacciotti y Valobra, 2015).

Las trabajadoras domésticas por su parte, se sitúan en el extremo de la escasez de calificaciones específicas. Al margen de que prácticamente la totalidad de estas trabajadoras se desempeñan sin títulos de educación superior (Cuadro 2), cabe añadir que la mayoría no alcanza niveles básicos de instrucción formal: el 70% de estas empleadas no lograron completar la educación secundaria. Resulta claro que referirse a la “profesionalización” de esta actividad, cuando no existen requisitos formales para su desempeño, implicaría desdibujar la realidad de la ocupación. En efecto, tal como ha sido señalado por la literatura, el servicio doméstico constituye una actividad de refugio para las mujeres de sectores populares, caracterizada por bajas barreras de entrada (Esquivel 2010). Estas bajas barreras de entrada tienen justamente que ver con la no exigencia de instrucción específica para el trabajo, dado que la naturaleza de las tareas a desempeñar se encuentra altamente identificada con actividades “que cualquier mujer sabe hacer” (limpiar, cocinar, cuidar).

Remuneraciones

En lo que atañe a las remuneraciones, la docencia es la que exhibe el mejor salario horario dentro del espectro de ocupaciones consideradas¹². Un factor que ayuda a entender este mejor posicionamiento

¹⁰ Ley Nacional de Enfermería No.24.004.

¹¹ Entre quienes alcanzaron un título superior, el 41% detenta título terciario y el 11% restante alcanzó el nivel universitario (la licenciatura en enfermería).

¹² A modo de ejemplo, a principios de 2015 un/a docente de nivel inicial o primario con tan sólo un año antigüedad (la remuneración sube en forma sistemática a medida que se incrementa la antigüedad en el sistema), percibía en Capital Federal y Provincia de Buenos Aires un sueldo bruto que rondaba en torno a los \$7000 y \$8000 mensuales por una

salarial relativo tiene que ver con el hecho de que se trata de la única de las ocupaciones seleccionadas que, desde hace más de una década, negocia en forma activa un piso de remuneración a nivel nacional (que aplica tanto para el sector público como para el privado). A partir de dicho piso, tanto las diferentes jurisdicciones como los establecimientos privados pueden mejorar la oferta. Sin duda, la existencia de esta instancia de negociación colectiva nacional otorga visibilidad política a la negociación y por ende, mayor capacidad de presión al colectivo docente.

A diferencia de las y los docentes, la enfermería en el sector público negocia sus condiciones laborales a nivel de cada jurisdicción particular. El sector privado, por su parte, negocia por separado salarios base para todo el país (que pueden ser mejorados por los empleadores). Dado el carácter descentralizado de las negociaciones, la mayoría de las y los entrevistados coinciden en señalar que se trata de salarios “bajísimos”, situación que adquiere ribetes críticos en el caso de las jurisdicciones o empresas de menor escala.

Las trabajadoras domésticas, por su parte, son las que exhiben los salarios más bajos dentro del conjunto de ocupaciones consideradas. En el marco del impulso gubernamental a la mejora del posicionamiento de estas trabajadoras, un logro significativo – enmarcado en la nueva ley del sector – lo constituyó la primera negociación salarial que se realizó en 2015 (como se señalara, con anterioridad los salarios eran estipulados unilateralmente por parte del Poder Ejecutivo). No obstante, como indicador de una posición sindical todavía tutelada y con escasa fuerza propia, cabe señalar que aún en el marco de negociaciones paritarias, los salarios resultantes son de los más bajos del espectro ocupacional formal¹³.

Los niveles salariales de las ocupaciones consideradas repercuten en las modalidades de inserción y las cargas laborales asumidas. En el caso de la docencia, de acuerdo al último Censo disponible sobre la ocupación, el 75% de las y los maestros de nivel inicial y primario se desempeñaba en un solo establecimiento. Asimismo, la carga horaria promedio para el universo de estas/os trabajadoras/es era de entre 22 y 24 horas semanales frente al curso (DINIECE, 2006).

En el ámbito de la enfermería en cambio, donde los salarios son más bajos, el pluriempleo y sobrecarga laboral a través de la realización de horas extra constituye un fenómeno muy extendido y ampliamente documentado (OMS, 2013; Pautassi, 2006; Novick y Galín, 2003). Tal como señalan nuestras/os entrevistadas/os “*es muy difícil que encuentres a un enfermero con un solo trabajo*”. En opinión de una referente de la ocupación, esta situación particular implica un importante desafío en términos de la calidad de los servicios que se pueden proveer:

Están los [enfermeros y enfermeras] que trabajan de lunes a viernes y después sábados, domingos y feriados. Los que trabajan de noche, trabajan noche por medio, pero vos podés tener un enfermero que trabaja noche por medio en una institución y sale de esa guardia y entra a otro hospital a trabajar a la mañana. Después vos me decís ¿cómo cuida ese enfermero? Y, claro... ¿en qué condiciones? Pero esa es la realidad, en general las estructuras y las organizaciones de horarios de trabajo pareciera que están hechas en función de permitir que tengan doble empleo (Funcionario del Ministerio de Salud de la Nación).

carga horaria semanal de aproximadamente 23 horas. En el caso de la enfermería, el sueldo bruto para quienes se desempeñaran en un establecimiento en las mismas jurisdicciones y para el mismo periodo rondaba los \$12.000 mensuales por entre 40 y 48 horas de trabajo. Por su parte, el sueldo mínimo de una trabajadora doméstica en septiembre de 2015 fue establecido en \$5632 por 40 horas de trabajo semanales (Ver referencias de las Grillas Salariales en la sección bibliográfica).

¹³ Un avance a destacar que implicó la paritaria de 2015 tuvo que ver con una actualización del escalafón jerárquico cuyas categorías resultaban obsoletas (incluían personal de muy escaso peso en el sector tales como gobernantas, amas de llaves, aprendices, etc.). No obstante, se trata aún de una clasificación cuyos criterios de jerarquización resultan ambiguos. A modo de ejemplo, puede mencionarse como cuestionable el situar el valor de la remuneración del cuidado de personas por debajo de la labor de un/a cocinera/o. Asimismo, la escisión entre tareas tales como cocinar, cuidar o limpiar puede plantear problemas al momento de interpretar el escalafón dado que, sobre todo entre el personal de jornada completa, es muy común la superposición de las mismas.

Entre las trabajadoras domésticas, la nueva ley delimitó la duración de la jornada laboral (equiparadas con la de la LCT), donde antes existía un vacío legal. No obstante, en los hechos, los datos agregados muestran que el servicio doméstico ha experimentado un crecimiento de la inserción “por horas” (más rentable en términos de salario horario) en detrimento de las jornadas completas (Pereyra y Tizziani, 2014). Sin embargo, los datos también indican que este tipo de inserción laboral no ha redundado en situaciones extendidas de pluriempleo sino más bien en la disminución de la intensidad de la participación laboral de estas mujeres – un fenómeno que se inscribe dentro de una tendencia más general de la última década hacia la desaceleración de la participación laboral femenina, especialmente para el conjunto de las mujeres de bajos ingresos, tanto en nuestro país como en la región en general (Gasparini y Marchionni, 2015)¹⁴. La situación particular observada entre las trabajadoras domésticas deviene en la agudización de la percepción de su trabajo con una “changa” o una “ayuda” a la economía del hogar (Pereyra, 2013; Pereyra y Tizziani, 2014).

Sistema jubilatorio

Por último, cabe mencionar que las y los docentes cuentan con un sistema jubilatorio, que asume de forma tácita un mayor desgaste de este tipo de trabajadoras/es, especialmente en función de la dedicación y la energía que implican las actividades en el aula. Así, entre las ventajas del sistema de jubilación docente se destaca la edad requerida para jubilarse, menor a la que establece la legislación general (de 57 años para las mujeres y 60 para los varones frente a 60 y 65 años respectivamente en la normativa general); los años de servicio que también son menores (25 años versus 30 en el sistema general), y el monto del haber jubilatorio, financiado por un fondo de aportes especial del sector, que es del 82% del último salario (cuando para el resto de los asalariados los haberes se computan en base a una serie de cálculos basados en el sueldo bruto de los últimos 10 años de actividad, donde un haber jubilatorio del 82% del salario constituye el *tope*, situándose la gran mayoría de los haberes por debajo de este porcentaje).

En el caso de la enfermería si bien rige el sistema jubilatorio general, la jubilación anticipada constituye un tema en disputa. Aunque a la gran mayoría de las y los trabajadores de la ocupación no se les reconoce el enorme desgaste que implica la atención y el cuidado diario de los pacientes, sí se lo hace en el caso de las áreas puntuales clasificadas como “críticas” por la Ley Nacional 24.004, donde las actividades son consideradas insalubres, situación que implica reducciones horarias y jubilación anticipada (con 50 años y 25 años de aportes). No obstante, es importante señalar que existen debates y reclamos respecto a la necesidad de declarar insalubre al conjunto de esta ocupación. En la provincia de Buenos Aires, a partir del año 2013, las y los trabajadores hospitalarios no profesionales – incluyendo desde luego a la enfermería – han logrado esta reivindicación (más recientemente, se incorporó también a los trabajadores profesionales). Si bien la noticia ha despertado expectativas de réplica entre muchos trabajadores de la salud de otros subsectores y jurisdicciones, no se registra hasta el momento ningún indicio respecto a la posibilidad de expansión de esta medida. La situación evidencia el carácter parcial y fragmentado de las negociaciones y las conquistas tanto de esta ocupación como del sector salud en general, tema sobre el que se profundizará más adelante.

Por último, las trabajadoras domésticas también se acogen al sistema general de jubilaciones. Sin embargo, los reducidos montos de aportes que se les requiere a los empleadores sólo permiten pensar – en el mejor de los casos – en haberes jubilatorios mínimos a futuro. De hecho, el reducido sub-universo de trabajadoras domésticas registradas obstaculiza incluso el pensar en esta posibilidad, dejando a la gran

¹⁴ La tendencia ha sido explicada en función de un conjunto de factores, tales como la mejora de los niveles de empleo e ingresos de los cónyuges varones (cuando los hay) favorecidos con la reactivación de la industria y la construcción en ese periodo, el incremento de la ayuda estatal a estos hogares a través de planes y programas de transferencias de ingresos y la persistencia de la precariedad de las opciones laborales disponibles para las mujeres de estos estratos (Gasparini y Marchionni, 2015; Micha, 2015).

mayoría de estas empleadas frente a un panorama incierto respecto a la posibilidad de acceder a una jubilación futura¹⁵.

3. La “penalidad del cuidado” en Argentina: un análisis estadístico

El mercado de trabajo argentino ha variado sustancialmente en los últimos 10 años y, más allá de los ciclos, la comparación entre puntas (2006-2015) muestra mejoras sustanciales (Cuadro 3). Los ingresos reales han mejorado, las tasas de actividad han disminuido levemente, las tasas de empleo se han mantenido prácticamente constantes y las tasas de desempleo se ubicaban en el segundo trimestre de 2015 en niveles de un dígito: 5,8 por ciento para los varones y 7,7 por ciento para las mujeres, un nivel de desempleo que es prácticamente la mitad que el experimentado por las mujeres década atrás. Los

Cuadro 3. Indicadores del mercado de trabajo, por sexo, en porcentaje de la población urbana mayor de 14 años (2006-2015)

Indicadores	2006		2015	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Tasa de actividad económica	49,9	73,3	45,9	70,1
Tasa de ocupación (de empleo)	43,4	67,2	42,4	66,1
Tasa de desempleo	12,9	8,4	7,7	5,8
Empleadores	2,3	5,4	2,2	4,5
Trabajadores/as por cuenta propia	16	21,7	16,4	21,4
Asalariados/as del sector público	18,2	12,1	21,7	13,8
Asalariados/as del sector privado registrados	23,1	32,3	28,2	37,6
Asalariados/as del sector privado no registrados	16,1	26,3	12,2	21,7
Trabajadoras/es domésticos	17	0,2	17,2	0,3
Programas de empleo	5,6	1,3	1,3	0,5
Trabajadores/as familiares	1,8	0,7	0,7	0,3
Total	100	100	100	100
Tasa de empleo asalariado	79,9	72,2	80,7	74,1
Asalariados registrados (en porcentaje del trabajo asalariado)	50,8	59,9	60,7	68,3
Promedio de años de escolarización	11,4	10,5	13,5	12,2
Promedio de horas trabajadas	26	38	32,0	42,6
Ingresos salariales por mes (AR pesos 2015)	4923	7402	6395	8264
Remuneración por hora (AR pesos 2015)*	39	41	45,6	45,3

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) II Trimestre de 2006 y 2015. * El salario horario promedio en pesos corrientes del 2006 fue de 5,65 para mujeres y 5,95 para varones.

programas de empleo directo han casi desaparecido, y se ha reducido sustancialmente la incidencia de la asalarización no registrada. Aun así, el 40 por ciento de las asalariadas y más del 30 por ciento de los asalariados no estaban registrados en 2015. Sin embargo, ciertos rasgos de género en el mercado de trabajo persisten. La tasa de actividad económica de las mujeres y sus ingresos del trabajo mensuales promedio siguen siendo más bajos que los de los varones, aun cuando la brecha parece haberse achicado

en la última década. Dado que la remuneración horaria promedio se ha equiparado, a pesar de que las credenciales educativas de las mujeres son algo mejores que las de los varones en promedio, el efecto en

¹⁵ En este sentido, sería sólo a partir de medidas como el Plan de Inclusión Previsional (también conocido como la “moratoria previsional”) la única vía a través de la que la gran mayoría de trabajadoras no registradas, o con aportes insuficientes, podrían aspirar a una jubilación en el futuro. El Plan de Inclusión Previsional fue establecido por el decreto del PEN No.1454/2005 y tuvo por objeto ampliar la cobertura de manera que pudieran acceder a una jubilación personas que cumplieran con la edad mínima para acceder al beneficio pero no con los requisitos contributivos (Danani y Beccaria, 2011). La percepción del beneficio bajo esta modalidad supone el pago de los aportes previsionales no realizados por la/el beneficiaria/o a través de descuentos mensuales en el haber jubilatorio. No obstante, dado que las moratorias previsionales tienen plazos de vigencia (cabe aclarar que desde el año 2005 hasta el 2014 se realizaron renovaciones), las mismas dependen de la buena voluntad de los gobiernos de turno, situación que no brinda garantías a las y los potenciales beneficiarias/os a futuro respecto al efectivo acceso al beneficio.

las remuneraciones mensuales es exclusivamente resultado de las menores horas trabajadas por las mujeres, aun cuando en ambos casos sean mayores que las horas trabajadas hace una década (Cuadro 3). Las mujeres siguen sobrerrepresentadas en la enseñanza y en los servicios de salud, sociales y comunales, y sub-representadas en las actividades primarias, la industria manufacturera, los servicios financieros y la construcción (MTEySS, 2015). Siguen también sobrerrepresentadas en el sector público, que tradicionalmente ofrece empleos registrados y estables (Cuadro 3).



En este marco, no es de extrañar que la proporción de trabajadoras del cuidado no haya variado sustancialmente con relación a las ocupadas totales: el 38 por ciento de las ocupadas y el 43 por ciento de las asalariadas lo está en ocupaciones del cuidado. Más de la mitad de estas ocupadas son maestras, profesoras, médicas o enfermeras, ocupaciones que exigen un nivel relativamente alto de instrucción y calificación y que se refleja en la mejora del perfil educativo de estas trabajadoras (Gráfico 1 y Cuadro 4).¹⁶ Las trabajadoras

Cuadro 4. Características de las los trabajadores del cuidado, por sexo, 2015

Indicadores	2006		2015	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Registrados/as (%)	43	70	44	81
Trabajadores/as de organismos publicos (%)	27	56	30	53
Educación				
Sin estudios primarios o incompletos	8	1	5	0
Estudios primarios terminados	23	4	17	6
Estudios secundarios incompletos	14	4	14	6
Estudios secundarios completos	13	10	18	16
Estudios terciarios parciales o terminados	42	81	46	73
	100	100	100	100
Calificaciones				
Profesionales	6	29	8	22
Técnicos	34	56	38	56
Semicalificados	7	11	3	10
No calificados	53	4	51	11
	100	100	100	100
Ingresos salariales por mes (AR pesos 2015)	3838	7349	5242	8686
Remuneración por hora (AR pesos 2015)	38	60	50	70
Horas trabajadas por semana	26	32	25	32

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) II Trimestre de 2006 y 2015

domésticas eran y siguen siendo aproximadamente la otra mitad (52 por ciento en 2006, 47 por ciento en 2015). Como se describió en la sección anterior, ellas presentan por lo general niveles bajos de calificaciones y de credenciales educativas. En 2015, el 78 por ciento de estas trabajadoras no estaban registradas, una mejora frente a la situación de casi total ausencia de registración de una década atrás, pero que sigue siendo a todas luces insuficiente. De hecho, la “invariabilidad” de la baja proporción de

¹⁶ Debe aclararse que el análisis de esta sección se realiza en base a información sectorial y no de las ocupaciones, dada la falta de detalle del clasificador de ocupaciones. Es por eso que se habla, en conjunto, de las ocupaciones del cuidado en el sector salud (Médicos/as, enfermeros/as y otras ocupaciones de la salud), en educación (Profesores/as, maestros/as y ayudantes), de las trabajadoras domésticas y de otras ocupaciones del cuidado (correspondientes a Otros Servicios Sociales y Comunitarios).

mujeres trabajadoras del cuidado registradas (en el orden de 43-44 por ciento) continúa siendo el resultado de la sobrerrepresentación del empleo doméstico en el total de trabajadoras del cuidado.

En cambio, las ocupaciones del cuidado representan solamente el 5 por ciento de la ocupación masculina total, y el 6 por ciento de la ocupación masculina asalariada. Los varones que desempeñan ocupaciones del cuidado son, sobre todo, maestros, profesores y médicos. Más del 70 por ciento de ellos tiene estudios terciarios, parciales o terminados, el 22 por ciento son profesionales, y el 56 por ciento poseen calificaciones técnicas. El predominio del empleo público en las esferas de la educación y la salud es la razón de que la mitad de los trabajadores del cuidado varones estén empleados en establecimientos gestionados por el Estado. Todos estos factores contribuyen a que el nivel de registro de los trabajadores del cuidado supere el 80 por ciento y que la remuneración media horaria de los varones sea un 40 por ciento más alta que la de las mujeres que trabajan en este tipo de ocupaciones (Cuadro 4).

Las ocupaciones del cuidado siguen siendo sumamente feminizadas: en efecto, el 84 por ciento de las y los trabajadores del cuidado son mujeres, una proporción que no ha variado sustancialmente en comparación con la de una década atrás (86 por ciento). El trabajo doméstico ha sido siempre una ocupación casi completamente feminizada, pero en la última década el nivel de feminización ha disminuido entre el personal docente (pasó del 78 por ciento al 75 por ciento) y ha aumentado en las ocupaciones de la salud (del 68 por ciento al 73 por ciento).

Las remuneraciones reales promedio de las ocupaciones del cuidado se han mantenido por encima de las del conjunto de las y los asalariados, creciendo de manera similar. Pero, a diferencia de aquéllas, la brecha por género es mayor, y se evidencia también en las remuneraciones horarias. Como se describió en la sección anterior, estos promedios reflejan situaciones muy diferentes al interior del conjunto de las ocupaciones del cuidado que, en el caso de las mujeres, incluyen también (y con un peso importante) a las trabajadoras domésticas.

En un trabajo previo (Esquivel, 2010) se había estudiado la existencia de una “penalidad del cuidado” en las remuneraciones de las y los trabajadores del cuidado. Los hallazgos para 2006 indicaban que la penalidad salarial por trabajar en ocupaciones del cuidado emergía tenuemente, en el caso de las mujeres, sólo cuando se corregía por el grado de feminización de las ocupaciones (la variable *FEM*), y desaparecía en el caso de los varones cuando la misma variable se incluía. Cuando se desagregaban las ocupaciones del cuidado, existía una penalización de entre el 10 y el 13 por ciento en la remuneración horaria de las y los trabajadores de las ocupaciones médicas y de la salud, un resultado robusto a las distintas especificaciones de los modelos. Por último, las regresiones de mínimos cuadrados ordinarios sobre el logaritmo natural de las remuneraciones por hora de las y los trabajadores salariables de ambos sexos mostraban muy claramente los “premios salariales” por estar en un puesto registrado, mayores para mujeres que para varones (del 60 y 49 por ciento respectivamente), y una leve penalidad salarial que los varones sufrían por trabajar en el sector público.

El Cuadro 5 muestra los resultados de las mismas regresiones en el segundo trimestre de 2015. En ellos son evidentes, a la vez, las mejoras generales del mercado de trabajo y en el empleo público, y la persistencia de los rasgos mencionados anteriormente. Nuevamente, la penalidad del cuidado es significativa en el caso de las mujeres dependiendo de la especificación elegida, en este caso en el Modelo 1 y no en el Modelo 2. Un test de Hausman de diferencia de medias no permite sostener que coeficientes que acompañan a la variable “ocupaciones de cuidado” para las regresiones 2006 y 2015 sean estadísticamente distintos tanto en el caso los varones como en el de las mujeres. Cuando se desagregan las ocupaciones del cuidado, vuelve a apreciarse la penalización salarial que acompaña a las ocupaciones de la salud, pero ahora *solo en el caso de las mujeres* (-7 por ciento en el Modelo 3 y -6 por ciento en el Modelo 4). No deja de ser notorio que la penalidad salarial no emerge en el caso de los varones, luego de una década en la que las ocupaciones de la salud continuaron feminizándose. Al contrario de lo que sucedía hace una década, sin embargo, las ocupadas en el sector público obtenían en 2015 un “premio salarial” de aproximadamente 7 por ciento, estadísticamente significativo y, de acuerdo con el test de Hausman,

estadísticamente distinto del obtenido en 2006.¹⁷ En otras ocupaciones del cuidado los diferenciales salariales no son estadísticamente significativos. La inclusión de las trabajadoras domésticas en la regresión no sólo no es estadísticamente significativa, sino que agrega un nivel de varianza a la regresión (FIV) que no permite concluir nada sobre ellas de manera individual o independiente de las otras variables incluidas en la regresión.

Cuadro 5. Efectos en la remuneración por hora de ser una ocupación del cuidado, de estar registrado, de la pertenencia al sector público y de la feminización , 2015 (no se muestran el capital humano, las características demográficas ni otras características del puesto de trabajo)

	Modelo 1				Modelo 2			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Coficiente	FIV	Coficiente	FIV	Coficiente	FIV	Coficiente	FIV
Registrados/as	0.40***	1.54	0.39***	1,78	0.40***	1.56	0.39***	1.79
Asalariados/as del sector público	0.01	3.04	0.07***	2,41	0.01	3.05		2.41
Ocupaciones del cuidado	-0.03	1.58	-0.04**	3,89	-0.03	1.83	-0.04	5.92
Feminización (FEM)					0.01	1.63	-0.02	4.79
R2	0.510		0.531		0.510		0.531	

	Modelo 1				Modelo 2			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Coficiente	FIV	Coficiente	FIV	Coficiente	FIV	Coficiente	FIV
Registrados/as	0.40***	1.54	0.38***	1,81	0.40***	1.56	0.39***	1.82
Asalariados/as del sector público	0.01	3.10	0.06***	2,46	0.01	3.10	0.06***	2.46
Médicos/as y otras ocupaciones de la salud	-0.04	1.18	-0.07**	1.63	-0.03	1.27	-0.06*	1.99
Profesores, maestros/as y ayudantes	-0.03	1.50	-0.02	2.84	-0.03	1.63	-0.01	3.92
Trabajadoras domésticos	0.21	1.83	0.02	17.78	0.207	1.86	0.05	21.35
Otras ocupaciones del cuidado	-0.06	1.15	-0.04	5.57	-0.06	1.18	-0.02	6.55
Feminización (FEM)					0.002	1.64	-0.05	5.04
R2	0.510		0.531		0.510		0.531	

* Estadísticamente significativos en el nivel del 10 por ciento ** Estadísticamente significativos en el nivel del 5 por ciento

*** Estadísticamente significativos en el nivel del 1 por ciento. Notas: Las variables de control son la educación, la experiencia, la cualificación para el puesto, el tamaño de la empresa, la región, la existencia de hijos y las horas trabajadas. FIV es el factor de inflación de la varianza. La variable de feminización es el porcentaje de mujeres en las ocupaciones (véanse los detalles en Esquivel, 2007).

Esas otras variables son las que reflejan las mejoras en el mercado de trabajo. El premio por registración persiste (39 por ciento para el caso de las mujeres y 40 por ciento para el caso de los varones) y sigue siendo la variable más importante para explicar los salarios horarios, luego de haber corregido por el capital humano, las características demográficas y otras características de los puestos. Sin embargo, este premio disminuyó en 21 puntos porcentuales en el caso de las mujeres, una diferencia que es estadísticamente significativa. Por el contrario, no puede decirse que la disminución de 9 puntos porcentuales en el premio por registración de los varones sea estadísticamente significativa.

Estos resultados vuelven a enfatizar que, más allá de las ocupaciones de la salud, la remuneración y demás condiciones de trabajo de las ocupaciones del cuidado no pueden separarse de la dinámica general del mercado laboral a la que se aludió previamente. En la Argentina, por tanto, para mejorar los salarios relativos de las y los trabajadores del cuidado es menester continuar expandiendo la registración y ponerla al mismo nivel que la de los demás asalariados. La ventaja salarial relativa de las mujeres que trabajan en el sector público con respecto a las que ejercen su ocupación en el sector privado puede estar explicando una presencia superior a la media en los organismos públicos. Como en 2006, los resultados sobre el segundo

¹⁷ En las regresiones para 2006, eran los varones los que evidenciaban una penalidad por trabajar en el sector público.

trimestre de 2015 no indican que las trabajadoras domésticas estén perjudicadas *per se*, y su desventaja reside en que tienen baja calificación y en la ausencia de registración.

4. Cuidado, género y procesos político-gremiales en la configuración de las condiciones de trabajo observadas

Sobre las imágenes del trabajo remunerado de cuidado

¿De qué forma las y los trabajadores de las diferentes ocupaciones bajo estudio (y especialmente las mujeres, que constituyen la gran mayoría de este universo) conciben el contenido de cuidado en las tareas que realizan? ¿En qué medida las diferentes concepciones de este tipo de labores se asocian o se alejan de estereotipos tradicionales de género? El análisis de la concepción del propio trabajo en esta clave reviste suma importancia en tanto puede facilitar la visión de la ocupación como una que requiere de saberes y/o habilidades específicas (se trataría entonces de “un trabajo como cualquier otro”), o bien, alimentar la asociación de estas tareas con cualidades supuestamente innatas de las mujeres, debilitando la concepción de las labores realizadas en tanto auténtico trabajo.

El caso de las trabajadoras domésticas es el que presenta la asociación más estrecha del trabajo de cuidado con habilidades y responsabilidades inherentes a la condición femenina. A diferencia de las otras dos ocupaciones analizadas, no aparecen en los discursos de las trabajadoras intentos u horizontes de jerarquización o profesionalización de la actividad. Las modalidades de inserción con mayor carga horaria son las que se encuentran más frecuentemente asociadas al cuidado directo de personas, especialmente de niñas/os: en estos casos, es frecuente que la propia concepción de las labores desarrolladas como “trabajo” se desdibuje en función de la idea de pertenencia a la familia empleadora. Expresiones como “*vi nacer* [a los niños de la familia empleadora], *viví casamientos, ellos vivieron pérdidas mías*”, “*soy como una abuela postiza*” o sencillamente “*somos como una familia*” son muy frecuentes y operan diluyendo la percepción de la existencia de una relación laboral.

Si bien la versión “por horas” de este trabajo suele presentar un menor componente relacional, la baja dedicación horaria del trabajo y los magros ingresos que reporta propician nuevamente una concepción de la actividad que tiende a alejarse de la noción de “verdadero trabajo”. Por un lado, las empleadoras suelen catalogar a la trabajadora como alguien que viene “*a dar una mano*” o “*ayudar*”. Por otro lado, las propias trabajadoras también suelen desarrollar una noción accesorio de su propia labor. En este sentido, se registran referencias recurrentes respecto a los ingresos de esta actividad como “una ayuda” o una “contribución” a sus economías familiares antes que como una ocupación que reporta un salario. Dado que la mayoría de las entrevistadas que se desempeñaban bajo esta modalidad convivían con cónyuges ocupados, esta concepción devaluada del propio trabajo aparece reforzada y compartida con los cónyuges varones. La condición para que estas mujeres incursionen en la ocupación parece ser que la propia casa, y particularmente los hijos, no queden “desatendidos”.

Diferente es el caso de la enfermería, que requiere de una preparación especial para ejercer las labores. En este caso, los relatos acerca de la concepción del propio trabajo se encuentran atravesados por el intento de jerarquizar y distinguir la propia especialidad que implica la ocupación. Cabe señalar que la enfermería presenta una peculiaridad dentro del universo de las ocupaciones bajo estudio: mientras que en la mayoría de estas ocupaciones el cuidado es un *componente* (entre otros), la enfermería tiende a definirse casi exclusivamente en términos de su misión y objetivo de brindar cuidado. De hecho, entre las y los entrevistados, el contenido de cuidado de la ocupación es realizado para definir su especificidad frente a otras profesiones de la salud, sobre todo la médica (“*el médico diagnostica, yo soy especialista en cuidado, entonces puedo hablar desde ahí (...) eso me lo tiene que dar el sustento del conocimiento*”, “*somos parte del equipo interdisciplinario para tomar decisiones en el tratamiento de cuidado del paciente*”).

No obstante, el discurso que apunta a construir el trabajo de cuidado como una especialización que requiere de saberes específicos, suele aparecer matizado con otras concepciones del mismo. Así, las

imágenes de género que asocian la capacidad y la habilidad de brindar cuidado a habilidades e inclinaciones “inherentes” a la condición femenina adquieren una fuerte presencia en las reflexiones de las enfermeras mujeres entrevistadas. En este sentido, abundan las referencias a cualidades supuestamente propias de las mujeres que las habilitarían a brindar un mejor cuidado, tales como “la intuición” (que permitiría captar mejor lo que le sucede al paciente), la tendencia “innata” a proteger y/o el entrenamiento que brinda la maternidad, entre otras.

Aún en el caso de las entrevistadas comprometidas con la construcción de una visión más profesionalizada de la ocupación, las imágenes de género asociadas al cuidado permean frecuentemente los discursos:

- Tenemos que ser claras, no somos asistentes, no somos mucamas, ¡somos especialistas en cuidado! Somos parte de un equipo interdisciplinario de trabajo. Hay que respaldar este reclamo con más formación
- (...) Entrevistadora: ¿Vos dirías que las enfermeras mujeres trabajan de la misma manera que los enfermeros varones?
- La enfermera mujer es como más protectora del paciente. No quiere decir que no labore el enfermero [varón] pero la enfermera mujer es más protectora en los cuidados, yo creo que por **la esencia misma de ser mujer** (...) tiene que ver con...conmovertte, conmovertte por la situación del paciente, la situación familiar, la situación social (...) conmovertte por todo (Referente sindical de enfermería, mujer, ATE Buenos Aires)

En la docencia en cambio, el contenido de cuidado de las labores aparece matizado con la misión que se define como primordial que es la de “enseñar” o “transmitir conocimientos”. Así, en las entrevistas con docentes, el cuidado aparece como condición necesaria para lograr el objetivo último de enseñar (“*mi función es educar, transmitir conocimientos, pero (...) no puedo transmitir [conocimientos] si no los cuido*”, “*el cuidado de los chicos está en todo momento (...) pero el laburo (...) tiene que ver con hacerle sentir a alguien que puede cambiar, darle herramientas, uno cuando educa no es solamente niñera ¿entendés?*”).

Entre las y los docentes entrevistados, la asociación de su trabajo a estereotipos tradicionales de género es mucho menos lineal que en el caso de la enfermería. Si bien se reconoce que esta asociación existe, en los testimonios recabados la misma suele ser depositada en el “afuera”, esto es, en la mirada social sobre la profesión, así como en su construcción histórica (“*es muy fuerte esto de que las mujeres se encargan de educar (...) está históricamente marcado*”, “*el docente como que ‘tiene que cuidar a los niños’, muy vinculado con el rol que tiene la mujer en la sociedad*”). Asimismo, la totalidad de las y los docentes consultados mantienen una postura crítica sobre dicha asociación. En palabras de una entrevistada: “*un hombre puede ser tan buen docente como una mujer. En realidad buen docente puede ser cualquiera que se proponga ser buen docente*”.

Entre la naturalización y cuestionamiento de las condiciones laborales

Las imágenes de la ocupación a las que suelen apelar trabajadoras domésticas, enfermeras/os y docentes no constituyen un tema menor, puesto que presentan correlatos en términos de la forma en que enfrentan condiciones laborales adversas.

Es en el servicio doméstico, sin duda, que la percepción desjerarquizada del cuidado que se brinda, genera apreciaciones de la labor que llegan a la frontera de naturalizar el incumplimiento de los derechos laborales. Una cuestión clave en este sentido tiene que ver con el reconocimiento de la existencia de la relación laboral a través de su formalización. Al indagar entre las empleadoras que no registran a sus empleadas sobre este incumplimiento, se observó una llamativa falta de autocrítica al respecto. En este sentido, las empleadoras tienden a depositar la responsabilidad de esta situación sobre las propias empleadas, que no quieren ser registradas (porque perderían planes sociales), no pueden (porque son extranjeras y no han tramitado su residencia), o no necesitan (porque la protección social la esperan del trabajo de su cónyuge varón).

De manera sugerente, si bien las trabajadoras domésticas valoran positivamente la formalización de la relación laboral, no se trata de un reclamo prioritario. Por un lado, es cierto que suelen prevalecer demandas más urgentes relativas a incrementos salariales, en el contexto de una ocupación que reporta ingresos muy magros (Tizziani, 2011). Pero también es cierto que la no formalización de la relación laboral es una situación escasamente cuestionada. Frente a la pregunta de si los aportes y el acceso a una futura jubilación eran temas que preocupaban, la mayoría de las trabajadoras hicieron alusión a dos cuestiones. Por un lado, y en línea con las altas tasas de rotación que se registran en la ocupación (Rodgers, 2009; Pereyra, 2012), las entrevistadas manifestaron dificultades tanto para identificarse con la misma como para visualizarse ocupando sus puestos en el largo plazo. Expresiones como “*por ahora me sirve*”, “*por ahora sigo*” y “*no sé si voy a estar toda la vida trabajando de mucama*” reflejan la escasa proyección laboral a futuro. Por otro lado, y relacionado con esta cuestión, las trabajadoras que convivían con sus parejas volvieron a hacer alusión a la idea de que este es un trabajo secundario en el hogar: beneficios laborales tales como los aportes jubilatorios y la cobertura médica por Obra Social tienden a esperarse del trabajo del cónyuge varón.

El caso de la enfermería se sitúa en una posición mucho más ambigua. Si bien los reclamos laborales y la percepción de inequidad existen, la articulación de un discurso uniforme en clave de derechos se torna dificultosa. Por un lado, existe una línea discursiva que plantea demandas claras respecto a las condiciones laborales desfavorables. No obstante, y sobre todo entre las mujeres, existe una veta discursiva adicional (que muchas veces coexiste con la primera) donde la presentación del propio yo y de la ocupación en clave de entrega y vocación es una situación relativamente común (Wainerman y Binstock, 1994; Arakaki, 2013; Martin, 2015). Este tipo de asociación, entre ocupación y vocación/sacrificio/entrega suele entrar en tensión con la posibilidad de visualizar, enunciar y denunciar las condiciones laborales deficitarias (“*sí, a todos nos mueve la vocación, cuidar al paciente, que esté bien. A veces no doy más (...) horas parada (...) no tuve tiempo de comer (...) pero la satisfacción de ver que estás ayudando, que estás cuidado al otro y que el paciente te necesita es muy fuerte, te hace fuerte*”).

Por último, en el caso de la docencia, donde la asociación entre la ocupación y los estereotipos de género vigente fuera más cuestionada, es donde se plantea de forma más clara los aspectos deficitarios del trabajo en términos de derechos vulnerados. De hecho, la alusión a la categoría de derechos – los laborales propios de quienes desempeñan la ocupación pero también los derechos de los destinatarios del servicio – surgió exclusivamente entre las y los trabajadores de esta ocupación (“*en el [sector] público se respetan todos tus derechos (...) en el privado hay un dueño (...) por eso es bueno que la escuela sea pública para todos, pública para que los chicos tengan las mismas oportunidades y los trabajadores tengamos todos los derechos que corresponden*”).

Es en este sentido que la imagen (y la realidad) más o menos profesionalizada que logra construirse sobre las diferentes actividades se presenta como un tema relevante, puesto que impacta directamente en el sentido asignado al trabajo, la evaluación de sus condiciones laborales y, por ende, los reclamos que puedan elaborarse al respecto.

La organización gremial

Estas visiones más o menos críticas de las propias condiciones laborales – y la capacidad de verbalizarlas – se encuentran estrechamente entrelazadas con la historia gremial reciente de cada una de las ocupaciones analizadas. Así, la dinámica que adquiere la sindicalización de cada uno de estos grupos de trabajadoras/es reviste un rol crucial para explicar sus distintos posicionamientos relativos.

El caso del servicio doméstico presenta una singularidad importante en función del carácter incipiente de su conformación sindical. En efecto, tal como se señalara más arriba, la primera negociación colectiva del sector tuvo lugar en el año 2015, como resultado de la nueva ley que estipulaba la creación de una Comisión Nacional de Trabajo en Casas Particulares, con atribuciones para la negociación de salarios y condiciones de trabajo. Tanto en lo que atañe a la conformación de esta comisión negociadora así como en

su puesta en marcha, el impulso gubernamental asumió un papel preponderante. En este sentido, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social tuvo un papel activo en la convocatoria de las organizaciones gremiales existentes de trabajadoras que, en mayor o menor medida, venían cumpliendo un rol de acompañamiento, a través de la asesoría legal, el establecimiento de bolsas de trabajo, la provisión de útiles escolares, etc. (Beccaria y Álvarez, 2013). Diferente fue el caso de las asociaciones de empleadores donde no existían entidades previamente conformadas. Ante esta situación, el Poder Ejecutivo conformó una organización *ad hoc* (Empleadores de Trabajadores Comprendidos en el Régimen Especial de Trabajo para el Personal de Casas Particulares) y convocó a una organización de amas de casa para complementar la parte empleadora. Así, resulta claro que para una ocupación con el nivel de debilidad y falta de visibilidad política del servicio doméstico, *la iniciativa que se pueda propiciar desde la esfera gubernamental aparece como un factor clave* en el proceso de articulación de las primeras experiencias de negociación del sector.

No obstante, como indicador de una posición que es todavía endeble, cabe señalar que aún en el marco de negociaciones paritarias, los salarios resultantes para las trabajadoras domésticas son de los más bajos del espectro ocupacional formal. Incluso, en la categoría más baja del escalafón de estas trabajadoras el salario mínimo estipulado es inferior al Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVM) que rige para el conjunto de los asalariados registrados (situación legalmente posible en función de que la actividad se rige por un Estatuto Especial, por fuera de la LCT). Asimismo, la prevalencia del trabajo no registrado en la ocupación implica un serio condicionamiento a la fortaleza política de estas organizaciones. Tanto para garantizar el peso político de las trabajadoras en la negociación, como para que las condiciones de trabajo negociadas se traduzcan en conquistas reales, resulta necesario complementar esta política con renovados esfuerzos gubernamentales por incrementar los niveles de registro de la ocupación.

Muy diferente es el panorama de la configuración gremial de la enfermería y la docencia, que cuentan con organizaciones consolidadas y con trayectoria en la negociación. Sin embargo, el peso político y la capacidad de presión de la estructura sindical de la docencia se presenta muy superior al de sus pares de la enfermería, situación que contribuye a la comprensión de su mejor posicionamiento laboral relativo.

Se trata en ambos casos de un entramado complejo de múltiples organizaciones. No obstante, el rasgo distintivo que interesa señalar es que, mientras que en el caso de la representación de la docencia inicial y primaria encontramos un conjunto de *organizaciones específicas de la actividad que reúnen a las y los trabajadores que desempeñan tareas de educación*, en el caso de la enfermería se trata de gremios que aglutinan a *un conjunto heterogéneo de trabajadores, que además son separados de aquellos con mayor calificación dentro del sistema de salud*.

En efecto, en el caso de la enfermería, su posicionamiento relativamente más débil aparece estrechamente relacionado con la *escisión fundante que se produce en el sector salud entre el personal “profesional”* (fundamentalmente médico) y *“no profesional”* (que abarca, entre otras ocupaciones, a la mayoría de las y los enfermeros). El colectivo médico, que históricamente se construyó como eje de la autoridad y del poder dentro del sector salud y que podría impulsar y dar fuerza a demandas específicas relativas a la enfermería u otras ocupaciones no profesionales de la salud, tiene, como correlato de su posición privilegiada, organizaciones gremiales profesionales propias. La enfermería en cambio, queda encasillada dentro dos tipos de representaciones. Por un lado, en el ámbito público, se enmarca dentro de grandes organizaciones gremiales de sindicatos de trabajadores del estado a nivel nacional, mientras que en determinadas jurisdicciones adquieren un rol protagónico los sindicatos de trabajadores públicos locales. Por otro lado, existen organizaciones gremiales más acotadas, que nuclean a la enfermería dentro del universo del personal “no profesional” de la salud (por ejemplo, el Sindicato de la Salud Pública que adquiere un rol preponderante entre los trabajadores públicos de la provincia de Buenos Aires). La misma situación se observa en el subsector privado donde la ocupación es representada a nivel nacional, junto con el resto de las ocupaciones no médicas del sector, por la Federación Argentina de Trabajadores de la

Sanidad Argentina (FATSA)¹⁸. De esta manera, y más allá de los matices, cuando las y los enfermeros llevan sus planteos relativos a la ocupación y al funcionamiento del sector en general lo hacen, o bien subsumidas/os en el marco de gremios de trabajadores estatales en general, o bien junto a un heterogéneo conjunto de personal de la salud de menor jerarquía, que van desde distintos tipos de personal técnicos (de laboratorio, kinesiólogos, radiólogos, etc.) hasta camilleros, cocineros, administrativos, personal de limpieza, etc.

Es importante señalar que el reducido grupo de enfermeras/os que logran alcanzar el título de licenciados en el sector público, pasan, en teoría, a ser parte de la carrera hospitalaria y por ende, se incorporan a la representación gremial de los “profesionales”. No obstante, el trabajo de campo realizado en el marco del Área Metropolitana de Buenos Aires evidenció que mientras que en el área jurisdiccional de la provincia de Buenos Aires esta situación se cumple, en el de Ciudad de Buenos Aires esta posibilidad le ha sido vedada a la enfermería. Como es esperable, la situación constituye una fuente de reclamos y malestar entre las y los afectados. Tanto las y los trabajadores como los referentes consultados apuntaron de manera unánime a presiones ejercidas por el sindicato de los trabajadores públicos que representan a las y los enfermeros en la Ciudad que “no las querían perder” (como afiliadas), así como a la escasa reacción/apoyo de los gremios de profesionales.

Frente a este panorama segmentado, no resulta sorprendente la mayor capacidad de reclamo de las organizaciones docentes. Ya en la década del ‘50 la presión ejercida por diferentes organizaciones magisteriales derivó en la consecución del Estatuto Docente, una legislación laboral que, como se señalara, se encuentra adaptada a las problemáticas del propio sector y es superadora en muchos aspectos de la propia LCT. A partir de la década del ‘90 – en el marco de la profundización de políticas de corte neoliberal y ajuste que habían comenzado a mediados de los ‘70 – uno de los gremios más importantes y combativos del sector, la Confederación de Trabajadores de la Educación (CTERA), desarrolló un papel protagónico en términos de movilización y resistencia. La profundización de las reformas estructurales del sistema educativo, y en especial la culminación del proceso de descentralización de la educación argentina, que había comenzado en 1978¹⁹, fueron disparadores del conflicto. La principal demanda de la organización fue la de disponer de mecanismos de financiamiento exclusivos para la educación, y particularmente para el mejoramiento salarial, a partir de las dificultades que experimentaban las provincias más pobres para sufragar los costos de los servicios educativos transferidos. Medidas como la instalación de una carpa docente (“la carpa blanca”) frente al parlamento durante tres años, donde los docentes rotaban periódicamente, realizaban ayuno y recibían a diversas personalidades que apoyaban la protesta, ayudaron a nacionalizar el conflicto y a instalarlo fuertemente en la opinión pública²⁰.

A partir del 2004, coincidiendo con la apertura de una nueva orientación de las políticas públicas, un logro significativo de las organizaciones docentes fue la habilitación por parte del gobierno nacional de la negociación de un piso salarial mínimo para todas/os las/os docentes del país, definido anualmente con todos los gremios con representación nacional, incluyendo a los privados (Perazza y Legarralde, 2007). De hecho, fue necesario crear un “Programa de compensación salarial” (artículo 5to. de la Ley 26.075 de Financiamiento Educativo sancionada en 2005) para que las provincias que no pudieran afrontar los costos

¹⁸ Cabe aclarar que un grupo minoritario de trabajadores de la salud se enmarca dentro de establecimientos gerenciados directamente por Obras Sociales (las entidades que se ocupan de la salud dentro de los gremios de distintas ramas de actividad), y que han experimentado un marcado decrecimiento en las últimas décadas (Pereyra y Micha, 2015).

¹⁹ En 1978, en el marco de un gobierno dictatorial, se transfieren la totalidad de los establecimientos primarios a las provincias (pasando a ser éstas responsables de sostener los salarios y la relación laboral con los docentes). En 1992 se completa el proceso transfiriendo también las escuelas secundarias, los institutos terciarios y las escuelas públicas de gestión privada de la órbita nacional hacia la provincial.

²⁰ La presión derivó en la Ley del Fondo Nacional de Incentivo Docente, que dispuso la creación de un impuesto a efectos de financiar los salarios docentes. La carpa fue finalmente levantada en 1999 cuando un nuevo gobierno decidió sostener este fondo con aportes de las rentas generales del tesoro nacional.

de la negociación recibieran recursos a tal efecto²¹. Así, el papel de los gremios en lo que hace a la negociación de un piso salarial a nivel nacional fortalece aún más su protagonismo y visibilidad en la defensa de las condiciones laborales del sector. Al mismo tiempo, el logro plantea una reivindicación – parcial pero muy significativa– en relación a las consecuencias adversas de la descentralización del sistema.

Muy diferente es la situación del sector salud, que ha actuado de manera fragmentada, marcando una capacidad de movilización y reclamo mucho menor que la de sus pares docentes frente a las consecuencias del mismo proceso de descentralización y desregulación. La situación ayuda a comprender el predominio de remuneraciones bajas, especialmente para las ocupaciones menos jerarquizadas y con menor capacidad para hacer oír sus demandas, como es el caso de la enfermería. A pesar de que estudios recientes muestran que el sector salud registra niveles importantes de conflictividad gremial en los últimos años (Aspiazu, 2010), la estructura del propio sistema de representación del sector dificulta la articulación de reclamos conjuntos, la nacionalización de los mismos y la obtención de reivindicaciones de manera homogénea para todas/os las/os trabajadoras/es del sector. Ejemplo de esta última cuestión lo constituye el significativo logro, ya mencionado, por parte de los trabajadores hospitalarios de la Provincia de Buenos de la declaración de su actividad como “insalubre” – lo que ha implicado, entre otras cuestiones, la reducción de la jornada laboral de 8 a 6 horas diarias y la posibilidad de jubilación anticipada-. Sin embargo, este beneficio no cuenta con perspectivas claras de réplica en otras jurisdicciones, evidenciando la escasa capacidad del sector de revertir las inequidades derivadas de la fragmentación del sistema de salud.

5. Reflexiones finales

Los contenidos expuestos en este artículo dejan en claro que el estudio de las condiciones laborales de las ocupaciones del cuidado constituye un tema de particular relevancia, especialmente en la intersección entre el mercado de trabajo y el género. En efecto, tal como se señalara, el 38% de las mujeres ocupadas y el 43% de las asalariadas son trabajadoras del cuidado.

El análisis realizado en términos estadísticos muestra que la situación de estas ocupaciones resulta indisociable de las características y la evolución del mercado de trabajo argentino en términos más amplios. En efecto, las mejoras experimentadas en el mercado de trabajo en la última década implicaron ventajas salariales para las trabajadoras del cuidado insertas en el sector público (donde se desempeña, por ejemplo, la gran mayoría de las docentes), que mejoró sustancialmente las condiciones laborales ofrecidas. Asimismo, la condición de registro – en el marco de un mercado de trabajo altamente segmentado en términos de formalidad/informalidad – resulta clave para explicar la posición relativa de estas ocupaciones. De hecho, la posición de extrema vulnerabilidad de las trabajadoras domésticas tiene que ver fundamentalmente con la situación extendida de no registro que ha tendido a perdurar en el tiempo. También se relaciona con el escaso nivel de calificación requerido para desempeñar sus labores, que no sólo devalúa el valor socialmente asignado a su labor sino que también deprime sus remuneraciones.

En lo que atañe a la penalización de estas ocupaciones en función de su contenido de cuidado no se observan resultados contundentes. No obstante, es importante señalar que, al desagregar el análisis de la penalización salarial del cuidado por sector, sí se observa un impacto negativo claro en el ámbito de la salud, que opera específicamente en el caso de las trabajadoras mujeres.

En este sentido, la indagación cualitativa sobre la enfermería puede aportar elementos para comprender los mecanismos que operan devaluando el cuidado en este sector. Además de tratarse de una ocupación que reviste un alto peso dentro de la estructura de empleo del sector, la enfermería es una de las ocupaciones con mayores índices de feminización y es la que presenta el mayor contenido de cuidado

²¹ A su vez, luego de esa negociación muchas jurisdicciones vuelven a negociar con las representaciones gremiales locales un piso de remuneración provincial, que puede y suele superar al nacional.

directo en sus tareas. Las desventajas relativas que presenta esta ocupación dentro del ámbito de la salud requieren remontarse a la historia de una actividad que se desarrolla a la sombra de la medicina - ocupación que en sus orígenes estaba compuesta casi exclusivamente por varones -, situación que contribuyó a consolidar una visión de esta relación en clave de estereotipos tradicionales de género. Mientras que el quehacer médico se relacionaba con lo masculino-racional, la enfermería - feminizada al extremo -, se identificaba con cualidades supuestamente propias de las mujeres - lo afectivo, maternal, etc-. (Ramaciotti y Valobra, 2015; Faccia, 2015). Si bien la enfermería registra un incipiente ingreso de varones y la medicina es una actividad que ha tendido a la feminización (Róvere, 2006; Pautassi, 2006), la relación asimétrica de poder entre ambas ocupaciones ha mostrado una significativa prevalencia en el tiempo. Esta relación de poder se manifiesta en la marcada segmentación del sector salud entre el personal “profesional” (que aglutina fundamentalmente a la medicina, ofreciendo condiciones de trabajo relativamente ventajosas) y el “no profesional” (a donde suele ser confinada la enfermería, con salarios y condiciones de trabajo mucho más desventajosas).

La situación de inequidad que experimenta la enfermería es una de las que deja más claramente en evidencia la importancia de la profesionalización y la necesidad de “valorar” al cuidado –discursiva y efectivamente– como un elemento clave que podría ayudar a cuestionar su segregación, a deconstruir estereotipos de género en torno a este tipo de trabajo (que ensalzan cualidades como el sacrificio, la entrega, etc.), y a articular reclamos en clave de derechos. En especial, el ejemplo de las y los (pocos) enfermeros que alcanzan el grado de licenciatura muestra los avances y las presiones que genera la profesionalización de esta fuerza de trabajo. En muchas jurisdicciones (por ejemplo, la provincia de Buenos Aires), este título de grado universitario habilita a las y los enfermeros a acceder a la carrera “profesional” con todos los beneficios que esto implica. En las jurisdicciones donde esto no ocurre (como en el caso de la Ciudad de Buenos Aires), la situación genera presiones, malestar y reclamos en torno al tema.

Tal como se ha señalado, esta misma segmentación entre lo profesional y lo no profesional ha contribuido no sólo a la posición relativamente desventajosa de ocupaciones como la enfermería, sino que también ha afectado la capacidad de reacción de las y los trabajadores de la salud en su conjunto frente a las reformas sectoriales recientes. En este sentido, la situación agrega un elemento más a la comprensión de la penalización del cuidado observada para el sector en términos generales.

A modo de contraste, en el caso de la docencia, la fuerza de los propios trabajadores - sin las segmentaciones internas que se presentan en el caso de la salud -, ha jugado un papel fundamental en atenuar los efectos negativos de la descentralización y la fragmentación del sistema educativo. Asimismo, y en el contexto económico relativamente favorable de los últimos años, la ocupación logró importantes avances en términos de la dinámica de las negociaciones salariales que, al centralizarse, adquirieron una alta visibilidad social y peso político. Por otra parte, la temprana lucha sindical de este colectivo laboral ha determinado facilidades para la capacitación laboral constante, un factor que aparece relacionado en la indagación cualitativa con el distanciamiento de las y los trabajadores respecto a estereotipos de género que desvalorizan su labor (aún cuando éstos existan en la mirada externa a la ocupación). Adicionalmente, la consolidación de un discurso en clave de derechos retroalimenta, a su vez, un accionar político-sindical consecuente con estas concepciones. Estos señalamientos no implican desde luego negar los importantes desafíos que aún persisten en el marco de la docencia de nivel inicial (ver por ejemplo el trabajo de Cutuli en este Dossier), pero constituyen factores que ayudan a explicar el posicionamiento relativamente más favorable de estas/os trabajadoras/es dentro del espectro de las ocupaciones analizadas.

En el caso de debilidad más extrema, como lo es el del servicio doméstico, la mejoría de las condiciones de trabajo resulta impensable sin el apuntalamiento y la voluntad política gubernamental. Si bien resulta innegable que en Argentina queda un largo camino por recorrer en este campo, el reconocimiento legal de derechos laborales básicos ha constituido un avance sustantivo que fue impulsado desde el propio Poder Ejecutivo. En este mismo sentido, el aumento de la registración –claramente modesto y aún insuficiente – también fue el resultado de una batería de políticas cuya aplicación fue decidida de manera unilateral desde el Estado. Asimismo, se han registrado algunas iniciativas acotadas de

capacitación, bajo la forma de cursos ofrecidos en el marco del Programa de Profesionalización del Trabajo en Casas Particulares y otros Servicios Personales y Sociales, creado en el año 2008 por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (ver Tizziani, 2014). No obstante, estos intentos de jerarquización pasaron prácticamente inadvertidos; no sólo porque estuvieron dirigidos a un universo restringido -trabajadoras domésticas desocupadas-, sino también por cuestiones como la falta de reconocimiento del entrenamiento recibido en las grillas salariales y, desde luego, por la situación de informalidad extendida de la ocupación. Probablemente, la conformación de una comisión negociadora de salarios y condiciones de trabajo (cuya puesta en marcha, nuevamente, se debe en gran medida a los esfuerzos de articulación gubernamental) resulta uno de los aportes más auspiciosos para pensar en la construcción de poder político propio de estas trabajadoras.

No obstante, es importante señalar que existen restricciones estructurales cuando se trata de pensar en la (necesaria) mejora de las condiciones laborales del servicio doméstico *manteniendo su carácter masivo*. En efecto, si en la actualidad una importante proporción de hogares (a su vez compuestos mayormente por asalariados) puede solventar estos servicios, es justamente a costa de remuneraciones muy bajas y condiciones laborales precarias. En este sentido, políticas más ambiciosas y a largo plazo podrían promover la reinserción de estas trabajadoras en ámbitos institucionales donde se provean, de manera accesible, los mismos servicios de cuidado que hoy contratan los hogares de manera particular (en especial las actividades de cuidado directo, fundamentalmente de niños y niñas pero también de adultas/os mayores). Un ejemplo en este sentido puede encontrarse en el texto de Fournier en este Dossier, que ilustra cómo muchas mujeres con historias de trabajo en el servicio doméstico encuentran un ámbito más propicio para plantearse posibilidades de capacitación y progreso al insertarse en centros de cuidado infantil comunitarios - especialmente cuando el Estado apunta a reconocer formalmente a las instituciones y los servicios brindados.

Sin duda, el rol del Estado aparece crucial a la hora de darle protagonismo a las problemáticas de las y los trabajadores del cuidado. Los datos cuantitativos sugieren que cualquier intento por mejorar las vulnerabilidades a las que – en mayor o menor medida- están expuestas estas ocupaciones requiere de intervenciones de política laboral en un sentido amplio. Nuevamente, de fundamental importancia resultan aquellas que apunten a mejorar los niveles de registro, pero también las que fomenten la profesionalización de las actividades, la mejora y la fiscalización de la normativa laboral, así como el apoyo a las negociaciones colectivas. Más allá de esto, y para el caso específico de las ocupaciones del cuidado, la construcción de un discurso – y una línea de acción política – que instale en la agenda gubernamental la necesidad de articular un sistema de cuidado que busque la provisión de servicios accesibles y de calidad para el conjunto de la población, aparece como el marco más propicio para legitimar las demandas de estas/os trabajadores en particular, y resaltar la importancia de la contribución social que su trabajo implica. Se trata entonces de plantear las necesidades de esta fuerza de trabajo en un esquema integrador, que apele no sólo a las y los trabajadores involucrados sino también a las necesidades e intereses del público usuario (Folbre, 2006). Que el conjunto de la ciudadanía tiene el derecho de acceder al cuidado de calidad, y que esta calidad resulta indisociable de las condiciones de trabajo de quienes brindan los servicios, son argumentos que deberían actuar como pilares centrales para generar consenso y apoyo político sobre la necesidad de invertir en la expansión de los servicios y en la fuerza de trabajo que los sostiene.

Bibliografía

- Arakaki, Jorge (2013) “Significados y concepciones de la enfermería: el punto de vista de los estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús 2008– 2010” en *Salud Colectiva*, Vol.9 No.2: 151–167.
- Arango, Aida (1993) *Descentralización y participación en el sistema educativo bonaerense*, Tesis de Maestría, UBA.

- Aspiazu, Eliana, Baldi, Lucila y Lanari, María Estela (2011) “Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud”, ponencia presentada en el *10° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Asociación de Especialistas de Estudios del Trabajo* (ASET), 3 al 5 de Agosto 2011, Buenos Aires, Argentina.
- Budig, Michelle y Misra, Joy (2010) “How care– work employment shapes earnings in cross– national perspectives”, *International Labour Review*, ILO, Vol. 149, No. 4: 441– 460.
- CEPAL (2009) *Panorama Social de América Latina 2009*, Santiago de Chile: CEPAL.
- CIPPEC (2012) *Monitoreo de la Ley de Financiamiento Educativo*, Buenos Aires: CIPPEC.
- Cerrutti, Marcela y Binstock, Georgina (2004) “Camino a la exclusión. Determinantes del abandono escolar en el nivel medio en la Argentina” en *Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP*, realizado en Caxambu, Brasil, 18-20 de septiembre.
- Cordero, Susana y Señorino, Orlanda (2005) “La reforma educativa en la Argentina. Una mirada sobre las trayectorias laborales y las condiciones de trabajo docente” en *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 7 (2). <http://redie.uabc.mx/vol7no2/contenido-señoriño.html>
- Danani, Claudia y Beccaria, Alejandra (2011) “La contra– reforma previsional argentina 2004– 2008: aspectos institucionales y político– culturales del proceso de transformación de la protección” en Danani, Claudia Hintze, Susana (coords.) *Protecciones y desprotecciones. La seguridad social en la Argentina 1990– 2010*, Los Polvorines: Universidad Nacional General Sarmiento.
- DINIECE (2009) *Relevamiento anual 2009*, Buenos Aires: Dirección Nacional de Evaluación de la Calidad Educativa, Ministerio de Educación, Ciencias y Tecnología.
- DINIECE (2006) *Censo Nacional de Docentes 2004. Resultados definitivos*, Dirección Nacional de Evaluación Educativa, Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.
- Dirié, Cristina y Oiberman, Irene (2001) “La profesión docente en el mercado de trabajo actual” en *Estudios del Trabajo* No.22: 61-92.
- Donath, Susan (2000) “The Other Economy. A Suggestion for a Distinctively Feminist Economics” *Feminist Economics*, Vol.6 (1): 115– 123.
- England, Paula; Budig, Michelle; Folbre, Nancy (2002) “Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work” en *Social Problems* No.49: 455– 473.
- England, Paula y Folbre, Nancy (1999) “The cost of caring” *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Emotional Labor in the Service Economy, Vol. 561: 39– 51.
- Esquivel, Valeria (2011) *Economía del Cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*, Serie Atando Cabos; deshaciendo nudos, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro Regional de América Latina y el Caribe.
- Esquivel, Valeria (2010) “Care workers in Argentina: At the crossroads of labour market institutions and care services”, *International Labour Review*, ILO, Vol. 149, No. 4: 477– 493.
- Esquivel, Valeria (2009) *Uso del Tiempo en la Ciudad de Buenos Aires*, Los Polvorines: Universidad Nacional General Sarmiento.
- Faccia, Karina (2015) “Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955– 2001) en Biernat, Carolina; Cerdá, Juan Manuel; Ramacciotti, Karina (directores) *La salud pública y la enfermería en Argentina*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Faur, Eleonor (2014) *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Folbre, Nancy (2006) “Demanding Quality: Worker/Consumer Coalitions and ‘High Road’ Strategies in the Care Sector” in *Politics and Society* Vol. 34, No. 1: 11– 32.
- Folbre, Nancy; Nelson, Julie (2002) “For Love or for Money? Or Both?”, *The Journal of Economic Perspectives*, No.14: 123– 140.
- Gasparini, Leonardo y Marchionni, Mariana (2015) *Bridging Gender Gaps? The Rise and Deceleration of Female Labor Force Participation in Latin America: An overview*. CEDLAS, Working Papers 0185, La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

- Gorbán, Débora y Tizziani, Ania (2015) “Circulación de información y representaciones del trabajo en el servicio”, *Cuadernos del IDES. El trabajo doméstico: entre regulaciones formales e informales. Miradas desde la historia y la sociología*, No.30:108– 125.
- Himmelweith, Susan 2005. *Can We afford (Not) to Care: Prospect and Policy*. GeNet Working paper No.11 Gender Equality Network, Cambridge: Economic and Social Research Council.
- IPE-UNESCO (2009) *El federalismo-fiscal educativo argentino*, Buenos Aires: IPE-UNESCO.
- Lanari, María Estela (2006) “El sistema de salud en Argentina”, en *Trabajo decente: un aporte metodológico para su estimación. Aplicación en la determinación del actual déficit de trabajo decente entre los profesionales de la salud del sector público y privado de Mar del Plata*, tesis doctoral, FLACSO.
- Lund, Francie (2010) “hierarchies of care workers in South Africa: Nurses, social workers and home-based care workers” en *International Labour Review*, ILO, Vol. 149, No. 4: 495-510.
- Maceira, Daniel y Cejas, Cintia (2010) *Recursos humanos en salud. Una agenda para el gobierno nacional. Programa de Salud*, Área de Desarrollo Social, Buenos Aires: CIPPEC.
- Martin, Ana Laura (2015) “Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886– 1940) en Biernat, Carolina; Cerdá, Juan Manuel; Ramacciotti, Karina (directores) *La salud pública y la enfermería en Argentina*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Micha, Ariela (2015) “Lógicas detrás de la participación laboral de mujeres de sectores populares del Área Metropolitana de Buenos Aires” *XII Jornadas sobre Mercado de Trabajo y Equidad en Argentina*; Instituto de Ciencias, Universidad Nacional General Sarmiento, Los Polvorines, 19 y 20 de noviembre.
- MTEySS (2005) *Situación laboral del servicio doméstico en Argentina*, Secretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, Buenos Aires; Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social.
- Nelson, Julie (1999) “Of Markets and Martyrs: Is it Ok to Pay Well for Care?” en *Feminist Economics* No.5: 43– 55.
- Novick, Marta (2012) *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*, Washington, D.C.: OPS.
- Novick, Marta y Galín, Pedro (2003) “Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud”, en *Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones*, Buenos Aires, OPS/OMS.
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2015) *Los recursos humanos de salud en Argentina*, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Organización Internacional del Trabajo (2016) *Ratifications of C189- Domestic Workers Conventions, 2011* http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:11300:0::NO::P11300_INSTRUMENT_ID:2551460
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington D.C.: OPS; 2012.
- Organización Internacional del Trabajo (2010) *Trabajo decente para los trabajadores domésticos*, Informe para la Conferencia Internacional del Trabajo 99ª, Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud (2013) *Nursing and Midwifery Progress Report 2008– 2012*. Ginebra: OMS.
- Pautassi, Laura (2006) “El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención”, en Rico, María Nieves y Marco, Flavia (Coord.) *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina.
- Peng, Ito (2010) “The expansion of social care and reform: Implications for care workers in the Republic of Korea” *International Labour Review*, Vol.149, No. 4: 461– 476.
- Perazza, Roxana y Legarralde, Martín (2007) *El sindicalismo docente en la Argentina*, Serie Los sindicatos y la educación pública en América Latina, Buenos Aires: Fundación Konrad Adenauer.

- Pereyra, Francisca y Micha, Ariela (2016) “La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: una mirada en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud” en *Revista Salud Colectiva*, Vol.12 (2): 221-238.
- Pereyra, Francisca y Micha, Ariela (2015) “Ocupaciones del cuidado y condiciones laborales. El caso de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires” presentado en *XII Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*, Buenos Aires, 5 al 7 de agosto.
- Pereyra, Francisca y Tizziani, Ania (2014) “Experiencias y condiciones de trabajo diferenciadas en el servicio doméstico. Hacia una caracterización de la segmentación laboral del sector en la ciudad de Buenos Aires”, en *Trabajo y Sociedad* No.23, Vol.VII: 5– 25.
- Pereyra, Francisca (2013) “El acceso desigual a los derechos laborales en el servicio doméstico argentino: una aproximación desde la óptica de las empleadoras” en *Estudios Sociales*, No. 45: 54– 66.
- Pereyra, Francisca (2012) “La regulación laboral de las trabajadoras domésticas en Argentina: situación actual y perspectivas” en Esquivel, Valeria, Faur, Eleonor y Jelín, Elizabeth, *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*, Buenos Aires: IDES– UNICEF– UNPFA.
- Pérez Orozco, Amaia (2006) “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico” en *Revista de Economía Crítica* No.5, Marzo: 7– 37.
- Poblete, Lorena y Tizziani, Ania (2013) “Presentación” en *Dossier Servicio doméstico y desigualdad social* *Revista Estudios Sociales* No.45, pp:9– 14.
- PNUD (2011) *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*, Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2015) “Feminización y profesionalización de la enfermería (1940– 1955) en Biernat, Carolina; Cerdá, Juan Manuel; Ramacciotti, Karina (directores) *La salud pública y la enfermería en Argentina*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Razavi, Shahra y Staab, Silke (2010) “Underpaid and overworked: A cross– national perspective on care workers” *International Labour Review*, Vol.149, No. 4: 407– 422.
- Razavi, Shahra (2007) *The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, Gender and Development Programme Paper Number 1, Ginebra: UNRISD.
- Rivas, Axel (2010) *Radiografía de la educación argentina*. Buenos Aires: CIPPEC.
- Rodgers, Janine (2009) “Cambios en el servicio doméstico en América Latina” en Valenzuela, María Elena y Mora, Claudia (eds.) *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente* Santiago: OIT.
- Rodríguez Enríquez, Corina y Marzonetto, Gabriela (2015) *El trabajo de cuidado remunerado. Estudio de las condiciones de empleo en la educación básica y en el trabajo en casas particulares*, Serie de Documentos Políticas Públicas y Derecho al Cuidado No.4, Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia de Género.
- Roberts, Dorothy (1997) “Spiritual and menial housework” en *Yale Journal of Law and Feminism*, Vol.9, No.51: 51– 80.
- Róvere, Mario (2006) “Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud”, en Rico, M.N. y Marco, F. (Coord.) *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*, Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Tizziani, Ania (2014) “Género y trabajo: perspectivas sobre un programa de empleo” en *Cuadernos de Pesquisa*, Vol44 (52): 270-288.
- Tizziani, Ania (2011) “De la movilidad ocupacional a las condiciones de trabajo. Algunas reflexiones en torno a diferentes carreras laborales dentro del servicio doméstico en la Ciudad de Buenos Aires” en revista *Trabajo y Sociedad* No.17 vol.15, pp: 309– 328.
- Tobar, Federido, Olaviaga, Sofía y Solano, Romina (2012) *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*, Documento de Políticas Públicas, Análisis N° 108, Buenos Aires: CIPPEC.

UNESCO (2005) *Condiciones de trabajo y salud docente. Estudios de caso en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay*, Santiago de Chile: UNESCO.

Wainerman, Catalina y Binstock, Georgina (1994) “Género y calificación en el sector enfermería” en *Estudios del Trabajo* No.7: 43– 65.

Grillas salariales

– Salarios Enfermería en la Provincia de Buenos Aires. Acta Paritaria entre trabajadores estatales y gobierno provincial 2015. http://www.ssp.org.ar/wordpress/?page_id=186

– Salarios Enfermería en la Ciudad de Buenos Aires: (trabajadores del sector público de la Ciudad de Buenos Aires) Negociación Colectiva Comisión Central 2015 <http://www.sutecba.org.ar/Grilla2015.html>

– Salarios Docencia Ciudad de Buenos Aires. Acta Paritaria Docente 2015 <http://www.ademys.org.ar/v2/?p=6187>

– Salarios Docencia Provincia de Buenos Aires. Acta Paritaria Docente 2015 <http://www.suteba.org.ar/aumento-salarial-logrado-en-las-paritarias-13293.html>

– Salarios Servicio Doméstico 2015 http://www.trabajo.gov.ar/downloads/domestico/res_1_2015.pdf