

Durand, Teresa. **Flexibilizando cuerpos: (in)equidad de género en trabajo y salud**. Informe final del concurso: Democracia, derechos sociales y equidad; y Estado, política y conflictos sociales. Programa Regional de Becas CLACSO. 2001.
Disponibile en la World Wide Web: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/1999/durand.pdf>



**BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS SOCIALES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE,
DE LA RED DE CENTROS MIEMBROS DE CLACSO**
<http://www.clacso.org.ar/biblioteca>

Flexibilizando cuerpos: (in)equidad de género en trabajo y salud

Por Teresa Durand¹

Los programas de reformas económicas neoliberales implementados durante la década pasada han producido transformaciones profundas en la estructura socioeconómica argentina. Entre los resultados directos de estas reformas se encuentran un dramático aumento del desempleo, la precarización de las relaciones laborales y un creciente proceso de pauperización, dualidad y exclusión social. Tal como expresan Anderson et al. (1997), “el resultado más perdurable del neoliberalismo ha sido la constitución de una *sociedad dual* estructurada a dos velocidades y que coagula en un verdadero *apartheid social*. Un modelo donde existe un pequeño sector de integrados[as] (cuyo tamaño varía según las distintas sociedades) y otro (mayoritario en América Latina) que va quedando completamente excluido, el cual sea probablemente irrecuperable en el corto plazo”.

En este contexto, la flexibilización de las relaciones laborales fue instalándose a lo largo de la década tanto a través de mecanismos de mercado, impulsados por los elevados niveles de desempleo, como por cambios institucionales generados desde el estado. La consolidación de esta inserción laboral precaria, funcional al modelo económico, se constituyó así en un factor de vulnerabilidad para todos los trabajador@s², vulnerabilidad caracterizada, entre otras cosas, por la ausencia de prestaciones como la de la salud.

Consecuentemente, esta transformación neoliberal de la economía argentina ha deteriorado las condiciones de vida de miles de mujeres y varones³ al disminuir sus posibilidades de acceso tanto al empleo como a la salud. No obstante, para comprender los alcances de este drástico cambio ocurrido en la última década sería necesario analizarlo dentro de un marco histórico en el que mujeres y varones se han vinculado con

1 Socióloga, Universidad del Salvador (USAL). Master en Género, Antropología y Desarrollo, Goldsmiths College, University of London, Inglaterra. Investigadora adjunta del Area Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

2 En este trabajo se utiliza el símbolo “@” en aquellos sustantivos y adjetivos que refieran a los géneros masculino y femenino al mismo tiempo con el fin de evitar un *écriture* sexista, dado que históricamente se ha asumido a los referentes lingüísticos masculinos como neutrales o referidos a la raza humana.

3 Durand y Gutiérrez (1998) realizan un diagnóstico de las condiciones de vida de mujeres y varones en cuanto a indicadores de pobreza, educación, empleo, y salud.

el mercado laboral en formas disímiles, con consecuencias particulares en sus opciones y conductas (Benería, 1999).

En cuanto al acceso al trabajo, ya en las últimas décadas las mujeres se han incorporado al mercado laboral como una forma de reducir el impacto de la crisis económica en las condiciones de vida de sí mismas y de sus familias (Geldstein y Delpino, 1994). En consecuencia, dado que aumentó la oferta laboral femenina al tiempo que se implementaban las reformas estructurales neoliberales, no debería sorprender que los ingresos de las mujeres hayan disminuido a través de mayores niveles de desempleo y menores salarios reales. "... [L]a creciente presencia de las mujeres en el mercado de trabajo ha tenido lugar al mismo tiempo que la inestabilidad laboral ha ascendido y las oportunidades de empleo, particularmente en el sector formal, han descendido" (Cerrutti, 1999: p. 1)⁴.

En cuanto al acceso a la salud, no sólo este proceso de precarización y desregulación de las condiciones laborales, que ha afectado la movilidad de la fuerza laboral femenina y masculina, ha llevado a pautas diferenciales de atención de la salud; sino que la división del trabajo por género entre trabajo pago y trabajo doméstico no-pago ubica a mujeres y varones en diferentes posiciones de riesgo, prevención y atención de la salud.

En consecuencia, este estudio se propone analizar el impacto diferencial sobre varones y mujeres de las modificaciones en el mercado laboral y de la atención de la salud en la última década (1991-1999) en el Area Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires (incluye Ciudad de Buenos Aires)⁵.

La información presentada en este artículo es analizada desde una perspectiva de género. La noción de género surge a partir de la idea de que lo "femenino" y lo "masculino" no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. En palabras de Marta Lamas (1994: p. 4), el género es "la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos". El género es el conjunto de significados sociales y culturales que reviste el hecho de ser varón o mujer en una sociedad determinada. Consecuentemente, puesto que es una construcción social y cultural, su estructura y contenido varían social e históricamente. Cada grupo social le otorga diferentes significaciones que se convierten en prácticas cotidianas. Ser mujer o ser varón define un lugar simbólico y material que genera una performance específica en la división genérica del trabajo y, por ende, en la distribución de roles y funciones entre géneros.

Este trabajo contiene cuatro apartados. El primero es una descripción sucinta de los procesos socioeconómicos ocurridos en las últimas décadas en Argentina, con especial

4 Las traducciones empleadas en este artículo son de mi autoría.

5 Las fuentes primarias consultadas por esta investigación fueron: Censo Nacional de Población (1980 y 1991), Encuesta Permanente de Hogares -EPH- (1991-1999), Ministerio de Salud y Acción Social e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INDEC.

énfasis en los programas neoliberales de ajuste estructural y su impacto en la vida de las mujeres. La segunda parte describe y analiza la información recolectada con respecto al mercado laboral, complementada con algunas reflexiones sobre las relaciones de género en los espacios público y privado. A continuación se presenta la información relativa a la atención de la salud, también asumiendo una perspectiva de género. Finalmente, se esbozan algunas conclusiones que pretenden ir avanzando hacia una sociedad con equidad social y de género.

Relaciones peligrosas: los “carnales” noventa

Hasta mediados de los setenta, el “espíritu universalista” del Estado de Bienestar promovió el desarrollo económico garantizando un conjunto de derechos sociales, muchos de ellos instrumentados durante los gobiernos peronistas de mitad de siglo. Las políticas y programas sociales estatales tuvieron en el promoción de la educación y la salud a dos de sus ejes centrales.

Luego de que hacia mediados de los setenta la crisis económica llegó a los países centrales, ésta no tardará en expandirse en la década siguiente hacia la “periferia”. Es decir, América Latina no fue ajena al auge del estado de bienestar, como tampoco a su crisis. En Argentina, si bien diez años de gobierno peronista culminarían en un fin de siglo con profundos cambios socioeconómicos y culturales, estas transformaciones fueron, en alguna medida, la segunda etapa de la implantación de un modelo neoliberal, cuyos inicios se remontan a la dictadura militar de la década del setenta. No obstante, será el gobierno peronista quien “habría de fundar una nueva coalición conservadora-popular, inspirada en el Thatcherismo y el Reaganismo, encargada de llevar a la práctica el más audaz proyecto de “ajuste estructural” implementado en la Argentina en medio siglo” (Borón, 1992: p. 4). Así, la muerte del Estado del Bienestar trajo aparejada una mayor restricción de la ciudadanía, que obstruyó la universalización de los derechos sociales conquistados bajo su amparo y cercenó la obligación del Estado de garantizar estos derechos en forma igualitaria y gratuita.

Como respuesta “sanadora” al ocaso del paradigma anterior, cuya forma más cruel había sido quizás el régimen de alta inflación de los '80, las reformas neoliberales de los noventa tuvieron como eje central al Plan de Convertibilidad. Este plan de estabilización implementado a partir de abril de 1991 logró hacer converger la inflación doméstica a la internacional (3.9% promedio IPC⁶ en 1994), aunque demoró más de lo deseado por las autoridades en alcanzar este objetivo, debido fundamentalmente a la mayor rigidez de los precios de bienes no-transables. Con el tipo de cambio nominal fijo, el plan de Convertibilidad engendró así el atraso del tipo de cambio real, su mayor falla de consistencia. Dado que en este modelo el nivel de oferta monetaria, consistente con las excepcionales tasas de crecimiento alcanzadas, queda endógenamente determinado por

⁶ IPC: Índice de Precios al Consumidor.

el resultado del balance de pagos, la sustentabilidad del crecimiento depende directamente de la capacidad de la economía para generar reservas internacionales a través del superávit de balanza comercial, ya que el endeudamiento externo no conduce, por sí sólo, a un sendero de expansión sostenible en el tiempo.

Pero la apertura de la economía al estilo “shock disciplinador”, otra de las herramientas de estabilización esenciales del plan, encontró al sector productor de bienes “transables” en un ambiente desfavorable en materia comercial: el atraso cambiario combinado con una pobre organización tecnológica –característica de un país “subdesarrollado”- hizo que este sector expulsara mano de obra. A su vez, el proceso de reestructuración del Estado, otro componente del paquete antinflacionario, impidió que el sector productor de bienes no-transables pudiera absorber la expulsión de mano de obra del sector transable. La economía argentina de los ‘90 queda así caracterizada, entre otros rasgos particulares, por un vigoroso crecimiento tanto del producto (6% promedio anual en el período 1991-1998, incluyendo 3 shocks externos) como del desempleo, que aumentó desde 6.5% en 1991 hasta niveles cercanos al 15% hacia finales de la década. Y mientras el persistente déficit de cuenta corriente impide que el crecimiento del producto sea sustentable, los altos niveles de desempleo son, aparentemente, sostenibles y consistentes con el modelo⁷.

Algunas de las consecuencias de este modelo en la esfera laboral fueron la flexibilización del tiempo de trabajo (duración de la jornada laboral, número de días laborables y forma y momento de otorgar las vacaciones), la ampliación del “período de prueba”, la disminución del costo del despido para la pequeñas y medianas empresas, la reducción de los aportes patronales a la seguridad social y la modificación de las normas sobre accidentes y enfermedades laborales.

Con el fin de “apuntalar” estos objetivos el gobierno menemista implementó una serie de medidas como la creación de un Seguro de Desempleo, la flexibilización de los contratos laborales y la reducción de las contribuciones patronales, como así también una serie de programas destinados a fomentar el empleo, a mejorar los ingresos y la capacitación profesional. Golbert (1998) realiza un recuento pormenorizado de estos instrumentos comenzado con la Ley de Empleo sancionada en 1991 que estableció el seguro de desempleo para un grupo determinado de trabajador@s, introdujo distintas modalidades que permiten contratos por tiempo determinado, ausencia o reducción de los montos indemnizatorios al finalizar los plazos convenidos y la supresión o disminución de los aportes patronales. Esta ley (modificada en 1995) produjo también variaciones en el fraccionamiento del aguinaldo, la normativa establecida sobre el período de vacaciones y limitó el monto de la indemnización por antigüedad. En dicho año, la Ley de Promoción del Empleo presenta exigencias menores en las modalidades contractuales favoreciendo la contratación de trabajador@s bajo la figura de período de prueba y/o aprendizaje.

Más allá de los objetivos de estado que estas reformas entrañaban, no puede dejar

⁷ Nicolás Salvatore, UBA, comunicación personal.

de señalarse que estas leyes formaron parte de una estrategia de reformas del estado impulsada por los préstamos y programas del Banco Mundial y del FMI encaminada a garantizar el pago de la deuda externa. Como explica Borón (1999a) estas reformas eran simples programas de desmantelamiento del sector público o recortes salvajes del presupuesto fiscal acompañados por un costoso programa de despidos masivos que aumentaron aún más el endeudamiento externo.

La aplicación de programas de ajuste estructural, como el implementado en estos últimos años, producen efectos considerables en las vidas de mujeres y varones. Pamela Sparr (1994a, b) puntualiza que estos son aún mayores en las mujeres, por ejemplo: salud y seguridad de mujeres y niñas, acceso a la educación, ingresos, empleo, condiciones laborales, acceso a la propiedad de la tierra, status y decisiones matrimoniales, relaciones familiares, salud mental, auto-estima, tasas de fecundidad, uso del tiempo, lugar de residencia, migraciones, acceso a la información, acceso y uso de servicios públicos, roles y posibilidades vitales. De hecho, las mujeres, como organizadoras sociales, se han visto compelidas a asumir algunas de las funciones previamente desarrolladas por el estado e invierten mayor cantidad de su tiempo en la producción de estrategias que les permitan realizar tareas domésticas y comunitarias como la compra y procesamiento de alimentos.

Las políticas sociales -cuyo objetivo ha sido paliar los efectos “indeseables” de los modelos económicos neoliberales- se han focalizado en las mujeres como principales agentes de transformación de dichos contextos adversos. Vilas (1998) expresa que especialmente en los programas de tipo comunitario -como complementos alimentarios, obras de saneamiento ambiental, etc.- las políticas sociales descansan sobre el involucramiento directo de las mujeres, “extendiendo de esta manera su jornada de trabajo no pagado y reforzando una estructura de subordinación de género”.

Particularmente, el trabajo reproductivo no remunerado de las mujeres ha sido excluido del análisis de los impactos de los programas de ajuste estructural (Feldman, 1992). “El trabajo no pago de las mujeres es asumido como disponible sin problemas e infinitamente elástico, capaz de estirarse para cubrir los recortes en otros recursos necesarios para la supervivencia durante el ajuste” (Afshar y Dennis, 1992: p. 7). En breve, estos programas afectan a las mujeres como productoras, administradoras del consumo hogareño, madres y cuidadoras y participantes de la vida comunitaria (Stewart, 1992).

Estas políticas estatales también produjeron modificaciones en el sector público de atención de la salud. Entre ellas cabe destacar el proceso de transformación del sistema de salud que incluyó: descentralización de los servicios públicos, privatización total o parcial de los mismos, arancelamiento de las prestaciones y cambios en los marcos regulatorios que han redefinido los criterios y las condiciones de acceso a la atención médica, así como el perfil de prestaciones ofrecidas. El proceso de reforma afectó la accesibilidad a los servicios por dos vías. Por un lado, el arancelamiento -o *cost-sharing*-

de las prestaciones significó un traspaso directo de los costos de atención de la salud desde el Estado hacia las familias, con efectos particulares sobre las mujeres⁸. Algunos estudios han denominado este proceso como “privatización de la supervivencia familiar”, es decir, la transferencia de las responsabilidades que deberían ser desarrolladas por el Estado a las familias. En esta visión, las mujeres son particularmente valoradas en el cuidado de la salud de los miembros de la familia, produciendo una perspectiva instrumentalizadora que refleja las funciones socialmente atribuidas al género femenino (Durand y Gutiérrez, 1998). Por el otro, como las prestaciones médicas del sistema de obras sociales continuaron ligadas al empleo, el aumento de la desocupación y el deterioro de las condiciones de trabajo afectó el acceso a los servicios de salud provistos por las obras sociales.

Los “excluid@s” del sistema que dependen de lo que les ofrece el Estado para cuidar y promover su salud sufren las consecuencias de la disminución de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales del área. El subsector de obras sociales fue afectado por las políticas neoliberales y es así que el sistema de prestaciones de salud se transforma en una estructura basada en la ponderación de los aportes de sus beneficiari@s: para quienes aportan más, mejores servicios, y para quienes aportan menos, sólo las prestaciones básicas. En este sentido, Borón (1999a) concluye que los estados latinoamericanos han desertado de sus responsabilidades fundamentales en ciertas áreas críticas de su gestión tales como el bienestar general, el desarrollo económico, la expansión y consolidación de la seguridad social, la salud, la educación y la justicia. “Los viejos derechos se convirtieron en mercancías cuyo disfrute lejos de ser una responsabilidad de los gobiernos pasó a depender, gracias a las desregulaciones y privatizaciones de áreas enteras de gestión gubernamental, de los bolsillos de los ciudadanos[as]”.

En resumen, las políticas neoliberales aplicadas en los últimos años han cercenado el ejercicio de dos derechos humanos básicos: el empleo y la salud. Por otra parte, el acceso a un empleo pago como a la atención de la salud han estado tradicionalmente subordinadas a los roles diferenciales que mujeres y varones desempeñan en los espacios doméstico y público y en la crianza de los hij@s. En el siguiente apartado focalizamos nuestra atención en el mercado de trabajo en el Gran Buenos Aires durante la última década del siglo XX. Como veremos inmediatamente, si bien la participación femenina en el mercado laboral ha estado creciendo, la misma está lejos de ser equitativa a la masculina. En efecto, ellas se concentran en unos pocos tipos de ocupaciones “femeninas”, están sobrerrepresentadas entre los trabajador@s *part-time* e “informales”, y obtienen ingresos inferiores a los varones con igual nivel de educación (Cerrutti, 1999).

Atrapados/as sin salida: género y (des)empleo

Durante las últimas décadas un cambio considerable ha sucedido en la participación

⁸ Silvina Ramos, CEDES, comunicación personal.

femenina en el mercado de trabajo, el cual ha sido definido como “feminización de la fuerza laboral”. Este concepto describe el hecho de que las mujeres son una proporción creciente del conjunto total de la fuerza de trabajo en la mayoría de las sociedades capitalistas industriales. En esta sección se mostrará que, independientemente de que este fenómeno ocurra en Argentina, los factores que explican esta feminización del mercado de trabajo en la Argentina de los ‘90 no están necesariamente relacionados con un mejor posicionamiento de la mujer en el mundo laboral. Aunque es válido adelantar que se han producido algunos cambios “positivos” entre mujeres y varones tanto en la esfera de lo público como de lo doméstico-privado.

Las mujeres han formado parte históricamente del trabajo productivo dentro y fuera del hogar. La naturaleza de este trabajo varía de una cultura a otra, pero generalmente se lo ha clasificado en cuatro categorías: trabajo agrícola, comercial, doméstico y asalariado (Moore, 1988). Sin embargo, el trabajo en la esfera doméstica no ha sido considerado como “trabajo”, de hecho el concepto de trabajo ha sido entendido y definido como trabajo pago fuera del hogar. Por ello, “el valor del trabajo de subsistencia y doméstico es no reconocido” -aunque contradiga las experiencias y expectativas de las personas involucradas (Ibid.: p. 43). De esta manera, la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo no produjo una re-valoración de la esfera pública en detrimento de la doméstico-privada. De hecho, la relación entre trabajo doméstico y no-doméstico está sujeta a determinaciones histórica. Es con el capitalismo que surge y persiste una rígida distinción entre el trabajo doméstico en el hogar y el trabajo productivo en espacios de trabajo “públicos”.

Esta división de esferas por género se ha construido diferenciando unas tareas como domésticas y otras como no-domésticas. En particular, esta separación de significados “laborales” por género al interior de la familia/hogar determina que el cuidado de los hij@s sea usualmente destinado a las mujeres y esto se sitúa más allá del papel propiamente reproductivo, asumiendo una carga simbólica de atributo pre-social de la condición femenina (Heilborn, 1991 y Oliveira y Ariza, 1999). La división genérica del trabajo es entendida como el reparto social de tareas en función del género, implicando un patrón social en donde las mujeres asumen determinados roles de género y los varones otros. En muchos países, el patrón más obvio es aquél en donde las mujeres son, generalmente, confinadas al trabajo doméstico no pago, mientras que los varones dominan los empleos asalariados (Amorós, 1995). Pero junto con este trabajo doméstico no pago, las mujeres trabajan afuera de sus hogares. La doble jornada define la participación de las mujeres en ambas esferas, produciendo en ellas la búsqueda cotidiana de hacerlas compatibles. Sin embargo, esta conceptualización ha sido redefinida últimamente como triple jornada de trabajo debido a las creciente participación de las mujeres en los espacios políticos, comunitarios y sindicales.

A comienzos del siglo XX, el patrón típico de vida laboral femenina era el empleo de mujeres jóvenes y solteras seguido de un período de retiro (voluntario o compulsivo) del

mercado laboral debido al matrimonio. Esta situación fue descripta como “carrera matrimonial” (Oliveira y Ariza, 1999). Tiempo después, y aún actualmente, el perfil laboral de “dos fases” comenzó a surgir reemplazando al mencionado: las mujeres no abandonan el empleo para casarse o con el nacimiento del primer hijo, sus períodos fuera del mercado laboral se han ido acortando. Las mujeres regresan al trabajo entre nacimientos y un creciente número de mujeres jóvenes no planea abandonar su trabajo en ningún sentido, a excepción de la licencia por maternidad (Cerrutti, 1999).

Es de destacar que previo a la incorporación de las mujeres al mercado laboral, ellas habían comenzado a formar parte de la enseñanza media y superior. Esta tendencia fue creciendo en las últimas décadas del siglo XX, produciendo un aumento en el nivel educativo de la Población Económicamente Activa (PEA)⁹ femenina que ha registrado una mayor cantidad de años de estudio que la PEA masculina¹⁰. Al decir de Moore (1988: p. 103) “se ha pensado que la educación tiene un efecto positivo en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo porque ésta mejora las oportunidades de empleo para las mujeres, alienta una mayor movilidad femenina en la búsqueda de empleo, se asume que mejora las aspiraciones y expectativas de las mujeres trabajadoras, y se supone que debilita las barreras de la tradición cultural que evitan que las mujeres entren en el mercado laboral”.

Sin embargo, esta mayor proporción de escolarización de las mujeres no ha significado una reducción en la brecha salarial entre mujeres y varones. Se estima que éstas obtienen en torno a los dos tercios de los ingresos que consiguen los hombres por razón de igual trabajo económico y con igual nivel educativo¹¹ (Consejo Nacional de la Mujer, 1995 y Wainerman y Geldstein, 1994). De la misma manera, el creciente porcentaje de mujeres estudiantes en diferentes niveles educativos no refleja una transformación genuina en la idea de equidad entre los géneros. Por ejemplo, la paridad entre varones y mujeres en las diversas matrículas del sistema educativo “nos dice poco acerca del sesgo de género [*gender bias*] en el curriculum” (Baden y Goetz, 1998: p. 30). Diversas organizaciones sociales han producido una serie de interpretaciones con respecto a la posición de la mujer en la sociedad. Estas elaboraciones señalan una condición de mayor o menor exclusión de la esfera pública o política y en contrapartida una asociación con las tareas del cuidado de la prole. Esta disociación entre lo público y lo privado ha dado origen a la valoración diferente del trabajo femenino y masculino. Así, las mujeres trabajaron (y aún trabajan) en actividades que eran una extensión de sus tareas domésticas (e.g. enfermería y docencia) y por ende, aquellas de menor remuneración y

9 Población económicamente activa (PEA): la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada.

10 Según información proveniente del Censo 1991, la población de 14 años y más ocupada en la Ciudad de Buenos Aires y 19 partidos del Gran Buenos Aires presentaban los siguientes guarismos: 6% de los varones ocupados y 4% de las mujeres ocupadas no habían asistido al primario y tenían primario incompleto; 32% y 39% primario completo y secundario incompleto; 38% y 37% secundario completo y terciario o universitario incompleto; 10% y 5% terciario completo; 13% y 14% universitario completo, respectivamente (1% ignorado para ambos géneros) (INDEC, 1996d).

11 De acuerdo con la EPH (período 1991-1993) es significativa la discriminación por género presente en los ingresos por igual nivel de instrucción (Consejo Nacional de la Mujer, 1995).

pocas horas de trabajo (Cerrutti, 1999). Además, las mujeres se han concentrado en el sector servicios (como veremos más adelante) no sólo en los países “en desarrollo” sino también en aquellos países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (Christopherson, 1997 citado en Benería, 1999).

Si bien la proporción de mujeres en el mercado de trabajo ha crecido durante los '90, son ellas las que se han convertido en la fuerza de trabajo más flexible. Esta situación sugiere una profundización de los términos en los cuáles las mujeres son empleadas más que una ruptura con las prácticas pasadas, ya que cada vez más las oportunidades de empleo son trabajos de bajo salario y de menor calificación. Los trabajos *part-time* e informal han sido un factor importante en facilitar a las mujeres una mayor participación en el mercado de trabajo, posibilitando la combinación entre trabajo pago fuera del hogar y las demandas domésticas y de cuidado de los hij@s. En otras palabras, el trabajo pago ha permitido que las mujeres trabajen por un salario, el cual representa una forma de independencia económica, pero dentro las limitaciones de tiempo y energía que produce la división por género de las tareas domésticas.

El hecho de que estos tipos de trabajos sean beneficiosos para los trabajador@s es discutible (Oliveira y Ariza, 1999). Por una parte, los trabajador@s en el sector informal son, generalmente, vistos como miembros marginales de la fuerza de trabajo, no tienen protección laboral y realizan un trabajo de bajo status y mal remunerado. Por otra parte, los trabajador@s *part-time* tienen menos posibilidades de empleo en buenas condiciones laborales, como por ejemplo: vacaciones pagas, licencia paga por enfermedad, pensiones y jubilaciones laborales, oportunidades de promoción y entrenamiento, o trabajos en empresas sindicalizadas. Esta modalidad laboral “informal” se trasladó hacia el sector formal del mercado de trabajo durante los últimos diez años bajo el nombre de flexibilización laboral.

Durante el último gobierno peronista, el sector informal fue la principal fuente de los nuevos puestos de trabajo. Dado que en este sector -conformado por trabajador@s por cuenta propia, trabajador@s familiares no remunerados, los ocupad@s en microempresas y en el servicio doméstico- “el nivel promedio de ingresos es menor, se amplía el diferencial de salarios con consecuencias negativas sobre la distribución del ingreso” (Golbert, 1998). El SIEMPRO (1997)¹² lamentablemente no discrimina las cifras relativas a desempeño laboral según estrato informal- formal por género, las cuales asumen los siguientes valores en el Gran Buenos Aires: 47.4% de la población ocupada de 15 y más años se desempeña en el sector informal, en tanto que el 52.6% lo hace en el sector formal.

En este mismo sentido, la precariedad en el empleo es otro componente fundamental para analizar la actual forma de inserción laboral. Para estimar esta situación se utiliza como indicador el porcentaje de trabajador@s asalariados a los que no se les efectúan descuentos jubilatorios. Según el Censo de 1991, el 37.2% de los asalariad@s del sector

12 El SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) del (actual) Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, realizó en 1997 la Encuesta de Desarrollo Social, cuyo fin fue proveer una caracterización actualizada de las condiciones de vida de la población urbana de la Argentina.

privado, un 5.9% del sector público y un 93% en el servicio doméstico estarían en situación de precariedad al no realizárseles los aportes jubilatorios (MSAS, 1998). Como veremos más adelante, la amplia mayoría de los trabajador@s en el servicio doméstico son mujeres, de allí la importancia de esta situación laboral precaria en términos de sus aportes jubilatorios.

Al analizar la evolución del mercado laboral de la Argentina de los '90 se observa que el desempleo generado por el modelo de Convertibilidad afectó principalmente a la categoría "Jefe de Hogar" del INDEC, caracterizada "esencialmente" por varones a cargo del núcleo familiar, por lo que aumentó la "oferta laboral" de "amas de casa" –mujeres- y estudiantes –varones y mujeres-, que comenzaron un proceso de búsqueda laboral para reemplazar los ingresos caídos del núcleo familiar. Por lo tanto, el desempleo aumentó por dos vías: porque cayó la cantidad de empleos al destruirse una gran cantidad de puestos de trabajo y porque aumentó la oferta laboral de amas de casa y estudiantes. Es decir, estos grupos engrosaron la PEA porque ahora "manifiestan una voluntad de trabajar" que antes no manifestaban, aumentando la tasa de actividad¹³ -según el criterio del INDEC. Luego, como una gran parte de ell@s no encontró trabajo, engrosó, dentro de la PEA, la tasa de desempleo. En consecuencia, aumentó la proporción de mujeres tanto en la PEA, por la mayor actividad, como en la tasa de desempleo¹⁴.

En cuanto al nivel de empleo, en los varones permanece relativamente constante hasta 1994, cuando estos niveles comienzan a decrecer. Si bien la tasa de empleo¹⁵ masculina siempre es significativamente mayor que en las mujeres a lo largo de la década, la diferencia entre ambas se reduce progresivamente a lo largo del período, pasando de 25% a 18.2%.

Si bien el desempleo generado por el Plan muestra una clara tendencia al alza ya desde sus inicios en 1991, es a raíz del "efecto tequila" en 1995-1996 cuando esta tendencia se agudiza, aumentando tanto la tasa de actividad de ambos géneros en la PEA como la participación relativa de las mujeres. En consecuencia, pese a que la tasa de actividad es significativamente mayor en varones que en mujeres durante la pasada década, esta distancia se reduce significativamente a lo largo de la misma, pasando de 26,6% en 1991 a 20,2% en 1999, como consecuencia de un aumento de la participación de varones en la PEA de 3,1% frente a un aumento de la participación femenina de 8,8% en el período.

En cuanto a la desocupación, se observa un importante aumento en el período, más que duplicándose la tasa de desempleo total –varones y mujeres- a lo largo de la década, que pasa de casi 7% en 1991 a 14,5% en 1999 (según las mediciones de Mayo

13 Tasa de actividad: calculada como porcentaje entre la PEA y la población total.

14 Población desocupada: se refiere a personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. La desocupación abierta no incluye otras formas de precariedad laboral tales como personas que realizan trabajos transitorios mientras buscan activamente una ocupación, aquellas que trabajan jornadas involuntariamente por debajo de lo normal, a los desocupad@s que han suspendido la búsqueda por falta de oportunidades visibles de empleo, a los ocupad@s en puestos por debajo de la remuneración vital mínima o en puestos por debajo de su calificación, etc.

15 Tasa de empleo: calculada como porcentaje entre la población ocupada y la población total.

de cada año). Este fenomenal incremento general tiene su mayor aceleración luego del “efecto tequila”, cuando los niveles de desocupación total aumentan 50% en un solo año. Este fenómeno, que da cuenta de que en 1995 quienes se incorporan a la PEA lo hacen buscando activamente trabajo, adquirió particular importancia en las mujeres, dado que ese año tanto la participación femenina en la PEA como la tasa de desocupación femenina aumentan en mayor medida que las masculinas. En consecuencia, la desocupación de las mujeres -que en 1991 era del mismo nivel que la de los varones- aumenta en mayor proporción que la desocupación de los hombres a lo largo de la década. Si bien la tendencia es creciente para ambos géneros, luego de superado el pico de 1995, entre 1996 y 1997, se produce la particularidad de que la desocupación decrece en los varones y crece en las mujeres. Finalmente, si bien la tasa de desempleo total muestra una disminución desde el pico de mayo de 1995, permanece hacia finales de la década alrededor del 15%, es decir, en un nivel 50% mayor incluso a mayo de 1994, momento previo al “efecto tequila”.

En cuanto a la tasa de subocupación¹⁶, en el caso de los varones ésta tiende a ascender hasta llegar a duplicarse a lo largo de la década, mientras que en el caso de las mujeres esta tasa sigue una tendencia similar, alcanzando un máximo de variación de 5,3%. Si bien en el grupo de las mujeres se observa un decrecimiento de la subocupación en algunos años del período estudiado, esto se debió al crecimiento de esta población y no a una baja en el nivel de subocupad@s, ya que esta tasa se calcula en relación a la PEA. En efecto, debido al fuerte incremento de la tasa de desocupación posterior al “efecto tequila”, la baja en la tasa de subocupación femenina obedece al decrecimiento de la población ocupada más que a un efectivo aumento del empleo de más de 35 horas.

En síntesis, el análisis presentado hasta aquí de los niveles de actividad, empleo, desocupación y subocupación desagregado por géneros confirman la hipótesis, elaborada entre otros por el propio Consejo Nacional de la Mujer argentino hacia mediados de la década pasada (Consejo Nacional de la Mujer, 1995), de que el aumento de la tasa de actividad femenina no puede ser entendida como un aumento de las posibilidades de puestos de trabajo para las mujeres. Aquí, en este análisis referido a toda la década se reafirma que, lejos de emparentarse con un cambio estructural de largo plazo, el aumento de la participación femenina en la fuerza laboral aparece directamente relacionado a los efectos no deseados del Plan de Convertibilidad, aumentando tanto la tasa de actividad femenina como la tasa de desocupación y subocupación de las mujeres a lo largo de la década, a la vez que se registró un sensible aumento de la precarización laboral y de la actividad del mercado de trabajo informal.

En consecuencia, esta *flexibilización de los cuerpos* en el mercado de trabajo produce la expansión y promoción de formas de trabajo que eran características del empleo femenino -trabajo *part-time* o informal (Cerrutti, 1999). Vilas (1998) describe la constitución reciente de un nuevo tipo de mercado de trabajo que “va más allá de la diferenciación

16 Tasa de subocupación visible: calculada como porcentaje entre la población subocupada visible y la PEA.

tradicional entre sector formal y sector informal y que combina ingredientes de ambos: agencias estatales y multilaterales y empresas capitalistas en el financiamiento y ejecución de las obras -es decir, sector formal- sustentadas en fuerza de trabajo contratada de acuerdo con patrones informales: inestabilidad laboral, salarios debajo del mínimo, ausencia de protección legal, inexistencia de organización sindical [y eliminación o disminución de la cobertura de la salud]”. Como mencionamos anteriormente, este modelo produjo una reducción de la participación masculina en el mercado de trabajo al mismo tiempo que las mujeres incrementaban su inserción en él. Las mujeres que se incorporaron a la actividad laboral eran adultas, casadas o unidas y en su mayoría cónyuges/parejas del jefe de hogar. Mientras más mujeres acudían al mercado de trabajo, más varones, especialmente jefes de hogar, se retiraban de él debido a la creciente tasa de desempleo (Wainerman y Geldstein, 1994). Esta situación sugiere que las mujeres se incorporaron al mercado laboral para complementar los ingresos familiares, en reemplazo de los aportes de sus cónyuges/parejas varones desocupados.

En cuanto a los niveles salariales, aunque en toda la década las mujeres mantienen un nivel más alto de asalarización que los varones, esta diferencia es pequeña y no supera nunca el 5%. Hasta 1997, las tendencias son homogéneas entre mujeres y varones. A partir de ese año, aumenta la asalarización femenina y disminuye la masculina. A lo largo del período, el nivel general de asalariados aumenta, siendo este aumento mayor en los varones que en las mujeres. No obstante, pese a esta positiva evolución de la asalarización del trabajo femenino, los estudios relativos a la actividad laboral revelan que mujeres y varones tienden a estar empleados en ocupaciones y ramas de actividad distintas (Beechey, 1986). La discriminación por género dentro de las ramas de actividad se expresa en una sub-representación de las mujeres empleadas en el sector primario y en el secundario, en oposición a una sobre-representación en el sector terciario.

La segregación ocupacional por género puede ser observada con claridad en la información recolectada durante el período 1995-1999. En primer lugar, es notoria la ausencia de información referida al género femenino en el rubro construcción y transporte, almacenaje y comunicación, como así también aquella referida al género masculino en el rubro servicio doméstico. Segundo, la participación de las mujeres en el llamado sector de servicios es siempre al menos 1% más alto que los varones. Finalmente, los varones registran una mayor presencia en el sector primario y el comercial. Aunque cabe aclarar que en este último las diferencias entre ambos géneros en cuanto a su participación es menor que la registrada en el primer rubro. Pareciera que los varones no se desempeñan en el servicio doméstico, ni que las mujeres trabajaran en obras de construcción. Más de allá de cuestionar la validez y confiabilidad de estos datos, argumentamos que si esta situación fuera real se debería a las representaciones sociales de género que asignan a las mujeres un rol de “servicio” y a los varones performances más acorde con cuerpos capaces de realizar trabajos que requieran fuerza. Como señalamos en la próxima sección, estas “imágenes de género” (Pantelides et al., 1995) se inscriben diferencialmente en los cuerpos

de mujeres y varones, produciendo una *en-corporación (embodiment)* genérica de la búsqueda de atención de la salud.

A lo largo de la historia, las sociedades han elaborado diferentes ideas sobre la masculinidad y la femineidad en términos de dualismos -conjuntos de oposiciones binarias asociadas metafóricamente. Tal es así que mientras el mercado “ha sido asociado con la vida pública y la “masculinidad”, a las mujeres se las ha asociado con la naturaleza (frecuentemente en forma esencialista en vez de como resultado de construcciones históricas)” (Benería, 1999: p. 112). Por un lado, el ya clásico artículo de Sherry Ortner “*Is Female to Male as Nature is to Culture?*” (1974) analiza la oposición “naturaleza/cultura”, sosteniendo que existe una tendencia universal a asociar lo masculino con la cultura y lo femenino con la naturaleza. Una de las razones de esta afirmación sería que los hombres controlan la esfera de las coordinaciones sociales más amplias, mientras que las mujeres se ubican en las subunidades que se encuentran sometidas a esa coordinación. Por otro lado, Michelle Rosaldo (1974) ha sostenido que los hombres ejercen el control del ámbito público - aquel en que los intereses universales se encuentran- en oposición a las mujeres que se sitúan en el ámbito de lo doméstico.

Estas oposiciones entre naturaleza/cultura y doméstico/público responden a un mismo razonamiento “que la esfera de actividad social asociada predominantemente con los varones abarca la esfera preponderantemente relacionada con las mujeres, y que, por esa razón, a la primera se le atribuye culturalmente un mayor valor” (Ibid.: p. 140). De esta manera, las mujeres han sido consideradas históricamente como poseyendo un “status secundario” en el mercado de trabajo o como “ejercito laboral de reserva”. Estas representaciones y significaciones han producido que las trabajadoras sean particularmente vulnerables a la sobreexplotación y que obtengan menores salarios que los varones (Elson y Pearson, 1997).

Oliveria y Ariza (1999) remarcan que los procesos de división por género del trabajo poseen una estrecha relación con la segregación ocupacional y la discriminación en los ingresos al interior del mercado de trabajo. El hecho de que las mujeres hayan ingresado en el mercado laboral y en la arena pública no ha sido acompañado por un replanteamiento de la división del trabajo y de la jerarquía de los géneros en la familia (Fuller, 1993). La norma social por la cual la responsabilidad del hogar y del cuidado de los hij@s es tarea femenina, está profundamente arraigada en la cultura argentina. Por eso, “la creciente incursión de las mujeres en el trabajo extra-doméstico sin abandonar sus tareas domésticas se ha realizado al mismo tiempo que la restringida participación de los varones en la esfera de la reproducción” (Oliveria y Ariza, 1999: p. 103). El hecho de que la mujer trabaje afuera del hogar significa la adjudicación de una jornada triple de trabajo -doméstica y extradoméstica.

Sin embargo, algunos estudios sobre relaciones de género¹⁷ han comenzado a

17 Por ejemplo, aquellos estudios desarrollados desde los últimos años por el Area Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES, Argentina), el Centro de Educacao para la Salud (CES, Brasil), el Programa de Salud Reproductiva del Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano de El Colegio de México

señalar una incipiente modificación con respecto a la división de roles de género y la existencia de “una reestructuración de las relaciones hombre-mujer en el trabajo y en el hogar” (Goldscheider y Waite, 1991: p. 1). Así, estos trabajos han expresado un cambio de valores entre los varones quienes expresan su preocupación y necesidad de ejercer una involucración más directa en su paternidad. Valdés et al. (1996) señalan una tendencia de cambio en la distribución de las tareas domésticas, la redefinición de los roles de género y la emergencia de un nuevo concepto de paternidad. Esta “nueva” paternidad incluye la participación del padre en la crianza y cuidado de los hij@s. Bryan Turner (1996: p. 153) sugiere –¿o desea?- que los varones trabajadores ubicados ahora en la esfera doméstica “sino eliminan al menos desafían” las bases estructurales del patriarcado al interior de ella.

A pesar de esta re-creación de los roles paternos, mientras el matrimonio y la paternidad son indicadores importantes del valor social de la masculinidad en muchas sociedades, estas actividades nunca son significadas como una carrera alternativa como sí lo es para las mujeres. Diferentes sectores sociales “pueden aprobar y alentar el empleo femenino, pueden reconocer que es necesario económica y psicológicamente, pero parece que nunca reconocen que es una parte intrínseca del rol femenino, en la manera que muchas sociedades sí parece que ven el empleo masculino como parte del rol masculino” (Moore, 1988: p. 109).

Considerando las relaciones familiares, Geldstein et al. (1993) plantean dos modelos familiares: el modelo de transición y el democrático. El primero de ellos refiere a la suma, por parte de las mujeres, del rol de trabajadora remunerada a sus responsabilidades domésticas tradicionales. Por su parte, el modelo democrático implica compartir con los varones las tareas, responsabilidades y derechos en el ámbito público y en el privado-doméstico. Estos nuevos “modelos” de familia se relacionan con las transformaciones ocurridas a nivel macroeconómico, pues debido al aumento del desempleo y la precariedad laboral en amplias capas de la población las mujeres se han incorporado al mercado de trabajo a fin de complementar los reducidos o nulos ingresos familiares. Así, un número cada vez más creciente de mujeres argentinas se incorporan al mercado de trabajo para completar el presupuesto familiar o ser el único sustento del mismo (Valdés y Gomariz, 1995).

De ahí que las relaciones de género intrafamiliares se hayan modificado, donde los varones desempleados se hacen cargo de las tareas domésticas mientras las mujeres se adentran en el mundo de “lo público”. “Las sociedades contemporáneas están experimentando una crisis de los roles masculinos y femeninos como resultado de la incompatibilidad de la vida familiar tradicional (esposo[pareja]/proveedor y esposa[pareja]/ama de casa *full-time*)” (Valdés et al., 1996). Como resultado, estas nuevas responsabilidades económicas han afectado la distribución de roles domésticos, produciendo tensiones, conflictos y negociaciones en las relaciones de género (Geldstein

(México) y el Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) del Departamento de Antropología de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul (Brasil).

y Delpino, 1994).

El cuadro de situación del trabajo femenino y masculino descrito *ut supra* y los cambios culturales con respecto a los roles “apropiados” de mujeres y varones permiten comenzar a preguntarnos acerca de sus efectos en la vida cotidiana de miles de argentinas. Lejos de nosotros está pensar que estos ciudadanos están *atrapados/as sin salida*. Pero tampoco podemos hacer oídos sordos a algunas de las consecuencias que el estar desempleado y subempleado conlleva: salud mental (depresión, angustia, desvalorización, autoestima), violencia familiar y doméstica, y acceso a servicios de salud y educación, por nombrar algunos. En el apartado que sigue focalizamos nuestra atención en uno de ellos: la atención de la salud.

El viaje: género y salud

El aumento del nivel de pobreza así como el incremento de las tasas de desocupación y subocupación observadas en los últimos años han desmejorado las condiciones sanitarias de la población. Estas desigualdades sociales y laborales han determinado en gran medida las condiciones en que ha transcurrido la vida cotidiana de mujeres y varones y, por ende, han influido en la prevención y tratamiento de su salud-enfermedad. La atención de la salud fue considerablemente afectada en dos sentidos, por un lado, aquellas personas que supieron tener un empleo al verse desempleadas se encuentran sin obra social o medicina privada y, por otro, entre aquellas que aún conservan los suyos, la flexibilización del mercado más la desregulación de las obras sociales les confinaron al goce de las prestaciones médicas básicas. Mujeres y varones comenzaron, así, *el viaje* cuyo destino final ha sido los servicios públicos de salud, obviamente previo pago de un “peaje” o bono contribución.

Pero ese trayecto no es el mismo para ambos, facilidades y obstáculos pueden ser encontrados en el camino, los cuales se relacionan con los roles y representaciones de género que las personas llevan consigo. En otras palabras, los significados sociales atribuidos al ser varón y mujer influyen diferencialmente en el proceso de salud-enfermedad de ambos, ya que generan comportamientos y actitudes que determinan diferentes grados de riesgo y diferentes posibilidades de acceso a los recursos de atención sanitaria (MSAS, 1998). Así, el concepto de género permite realizar un análisis del acceso diferencial a los servicios de salud según sea un varón o una mujer quien inicia este *viaje*.

Además, la perspectiva de género permite cuestionar la mirada tradicional que ha observado la salud de las mujeres circunscripta exclusivamente al binomio madre-hija. Este enfoque de salud materno-infantil prioriza el hecho de cuidar la salud de la mujer como requisito indispensable para producir niños saludables. Esta perspectiva se ha focalizado en el rol reproductivo de las mujeres, restringiendo la percepción de sus necesidades de acuerdo a otros rasgos identitarios tales como la sexualidad, la edad, los

roles extra-domésticos, etc. Así como también ha ignorado los particulares contextos sociales y económicos que inciden en la capacidad de las mujeres para proteger y promover su propia salud. Al introducir la dimensión de género en el análisis del proceso salud-enfermedad, “con el requerimiento de: brindar igualdad de oportunidades en el acceso de servicios y que éstos se distribuyan equitativamente, con la descentralización y la participación democrática en la gestión y planificación de políticas de salud a nivel local; se han transparentado las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean de modo diferenciado los perfiles de salud y las demandas de prestaciones sanitarias de hombres y mujeres” (Ibid.: p. 21).

Al iniciar este estudio partimos del supuesto de que a mayor grado de desempleo o subempleo, menor cobertura de la salud vía las obras sociales y, conseqüentemente, aumento de la demanda de los servicios públicos de salud. Lamentablemente, el estado argentino no mantiene la misma actitud hacia la recopilación de datos referentes a la atención de la salud que la relativa al empleo. De esta manera, no se ha podido reconstruir ni conocer en forma detallada lo que ha sucedido en los últimos diez años con respecto a la atención de la salud de mujeres y varones. Las fuentes disponibles y con las cuales se ha trabajado en esta sección son: Censo Nacional de Población y Vivienda, Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS), Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales (que la EPH realizó en la onda de mayo de 1994) y la Encuesta de Desarrollo Social del SIEMPRO. El próximo Censo -que se realizará en algún momento del presente siglo- medirá el impacto de la última década sobre la atención de la salud. Por eso, a continuación analizamos el material proveniente de esas fuentes e inferimos deductivamente algunas preguntas e hipótesis¹⁸.

Las desigualdades de género en la experiencia del proceso salud-enfermedad han sido foco de considerable atención en los últimos años -aunque no en la proporción y calidad que desearíamos. En consecuencia, ciertos patrones pueden ser establecidos. Corriendo el riesgo de simplificar y en líneas generales, los varones argentinos presentan tasas de mortalidad más elevadas que las mujeres en la mayoría de los grupos etarios, mientras que al considerar los patrones de morbilidad estas tasas se invierten. Si bien cada año nacen menos mujeres que varones en nuestro país, las mujeres son más longevas que éstos, lo cual implica diferencias en la estructura etaria: la población femenina tiene una proporción ligeramente menor de jóvenes y superior de personas mayores¹⁹. En particular, la región del Gran Buenos Aires (GBA) registra a lo largo de la década un crecimiento sostenido de su población, observándose una mayor proporción de mujeres que de varones. Además, el índice de masculinidad²⁰ es decreciente con la edad, lo cual

18 Queremos destacar que si bien el indicador de afiliación a un sistema de salud es un parámetro de prevención y disponibilidad de atención sanitaria, éste necesita ser relativizado por las posibilidades concretas de acceso y utilización de servicios de salud (INDEC, 1996b). Mas debido a que no se disponen de datos referidos a calidad de la atención, este análisis más detallado de la atención de la salud se hace imposible.

19 Las mujeres mayores de 60 años constituían el 7% de la población en 1950, en 1990 esta cifra ascendía a cerca del doble (13%) (Valdés y Gomariz, 1993).

20 Índice de masculinidad: expresa la razón de varones cada cien mujeres.

se explica por la sobremortalidad masculina registrada en todas las edades, especialmente en las más avanzadas.

Ross y Bird (1998) señalan que las diferencias de género en los procesos mórbidos son paradójales: las mujeres reportan un nivel de salud inferior que los varones a pesar de que viven más años que ellos. Según Roberts (1992) este análisis ha llevado a sugerir que el hecho de que las mujeres experimenten mayor proporción de enfermedades menores que los varones significa que estos signos mórbidos no son "reales". Ellas estarían más inclinadas a reportar más procesos mórbidos que los varones, pues son más sensibles al dolor y la enfermedad que ellos, pero que esos signos no son síntomas de enfermedades "reales". Obviamente, estas explicaciones ilustran una mirada esencialista al definir a las mujeres como sensibles y débiles y a los varones como fuertes y duros. Más aún, al negar los significados diferenciales que cada ser humano le atribuye a la experiencia de estar enferm@ ignoran las pautas genéricas de cuidado de la salud.

Según el Censo de 1991, de los 32 millones de habitantes el 40% posee sólo obra social; el 36% concurre al subsector público de la salud, ya que no registran obra social, plan médico o mutual; el 14% tiene obra social y plan médico o mutual; y el 5% presenta sólo plan médico o mutual. A nivel nacional, entre las personas que poseen obra social más de la mitad son mujeres y 47% son varones. Sin embargo, esta distribución se invierte al considerar las personas que no registran obra social, ni plan médico o mutual; siendo el 49% mujeres y el 51% varones. Si, por otro lado, se tiene en cuenta la relación edad-cobertura de salud se observa que el 38% de las mujeres en edad fértil (15-44 años) posee únicamente obra social y el 47% no registra ningún tipo de cobertura de la salud. Este último guarismo supone un importante deterioro en la atención de un número significativo de mujeres, además de coincidir con la fase reproductiva de la vida que requiere una mayor frecuencia de uso de los servicios de salud. De hecho, a nivel nacional, el número de beneficiari@s de las obras sociales se redujo en más de 2.000.000 entre 1991 y 1996, pasando de 17.626.307 a 15.593.023 (INDEC, 1996a; INDEC, 1997b citado en Gogna et al., 1998).

Considerando el cruce de dos variables fundamentales en el análisis del acceso a la salud de la población argentina: cobertura según quintiles de ingreso per capita del hogar, podemos observar que: a) 35.6% de los hogares ubicados en el primer quintil de ingreso registraba cobertura privada y/o seguridad social, este porcentaje ascendía hasta llegar al valor de 89.3% en el quintil de mayor ingreso per capita y b) esta curva era descendente al considerar los hogares sólo con cobertura de hospital público (64.4% en el primer quintil y 10.7% en el quinto) (SIEMPRO, 1997). Estos datos adquieren otro matiz si se tiene en cuenta que el 22.3% de los hogares argentinos registran jefatura femenina y que del 13.3% de los hogares unipersonales más de la mitad corresponden a mujeres que viven solas (MSAS, 1998)²¹. Además, a nivel nacional, el 22% de las jefaturas de

21 Aunque se estima un subregistro al respecto "porque las declaraciones sobre la jefatura de hogar están mediadas por el sesgo cultural según el cual la idea de jefatura se asocia tradicionalmente al sexo masculino" (Valdés y Gomariz, 1993: p. 20).

hogares femeninas se encuentran en las categorías con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) y la misma cifra registra la condición sin NBI. La Ciudad de Buenos Aires registra valores superiores entre las jefas de hogares sin NBI en relación a las jefas con NBI, por el contrario en el Gran Buenos Aires las jefas de hogares con NBI superan a sus congéneres sin NBI (Durand y Gutiérrez, 1998). Por ello, podemos hipotetizar que una proporción de los hogares del primer quintil que registran un alto porcentaje de cobertura de hospital público se encuentran a cargo de mujeres solas.

En 1989, de los más de tres millones de habitantes de la ciudad de Buenos Aires la mitad registraba obra social, una proporción similar de varones presentaba esta característica, en tanto que en el caso de las mujeres cerca de las tres cuartas partes poseían obra social. Si bien estas figuras se repetían para el caso del Gran Buenos Aires, el número de personas no afiliadas a ningún sistema de salud era en forma relativa considerablemente mayor en esta zona que en la ciudad de Buenos Aires. En el GBA el Censo de 1991 señalaba que el 38% de la población asistía a los servicios públicos para la atención en salud. Un cifra similar se registraba en el caso de mujeres y varones, en donde más del 50% poseía algún tipo de cobertura en salud. En 1994, en el Gran Buenos Aires del 65.6% de mujeres afiliadas a sistemas de salud, el 72.1% habitaba en hogares NBI. De hecho, del total de mujeres encuestadas por la EPH 4 de cada 10 carecen de cualquier tipo de afiliación, “es decir que se encuentran más expuestas a una potencial situación de riesgo en lo que se refiere al cuidado de su salud, debiendo concurrir obligatoriamente para su asistencia a los servicios hospitalarios” (INDEC, 1996b: p. 226).

Para 1997 los datos registrados por el MSAS indican que en la Capital Federal el 82% de las mujeres y el 78% de los varones presentaban algún tipo de afiliación, mientras que para el Gran Buenos Aires estas proporciones se situaban en 61% y 59%, respectivamente. En la primer zona geográfica el tipo de afiliación según género adquiría los siguientes valores: a) varones: 60% sólo obra social, 25% sólo prepagos y 15% otros sistemas y b) mujeres: 70% sólo obra social, 20% sólo prepagos y 10% otros. En el Gran Buenos Aires, se observa un aumento en cuanto a la cobertura por obra social tanto en mujeres como en varones, invirtiéndose, sin embargo, los guarismos de Capital Federal ya que menos mujeres se encuentran afiliadas a obras sociales con respecto a sus pares varones.

En cuanto a la población asalariada de 15 y más años del Gran Buenos Aires, el 60.3% registraba la categoría afiliación directa a obra social, un 16.7% afiliación indirecta a obra social y/o mutual y prepaga, y el 22.9% sin afiliación a obra social o prepago (incluye afiliados sólo a servicios de emergencias). En tanto que para la misma categoría pero no asalariados las cifras eran las siguientes: 26.9%, 23.2% y 49.9% respectivamente (SIEMPRO, 1997). Esta misma fuente indica que en el GBA el 63% de la población cuenta con cobertura privada y seguridad social, en tanto que el 37% registra que asiste sólo a los servicios públicos de salud. El primer guarismo (63%) se distribuye de la siguiente manera: 49.7% obra social, 9% mutual or prepago y 4.4% obra social y prepago. Es de importancia

notar que la categoría hospital público incluye sólo los servicios de emergencia, lo cual da cuenta de una de las estrategias implementadas especialmente por los sectores medios que al ver reducidos sus ingresos abandonaron la cobertura provista por la medicina prepaga o privada y se volcaron hacia los servicios de emergencia de menor costo.

Como se puede observar, los varones son los más afectados al analizar las proporciones de cobertura de la salud. Las mujeres -aunque la diferencia no sea significativa- registran algún tipo de cobertura. Esto se relacionaría con el hecho de que las mujeres han ingresado al mercado laboral en carácter de ocupadas en tanto que los varones se han retirado de él. Cabe inferir que desde el Censo de 1991 hasta el presente la atención de la salud de los argentin@s se ha visto afectada como producto, por un lado, de los aumentos de las tasas de desocupación y subocupación y de la precarización laboral -con la consiguiente disminución de la pertenencia a las obras sociales- y, por otro, del empobrecimiento de la clase media que, a causa de ello, han abandonado la cobertura procedente de la medicina privada.

Es imprescindible en este punto hacer una referencia a las relaciones entre género y salud en tanto que lo primero puede afectar lo segundo en lo relativo a la percepción del propio cuerpo, su uso y su cuidado (Szasz, 1999). Algunas mujeres perciben su cuerpo como un espacio de esfuerzo y sufrimiento, vinculándolo con los mandatos de género relativos a la sexualidad y procreación. Para los varones el cuerpo se relaciona con ideas de dureza, fuerza y violencia. Es un cuerpo activo que sabe exponerse a riesgos, que es resistente y que busca respeto a través de la violencia y el enfrentamiento a los otr@s. En consecuencia, los varones se ven involucrados en actividades que suponen mayores peligros físicos, exponiéndose así en mayor medida a situaciones de violencia, lo cual se observa en una mayor exposición a accidentes y muertes violentas²², un nulo autocuidado, y un abuso de sus capacidades corporales.

Los roles de género femenino prescriben que las mujeres son cuidadoras de la salud familiar, proveedoras de la atención primaria de la salud en el hogar y las que brindan atención a la salud de los hij@s antes que la propia. Estos roles tienen implicancias en las acciones de búsqueda de atención de la salud, en las maneras en que se responde a esas demandas de atención y cuidado, y en la adopción del rol de enferma. En tanto que en los varones las implicancias de sus roles de género se manifiestan a través de la pauta post-fáctica de utilización de servicios de salud. Llovet (1989) define este comportamiento como la búsqueda de atención de la salud frente a la comprobación de la gravedad de la situación morbida. En otras palabras, los varones concurren al médico "cuando no dan más", cuando no pueden continuar con su rutina diaria, siendo ellos quienes más exigen su cuerpo y los que menos se someten a un cuidado de su salud comparativamente con las mujeres.

La explicación de este comportamiento radica precisamente en los roles de género que determinan culturalmente a los varones como los principales o únicos proveedores

22 Ver Ministerio de Salud y Accion Social, 1996b.

de ingresos del hogar. De esta manera, cuentan con poco o ningún tiempo para sí mismos y, por ende, con poco tiempo para concurrir a un servicio de salud. Además, retrasan la concurrencia debido a la posibilidad de que sea sugerida la asunción de rol de enfermo, lo cual afectaría su trabajo y, en consecuencia, su rol de proveedor. A esto se agrega que debido al aumento del desempleo, los jefes de hogar aceptan trabajos que muchas veces implican riesgos o consecuencias en su salud. Más aún, el hecho de asumirse como una persona enferma implica una modificación de los roles y relaciones de género intra-familiares que es difícil de asumir por parte de los varones. El rol de enfermo sugiere dependencia y abandono de la figura de proveedor, lo cual es significado como un pasaje a un rol infantil (aunque sea temporario). Un análisis similar se podría esbozar en la actualidad con respecto a las mujeres, ya que debido a su rol de trabajadoras cuentan con menos tiempo para concurrir a los servicios de salud. De más está mencionar que –exceptuando algunos casos recientes– los hospitales públicos y los centros de salud no consideran la vida cotidiana de mujeres y varones al establecer sus horarios de atención.

Concluimos expresando que la atención de la salud de mujeres y varones se relaciona con factores socioeconómicos y culturales, como la participación en el mercado de trabajo y los roles de género. Es importante recordar que el proceso de salud-enfermedad de las mujeres tiene estrecha relación con la condición de ser mujer en una sociedad discriminatoria y desigual. Su condición de género, clase, raza, etnia y ubicación generacional afecta y condiciona su situación de vida y sus procesos de enfermedad. A comienzos del siglo XXI, la *flexibilización de los cuerpos* en el mercado de trabajo produce consecuencias indeseables en la salud de mujeres y varones: falta de cobertura de seguro de salud, exposición a un ambiente ecológico hostil, jornadas de trabajo prolongadas, inseguridad económica, menor remuneración, stress, pérdida de autoestima, etc. Para las mujeres debemos agregar entre estos efectos, por un lado, la discriminación ocupacional y salarial que determinan un mayor nivel de pobreza relativa y, por ende, un menor acceso a la cobertura de salud. Y por el otro, la doble o triple jornada de trabajo que produce la incapacidad de concurrir a los servicios de salud por la incompatibilidad con las prolongadas jornadas en las que se ven involucradas.

Volver al futuro

Las diversas maneras en que las mujeres viven actualmente son el resultado de múltiples cambios sociales y culturales producidos al interior de la división de tareas por género. Durante el siglo XX, y en particular durante sus últimas décadas, el cambio en el status social de las mujeres, visualizado a través del reconocimiento de su rol como ciudadanas, la inclusión en la arena política y en el mercado de trabajo, el elevado nivel alcanzado de educación formal y el descenso en las tasas de fecundidad, ha llevado al cuestionamiento de las relaciones entre los géneros. Al decir de Bryan Turner (1996: p. 155), "... la unidad

doméstica de madre, padre y dos niños/as, con el esposo en un empleo más o menos permanente y la esposa confinada al hogar, está rápidamente siendo parte de la herencia mitológica y nostálgica del capitalismo.” Por eso, podemos concluir que las relaciones de género están sufriendo una transformación, observada por ejemplo en el incipiente patrón relativo al ejercicio de responsabilidades domésticas por parte de los “jefes” de hogar desempleados, mientras sus esposas/parejas han salido al mundo de lo público. De hecho, podemos presenciar en algunos sectores de la sociedad argentina como estos cambios en los roles de género están *derribando la casa*, produciendo una deconstrucción práctica y teórica en las relaciones entre varones y mujeres.

En este estudio hemos descrito este “derrumbe”, la participación de mujeres y varones en el mercado de trabajo, y las características de la atención de la salud por género en la última década del siglo anterior. Además, hemos mencionado que las mujeres se han transformado en las proveedoras principales reemplazando el rol masculino de proveedor *per excellence*. Sin embargo, esto no ha significado que este nuevo rol social haya sido reconocido socialmente y que el “status secundario” o de “ejercito de reserva” de las mujeres haya sido eliminado. Tal como sugiere Whitehead (1978 citado en Elson y Pearson, 1997: pp. 198-199) “el salario por sí mismo, aunque no es una clara adscripción de género, tiende a ser portador de género, en el sentido que los salarios de los miembros familiares masculinos y femeninos no son tratados como intercambiables sino como “marcados” para diferentes cosas”.

Quisieramos recuperar a Lourdes Benería (1997: p. 112) en sus comentarios acerca de la subestimación del empleo femenino en las estadísticas sobre fuerza de trabajo que se observa particularmente en las áreas de actividad relacionadas con la producción de subsistencia, el sector informal, la producción doméstica y tareas relativas y el trabajo voluntario. Para resolver este problema en los casos de las trabajadoras agrícolas familiares no pagas y las trabajadoras “informales”, lo que es necesario es el diseño de métodos de recolección de datos más comprensivos y específicos. En el caso de la producción doméstica, el problema es más conceptual, ya que -como observáramos anteriormente- este tipo de producción no ha sido incluida en ninguna estadística nacional debido a que su definición “cae por fuera del medio económico a menos que sea desarrollada como una forma de actividad remunerada”. Si se contara con esta información específica y acabada, se podrían diseñar políticas apropiadas relativas a empleo, distribución de ingresos, provisiones de seguridad social, y salarios equitativos, entre otras. Así como también, obtener un mapa más “realista” del impacto de los programas económicos neoliberales de las últimas décadas sobre las mujeres. Por ello, la Plataforma de Acción emanada de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujeres organizada por las Naciones Unidas (Beijing, China, 1995) incluye el compromiso de evaluar el trabajo no pago de las mujeres en las cuentas nacionales (Baden y Goetz, 1998).

Con respecto a la atención de la salud de los ciudadan@s argentinos, hemos precisado que los emplead@s, los subemplead@s y los desemplead@s ven recortadas

cada día más sus posibilidades de acceso a la atención médica dentro de la seguridad social, recurriendo a “las instituciones públicas de salud, las que ven colmadas sus posibilidades de atención y terminan excluyendo a sectores de escasos recursos que antes tenían acceso al hospital público (Vilas, 1998). De este modo, la privatización de los servicios de salud produjo la reducción de disponibilidad o acceso de la atención, distanciándose de las propuestas de universalidad e integralidad en la atención y también del principio de ciudadanía como única condición para tener acceso al conjunto de servicios públicos. Al atender clientes en vez de ciudadan@s, los servicios de salud se han fragmentado y se ha privilegiado lo selectivo en detrimento de una atención integral; a la vez que se produce un deterioro en ellos, lo cual afecta su calidad y cobertura, produciendo un impacto negativo en las acciones de prevención y atención de la salud. También hemos mencionado que el sector socioeconómico de pertenencia influye claramente en el acceso a la atención de la salud, siendo un dato más en la comprobación de la creciente dualidad social presente en la Argentina.

Mientras en promedio los varones presentan una tasa de mortalidad más elevada que las mujeres, éstas experimentan mayores enfermedades que aquellos. Las mujeres tienden a reportar enfermedades crónicas y agudas y a concurrir a los servicios de salud en mayor medida que sus congéneres varones. Aggleton (1990) sugiere que la mayor tasa de consulta entre las mujeres puede deberse en parte al mayor nivel de stress que ellas enfrentan debido a sus múltiples roles de ama de casa, madre y trabajadora. En tanto que en los varones, las presiones sociales ayudan a que ellos nieguen los procesos mórbidos y sean selectivos en el uso de los servicios de salud.

Coincidimos con Lesley Doyal (1995) cuando expresa que dos son los *outputs* de la compleja relación existente entre el trabajo pago de las mujeres y su salud. Por un lado, el empleo pago puede proveer los recursos materiales y beneficios psicológicos de un status más elevado y mayor independencia, como así también redes importantes de apoyo social. Por el otro, muchas mujeres deben adquirir estos beneficios al precio de exponerse a serios riesgos, amenazas potenciales a sus capacidades reproductivas y productivas, y una cuota considerable de stress mental y físico. A medida que más mujeres se incorporan en la fuerza de trabajo, se hace crecientemente urgente el desarrollo de investigaciones que clarifiquen esta complejidad a través de la exploración de las relaciones entre la salud de las mujeres trabajadoras y sus experiencias cotidianas.

Las estadísticas presentadas aquí adquieren otro significado cuando se las analiza en el marco de las políticas neoliberales de la última década donde el “viejo” lenguaje de los “derechos ciudadanos” a la salud, la educación, el empleo, la vivienda y la seguridad social “ha sido reemplazado por la prolija jerga de la economía neoclásica y convertidos en “bienes” que, como otro bien de la economía, se transa en el mercado, se compra y se vende, y nadie puede invocar un derecho especial a adquirir un bien determinado” (Borón, 1998). Los programas neoliberales implementados en los '90 han deteriorado la situación laboral produciendo aumento en las tasas de desempleo abierto, caída de los salarios,

incremento de la informalidad y la precarización, y crisis en las formas tradicionales de organización sindical y negociación colectiva (Calcagno, 1999). Estos resultados han influido en la vida cotidiana de miles de ciudadan@s afectado el ejercicio de derechos humanos básicos como el de la salud. Sin embargo, el impacto de la globalización con su espíritu neoliberal está siempre mediado por las políticas públicas, el desempeño gubernamental, la acción de los grandes conglomerados económicos, y la fuerza de los partidos políticos y sindicatos, el activismo y la capacidad de movilización de la sociedad civil (Borón, 1999b).

De esta forma, el movimiento de mujeres argentino tiene un rol sumamente importante que desempeñar en la búsqueda de alternativas hacia el modelo socio-político-económico imperante en nuestro país. Como expresa Maxine Molyneux (1998: p. 82), “[e]ste contexto ha desafiado al feminismo a confrontar, en una nueva y diferente forma, las posibilidades y limitaciones de la democracia capitalista y al hacerlo contribuir a la elaboración de una fórmula práctica de distribución de la justicia social”. En efecto, el feminismo ha cuestionado las políticas públicas y sus consecuencias sociales revelando su carácter de inequidad de género y re-evaluando las prioridades estatales. Específicamente, las teorías feministas han señalado la importancia de incorporar la esfera de la reproducción en el proceso de planeamiento, “no sólo para visibilizar el trabajo invisible de las *mujeres* sino también para identificar más generalmente las necesidades sociales dentro de condiciones de inequidad social genérica y racial” (Ibid.: p. 84).

La inserción laboral de las mujeres, la feminización de las matrículas universitaria y terciaria y la participación política han contribuido a una mayor autonomía, capacidad de decisión sobre la propia vida e individuación de las mujeres en el ámbito público y privado. De acuerdo con Feldman (1992: p. 5) “a medida que nuevos patrones de división del trabajo al interior del hogar emergen, ellos alteran las normas y valores que guían la vida cotidiana en ambos dominios el privado del hogar y el público del espacio de trabajo”. En ambas esferas esta nueva división de género de tareas y responsabilidades pueden producir resultados contradictorios. Por un lado, pueden re-crear nuevas relaciones de inequidad, subordinación y explotación de las mujeres. Por el otro, pueden proveer nuevas oportunidades hacia una mayor independencia y control de los recursos por parte de tod@s los miembros del hogar.

Con base en estas consideraciones, García y de Oliveira (1994: pp. 214-215) señalan que “las mujeres al salir del confinamiento del ámbito privado (...) han iniciado un proceso de darse cuenta de la situación de subordinación femenina”. En este mismo sentido, Benería (1999: p. 116) expresa que la participación en el mercado de trabajo puede tener efectos positivos, tales como la ruptura de tradiciones patriarcales que restringen la autonomía individual. Aunque, esta autora expresa que también esta participación puede “acelerar tanto la difusión de prácticas “liberadoras” como “sexistas” y puede tener consecuencias distintas para aquellos[as] que sufren la discriminación y la explotación del mercado”. La participación económica y política y una mayor conciencia de la subordinación no siempre significa que las mujeres logren romper con los patrones

tradicionales de relación entre varones y mujeres. Como expresa Moore (1988: p. 113) “la organización del hogar y las ideologías de género juegan un rol importante en la limitación de la participación femenina en el trabajo pago. El resultado es un proceso de determinación mutua, en la cual la educación, la provisión legal para las mujeres y las circunstancias económicas son también factores cruciales”.

La equidad de género en trabajo y salud no supera su aspecto declarativo y formal si no se considera la discriminación de género. Mientras las mujeres sigan llevando la doble carga del trabajo no pago en la esfera doméstica y el trabajo asalariado, estarán imposibilitadas de competir en bases equitativas con los varones en el mercado de trabajo. “Las legislaciones relativas a los ingresos y oportunidades equitativas y a la disminución de las barreras ‘tradicionales’ en cuanto al trabajo fuera del hogar no pueden por sí mismas liberar a las mujeres de las cargas y expectativas domésticas” (Elson, 1992: p. 37).

Los obstáculos hacia la autonomía y la completa ciudadanía de las mujeres que todavía se mantienen en la sociedad argentina se podrían superar si se transformaran las representaciones culturales que producen las redes de significaciones circulantes en la cultura y que asignan a cada sujeto lugares socialmente determinados según su género. Sin embargo, las transformaciones culturales no bastan por sí solas para desandar el pasado de desigualdades de género. La *flexibilización de los cuerpos femeninos y masculinos* no sólo se hace con herramientas “superestructurales” (culturales, sociales y relacionales), es necesaria también una estructura (económica y política) para su moldeamiento.

Aún podemos *volver al futuro*, a aquellas utopías de igualdad (entre géneros e intra-géneros), libertad y justicia (social). Pero, en nuestro *viaje* debemos incluir a “la mitad del cielo”: las mujeres. Sin ellas los derechos humanos de los ciudadan@s dejan de ser humanos, universales e indivisibles. Son apenas un puñado de palabras que tranquilizan conciencias políticamente correctas.

Bibliografía

- Afshar, H. y Dennis, C. 1992 “Women, Recession and Adjustment in the Third World: Some Introductory Remarks” en Afshar, H. y Dennis, C. (eds.) *Women and Adjustment Policies in the Third World* (London: The Macmillan Press).
- Aggleton, P. 1990 *Health* (London: Routledge).
- Amoros, A. 1995 “División sexual del trabajo” en Amorós, C. (ed.) *10 Palabras Clave sobre Mujer* (Navarra: Editorial Verbo Divino).
- Anderson, P. et. al. 1997 “La trama del neoliberalismo: mercado: crisis y exclusión social” en Gentili, P. y Fernández, L. (coords.) *La trama del neoliberalismo: mercado: crisis y exclusión social* (Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires).
- Baden, S. y Goetz, A.M: 1998 “Who Needs [Sex] When You Can Have [Gender]? Conflicting Discourses on Gender at Beijing” en Jackson, C. y Pearson, R. (eds.) *Feminist Visions of Development. Gender, Analysis and Policy* (London y New York: Routledge).
- Beechey, V. 1986 “Studies of Women’s Employment” en Feminist Review (ed.) *Waged Work. A Reader* (London: Virago Press).
- Benería, L. 1997 “Accounting for women’s work: the progress of two decades” en Visvanathan, N. et al. (eds.) *The Women, Gender and Development Reader* (London: Zed Books).
- ----- 1999 “Mercados globales, género y el *Hombre de Davos*” en Portugal, A.M. y Torres, C. (eds.) *El siglo de las mujeres* (Santiago de Chile: ISIS Internacional).
- Borón, A. 1992 “El experimento Menemista. Neoliberalismo, pobreza y democracia en la Argentina contemporánea” en *XVII Congreso Internacional de la Latin American Studies Association (LASA)* (LASA: Los Angeles).
- ----- 1998 “Quince años después: democracia e (in)justicia en la historia reciente de América Latina” en *Congreso Internacional de la Latin American Studies Association (LASA)* (LASA: Chicago).
- ----- 1999a “América Latina: crisis sin fin o el fin de la crisis” en *Seminario sobre América Latina y el pensamiento prospectivo mundial* (Río de Janeiro: UNESCO).
- ----- 1999b “Pensamiento único y resignación política. Los límites de una falsa coartada” en *Nueva Sociedad*, No. 163.
- Calcagno, A. 1999 “Ajuste estructural, costo social y modalidades de desarrollo en América Latina” en *Seminario O ajuste estrutural na America Latina: Custos sociais e alternativas* (Porto Alegre: CLACSO).
- Cerrutti, M. 1999 “Labour Force Patterns, Gender Relations and Labour Markets in Buenos Aires” en *Seminar on Women in the Labour Market in Changing Economies: Demographic Issues* (Roma: IUSSP).

- Consejo Nacional de la Mujer 1995 *Resumen ejecutivo. Síntesis y actualización del Informe Nacional sobre la situación de la mujer en la última década en la República Argentina* (Buenos Aires: Consejo Nacional de la Mujer).
- Doyal, L. 1995 *What Makes Women Sick. Gender and the Political Economy of Health* (London: Macmillan).
- Durand, T. y Gutiérrez, M.A. 1998 “Cuerpo de mujer: consideraciones sobre los derechos sociales, sexuales y reproductivos en la Argentina” en *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)* (Buenos Aires: CLADEM-Argentina, FEIM, Foro por los Derechos Reproductivos y FNUAP).
- Elson, D. 1992 “From Survival Strategies to Transformation Strategies: Women’s Needs and Structural Adjustment” en Beneria L. y Feldman S. (eds.) *Unequal Burden. Economic Crisis, Persistent Poverty, and Women’s Work* (Colorado y Oxford: Westview Press).
- Elson, D. y Pearson, R. 1997 “The subordination of women and the internationalization of factory production” en Visvanathan, N. et al. (eds.) *The Women, Gender and Development Reader* (London: Zed Books).
- Feldman, S. 1992 “Crisis, Poverty, and Gender Inequality: Current Themes and Issues” en Beneria L. y Feldman S. (eds.) *Unequal Burden. Economic Crisis, Persistent Poverty, and Women’s Work* (Colorado y Oxford: Westview Press).
- Fuller, N. 1993 *Dilemas de la femineidad. Mujeres de clase media en el Perú* (Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú).
- García, B. y De Oliveira, O. 1994 *Trabajo femenino y vida familiar en México* (México D.F.: El Colegio de México).
- Geldstein, R. et al. 1993 “Imágenes de género y clase social en las conductas reproductivas de los adolescentes” en *Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad* (Buenos Aires: CEDES/CENEP).
- Geldstein, R. y Delpino, N. 1994 “Mujeres como principal sostén económico del hogar” en *Boletín Informativo Techint* No. 277.
- Gogna, M., et al. 1998 “Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social” en Isuani, A. y Filmus, D. (eds.) *La Argentina que viene* (Buenos Aires: FLACSO-UNICEF, Grupo Editorial Norma).
- Golbert, L. 1998 “Los problemas del empleo y las políticas sociales” en *Boletín Informativo Techint* No. 296.
- Goldscheider, F.K. y Waite, L.S. 1991 “The New ‘Decline of the Family’” en Goldscheider, F.K. y Waite, L.S. *New Families. No Families?* (Berkeley: University of California Press).
- INDEC 1996a *Anuario estadístico de la República Argentina. 1996* (Buenos Aires: INDEC).
- ----- 1996b *Infancia y Condiciones de Vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de metas sociales* (Buenos Aires: INDEC).
- ----- 1996c *Perfil de los hogares y de la población con necesidades básicas*

insatisfechas (NBI) (Buenos Aires: INDEC).

- ----- 1996d *Resultados definitivos. Características generales codificadas. Capital Federal y 19 partidos del Gran Buenos Aires*, Censo Nacional de Población y Vivienda - 1991 (Buenos Aires: INDEC).
- ----- 1997a *Censo Nacional de población y vivienda 1991. Población y viviendas en áreas rurales y urbanas. Resultados definitivos. Serie G N°4* (Buenos Aires: INDEC).
- ----- 1997b *Anuario Estadístico de la República Argentina 1997* (Buenos Aires: INDEC).
- Heilborn, M.L. 1991 “Género e condicao feminina: uma abordagem antropológica” en *Muhler e políticas públicas* (Río de Janeiro: IBAM/UNICEF).
- Lamas, M. 1994 “Cuerpo: diferencia sexual y género” en *Debate Feminista. Cuerpo y Política*, Año 5, Vol.10.
- Llovet, J.J. 1989 *Servicios de salud y sectores populares. Los años del Proceso* (Buenos Aires: CEDES/Humanitas).
- Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) 1993a *Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Aglomerado Gran Buenos Aires. Plan de Tabulados Especiales. Cifras Definitivas, Serie 10, N° 4* (Buenos Aires: MSAS).
- ----- 1993b *Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Aglomerado Gran Buenos Aires. Situacion sanitaria de la poblacion de 20 a 49 anos. Cifras definitivas* Serie 10, N°9 (Buenos Aires: MSAS).
- ----- 1996a *Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Aglomerado Gran Buenos Aires. Año 1995. Cifras Preliminares, Serie 10, N° 12* (Buenos Aires: MSAS).
- ----- 1996b *Estadísticas Vitales. Información Básica - 1995*, Dirección de Estadísticas de Salud, Programa Nacional de Estadísticas de Salud (Buenos Aires:MSAS).
- ----- 1996c *Agrupamiento de causas de mortalidad por jurisdicción de residencia, edad y sexo. Argentina - 1994*, Dirección de Estadísticas de Salud, Programa Nacional de Estadísticas de Salud (Buenos Aires: MSAS).
- ----- 1997 *Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Propuesta de analisis por estratificacion social y características demograficas* (Buenos Aires: MSAS).
- ----- 1998 *Situación de salud de la mujer en Argentina* (Buenos Aires: MSAS).
- Molyneux, M. 1998 “Analysing Women’s Movements” en Jackson, C. y Pearson, R. (eds.) *Feminist Visions of Development. Gender, Analysis and Policy* (London y New York: Routledge).
- Moore, H.L. 1988 *Feminism and Anthropology* (Cambridge: Polity Press).
- Oliveira, O. y Ariza, M. 1999 “Trabajo, familia y condicion femenina: una revision de las principales perspectivas de analisis” en *Papeles de Poblacion* No. 20.
- Ortner, S. 1974 “Is Female to Male as Nature is to Culture?” en Rosaldo, M.Z. y Lamphere, L. *Woman, Culture and Society* (Stanford: Stanford University Press).

- Pantelides, E.A. et al. 1995 *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia* (Buenos Aires: CENEP).
- Roberts, H. 1992 "Introduction" en Roberts, H. (ed.) *Women's Health Matters* (London y New York: Routledge).
- Rosaldo, M. 1974 "Woman, Culture and Society: a Theoretical Overview" en Rosaldo, M. y Lamphere, L. *Woman, Culture and Society* (Stanford: Stanford University Press).
- Ross, C.E. y Bird, C.E. 1998 "Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health" en Cockerham, W.C. et al. (eds.) *Readings in Medical Sociology* (New Jersey: Prentice Hall).
- SIEMPRO 1997 *Encuesta de Desarrollo Social* (Información proveniente de website).
- Sparr, P. 1994a "What is Structural Adjustment?" en Sparr, P. (ed.) *Mortgaging Women's Lives. Feminist Critiques of Structural Adjustment* (London: Zed Books).
- ----- 1994b "Feminist Critiques of Structural Adjustment?" en Sparr, P. (ed.) *Mortgaging Women's Lives. Feminist Critiques of Structural Adjustment* (London: Zed Books).
- Stewart, F. 1992 "Can Adjustment Programmes Incorporate the Interests of Women?" en Afshar, H. y Dennis, C. (eds.) *Women and Adjustment Policies in the Third World* (London: The Macmillan Press).
- Szasz, I. 1999 "Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja" en Bronfman, M. y Castro, R. (eds.) *Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina* (México: EDAMEX).
- Turner, B. 1996 (1984) *The Body and Society. Explorations in Social Theory* (London: Sage Publications).
- Valdés, T. y Gomariz, E. 1993 *Mujeres Latinoamericanas en cifras. Argentina* (Santiago de Chile: Instituto de la Mujer y FLACSO).
- ----- 1995 *Mujeres Latinoamericanas en cifras. Tomo comparativo* (Santiago de Chile: Instituto de la Mujer y FLACSO).
- Valdes, T. et al. 1996 "Power and Sexuality in Upper Middle Class Women" en *Reconceiving Sexuality. International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health* (Río de Janeiro: IMSIVERJ).
- Vilas, C. 1998 "De ambulancias, bomberos y policías: La política social del neoliberalismo" en *Desarrollo Económico* No. 144. Vol. 36.
- Wainerman, C. y Geldstein, R. 1994 "Viviendo en familia: ayer y hoy" en Wainerman C. (ed.) *Vivir en Familia* (Buenos Aires: UNICEF/LOSADA).