

Mercado de trabajo y acceso al sistema de salud en el período 2004-2020. Un aporte al estudio de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo en Argentina

Carolina Pradier

Resumen

El presente trabajo se propone como objetivo principal aportar evidencia en torno a la evolución del vínculo entre la forma de inserción en el mercado de trabajo de la población y sus condiciones de acceso al sistema de salud a lo largo del período comprendido entre 2004 y 2020. A tales fines, sobre la base de la información provista por la Encuesta Permanente de Hogares, se analizan las condiciones de acceso al sistema de salud de la población, estratificándola según su inserción en el mercado de trabajo, condición de actividad, edad y sexo. El resultado principal es que las considerables mejoras en las condiciones de acceso al sistema de salud observadas a lo largo del período estudiado pueden atribuirse principalmente al cambio de composición de la población según condición de actividad e inserción laboral, dando cuenta de un sistema de salud que replica y exagera las desigualdades presentes en el mercado laboral.

Palabras clave: mercado de trabajo, sistema de salud, género, Argentina.

Labor market insertion and health care access in the period 2004-2020. A contribution to the study of the labor force's reproduction conditions in Argentina

Carolina Pradier

Abstract

This article provides evidence on the evolution of the relationship between the labor market insertion conditions of the population and its access to the health care system for the period comprised between 2004 and 2020. For this purpose, the information provided by the Permanent Household Survey will be consulted for the analysis of the population's conditions of access to the health system by employment and activity status, age and sex. The evidence presented shows that the significant improvements in health care access conditions throughout the period considered can mainly be attributed to the variation in the composition of the population in terms of employment and activity status, thus describing a health care system that replicates and exacerbates the inequalities present in the labor market.

Keywords: labor market, healthcare system, gender, Argentina.

Mercado de trabajo y acceso al sistema de salud en el período 2004-2020. Un aporte al estudio de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo en Argentina^{1,2}

Carolina Pradier³

Introducción

A partir de mediados de 1970, particularmente bajo el régimen de convertibilidad y su abrupta finalización en 2001-2002, tuvo lugar en nuestro país un proceso de profunda degradación de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo, evidenciado en diversos indicadores representativos. A su vez, como consecuencia de la creciente heterogeneidad de la estructura productiva (Schorr y Wainer, 2014), se produjo una profundización de la segmentación del mercado de trabajo nacional, reflejándose en marcadas diferencias salariales y, por tanto, en la capacidad de reproducción de distintas porciones de la fuerza de trabajo (Beccaria y Groisman, 2008; Poy, 2018; Salvia, Comas, Gutiérrez, Quartulli y Stefani, 2008).

En contraposición, el período de crecimiento económico comenzado tras la salida de la crisis implicó aceleradas mejoras en las condiciones de vida de la población en general. No obstante, entre 2011 y 2017 pudo observarse un estancamiento y parcial retroceso de dichas mejoras (Beccaria y Maurizio, 2012; Kennedy, 2018, 2019; Lindenboim y Salvia, 2015), mostrando la generalidad de los indicadores niveles peores a los vigentes a comienzos de la década del setenta (Cazón, Kennedy y Lastra, 2016), así como también una mayor heterogeneidad en el sistema ocupacional (Poy, 2015), de modo que no se logró revertir el deterioro de largo plazo. Luego, en 2018 y 2019 fue posible identificar claramente un nuevo

¹Esta investigación fue realizada en el marco del proyecto UBACyT 20020190200187BA “Las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo en Argentina en relación al devenir del proceso de acumulación de capital. La situación actual en perspectiva comparada con las etapas relevantes desde mediados de los años setenta” (Categoría Modalidad II-Programación 2020) y del proyecto ANPCyT-FONCyT PICT 2018-02562 “Estructura productiva, sector externo y mercado de trabajo en los ciclos de la economía argentina. 1990-actualidad” (Tipo D, vigencia 2020-2023), ambos dirigidos por Damián Kennedy.

² Se agradece la colaboración de Guido Weksler, Lucas Terranova, Matías Sánchez, Estefanía Dileo y Sebastián Fernández Franco en la elaboración de versiones previas de este documento.

³ Licenciada en Economía (FCE-UBA). Becaria UBACYT en el Centro de Estudios sobre Población, Empleo y Desarrollo (CEPED, FCE-UBA). E-mail de contacto: carolinapradier@gmail.com.

proceso de degradación de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo (Kennedy, Pradier y Weksler, 2020). Finalmente, durante 2020, los efectos de la pandemia profundizaron dicha tendencia, especialmente para aquellas personas que contaban con una inserción laboral precaria (Kennedy, 2020).

Indudablemente, las condiciones de acceso a la salud de los trabajadores constituyen un aspecto nodal de sus condiciones de reproducción. En este sentido, la diferenciación en las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo argentina previamente señaladas encuentra su correlato en la fragmentación, privatización y descentralización del sistema de salud y las crecientes diferencias entre los tres principales subsistemas (público, privado y seguridad social), tanto en términos de gasto per cápita como en términos de la posición económico-ocupacional de las personas que acceden a cada uno de ellos (Cetrángolo y Devoto, 2002).

En este marco, el presente trabajo se propone contribuir al estudio de las condiciones de acceso al sistema de salud de los distintos fragmentos de la población argentina⁴ como una dimensión del estudio de su acceso a la salud, aportando evidencia que permita profundizar el estudio del vínculo entre la forma de inserción en el mercado de trabajo de las personas y sus condiciones de acceso a los servicios de salud, tomando en cuenta no solo las diferencias evidenciadas según su inserción laboral individual, sino también la inserción laboral de otros miembros de sus hogares. De esta forma, se procura poner de relieve la importancia del análisis a nivel hogar para dar cuenta adecuadamente de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo, así como también comprender las diferencias a nivel individual entre las condiciones de acceso al sistema de salud de los varones y las mujeres. Específicamente, se propone analizar la evolución de dichos aspectos de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo a lo largo del período comprendido entre 2004 y 2020 a partir de la información provista por las bases de microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

El trabajo se organiza de la siguiente manera: en la primera sección se presenta el encuadre general del trabajo, en dos sentidos: por un lado, se tratan las determinaciones

⁴ El estudio de las condiciones de acceso a la salud de las personas puede ser abordado a partir de una gran cantidad de dimensiones tales como la alimentación, la salud ambiental, la práctica de actividad física o la salud laboral, que a su vez pueden estudiarse en relación con la inserción en la estructura social y laboral de las personas. Sin embargo, el estudio de la totalidad de dichas dimensiones excede el alcance del presente trabajo, que se enfocará en las condiciones de acceso al sistema de salud de las personas.

generales de la reproducción de la fuerza de trabajo; por otro lado, se describe la evolución del sistema de salud argentino en perspectiva histórica y los principales aspectos del funcionamiento de los diferentes subsistemas a los que acceden distintas fracciones de la sociedad. En cada caso, se plantean nuevamente los distintos aspectos involucrados en el objetivo propuesto como un desprendimiento del marco teórico desarrollado. La segunda sección aborda la construcción y el análisis de la evidencia empírica a partir de dos subsecciones: en la primera, se presentan los criterios metodológicos adoptados y sus fundamentos; luego, se describe la evolución en el acceso al sistema de salud de distintos fragmentos de la población desde principios de siglo. Por último, se presentan algunas reflexiones finales y posibles líneas futuras de investigación.

Aspectos generales de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo y su acceso al sistema de salud

El valor de la fuerza de trabajo y la diferenciación en las condiciones de reproducción de distintos fragmentos de la clase trabajadora⁵

En el capitalismo, la organización de la producción social tiene por objetivo primario la producción ampliada de plusvalía, lo cual convierte en una necesidad para la acumulación del capital que la fuerza de trabajo se reproduzca con los atributos productivos necesarios para participar activamente del proceso de trabajo. En este sentido, las condiciones en las que se reproduce la fuerza de trabajo se encuentran determinadas por los requerimientos de la acumulación del capital, los cuales se modifican al mismo tiempo que los procesos de trabajo y los atributos productivos que debe portar cada trabajador a medida que se avanza en el desarrollo de las fuerzas productivas del trabajo social.

El valor de la fuerza de trabajo –al igual que el de cualquier mercancía– se encuentra determinado por el tiempo de trabajo abstracto, socialmente necesario, realizado de manera privada e independiente, requerido para su producción; en este caso, está constituido por el valor de los medios de vida necesarios que permiten al trabajador poner en ejercicio su capacidad de trabajo tal como la requiere el proceso de producción. Dichos medios de vida no

⁵ El contenido de este apartado constituye una síntesis propia de los desarrollos de Karl Marx ([1867]1995) y Juan Iñigo Carrera (2008).

incluyen únicamente aquellos necesarios para su reproducción inmediata, sino también aquellos necesarios para el sostenimiento de su vida natural una vez agotada su capacidad productiva (o para mantener su capacidad de trabajo inalterada toda vez que se encuentre temporalmente imposibilitado de trabajar) y para la generación de nuevos vendedores de fuerza de trabajo (Iñigo Carrera, 2012).

Como se desprende de las determinaciones desarrolladas en torno al valor de la fuerza de trabajo, la capacidad de reproducción normal de los trabajadores depende de su acceso a un amplio conjunto de bienes y servicios que permitan reproducir sus atributos productivos, entre los cuales se encuentran los servicios de salud. Lógicamente, el acceso a los bienes y servicios asociados con el mantenimiento de un estado de salud que permita el despliegue de trabajo humano es esencial para la reproducción de la fuerza de trabajo, ya que esta requiere del soporte material de la reproducción física de los cuerpos de los trabajadores. Adicionalmente, la atención de la salud mental constituye un aspecto de la reproducción de las formas de conciencia necesarias para desplegar distintos procesos de trabajo.

El desarrollo de las fuerzas productivas tiene como consecuencia dos tendencias contrapuestas respecto a la subjetividad productiva de la clase obrera. Por un lado, se degrada la subjetividad del obrero a cargo de aplicar la pericia manual en el proceso de producción, relegándolo a tareas simples y repetitivas de asistencia de la máquina. Por otro, se desarrolla la subjetividad de trabajadores con conocimientos científicos asociados al diseño y control de las tecnologías que intervienen en dichos procesos productivos, así como también a aquellos ligados a la gestión y la circulación del capital (Iñigo Carrera, 2008). Simultáneamente, la tecnificación de los procesos productivos trae como contrapartida la transformación de una creciente fracción de la clase trabajadora en población sobrante para las necesidades del capital⁶. En tanto el capital requiere reproducir un conjunto heterogéneo de fuerzas de trabajo, su valor varía tanto desde el punto de vista de la existencia de trabajos con distintos grados de complejidad como de diversas formas de conciencia, actitudes y disposiciones que es necesario

⁶ Dentro de este grupo pueden distinguirse aquellos trabajadores cuya inserción laboral fluctúa acorde al ciclo económico, quienes solo pueden vender su fuerza de trabajo a condición de hacerlo por debajo de su valor, y aquellos que ni siquiera pueden hacerlo, consolidándose en dicha condición (Marx, [1867]1995).

que cada trabajador ponga en movimiento en el marco de cualquier proceso productivo (Starosta y Caligaris, 2017).

En términos del proceso de acumulación nacional, las transformaciones en la productividad del trabajo ocurridas en los setentas –en cuanto implicaron un incremento en la brecha en la productividad entre los capitales que operan localmente y los que se valorizan normalmente en el mercado mundial, que a su vez no se vio complementado por un incremento en el flujo de renta de la tierra hacia el país⁷– se tradujeron en la necesidad por parte de los capitales nacionales de recurrir a nuevas fuentes de valorización para sostener el proceso de acumulación (específicamente, aquí nos interesa mencionar la compra de fuerza de trabajo por debajo de su valor) (Kennedy, 2018; Graña, 2013). Asimismo, la creciente brecha en la productividad, que estanca y hace retroceder la masa de valor producido en la economía nacional, multiplica la sobrepoblación relativa que pasa de manera masiva a convertirse en población que se estanca y consolida en su condición de sobrante para el capital (Cazón *et al.*, 2016). Este proceso encuentra su correlato en el proceso de fragmentación que sufre la clase obrera nacional (Iñigo Carrera, 2008), siendo el acceso diferenciado al sistema de salud de distintos segmentos de la población un aspecto específico de ese proceso.

Los cambios en la materialidad del proceso de trabajo implican, asimismo, un cambio en el rol de la mujer en el proceso de reproducción social. Tanto la simplificación de las tareas asociadas a la asistencia de la maquinaria como la complejización de las tareas a cargo de la fuerza de trabajo con una subjetividad expandida implican una pérdida de relevancia de la fortaleza física como atributo requerido para los procesos productivos, lo que posibilita crecientemente la consolidación de las mujeres como vendedoras de fuerza de trabajo a medida que se debilita la base material sobre la que se sostiene la división sexual del trabajo⁸. De esta

⁷ La inserción de Argentina en el mercado mundial se caracteriza por su rol como proveedora de materias primas en condiciones no reproducibles por el capital, destacándose las de origen agrario, que apropian en la circulación una plusvalía extraordinaria bajo la forma de renta de la tierra como consecuencia de que el precio comercial de las mercancías producidas en estas condiciones excepcionales no se determina por los costos de producción locales sino por el de las peores tierras puestas en producción a nivel mundial. Al contar con esta fuente de riqueza extraordinaria, los capitales que operan en el país logran valorizarse liberados de la necesidad de desarrollar las fuerzas productivas del trabajo (Iñigo Carrera, 2007).

⁸ Además, los propios cambios técnicos operan sobre el proceso de reproducción de la vida humana, haciendo crecer la esperanza de vida y caer la mortalidad infantil, lo cual tiene como consecuencia una disminución en la tasa de natalidad y, por lo tanto, del tiempo destinado a la reproducción biológica y a la producción de futuros vendedores de fuerza de trabajo. En igual sentido, la necesidad creciente de un nivel básico de formación universal

forma, la reproducción de la mujer adulta crecientemente deja de depender de una relación directa con un varón adulto para pasar a estar portada en la venta de su propia fuerza de trabajo. Predominantemente, esta determinación ha tomado forma concreta en una transformación de la reproducción de la familia tradicional, dejando de estar portada exclusivamente en el valor de la fuerza de trabajo del varón para pasar a estar portada también en el valor de la fuerza de trabajo de la mujer (Águila, 2018)⁹.

En consecuencia, la reproducción de la fuerza de trabajo crecientemente deja de estar determinada solo por la venta de la fuerza de trabajo de los varones, siendo cada vez más relevante estudiar la evolución del ingreso total de los hogares para dar cuenta de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo (Águila y Kennedy, 2016). No obstante, aún existen importantes diferencias en las condiciones de inserción laboral entre varones y mujeres, siendo las inserciones laborales precarias o de bajos ingresos más frecuentes entre estas últimas (Shokida, 2019). Como consecuencia, y sin perjuicio de la creciente participación de las mujeres como vendedoras de fuerza de trabajo, su acceso al sistema de salud puede encontrarse portado –parcial o totalmente– en la venta de la fuerza de trabajo de otros miembros de sus hogares, que obtienen el acceso a un cierto subsistema de salud para la totalidad del grupo familiar (ya sea por su inserción laboral registrada o por su mayor nivel de ingresos).

Es justamente en este sentido que en la Introducción se propone abordar el estudio de las condiciones de acceso al sistema de salud de la fuerza de trabajo como aspecto específico de sus condiciones de reproducción, tomando como dimensiones relevantes tanto el vínculo entre el acceso al sistema de salud y las condiciones individuales de acceso al mercado de trabajo como las condiciones de acceso al mercado de trabajo de otros miembros de los hogares. En particular, se pretende analizar el proceso de divergencia en las condiciones de acceso al sistema de salud de distintos sectores de la sociedad, que se corresponde con el proceso de diferenciación y fragmentación de la fuerza de trabajo que surge como consecuencia del desarrollo de las fuerzas productivas, así como también de la consolidación de una proporción creciente de la población como sobrante para las necesidades del capital.

de la fuerza de trabajo, independientemente de los distintos tipos de subjetividades productivas, implica la generalización del proceso de educación formal.

⁹ A partir del desarrollo anterior se procura plantear el movimiento general, lo cual no excluye a todo el resto de las conformaciones familiares posibles.

La fragmentación del sistema de salud argentino

Los tres subsistemas de salud (público, privado y seguridad social) coexistían con anterioridad a los años setenta; no obstante, se hace énfasis en las transformaciones ocurridas a partir de este momento como consecuencia de múltiples modificaciones introducidas en la legislación del sistema de salud orientadas hacia su desregulación, descentralización y privatización, que modificaron el rol ocupado por cada subsistema.

A grandes rasgos, el subsistema público de salud (financiado con impuestos generales) brinda servicios a toda la población, accediendo mayoritariamente a este subsistema aquellas personas con peor inserción económico-ocupacional. Aquellas personas con relaciones laborales registradas (y sus familias¹⁰), por otro lado, son beneficiarias del subsistema de la seguridad social¹¹ (financiado con contribuciones sobre la nómina salarial). Finalmente, el segmento de la sociedad con mayores niveles de ingresos accede al subsistema privado (financiado mediante el pago voluntario de seguros privados, la derivación de aportes desde el subsistema de seguridad social y otros pagos de bolsillo).

Desde los años cuarenta, el subsistema público comenzó a ocupar un papel crecientemente relevante a partir del diseño y desarrollo de políticas específicas para la organización de los servicios de atención médica en todo el territorio nacional (con el fin de centralizar y normatizar las instituciones de atención médica), así como también en su rol de prestador (incrementando su capacidad instalada); en paralelo, se profundizó el proceso de

¹⁰ La Ley N.º 23660 (que regula el funcionamiento de las obras sociales) establece que quedan también incluidos en calidad de beneficiarios sin un pago adicional los grupos familiares primarios de los empleados registrados del sector privado que portan la titularidad de la afiliación. Se define al grupo familiar primario como aquel integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa. Asimismo, serán beneficiarios en las mismas condiciones las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación. En el caso de los monotributistas y el personal de servicio doméstico afiliados a obras sociales, es necesario pagar un cargo adicional para incluir como beneficiarios a los miembros del grupo familiar primario.

¹¹ Específicamente, los empleados registrados del sector privado son beneficiarios de las obras sociales nacionales, mientras que los empleados públicos provinciales y municipales se afilian a las obras sociales provinciales, siendo su regulación variable para cada provincia.

desarrollo y consolidación de las obras sociales sindicales, cuya afiliación no era obligatoria (Belmartino y Bloch, 2004).

En 1970, a partir de la Ley N.º 18610 se hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad (asimismo, el sistema de obras sociales se extendió de manera obligatoria a los jubilados y pensionados). Luego, en 1993, se introdujo una serie de importantes modificaciones regulatorias: por una parte, la posibilidad de libre elección de obras sociales y de derivar recursos desde el subsistema de la seguridad social al subsistema privado; por otra parte, la anulación de la obligatoriedad de brindar un plan de cobertura único para todos los afiliados (así como la posibilidad de pactar entre los trabajadores y los agentes de salud los aportes a realizar, en particular, la posibilidad de realizar aportes adicionales), junto con la obligación de las obras sociales de asegurar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema (Cetrángolo y Devoto, 2002; PNUD, 2011).^{12,13} Como era de esperarse, dichas modificaciones en la regulación tuvieron como consecuencia la expansión del subsistema privado en detrimento del subsistema de obras sociales.

En este contexto, se han ampliado las diferencias entre los recursos per cápita del subsistema público y los subsistemas de seguridad social y privado (en favor de estos últimos), reflejándose en la divergencia entre la calidad de los servicios de salud a los que acceden quienes gozan de una inserción laboral protegida (y, por lo tanto, de acceso a los subsistemas de salud privado y de la seguridad social) y quienes no gozan de estos mismos derechos, así como también entre trabajadores con distintos niveles de ingresos (De la Puente y De los Reyes,

¹² En paralelo, en términos de descentralización, el proceso de traspaso de responsabilidades desde el nivel nacional a los niveles provincial y municipal comenzados en el año 1955 se profundizaron a mediados de los años setenta a partir de la Ley N.º 21883, por la que se transfirieron 65 hospitales desde el Gobierno nacional a distintos municipios y provincias. Finalmente, a principios de los años noventa, fueron transferidos veinte establecimientos que quedaban en manos de la Nación; en ambos casos, los motivos del traspaso fueron principalmente fiscales (Cetrángolo, 2014).

¹³ Asimismo, desde 1991 tuvo lugar la instrumentación de un nuevo “modelo”, conocido como Hospital de Autogestión (principalmente entre los hospitales provinciales). Su objetivo consistía en la captación de fondos provenientes de la atención a pacientes con capacidad de pago con la intención de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención para pacientes de menores recursos. A estos fines, se admitía por parte de los hospitales la posibilidad legal de facturar y captar recursos adicionales a través de convenios con terceros o celebrando contratos de provisión de servicios, así como también la adquisición de insumos (PNUD, 2011).

2019; PNUD, 2011; Cetrángolo y Devoto, 2002; Cortés, 1985)¹⁴. Cabe aclarar que las disparidades en la calidad de los servicios ofrecidos al interior de cada subsistema no surgen como consecuencia de disimilitudes en el desempeño de los profesionales de la salud que trabajan en cada uno de ellos, sino como consecuencia de la disponibilidad de recursos, lo cual incide en los equipos disponibles, el tiempo de espera para ser atendido, la cantidad de profesionales por paciente, etc.¹⁵

Este devenir del sistema de salud argentino y la creciente divergencia entre los servicios ofrecidos en cada uno de sus subsistemas ha sido interpretado por Seiffer y Rivas (2017) como una expresión de la necesidad del capital de reproducir distintas subjetividades productivas, lo cual se traduce en la diferenciación en las condiciones de reproducción de cada fragmento de la fuerza de trabajo. Dicho proceso puede comprenderse como el resultado de dos tendencias íntimamente vinculadas, que se presentan a continuación separadamente con fines analíticos.

Por un lado, a nivel mundial, la creciente diferenciación en los atributos productivos que debe portar cada fracción de la fuerza de trabajo conduce a que los Estados (en cuanto representantes políticos generales de la acumulación de capital nacional) dejen de proveer bienes y servicios homogéneos para toda la población¹⁶, dependiendo el acceso al sistema de salud de cada fragmento de la fuerza de trabajo de las condiciones en las que logra vender su fuerza de trabajo (Iñigo Carrera, 2008).

¹⁴ Resulta relevante remarcar que la gran fragmentación del sistema de salud no solo implica importantes problemas en términos de equidad, sino también en términos de eficiencia (como consecuencia de la escasa coordinación entre el subsistema público, la seguridad social y el subsistema privado). Esta situación resulta en un elevado nivel de gasto como proporción del PBI (9,4% en 2017), sin que este se traduzca en resultados similares en términos de salud poblacional a los de países con un nivel de gasto similar (De la Puente y De los Reyes, 2019; Cetrángolo, 2014).

¹⁵ Para ilustrar estas diferencias, se puede calcular aproximadamente el gasto per cápita en cada uno de los subsistemas de salud a partir del trabajo de De la Puente y De los Reyes (2019), que presenta la población que se atiende en cada subsistema de salud y el porcentaje de gasto correspondiente a cada subsistema (en términos de PIB) y de las estimaciones del PIB del 2019 del FMI World Economic Outlook. El gasto per cápita en el subsistema público representa un 13% del gasto del sector privado (\$13.187 y \$100.289 respectivamente) y 36% del gasto per cápita del subsistema de la seguridad social (\$36.922).

¹⁶ En contraste, durante el período caracterizado por el Estado de bienestar era necesario para los procesos nacionales de acumulación la reproducción relativamente universal e indiferenciada de la fuerza de trabajo al interior del espacio nacional; durante dicho período, el Estado se ocupaba de garantizar el acceso equitativo y generalizado a una serie de bienes y servicios que hacen a la reproducción de la fuerza de trabajo tales como la salud, la educación y la cobertura por desempleo (Iñigo Carrera, 2008).

Por otro lado, a nivel local, el estancamiento del proceso nacional de acumulación y la consolidación de una proporción creciente de la población como sobrante para las necesidades del capital (Cazón *et al.*, 2016; Donaire, 2019; Donaire, Rosati, Cavalleri y Mattera, 2017) se han traducido en un subsistema de salud público en deterioro al que acceden las personas que no tienen la posibilidad de acceder a otro subsistema mediante la venta de su fuerza de trabajo. Así, el rol del Estado como garante del derecho a la salud tiene un carácter marcadamente asistencial, al enfocarse principalmente en sostener estándares mínimos para la población más empobrecida, en lugar de conseguir la “desmercantilización” del acceso a la salud, lo que garantizaría el acceso universal a servicios de salud de calidad (Seiffer, 2013; Esping-Andersen, 1990).¹⁷

Es en este sentido que, sobre la base del desarrollo general presentado en el apartado anterior, el presente trabajo se propuso como objetivo concreto contribuir al estudio de las condiciones de acceso al sistema de salud de la población en relación con sus condiciones de inserción laboral, interpretándose la divergencia en las condiciones de acceso al sistema de salud de cada fragmento de la clase trabajadora como una forma de la diferenciación general en sus condiciones de reproducción¹⁸.

Evidencias en torno a la inserción en el mercado de trabajo como determinante del acceso al sistema de salud

Fundamentos y limitaciones de los criterios metodológicos adoptados

Para construir series de indicadores que permitan el análisis de la relación entre el acceso al sistema de salud de las personas y su inserción en el mercado de trabajo, se ha utilizado

¹⁷ Sin perjuicio de lo anterior, existen casos en los que se aplicaron políticas que efectivamente tendieron hacia la “desmercantilización” del acceso al sistema de salud, tales como el Programa de Inclusión Previsional que se inicia en 2005. Este programa incluyó la moratoria previsional, que permitió que las personas que cumplían el requisito de edad jubilatoria (60 años para la mujer y 65 años para el varón) al 31 de diciembre de 2004, pero que no alcanzaban los años de aportes requeridos, accedieran al beneficio previsional. El acceso al beneficio jubilatorio da derecho inmediato a la cobertura de salud del PAMI, implicando el acceso universal al derecho a la cobertura de salud de la seguridad social independientemente de la inserción laboral de las personas para este grupo etario (Pautassi, Giacometti y Gherardi, 2011).

¹⁸ En cuanto este trabajo se enfoca en las condiciones de acceso al sistema de salud de la población desde el punto de vista de su inserción en el mercado laboral, no se puntualiza en los detalles concernientes al entramado legal e institucional que hacen al sistema de salud.

principalmente la información pública brindada por la EPH continua del INDEC¹⁹. El avance sobre las formas concretas que adoptan las determinaciones generales requiere la definición de un conjunto de criterios operacionales que inevitablemente encierra un componente de arbitrariedad.

En este caso, son dos las dimensiones sobre las que corresponde tomar una decisión de carácter operativo: la estratificación del conjunto de la fuerza de trabajo según su inserción laboral, por un lado, y la elección del indicador que dé cuenta de las condiciones de acceso al sistema de salud de la población, por el otro.

En relación con la estratificación del conjunto de la fuerza de trabajo, teniendo en cuenta el enfoque desarrollado en función de los objetivos planteados previamente, a lo largo del trabajo se clasifica a la totalidad de la población en los siguientes grupos (según su condición de actividad e inserción en el mercado de trabajo):

- a. **Protegidos:** incluye a los asalariados registrados y los cuentapropistas o patrones profesionales²⁰ mayores de 18 años.
- b. **Precarios:** incluye a los asalariados no registrados, los cuentapropistas o patrones no profesionales, los trabajadores familiares sin remuneración y los desocupados mayores de 18 años.
- c. **Jubilados:** incluye a personas jubiladas (definidas según su condición de inactividad).
- d. **Inactivos:** personas inactivas no jubiladas mayores de 18 años.
- e. **Otros:** menores de edad y personas con entrevista individual no realizada.

Asimismo, al analizar las condiciones de acceso al sistema de salud de la población económicamente activa, considerando tanto su inserción individual en el mercado de trabajo como su relación de parentesco (e. g. jefe o jefa de hogar), se clasifica a la población en los grupos definidos en el Cuadro 1, que se presenta a continuación.

¹⁹ Se ha tomado la información de la Encuesta Permanente de Hogares correspondiente al período 2004-2020 a pesar de las advertencias del propio organismo productor respecto del período 2007-2015 y las discontinuidades en las series de datos.

²⁰ Definido según la calificación del puesto ocupado.

Cuadro 1. Clasificación de la población económicamente activa según su inserción laboral individual y la de su jefe o jefa de hogar.

		Inserción laboral individual	
		Protegido	Precario
Relación de parentesco	Jefe de hogar	Jefes Protegidos	Jefes Precarios
	No jefe de hogar	Protegidos No Jefes con Jefes Protegidos	Precarios No Jefes con Jefes Protegidos
	Jefe Protegido	Protegidos No Jefes con Jefes Precarios	Precarios No Jefes con Jefes Precarios
	Jefe Precario	Protegidos No Jefes con Jefes Precarios	Precarios No Jefes con Jefes Precarios

Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, en lo que respecta al análisis del acceso al sistema de salud de la población, se recurre a la variable CH08: “¿Tiene algún tipo de cobertura médica por la que paga o le descuentan?”, separando a la población entre aquellas personas con CH08 = 4 “No paga ni le descuentan” o CH08 = 3 “Planes y seguros públicos” y aquellas a las que les corresponden los demás valores de la variable, con el fin de identificar a la población que solo accede al subsistema público de salud.

Dado que existe un subsistema de salud público y gratuito, las personas que no cuentan con la posibilidad de acceder al subsistema privado o de seguridad social tienen acceso a servicios de salud. No obstante, se ha decidido tomar este indicador para identificar a aquellos sectores de la población con un peor acceso al sistema de salud a partir de las marcadas diferencias en la calidad y cantidad de los servicios de salud ofrecidos en los distintos subsistemas de salud analizadas en los apartados anteriores que surgen como consecuencia de la desigualdad en los recursos disponibles en cada uno de ellos. Asimismo, en cuanto el tipo de cobertura de salud constituye un indicador de acceso *potencial* al sistema de salud, en este trabajo el énfasis está puesto en la identificación de la población que cuentan con mayores limitaciones en sus posibilidades de acceso a los bienes y servicios asociados con la atención de la salud²¹ (sin desconocer, por otra parte, el hecho de que la población que cuenta con seguros privados de salud muchas veces se atiende en el subsector público de salud).

²¹ Tal como se mencionó en la Introducción, el análisis de las condiciones de acceso a la salud puede ser abordado a partir de una gran cantidad de dimensiones; sin embargo, el estudio de la totalidad de dichas dimensiones excede el alcance del presente trabajo, que se enfocará en las condiciones de acceso al sistema de salud de las personas.

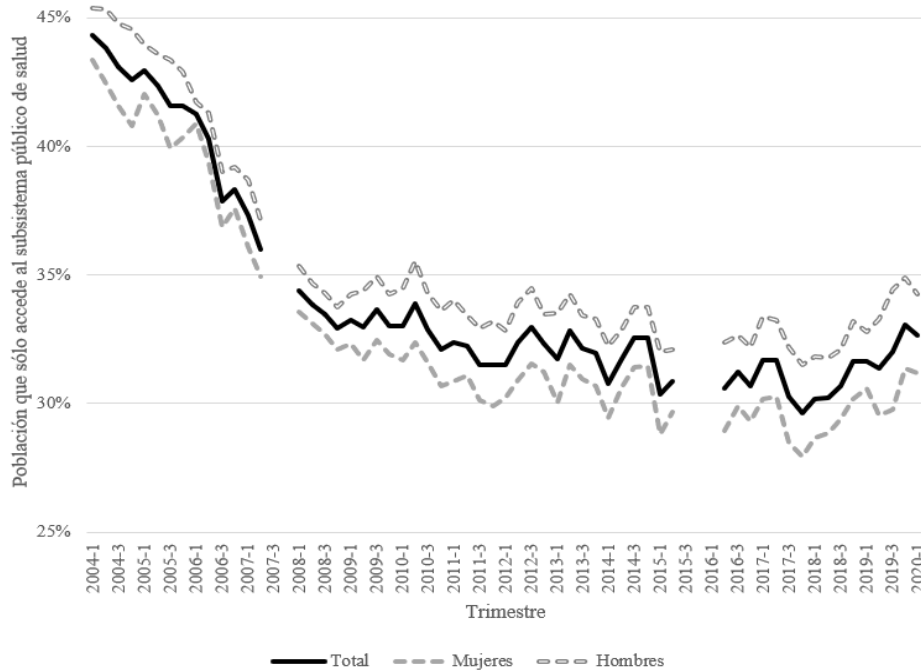
Evidencias empíricas para Argentina (2004-2020)

Evolución general del acceso al sistema de salud de las personas

En los primeros años del período estudiado, después de la crisis de 2001/2002, aproximadamente un 45% de la población tenía acceso únicamente al subsector público de salud. Luego, como puede observarse en el Gráfico 1, tiene lugar una fuerte caída en la proporción de la población caracterizada de esta manera en el marco de una mejora general de aquellos indicadores que dan cuenta de las condiciones de reproducción y acceso al mercado de trabajo de la población. La mejoría observada se desacelera después de 2007, estabilizándose la fracción de la población sin seguro de salud en un valor cercano al 30% en 2011-2012. Este nivel se mantiene aproximadamente constante hasta 2017, cuando comienza a crecer nuevamente la proporción de la población en esta situación. En este sentido, es posible afirmar que el hecho de que al menos un 30% de la población únicamente pueda acceder al subsistema público de salud reviste un carácter estructural²².

²² El proceso de mejora y posterior estancamiento y degradación de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo desarrollado en la Introducción (que se ve reflejado en las condiciones de acceso al sistema de salud presentado en el Gráfico 1) ha sido interpretado como una consecuencia del renovado flujo de renta de la tierra hacia el país observado a principios del siglo XXI y su posterior estancamiento (Kennedy, 2018). De acuerdo con esta perspectiva, al disponer de la posibilidad de apropiar dicha fuente de riqueza extraordinaria, la continuidad del proceso de acumulación nacional dejó de depender de la posibilidad de recurrir con la misma fuerza a la reducción del salario real (y demás componentes que hacen al pago de la fuerza de trabajo, como la provisión de un seguro de salud) como fuentes extraordinarias de plusvalía. De igual manera, al contraerse el flujo de renta de la tierra hacia el país, la contracción del salario real recobró su rol protagónico.

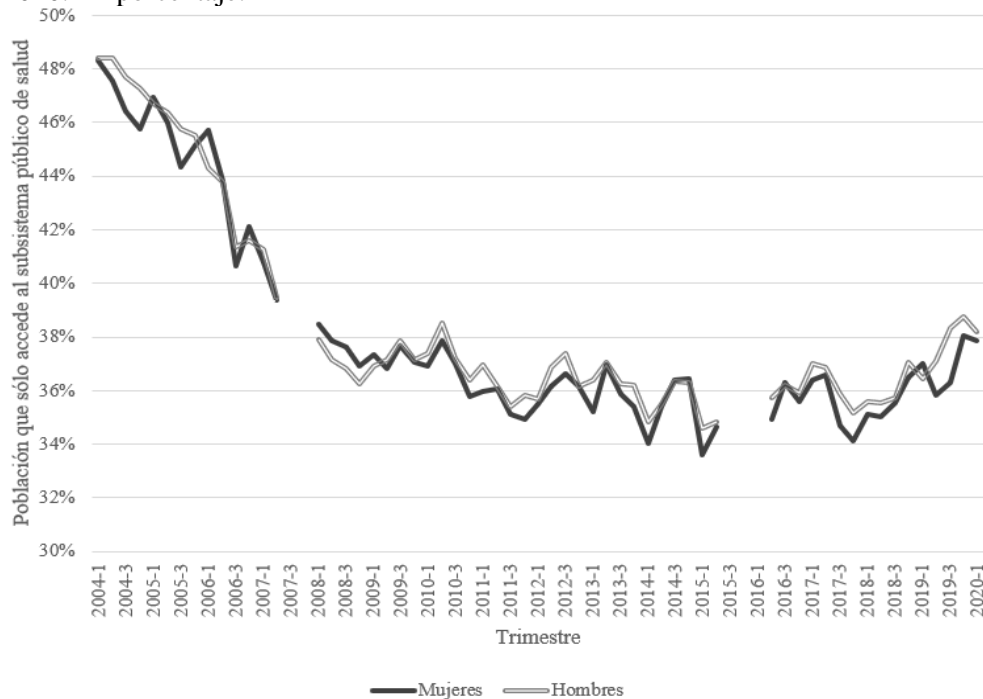
Gráfico 1. Proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud. Población total según sexo. 31 aglomerados urbanos. 1.º trimestre 2004-1.º trimestre 2020. En porcentaje.



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Como consecuencia de la implementación de la moratoria previsional, la evolución en el tipo de cobertura de salud de la población jubilada muestra un movimiento que responde a determinaciones distintas a la del resto de la población, ya que implicó el acceso al beneficio previsional (y por lo tanto, a la cobertura de salud provista por el PAMI) a las personas que cumplieran con el requisito de edad jubilatoria independientemente de su trayectoria laboral. Por ello, en las próximas subsecciones, tras analizar las tendencias generales de la población total, se estudiará separadamente a este grupo. En este sentido, tal como se pone de manifiesto en el Gráfico 2, para el resto de la población las condiciones de acceso al sistema de salud muestran una evolución similar a la del total de la población, pero con niveles más altos en la proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud a lo largo de todo el período.

Gráfico 2. Proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud. Mujeres menores de 60 años y varones menores de 65 años, según sexo. 31 aglomerados urbanos. 1.º trimestre 2004-1.º trimestre 2020. En porcentaje.



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

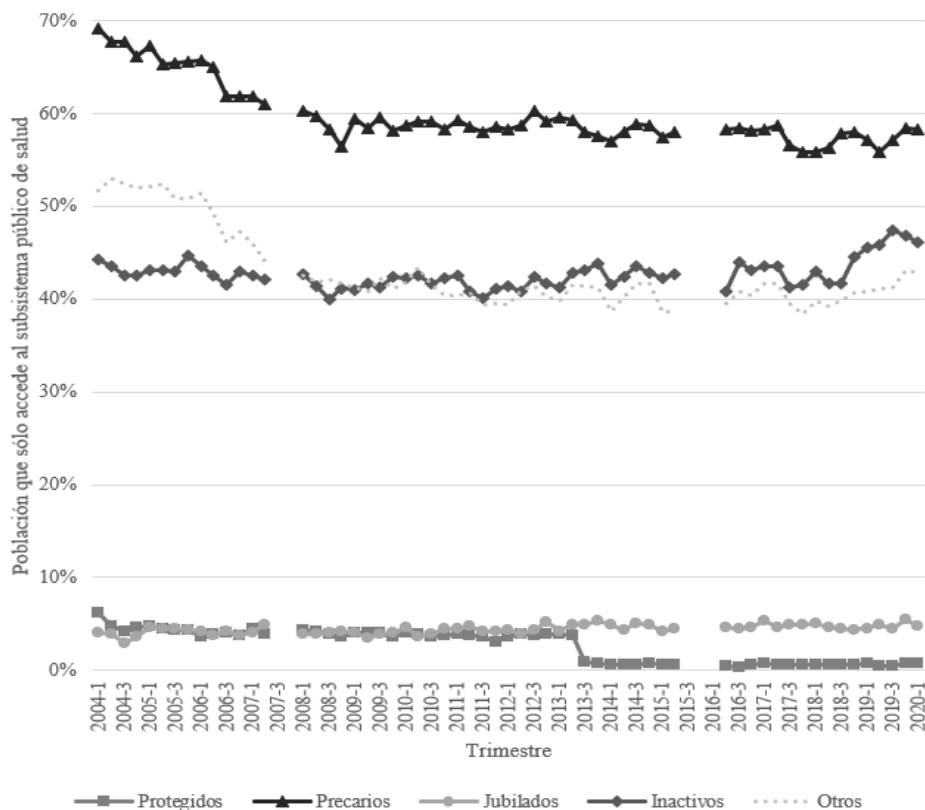
La inserción laboral individual como determinante del acceso al sistema de salud

En términos de los grupos definidos según la condición de actividad e inserción laboral de la población, tal como queda de manifiesto en el Gráfico 3, las diferencias en las condiciones de acceso al sistema de salud de las personas pertenecientes a cada grupo se mantienen a lo largo de todo el período, mostrando una clara relación entre ambas dimensiones. Como es de esperar, mientras que el porcentaje de la población con una inserción laboral protegida que únicamente accede al subsistema público de salud en ningún momento supera el 5%, para el grupo con una inserción laboral precaria el porcentaje de población caracterizado de esta manera se ubica en torno al 60% a lo largo de todo el período.

Asimismo, a diferencia de los resultados que se observan al analizar la evolución general del acceso al sistema de salud de la población, no se observa una mejora pronunciada en las condiciones de acceso al sistema de salud de la población perteneciente a cada grupo. Si bien se observa una mejora de 10 puntos porcentuales en la proporción de población que solo accede

al subsistema público de salud perteneciente al grupo Precarios durante el período de mayor mejora en las condiciones de venta de la fuerza de trabajo²³, esa mejora no es suficiente para explicar la evolución en las condiciones de acceso al sistema de salud de la población total previamente identificadas.

Gráfico 3. Proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud. Población total según su condición de actividad e inserción laboral. 31 aglomerados urbanos. 1.º trimestre 2004-1.º trimestre 2020. En porcentaje.



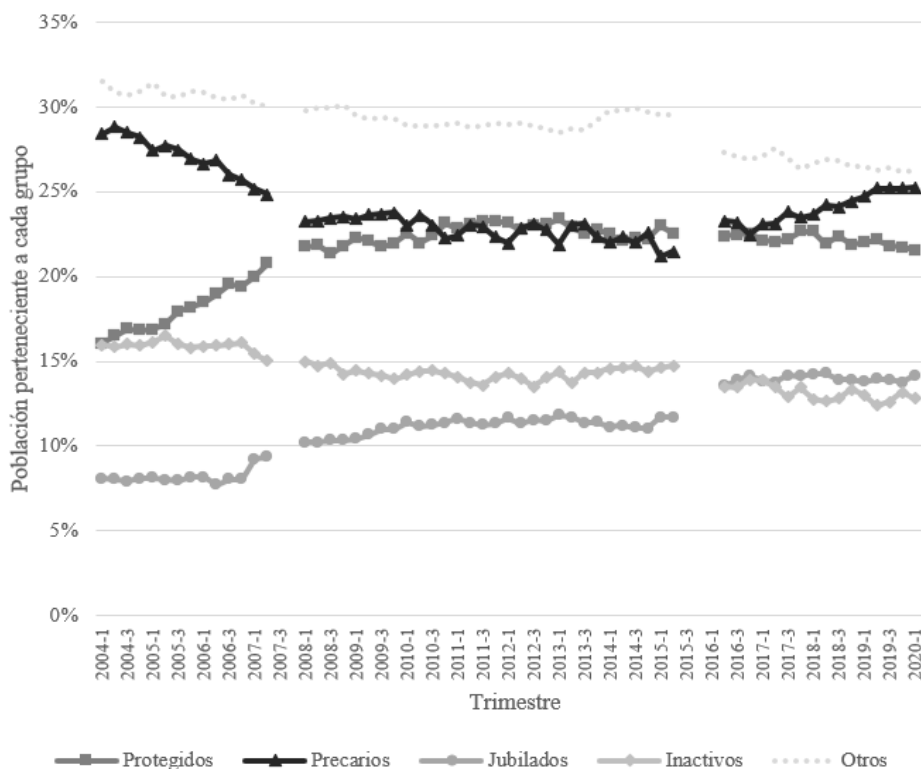
Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Al estudiar la evolución en la proporción de la población perteneciente a cada grupo a lo largo del período, se observa un cambio sustancial en la composición de la población entre los distintos grupos de inserción en el mercado de trabajo. En este sentido, tal como puede

²³ Tal como se analiza para el período comprendido entre 2003 y 2010 en Ballesteros (2016), dicha mejora se asocia principalmente a una mejora en las condiciones de acceso al sistema de salud de otros miembros del hogar. Lo mismo ocurre con el grupo Otros, al englobar este grupo a aquellas personas menores de 18 años (cuyo acceso al sistema de salud generalmente depende de aquel correspondiente a otros miembros de sus hogares).

constatarse en el Gráfico 4, tiene lugar una reducción de la proporción de los trabajadores precarios en favor de los protegidos y de los inactivos en favor de los jubilados. Asimismo, cabe remarcar que a partir de 2016 la proporción de trabajadores precarios comienza a incrementarse en detrimento de la proporción de trabajadores protegidos.

Gráfico 4. Proporción de la población total perteneciente a cada grupo (definido según su condición de actividad e inserción laboral). 31 aglomerados urbanos. 1.º trimestre 2004-1.º trimestre 2020. En porcentaje.



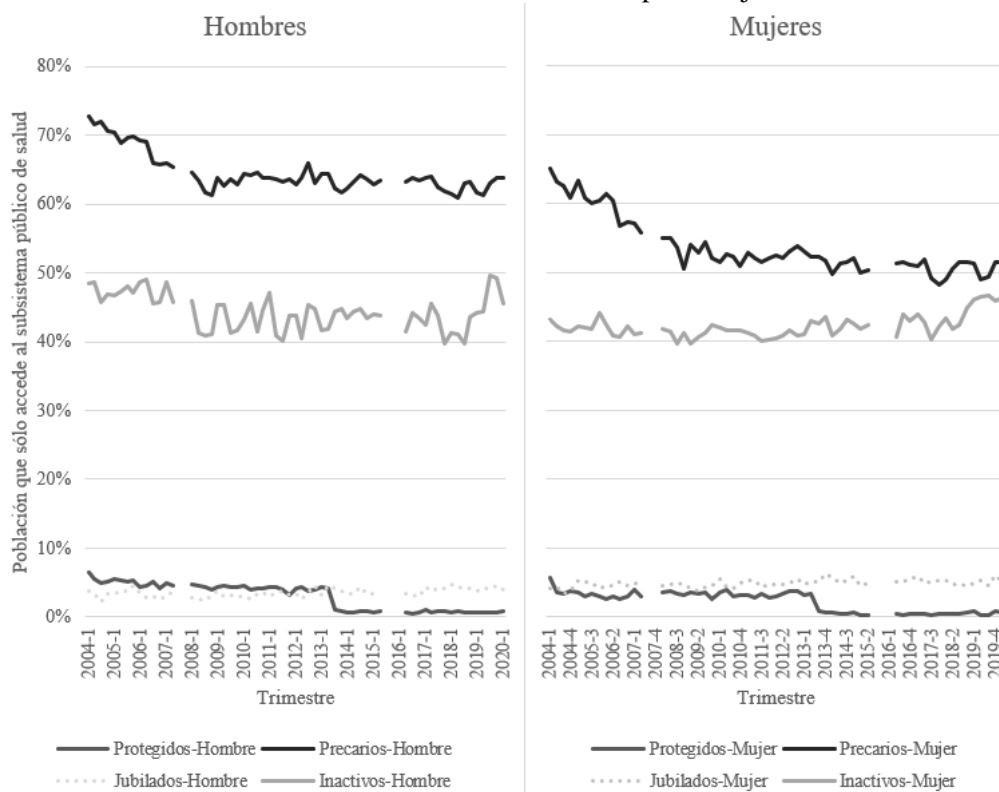
Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Una primera conclusión que surge de los resultados obtenidos es que la mejora relativa en las condiciones de acceso al sistema de salud evidenciada en el Gráfico 1 está estrechamente vinculada a la inserción laboral, en cuanto se explica principalmente por los cambios de composición de la población según condición de actividad e inserción laboral.

Al considerar la dimensión de género, nuevamente la evolución en las condiciones de acceso al sistema de salud se explica principalmente por un cambio en la composición de la población según los grupos propuestos. Tal como queda de manifiesto en el Gráfico 5, la

situación en términos de tipo de cobertura es similar para mujeres y varones pertenecientes al mismo grupo de inserción laboral excepto en el caso de las personas con una inserción laboral precaria, donde se observa una brecha creciente entre la situación de los varones y las mujeres (teniendo las mujeres una mejor situación relativa).

Gráfico 5. Proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud. Población mayor de 18 años según sexo y grupo (definido según su condición de actividad e inserción laboral). 31 aglomerados urbanos. 1.º trimestre 2004-1.º trimestre 2020. En porcentaje.



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

En contraste, al analizar la proporción de la población perteneciente a cada uno de los grupos definidos²⁴, se pueden observar trayectorias marcadamente distintas para los varones y las mujeres. Por un lado, la población jubilada femenina tiene un crecimiento muy pronunciado (pasando a representar del 9% al 17% de las mujeres) en detrimento del grupo de mujeres inactivas (que cae desde 24% a 18%), mientras que el porcentaje de varones inactivos se

²⁴ Ver Anexo (Gráfico 8).

mantiene estable en torno al 7% y el porcentaje jubilados aumenta desde el 6% al 10%²⁵. Por otro lado, la proporción de trabajadores precarios y protegidos muestra una evolución similar para ambos sexos, siendo siempre mayor en nivel en el caso de los varones como consecuencia de su mayor tasa de actividad.

En síntesis, nuevamente puede observarse que la evolución en las condiciones de acceso al sistema de salud se explica principalmente por el cambio de composición de la población según condición de actividad e inserción laboral. Sin embargo, pueden apreciarse diferencias relevantes entre las trayectorias de los varones y las mujeres pertenecientes al grupo de personas con una inserción laboral precaria que no se explican por su inserción laboral individual y serán abordadas a continuación.

La incidencia de la inserción laboral de otros miembros del hogar en las condiciones de acceso al sistema de salud

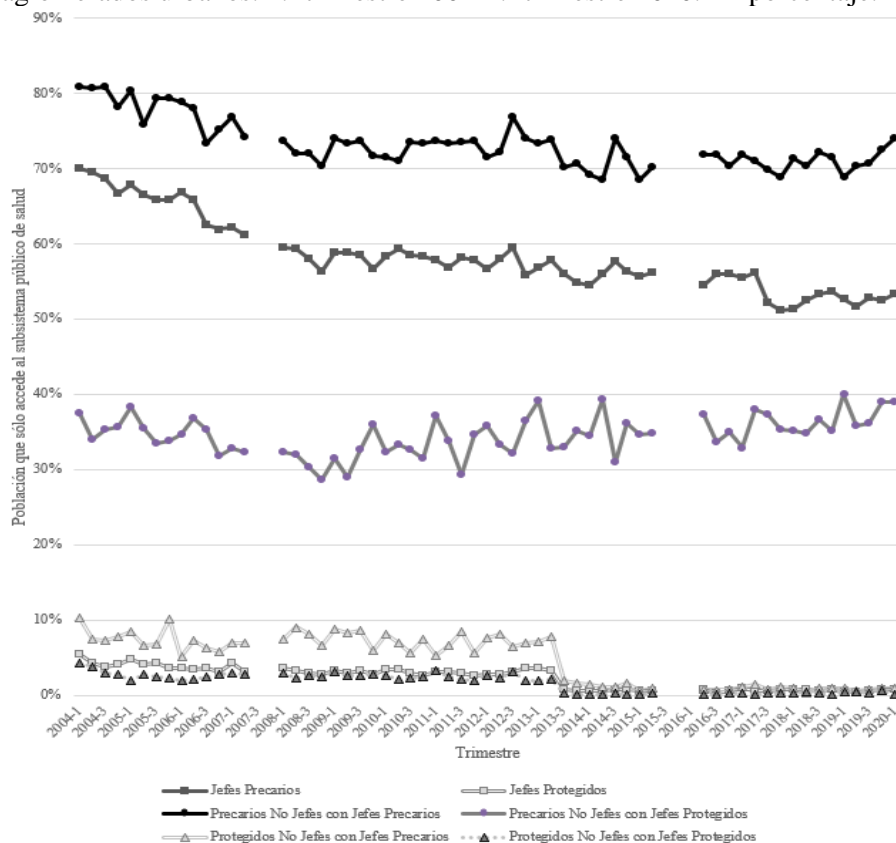
Tal como se afirmó en la Introducción, se propone aquí estudiar en mayor detalle la situación de las personas considerando no solo su inserción laboral y condición de actividad, sino también la de su jefe o jefa de hogar, ya que el acceso al sistema de salud de algunas personas depende del seguro de salud que obtienen otros miembros a partir de la venta de su fuerza de trabajo. Tal como fue detallado en el apartado sobre la fragmentación del sistema de salud argentino, la forma concreta que toma dicho fenómeno en el subsistema de la seguridad social consiste en que el grupo familiar primario (y en algunos casos, otros convivientes) de los beneficiarios de las obras sociales quedan también incluidos en calidad de beneficiarios sin un pago adicional; análogamente, en el subsistema privado existen planes de cobertura que incluyen a la totalidad del grupo familiar.

Al enfocar el análisis en la población económicamente activa, tal como se pone de manifiesto en el Gráfico 6, puede observarse que las condiciones de inserción en el mercado de

²⁵ Las diferencias entre las transformaciones señaladas en la composición de la población femenina y aquellos observados para la población masculina se asocian principalmente al hecho de que la moratoria previsional benefició en mayor medida a las mujeres, debido a que este grupo no suele tener la oportunidad de realizar los aportes necesarios para acceder a una jubilación al dedicarse en mayor medida a trabajos de cuidado no remunerados.

trabajo de otros miembros de los hogares tienen un rol de mayor relevancia para las personas con una inserción laboral precaria que para aquellas con una inserción laboral protegida.

Gráfico 6. Proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud. Población económicamente activa según condición de actividad e inserción laboral individuales y del jefe o jefa de hogar. 31 aglomerados urbanos. 1.º trimestre 2004-1.º trimestre 2020. En porcentaje.



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Para las personas con una inserción laboral protegida, la inserción laboral de otros miembros de sus hogares no aparece como un factor relevante para determinar sus condiciones de acceso al sistema de salud. Como es de esperarse, estas condiciones son peores para las personas con una inserción laboral precaria; sin embargo, existen grandes diferencias de acuerdo con la situación de otros miembros de los hogares:

- Las personas con una inserción laboral precaria con un jefe de hogar que también tiene una inserción laboral precaria presentan la peor situación: aproximadamente un 80% de las personas en este grupo acceden únicamente al subsistema público de salud.

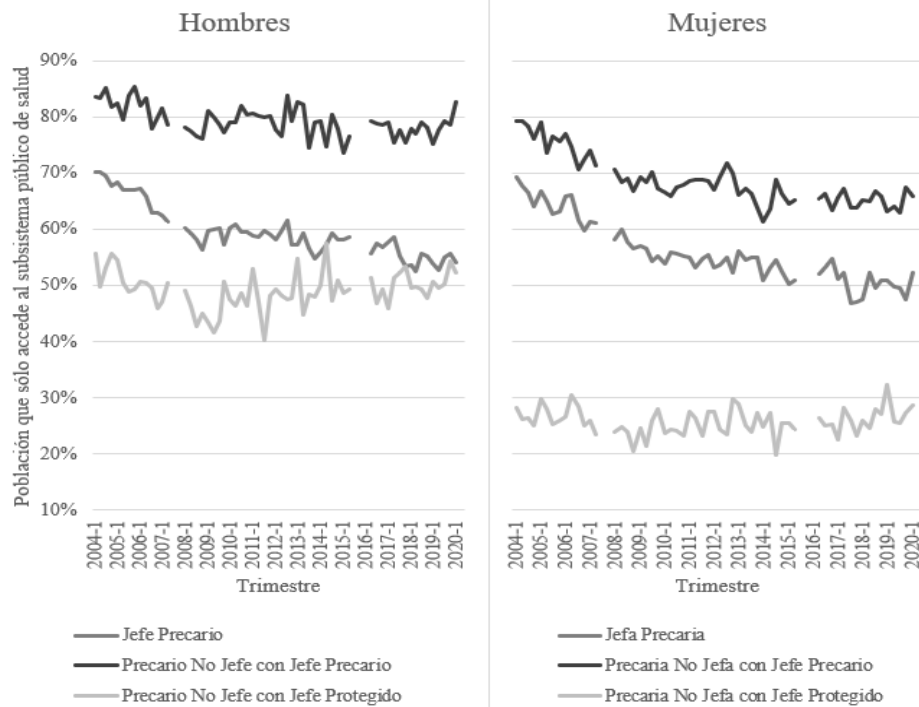
- Los jefes y jefas de hogar precarios, si bien presentan dificultades en el acceso al sistema de salud, tienen una situación levemente mejor: aproximadamente un 60% de las personas en este grupo acceden únicamente al subsistema público de salud.
- Finalmente, las personas con una inserción laboral precaria con un jefe de hogar con inserción laboral protegida enfrentan una situación marcadamente mejor: aproximadamente un 40% de las personas en este grupo acceden únicamente al subsistema público de salud.

En síntesis, podemos concluir que, para las personas con una inserción laboral precaria, existen diferencias significativas entre sus condiciones de acceso al sistema de salud de acuerdo a su inserción laboral *individual* y aquellas que se observan al contemplar también la inserción laboral de otros miembros de su *hogar* (a lo largo del período se mantiene una brecha de aproximadamente 40 puntos porcentuales en la proporción de personas que solo accede al subsistema público de salud entre el grupo con una inserción laboral precaria cuyo jefe o jefa de hogar tiene una inserción laboral protegida y el grupo con un jefe o jefa de hogar con una inserción laboral precaria).

Asimismo, dentro de la población con una inserción laboral precaria, pueden encontrarse importantes diferencias entre los varones y las mujeres. En este sentido, tal como pone de manifiesto el Gráfico 7:

- La situación de las mujeres con inserción laboral precaria y jefe de hogar protegido es significativamente mejor que la de los varones en igual situación. Es decir, es mayor el efecto positivo de una inserción laboral protegida de otros miembros del hogar en el caso de las mujeres que en el caso de los varones.
- Mientras que la evolución en la situación de los jefes de hogar con inserción laboral precaria es similar para ambos sexos, la evolución en la situación de las mujeres con inserción laboral precaria y jefe de hogar precario es mejor que la de los varones en igual situación. Esto podría implicar una situación laboral cada vez mejor a lo largo del período en el caso de las mujeres (a pesar de no ser relaciones laborales protegidas).

Gráfico 7. Proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud. Población con inserción laboral precaria según sexo y condición de actividad e inserción laboral del jefe o jefa de hogar. 31 aglomerados urbanos. 1.º trimestre 2004-1.º trimestre 2020. En porcentaje.



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.

Una mirada de conjunto

A lo largo de esta sección, se ha observado que la evolución en las condiciones de acceso al sistema de salud de las personas se encuentra fuertemente determinada por su inserción laboral y, por lo tanto, evoluciona paralelamente al ciclo económico. Asimismo, a pesar de las importantes mejoras en las condiciones de acceso al sistema de salud que se observan a lo largo del período estudiado, no solo existen ciertos sectores de la población cuyo acceso al sistema de salud no ha mejorado (aproximadamente un tercio de la población no logra acceder a una

cobertura de salud en ningún momento), sino que además las mejoras observadas hasta 2011-2012 han comenzado a revertirse en los últimos años.^{26,27}

Al enfocar el análisis en la población en edad activa, se ha encontrado que la inserción laboral individual no es suficiente para dar cuenta de las condiciones de acceso a servicios de salud, sino que es relevante observar la situación de los hogares en conjunto. De esta forma, la posibilidad de acceso a los subsistemas privado y de la seguridad social de las personas con una inserción laboral precaria se ve determinada por la inserción laboral de otros miembros del hogar con una inserción laboral mejor, existiendo una brecha de más de treinta puntos porcentuales entre la proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud entre el grupo de personas con una inserción laboral precaria y un jefe de hogar con una inserción laboral precaria y aquellas con un jefe de hogar con una inserción laboral protegida.

En consecuencia, en algunos casos nos encontramos ante resultados aparentemente positivos que, en definitiva, reflejan situaciones de dependencia. Específicamente, este fenómeno se observa frecuentemente en el caso de las mujeres, ya que su inserción laboral suele ser peor a la de otros miembros de sus hogares, tanto en términos cuantitativos (tasa de actividad, tasa de empleo y extensión de la jornada laboral remunerada) como cualitativos.

Reflexiones finales

Tal como se puso de manifiesto en la Introducción, desde los años setenta tuvo lugar un proceso de deterioro generalizado de las condiciones de reproducción fuerza de trabajo argentina, junto con una creciente diferenciación de esas condiciones. Este proceso puede interpretarse como el resultado de una menor demanda relativa de fuerza de trabajo argentina, que surge como consecuencia del estancamiento de largo plazo de la escala de la acumulación nacional; este tiene su origen en el incremento de la brecha de productividad y el consecuente aumento de la necesidad de compensación del rezago productivo que para nuestra economía

²⁶ Adicionalmente, en la evolución en el acceso al sistema de salud de las personas habitantes de cada región del país se puede observar una dinámica análoga a aquella observada para los distintos grupos de trabajadores identificados: aquellas regiones caracterizadas por un menor desarrollo productivo y peores condiciones laborales mostraron un proceso de significativa mejora y convergencia con las regiones con mejores condiciones laborales a lo largo del período, proceso que comenzó a estancarse y finalmente revertirse en 2017.

²⁷ En contraste, para las mujeres mayores de 60 años y varones mayores de 65 años, la moratoria previsional ha logrado romper exitosamente con la relación entre la inserción laboral y el acceso al sistema de salud (por lo tanto, sus efectos no se revierten en 2017).

significó la conformación de la Nueva División Internacional del Trabajo a mediados de los años setenta, en un contexto de constancia relativa de la masa de renta de la tierra que fluyó a nuestro país (Kennedy, 2018; Graña, 2013; Iñigo Carrera, 1998, 2007; Kornblihtt, Seiffer y Villanova, 2014; Jaccoud, Arakaki, Monteforte, Pacífico, Graña y Kennedy, 2015). Aun considerando las mejoras evidenciadas en las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo argentina a lo largo de la primera década del siglo XXI en el marco de un renovado flujo de renta de la tierra hacia nuestro país, los indicadores relevantes no recuperaron de modo general los niveles entonces vigentes. Sobre esta base es posible afirmar que al menos una porción de la fuerza de trabajo en nuestro país se vende por debajo de su valor, constituyéndose (con distinta intensidad en distintos momentos del tiempo) en una fuente adicional de valorización de los capitales que operan en nuestro país (Iñigo Carrera, 1998, 2007; Cazón, Graña, Kennedy, Kozlowski y Pacífico, 2017; Graña y Kennedy, 2009).

Los hallazgos comentados a lo largo del texto en torno a la evolución en las condiciones de acceso al sistema de salud de la población pueden interpretarse en el marco de la especificidad del proceso de acumulación argentina, en cuanto el acceso a la salud constituye un aspecto nodal de las condiciones de reproducción de los trabajadores. En este contexto, resulta relevante destacar tres aspectos fundamentales de la evolución en las condiciones de acceso al sistema de salud de la población.

En primer lugar, incluso en el momento de mayor auge, aproximadamente un 30% de la población argentina no consigue acceder a un seguro de salud a través de la venta de su fuerza de trabajo (estando este grupo compuesto principalmente por trabajadores con una inserción laboral precaria y sus familias), mientras que, a lo largo del período analizado, el rol del Estado como garante del derecho a la salud tuvo un carácter marcadamente asistencial (Seiffer y Rivas, 2017), al enfocarse principalmente en sostener estándares mínimos para la población más empobrecida. Este hallazgo podría interpretarse en clave del análisis llevado a cabo por Cazón *et al.* (2016) como la consolidación de un grupo de la población como “manifiestamente sobrante para las necesidades del capital”.

En segundo lugar, a tono con lo evidenciado por la mayoría de los indicadores, desde principios de siglo han mejorado las condiciones de acceso al sistema de salud por parte de la población (cayendo doce puntos porcentuales entre 2004 y 2020 la proporción de la población

total que solo accede al subsistema público de salud). Sin embargo, los resultados obtenidos dan cuenta de la creciente fragmentación y diferenciación en las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo, porque existe una clara desigualdad en las condiciones de acceso al sistema de salud de los distintos fragmentos de la fuerza de trabajo argentina (que prácticamente no sufre modificaciones a lo largo de todo el período analizado), siendo el cambio en su composición en términos de los grupos propuestos (es decir, la mejora en las condiciones de inserción laboral de las personas con una inserción laboral precaria hasta 2011) lo que explica la mejora en las condiciones de acceso al sistema de salud de la población. En consecuencia, el caso de la población económicamente activa, esa mejora que tuvo lugar al principio del período estudiado se desaceleró y luego comenzó a revertirse al empeorar la situación económica en 2017.

Por último, respecto a la dimensión de género, hemos podido observar importantes diferencias en las condiciones de acceso al sistema de salud entre varones y mujeres. Las mujeres, al tener una peor inserción laboral que los varones (tanto en términos cualitativos como cuantitativos), dependen en gran medida de la inserción laboral de otros miembros del hogar para acceder a un seguro de salud. La evidencia acerca de la situación de dependencia de las mujeres respecto a otros miembros de sus hogares da cuenta de la importancia de analizar las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo a nivel hogar, ya que, si bien se ha avanzado en el proceso de consolidación como vendedoras de fuerza de trabajo de las mujeres (Águila, 2018), su reproducción continúa estando portada en gran medida en la venta de fuerza de trabajo de otros miembros de sus hogares (generalmente, varones).

En conclusión, encontramos que el sistema de salud potencia las desigualdades que surgen de las diferencias en la inserción laboral de las personas (las cuales, a su vez, se ven exacerbadas por las desigualdades de género). En tanto la inequidad en el acceso al sistema de salud que se observa para distintos fragmentos de la clase trabajadora constituye una forma concreta en la que se realiza su diferenciación, podría reflexionarse en torno a sus efectos sobre las próximas generaciones, puesto que un acceso limitado a los servicios de salud para los niños y las niñas tiene un impacto negativo en su posterior trayectoria educativa y laboral (Mercer, 2013). De esta forma, la diferenciación actual en el acceso al sistema de salud de cada segmento

de la clase obrera profundiza la diferenciación en las condiciones de reproducción de las próximas generaciones de trabajadores.

En este sentido, en el caso de la población mayor de 65 años para los varones y de 60 años para las mujeres, la mejora en su acceso a cobertura de salud refleja una mejora estructural, ya que la moratoria previsional permitió desligar el acceso al sistema de salud de la trayectoria laboral de las personas. Es a través de este tipo de políticas públicas que se puede lograr un acceso al sistema de salud más equitativo, que revierta las desigualdades sociales en lugar de profundizarlas.

De manera complementaria, puede argumentarse que el principal problema en el acceso a la salud reside en la fragmentación, descentralización y financiación desigual de los subsistemas de salud. Por lo tanto, en concordancia con lo mencionado respecto a la moratoria previsional, para lograr un acceso al sistema de salud equitativo se podría intentar avanzar en la unificación de los subsistemas con el fin de reducir las disparidades en el acceso y el financiamiento per cápita de cada uno de ellos, así como la gran ineficiencia en el uso de recursos que surge de su desarticulación.

Tal como se pone de manifiesto a lo largo del presente artículo, se procuró desarrollar un aporte al estudio de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo, tomando como aspecto particular sus condiciones de acceso al sistema de salud. En este sentido, se desprenden múltiples aspectos sobre los cuales se espera avanzar en futuros trabajos. Por un lado, se espera inscribir el análisis de las condiciones de acceso a la salud de la fuerza de trabajo en el estudio de una mayor cantidad de dimensiones que hacen a la reproducción de la fuerza de trabajo, estudiando en mayor profundidad tanto sus condiciones de acceso al mercado de trabajo como la calidad y cantidad de consumos a los que puede acceder cada grupo de trabajadores, recurriendo respectivamente a datos de la Encuesta Permanente de Hogares y a la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares.

Por otro lado, en futuras investigaciones se procurará avanzar sobre el estudio del acceso a la salud de distintos fragmentos de la fuerza de trabajo definidos según sus atributos productivos, estudiando las diferencias en las canastas de bienes y servicios adquiridos por cada grupo. Asimismo, se espera analizar esta problemática en un lapso más prolongado que el aquí considerado, procurando abarcar las transformaciones ocurridas desde mediados de los setenta.

Bibliografía

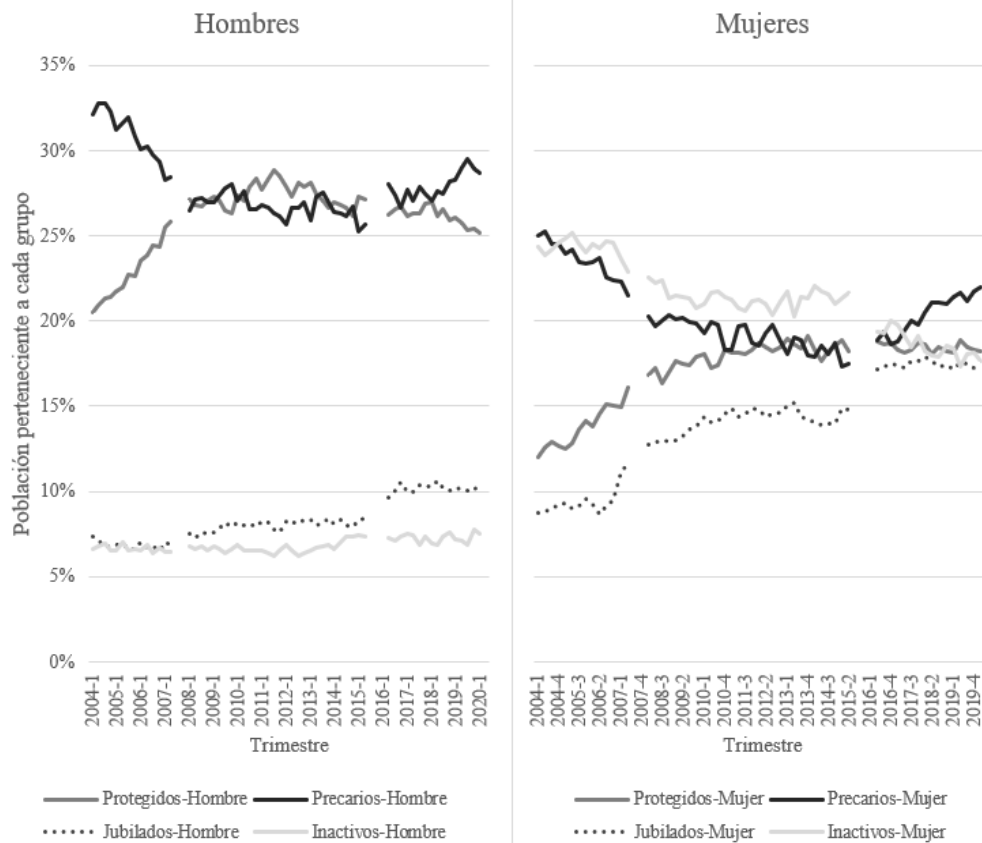
- Águila, N. (2018). El ingreso de las mujeres al mercado laboral: relevancia, evolución y composición del ingreso familiar en argentina desde 1974. En Kennedy, D. (Comp.) *Debates en torno a las condiciones actuales de reproducción de la fuerza de trabajo argentina en perspectiva histórica* (pp. 183-210). Buenos Aires: FCE-UBA.
- y D. Kennedy (2016). El deterioro de las condiciones de reproducción de la familia trabajadora argentina desde mediados de los años setenta. *Realidad Económica*, N° 297, 93-123.
- Ballesteros, M. S. (2016). Impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo y en la seguridad social sobre la cobertura de salud de la población residente en zonas urbanas de Argentina entre el 2003 y 2010. *Trabajo y Sociedad* (26), 63-81.
- Beccaria, L., y Groisman, F. (2008). Informalidad y pobreza en Argentina. *Investigación Económica*, 67(266), 135-169.
- Beccaria, L., y Maurizio, R. (2012). Reversión y continuidades bajo dos regímenes macroeconómicos diferentes. Mercado de trabajo e ingresos en Argentina 1990-2010. *Desarrollo Económico*, 52(206), 205-228.
- Belmartino, S., y Bloch, C. (2004). El sistema de servicios de salud en Argentina. En González Pérez, G.J., Vega López, M.G. y Romero Valle S. (Coords.) *Los sistemas de salud en Iberoamérica de cara al siglo XXI* (pp. 11-32). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Cazón, F., J. M. Graña, D. Kennedy, D. Kozlowski y L. Pacífico (2017). Contribuciones al debate sobre el rol del salario real en la acumulación de capital en Argentina. Evidencias de la venta de la fuerza de trabajo por debajo de su valor. *Revista Ciclos en la Historia, la Economía y la Sociedad*, 25(47), 115-134.
- Cazón, F., Kennedy, D., y Lastra, F. (2016). Las condiciones de reproducción de fuerza de trabajo como forma de la especificidad de la acumulación de capital en Argentina: evidencias concretas desde mediados de los 70. *Trabajo y Sociedad* (27), 305-327.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento Fragmentado, Cobertura Desigual y Falta de Equidad en el Sistema de Salud Argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 13, 145-183.
- y Devoto, F. (2002). Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. *Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual* (pp. 31-31). Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/28457/LCbueR251_es.pdf.
- Cortés, R. (1985). *La seguridad social en la Argentina: las obras sociales*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Programa Buenos Aires.
- De la Puente, C. y De los Reyes, L. (2019), “¿Cuánto gasta Argentina en Salud?”. Secretaría de Gobierno de Salud.

- Donaire, R. (2019). *Superpoblación relativa en Argentina. Un análisis a partir de tres mediciones (2003/2010/2017)*. Trabajo presentado en el 14.º Congreso Nacional de Especialistas en Estudios del Trabajo, organizado por la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo (ASET), Buenos Aires.
- , G. Rosati, S. Cavalleri y P. Mattera (2017). Superpoblación relativa en Argentina. Construcción de un instrumento para su relevamiento sistemático y estandarizado. *Documentos y Comunicaciones*, Buenos Aires: PIMSA.
- Esping-Andersen, G. (1990). The Three Political Economies of the Welfare State. *International Journal of Sociology*, 20(3), 92-123.
- Graña, J. M. (2013). *Las condiciones productivas de las empresas como causa de la evolución de las condiciones de empleo. La industria manufacturera en Argentina desde mediados del siglo XX* (Tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires.
- y D. Kennedy (2009). Salarios eran los de antes... Salario, productividad y acumulación de capital en Argentina en el último medio siglo. *Realidad Económica*, 242, 81-101.
- Iñigo, L. (2012). La determinación del salario individual. En G. Caligaris y A. Fitzsimons (comps.). *Relaciones económicas y políticas. Aportes para el estudio de su unidad con base en la obra de Karl Marx*. Buenos Aires: UBA.
- (2008). *El capital: Razón histórica, sujeto revolucionario y conciencia*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- (2007). *La formación económica de la sociedad argentina*, vol. 1. Buenos Aires: Imago Mundi.
- (1998). *La acumulación de capital en Argentina*. Buenos Aires: CICP.
- Jaccoud, F., Arakaki, A., Monteforte, E., Pacífico, L., Graña, J. y Kennedy, D. (2015). Estructura productiva y reproducción de la fuerza de trabajo: la vigencia de los limitantes estructurales de la economía argentina. *Cuadernos de Economía Crítica*, 1(2), 79-112.
- Kennedy, D. (2020). Algunas reflexiones en torno a las perspectivas generales del mercado de trabajo argentino post-pandemia. *Voces en el Fénix*, 82, 63-67.
- (2018). El rol del deterioro estructural del salario real argentino desde mediados de los años setenta. En Kennedy, D. (Comp.), *Debates en torno a las condiciones actuales de reproducción de la fuerza de trabajo argentina en perspectiva histórica*. Buenos Aires: FCE-UBA.
- (Coord.) (2019). *Acumulación de capital y mercado de trabajo en Argentina. Aportes para el estudio del período 2002-2015 en perspectiva histórica*. Buenos Aires: FCE-UBA.
- , C. Pradier y G. Weksler (2020). En torno a la diferenciación de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo según atributos productivos. Evidencias preliminares en la Argentina actual (2016-2019). *Laboratorio*, 30, 113-138.
- Kornblihtt, J., Seiffer, T. y Villanova, N. (2014). De la caída relativa a la caída absoluta del salario real en la Argentina (1950-2013). *Revista Guillermo de Ockham*, 12 (2), 41-50.

- Lindenboim, J. y A. Salvia (2015) (coords.). *Hora de balance: proceso de acumulación, mercado de trabajo y bienestar. Argentina 2002-2014*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Marx, K. (1995). *El Capital. Crítica de la economía política*. Tomo I, México D.F.: Fondo de Cultura Económica (1867).
- Mercer, R. (2013). Salud y pobreza en la Argentina. Dime cómo ha sido tu cuna y te diré cómo serás. *Voces en el Fénix*, 22, 88-97.
- Pautassi, L., C. Giacometti y N. Gherardi (2011). *Sistema previsional en Argentina y equidad de género. Situación actual (2003-2010) y perspectivas futuras*. Buenos Aires: ELA.
- PNUD (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros* (1.ª ed). Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Poy, S. (2018). *Heterogeneidad estructural, políticas sociales y cambios en las condiciones de vida de los hogares durante una década de políticas heterodoxas (2003-2014)* (Tesis Doctoral). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- (2015). *La estructura social del trabajo en el largo plazo y su evolución bajo distintos regímenes macroeconómicos. Gran Buenos Aires (1974-2014)*. Trabajo presentado en las VII Jornadas de Jóvenes Investigadores organizadas por el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires.
- Salvia, A., G. Comas, P. Gutiérrez, D. Quartulli y F. Stefani (2008). Cambios en la estructura social del trabajo bajo los regímenes de convertibilidad y posdevaluación. Una mirada desde la perspectiva de la heterogeneidad estructural. En J. Lindenboim (Comp.) *Trabajo, Ingresos y Políticas en Argentina. Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Schorr, M. y Wainer, A. (2014). La economía argentina en la posconvertibilidad: problemas estructurales y restricción externa. *Realidad Económica*, 286, 137-174.
- Seiffer, T. (2013). Bases de la asistencialización de la política social en Argentina (1980-2010). *Documentos de Trabajo Social*, 51, 69-88.
- y Rivas Castro, G. I. (2017). La política social como forma de reproducción de la especificidad histórica de la acumulación de capital en Argentina (2003-2016). *Estudios del Trabajo*, 54, 91-117.
- Shokida, N. (2019) *La diferenciación de la clase obrera en torno al género. Expresiones cuantitativas en Argentina 2004-2018*. Trabajo presentado en el 14.º Congreso Nacional de Especialistas en Estudios del Trabajo organizado por la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo, Buenos Aires.
- Starosta, G., y Caligaris, G. (2017). *Trabajo, valor y capital: de la crítica marxiana de la economía política al capitalismo contemporáneo*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

Anexo

Gráfico 8. Proporción de la población total perteneciente a cada grupo (definido según su condición de actividad e inserción laboral). Población mayor de 18 años según sexo. 31 aglomerados urbanos. 1.º trimestre 2004-1.º trimestre 2020. En porcentaje.



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC.