

LLA FUERZA DE TRABAJO EN EL SECTOR SALUD: ELEMENTOS TEORICOS Y EVIDENCIAS EMPIRICAS

*Sábado Nicolau Girardi*¹

INTRODUCCION

El término “fuerza de trabajo” hizo su aparición en “el mundo oficial y académico,” en el siglo XIX, a través de Marx. En un principio, su uso estaba limitado al campo de la economía política y su espectro de significación estaba demarcado por la teoría del valor del trabajo de Adam Smith, David Ricardo y el propio Marx (véase Nota 1). Se puede decir que, en la actualidad, el uso del término se ha extendido a diversas disciplinas científicas y campos de conocimiento. La demografía moderna, por ejemplo, tiene en el término “fuerza de trabajo”, más que un tema de estudio un verdadero campo de conocimientos y prácticas. Más o menos puede decirse lo mismo de la difusión del enfoque de la fuerza de trabajo en disciplinas más tradicionales como la sociología, la antropología y la historia, sin contar, naturalmente, las ciencias económicas. A esta difusión de uso corresponde, al mismo tiempo, una expansión del significado del término. Así es como el enfoque de la fuerza de trabajo traspasa los horizontes estrictamente teórico-conceptuales, para prestarse, en la actualidad y en la diversidad de los campos técnico-científicos a los cuales se aplica, a un uso más corriente y operativo que es, simultáneamente, descriptivo y analítico.

Este fenómeno de la generalización del uso y de la expansión semántica del término, acarrea una serie de implicaciones. Dentro de ellas, el surgimiento de estudios sectoriales sobre la fuerza de trabajo, como es el caso de los estudios de la Fuerza de Trabajo en Salud (FTS). Pero, fundamentalmente, lo que este fenómeno significa de nuevo, para el con-

¹ Médico, Investigador del Núcleo de Investigaciones de Salud Colectiva y Nutrición, Universidad Federal de Minas Gerais.

junto de personas que de algún modo “trabajan” como fuerza de trabajo (sea desde una perspectiva más académica o desde una más técnica), es la necesidad de interacción constante. Interacción entre disciplinas, proyectos, organismos y departamentos técnicos, etc. Y, esto en doble sentido: primero, por la necesidad de una homogeneización conceptual y taxonómica básica y, en segundo lugar, por el enriquecimiento de los enfoques peculiares a cada disciplina (por tanto, por la posibilidad de más explicaciones para las observaciones) que esta interacción encierra.

Cuando la demografía, por ejemplo, trata los problemas del planeamiento macroeconómico, formula un concepto de Población Económicamente Activa (PEA), que incorpora, al conjunto de los individuos ocupados en actividades económicas, aquellos momentáneamente desocupados pero aptos y deseosos de trabajar, que si se quiere expresar en una “medida”, es el *potencial* de trabajo existente en una sociedad dada y en un espacio de tiempo, o sea su fuerza de trabajo (véase Nota 2). Esta identidad de los conceptos de fuerza de trabajo/población económicamente activa no sobrepasa, como bien dice Nogueira (véase Nota 3), el terreno de la demografía descriptiva, ya que “en el plano de la economía política el concepto de fuerza de trabajo tiene implicaciones de mucha mayor profundidad teórica”.

Cuando se dice que la fuerza de trabajo o la PEA de un continente, país o región corresponde a tantos o cuantos millones de personas (individuos), con esta o aquella distribución por sexo, grupo de edad, renta, posición en la ocupación, etc., se conoce parte de la realidad de su fuerza de trabajo, la parte más directamente entendible a través de las estadísticas, al igual que cuando enunciamos estas cifras para determinados sectores o ramos de la actividad socioeconómica. Esto, sin embargo, no es suficiente, aún cuando se admitiese la hipótesis de que esta “medida” de la PEA tuviese correspondencia exacta con la disponibilidad efectiva de la fuerza de trabajo, ya sea para la economía total o la de un sector; o se admitiese, asimismo, que esa medida abarcara, por ejemplo, el conjunto de las actividades de la llamada economía subterránea o informal. En verdad, el problema no atañe solo al orden de ajuste de estas medidas. Existe, por sobre todo eso, una dificultad de la función estadística, de conceptos que, ante todo, expresan “potencias”, como es el caso del concepto de fuerza de trabajo o capacidad de trabajo (véase Nota 4). Ocurre, también, que entre la disponibilidad de fuerza de trabajo y su materialización en trabajo efectivo, hay una distancia que corresponde a la disposición del trabajador de aplicar, a las tareas concretas de trabajo, sus capacidades físicas e intelectuales (véase Nota 5). ¿Cuál es el tipo de medida adecuada para poder medir esa disposición? Por ejemplo, la economía y también la administración saben, a plenitud, que el número de individuos empleados en un sector dice algo, mas no todo, acerca de la cantidad y calidad del trabajo allí desempeñado, que depende de las condiciones físicas y psicológicas de los trabajadores, del número de

horas trabajadas, de su destreza técnica, etc. (véase Nota 6). De esta forma, cuando la sociología mira hacia aquellos números, me refiero evidentemente a la sociología crítica, se preguntará, antes que nada, acerca de las correspondencias efectivas entre la norma que esos números pretenden instituir (y el número de veces instituida) y los procesos sociohistóricos concretos (reales), que les son subyacentes.

Se observan, entonces, las diferencias, aproximaciones y continuidades entre estas categorías, unas más y otras menos abstractas, unas universales y otras particulares, unas más analíticas y otras más funcionales, como es el caso de las categorías trabajo, fuerza de trabajo, empleo, población económicamente activa, trabajadores, profesionales, ocupados, desempleados, etc., que son de difícil medición y exigen, para poder entenderlas, un esfuerzo que sobrepasa, necesariamente, los límites de una única disciplina científica. Quiero decir con esto que estoy absolutamente convencido que, en los tiempos actuales, solamente partiendo de un enfoque multifocal es que pueden conocerse los fenómenos de la fuerza de trabajo, surjan de la economía como un todo o de la economía sectorial y de sus procesos concretos.

INVESTIGACIONES SOBRE LA FUERZA DE TRABAJO

La fuerza de trabajo del sector salud para ser reconocida reclama, también, ese enfoque multidisciplinario. Los estudios que desde esta perspectiva buscan integrar, en un único velo explicativo, las dimensiones sociales, históricas, económicas y demográficas de los procesos de conformación y uso de la FTS son, además de muy recientes, un tanto incompletos en el Brasil. Podemos hablar del trabajo precursor de las investigaciones de Maria Cecilia Ferro Donnangelo (USP) sobre el trabajo médico, dadas a conocer públicamente a mediados de los años 70, que influirían decisivamente en los rumbos posteriores de los estudios sobre la fuerza de trabajo sectorial (véase Nota 7).

En el camino abierto por Donnangelo, y fundamentalmente a partir de las evidencias de un significativo crecimiento y diversificación del abanico ocupacional en el sector, es que se realizan, durante la primera mitad de los años 80, importantes investigaciones que hicieron un “censo” general de la fuerza de trabajo en salud. Estos estudios, basados en estadísticas nacionales, como los censos demográficos, además de ampliar el espectro de los trabajadores, enfocado más allá de los médicos, dieron como resultado un levantamiento detallado de las principales tendencias socio-demográficas y macroeconómicas relacionadas con el ejercicio de las diversas profesiones y ocupaciones de salud. Por otro lado, la ampliación y el perfeccionamiento de la base de datos estadísticos, sobre otros aspectos de la fuerza de trabajo ocurrida en años recientes, junto con la posibilidad

de un uso sistemático de estadísticas coyunturales (realizadas año a año o mes a mes, por ejemplo), permitieron la incorporación progresiva de nuevas variables macroeconómicas y sociales, tales como la situación de la dinámica del empleo y de los movimientos reivindicatorios de los trabajadores del sector. A este respecto, es importante dejar claro que tales estudios son aún incipientes y sus resultados muy tímidos (véase Nota 8).

FUERZA DE TRABAJO DEL SECTOR SALUD

La descripción de la fuerza de trabajo del sector salud que intentamos hacer, o mejor dicho de algunos de sus principales aspectos estructurales y coyunturales, se basa, abundantemente, en los resultados y en las indagaciones provenientes de estos trabajos. Antes de pasar a esa descripción, sería todavía necesario hacer algunas rápidas consideraciones sobre la traducción de aquellas definiciones conceptuales, ya comentadas, para el sector salud.

Se puede decir que, desde el punto de vista descriptivo, la fuerza de trabajo en salud corresponde, por lo menos, a tres subconjuntos de la PEA: a) individuos ocupados en actividades del sector (con o sin formación o preparación técnica específicas); b) individuos ocupados en otros sectores, pero con formación o preparación específicas y socialmente legitimados para el ejercicio de actividades en salud; c) individuos desocupados, con o sin formación o preparación específicas en salud, que buscan activamente, mediante acciones objetivas, ocuparse en actividades del sector.

Las dificultades de la medida estadística de este universo son, por sí solas, evidentes. Me gustaría, sin embargo, subrayar dos de ellas. La primera se refiere a las definiciones de clasificación formal, acerca de las actividades socioeconómicas concretas, que pueden o no ser consideradas como componentes del sector salud. Las estadísticas actualmente disponibles en el Brasil, discrepan en cuanto a este punto. Algunas de ellas, como es el caso de la encuesta de la Asistencia Médico-Sanitaria del IBGE (AMS), excluyen de su ámbito, por ejemplo, los establecimientos farmacéuticos y de propedéutica exploratoria en salud (laboratorios clínico-patológicos, clínicas de radiodiagnóstico, etc.). Para estas estadísticas, si tales establecimientos no tienen una "función *precisa*" en la prestación de servicios de salud, se les considera fuera del sector. La segunda es más seria y no comprende dificultades de clasificación, pero sí tiene que ver con la incapacidad de las estadísticas oficiales en dimensionar el segmento informal o "subterráneo" de la economía de la salud. Dos ejemplos nos bastan a este respecto. El primero es el de las prácticas religiosas no oficiales o no católicas. En el Brasil es difícil encontrar quien dude del peso asumido por este segmento de la prestación de servicios de salud. Yo, particularmente, estoy absolutamente convencido de una cierta eficacia diferencial de los

centros espiritistas y de los locales de macumba, por lo menos en la regulación y control de la salud mental, comparados con algunas de nuestras instituciones psiquiátricas más convencionales y caras, como son los manicomios. El segundo se refiere a una práctica transgresora, como es el aborto. Poco se sabe acerca del volumen, estructura de calificación y esquemas de protección social de la fuerza de trabajo empleada y, menos aún, del monto de la renta generada en este “ramo” o “especialidad” de la economía de la salud.

Hechas estas advertencias, podemos iniciar nuestra tentativa de descripción dinámica de la fuerza de trabajo en salud, en el Brasil, teniendo siempre a la vista los límites de “cobertura” arriba anotados.

DESCRIPCION DINAMICA TENTATIVA DE LA FUERZA DE TRABAJO DEL SECTOR SALUD

Según nuestras estimaciones, el Brasil, tendrá en 1990, prácticamente 2,5 millones de trabajadores ocupados en actividades de salud, lo que representará aproximadamente el 4% de la PEA brasileña, que para entonces estará en cerca de los 60 millones de trabajadores. En realidad, desde la década de los 70, el sector salud ha venido asumiendo importancia creciente en la estructura ocupacional brasileña. Entre 1970 y 1980, por ejemplo, en la medida que la PEA se expandió en 51,7% y los ocupados en el sector terciario crecieron 79,1%, los trabajadores del sector de servicios de salud aumentaron más del doble. En la presente década, su importancia creció aún más. Representa, en promedio, un cuarto de la ocupación en las llamadas actividades sociales; el empleo en salud engloba en la actualidad aproximadamente el 5% de los puestos de trabajo existentes en el segmento formal de la economía del país.

Estos dos millones y medio de trabajadores (es preciso recordar que corresponden a la fuerza de trabajo comprendida en el “sector formal”) pueden ser descritos o analizados bajo diversos puntos de vista. Teniendo en cuenta esquemas más teóricos, se les puede enfocar desde un prisma macroeconómico donde se analicen, por ejemplo, las cuestiones de la dinámica del empleo y del mercado de trabajo en el sector. Aún dentro de la economía, se les puede analizar como resultado de procesos productivos, teniendo en cuenta la determinación de patrones de utilización o consumo “productivo” de este “factor de producción”, practicado en los procesos de trabajo concretos (uso combinado, evidentemente, con el de otros factores productivos, como tecnologías, insumos, etc.). Dentro de un abordaje más teórico, se puede enfocar desde una perspectiva socio-histórico-antropológica, donde se analizarían aspectos del ejercicio profesional, de la dinámica organizacional de los trabajadores del sector, del papel social y político de

las corporaciones, de las mentalidades y de las técnicas, de las ideologías, etc. El estado actual de los estudios de la FTS en el Brasil, no permite aún, a mi entender, una opción claramente definida de exposición, a partir de cualquiera de estas perspectivas, digamos teóricas; salvo tal vez, desde el enfoque de las dimensiones macroeconómicas.

Desde una perspectiva más genérica y en un ámbito más empírico, es que haremos esta descripción de la fuerza de trabajo del sector, es decir, a partir de algunas características más inmediatas y evidentes de su distribución, composición y modos de utilización, tales como: la fuerte concentración geográfica y social; la gran participación de las mujeres en el sector; la centralización y la hegemonía de los profesionales médicos; la situación de la baja calificación del personal "auxiliar"; los bajos salarios en el sector; el asalariamiento y la "degradación" del trabajo médico, etc.

Las disparidades sociales y regionales, que caracterizan el perfil de distribución de los servicios de salud y de la fuerza de trabajo del sector, son la contrapartida inevitable de un modelo de desarrollo económico desigual y extremadamente concentrador de los ingresos. Tales disparidades figuran, claramente, entre los grandes obstáculos que deben ser superados por la reforma sanitaria brasileña. Los grados de concentración de la fuerza de trabajo en las regiones más ricas y desarrolladas del país y en las capitales de los estados, son aún muy grandes, pese a las significativas mejorías observadas en los últimos 20 años. Así, por ejemplo, la región noreste que cuenta actualmente con el 28,5% de la población total del país, posee tan solo el 18% de la producción nacional anual de médicos y el 14,3% de la de dentistas. Al mismo tiempo, la región sureste, con 43,6% de la población, dispone aproximadamente del 60 y 66%, respectivamente, de los ingresos anuales de médicos y dentistas en el mercado de trabajo nacional. De la misma forma, algunos estados del noreste, como Piauí y Ceará guardan, respectivamente, relaciones de 0,55 y 0,71 médicos por 1 000 habitantes, mientras que el Estado de Rio de Janeiro (sureste) posee 3,15 médicos por 1 000 habitantes. Ya se volvió célebre, entre nosotros, un estudio del profesor Carlos Gentile de Melo que comprobó, en los años 70, que había una fuerte correlación en los municipios brasileños entre la existencia de agencias bancarias y la presencia de profesionales médicos. Pero esta tendencia no es exclusiva de la categoría médica. Por el contrario, otros profesionales de salud suelen tener aun mayores niveles de concentración. Los nutricionistas y las enfermeras, por ejemplo, conforme datos de la Renta Federal (IRPF)² en 1984, tenían en los municipios de las capitales brasileñas el 85,4 y 74% de sus contingentes, respectivamente, contra el 65% de los médicos allí residentes.

En relación con la situación de la gran participación de la mujer, lo que se puede decir es que, a juzgar por las tasas de incremento diferencial

² Imposto de Renda de Pessoas Físicas, 1985, Secretaria da Receita Federal/Min. Fazenda.

observadas en la década del 70, el trabajo femenino debe representar ahora cerca del 80% de la ocupación en salud. Para la economía, como un todo, esta tasa de participación femenina era de 33,4% y para el sector terciario de 48,8% en 1985.³

Es importante resaltar aquí primero, que esta preponderancia femenina no se observa en todas las profesiones de salud, pese al hecho de que la tendencia al aumento de la participación femenina en la FT es universal. Así, si bien las mujeres representan el 85% de la ocupación en enfermería (incluidos enfermeros, técnicos, auxiliares y asistentes de enfermería), ellas poseen solamente el 27% de los empleos médicos.⁴ En segundo lugar, esta preponderancia de trabajo femenino en salud no impide su discriminación, que se traduce cotidianamente en el sector por la ocupación diferencial de cargos de jefatura y por el ejercicio de funciones y especialidades de “menor prestigio”, entre otras cosas. Tales situaciones, aunadas a menor oportunidad de acumulación de empleo y del ejercicio autónomo, se reflejan en niveles más bajos de remuneración para la fuerza de trabajo femenina. De esta forma, no causa sorpresa alguna el hecho de que, en 1986, las mujeres de profesión médica obtenían de sus empleos, en promedio, ingresos 17% más bajos que sus colegas hombres. Esta discriminación, curiosamente, se reproduce también en aquellas categorías mayormente femeninas, como las de enfermería. En aquel año, para las mujeres de esta categoría, el sector salud proporcionó, en promedio, ingresos 20% por debajo de los ingresos masculinos. Más interesante aún es el hecho de que los hombres de esta categoría, “característicamente femenina”, tenían la mayoría de los puestos de trabajo, en materia de salario, por encima de salarios mínimos (60% de los empleos con remuneración superior a 20 salarios mínimos).⁵

La hegemonía de los profesionales médicos y la baja calificación del personal auxiliar, en el seno de los equipos de salud, pueden ser tomadas como caras de una misma moneda, incidentalmente las verdaderas caras del patrón de utilización de la fuerza de trabajo, históricamente practicado por los establecimientos del sector de servicios de salud en el Brasil. En líneas generales, se puede decir que, en el sector salud, alrededor del 70% de los trabajadores ocupados corresponden a categorías profesionales u ocupacionales típicas de la salud, o sea, que son médicos, dentistas, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, técnicos de equipo médico, laboratoristas, etc.; los restantes se ocupan en actividades de administración y servicios generales. La suma de médicos y de personal auxiliar de enfermería constituye más del 80% del “equipo” de salud. ¿Qué significa eso? ¿Cuáles son

³ Encuesta Nacional de Muestra por Domicilios, IBGE.

⁴ Relación Anual de Informaciones Sociales, MTb.

⁵ RAIS, 1986.

las principales implicaciones de esta polaridad? La cuestión de la centralización de la atención médica y de la predominancia de este profesional en los equipos, además de revelar aspectos históricos y culturales, reflejan, a nivel de la oferta de servicios, la priorización de los aspectos médico-asistenciales y curativo-hospitalarios, contenida en las políticas de salud y puestas en práctica en el Brasil durante las décadas de los años 60 y 70. El empleo médico totaliza, en los días actuales, cerca del 72% de los empleos de profesionales de nivel superior, siendo un tercio del total de empleos demandados en el sector. Otro tercio del equipo (un poco más que eso, en realidad) está compuesto por los asistentes de enfermería (escondidos bajo diversas denominaciones). Con instrucción escolar mínima (hasta primer grado) y sin ninguna preparación previa, este grueso contingente, entrenado la mayoría de las veces dentro de la institución empleadora, tiene a su cargo el ejercicio de funciones técnicas de salud, como la atención más directa y permanente de los enfermos, el trato con los familiares, etc. En realidad, la utilización amplia e intensiva de este personal poco calificado, "barato" y no profesional expresa una cierta racionalidad económica, como es el abaratamiento de los costos de producción de los servicios.

La situación de los bajos salarios del sector ha sido frecuentemente asociada, entre otras cosas, a esta baja calificación y escolaridad de la fuerza de trabajo, así como a la predominancia de la mano de obra femenina (lo que es polémica y empíricamente demostrable). A principios de 1987, según los datos de la RAIS (MTb), el 1% de los empleos de enfermería, correspondían a personas analfabetas y 60% de estos tenían, como máximo, instrucción de nivel elemental (primer grado). En el mismo año, según la misma fuente, prácticamente el 65% de los empleos del personal de enfermería tenía una remuneración promedio de hasta tres salarios mínimos (más o menos entre \$100,00 y \$120,00 al cambio paralelo actual). Los claros nexos existentes entre bajos salarios, la desvalorización profesional y la poca calificación nos remiten, de pronto, a por lo menos otros dos campos de análisis: en primer lugar, al campo del mercado de trabajo y de la dinámica empleadora del sector; segundo, hacia el campo de las formas de organización y defensa del trabajo, o sea, a la situación corporativa y sindical.

En cuanto al primer punto, o sea, con relación al mercado de trabajo de los profesionales de salud, se puede decir que en los últimos años, especialmente los de la década actual, el ritmo de crecimiento de puestos de trabajo en los establecimientos del sector ha sido mayor que el incremento de la "oferta" de fuerza de trabajo. Entre 1976 y 1980, por ejemplo, la PEA se expandió a un 4,1% al año, en tanto que el empleo en el sector salud, creció a un 8,6% al año. De la misma forma, en la primera mitad de la década del 80, en tanto la PEA creció a un 3,8% al año, el nivel del empleo de salud se expandió a un 6,5% al año. Casi dos tercios de este crecimiento del empleo está representado por empleos de escolaridad ele-

mental e intermedia. Por eso suele decirse que el sector salud ha figurado, en realidad, como importante polo de generación de puestos de trabajo poco calificados y subremunerados, absorbiendo “sobrantes” de fuerza de trabajo no incorporados en los sectores económicos más productivos. En relación con los profesionales de salud con formación universitaria, se puede decir también que la demanda efectiva por fuerza de trabajo, traducida en parte por la creación de empleos en los establecimientos, ha crecido frente a la oferta (para algunas categorías, como dentistas y enfermeras, solo es válido en términos de incremento diferencial).⁶ El mercado de trabajo médico es, a este respecto, ejemplar. En el período 1976–1984, el volumen de empleos médicos en los establecimientos de salud creció 8,0% al año, mientras la oferta de médicos, en 1986, cayó a 85% en relación con los niveles de 1976. Eso puede verse de otra manera: tenemos que, de 1980 a 1984 se generaron, solamente en los establecimientos de salud del sector formal, 48 061 empleos de médicos, en contra de 33 227 egresos de las escuelas de medicina del país, lo que significa que se generaron, aproximadamente, 1,5 empleos por profesional en el período.

Con relación a las formas de organización sindical y corporativa de los trabajadores de salud, el cuadro actual está determinado por lo que se puede llamar heterogeneidad estructural. Por un lado tenemos la creciente presencia de las representaciones del trabajo asalariado, o de las formas de organización colectiva, típicas del trabajo. De otro lado, pero no con menos fuerza, tenemos la presencia de las representaciones corporativistas profesionales organizando demandas, que tienen que ver más con la defensa de privilegios exclusivos. El peso y la importancia del trabajo asalariado y la tendencia a la hegemonía progresiva de la forma asalariada deben, mientras tanto, aumentar el poder de lucha y la importancia de las formas de organización típicas del trabajo. Tanto en establecimientos del sector público, que tienen en la actualidad cerca del 65% de los puestos de trabajo en salud, como en establecimientos del sector privado, la tónica para la gran mayoría de las categorías ocupacionales es el trabajo asalariado. Médicos y dentistas (no solo ellos, pero principalmente estas dos categorías), mientras tanto, tienen aún fuertes oportunidades efectivas de ejercicio profesional, bajo otras formas, como son el trabajo autónomo, las formas mixtas (altamente predominantes), el trabajo cooperativo, etc. Sin querer adentrar en el fondo de la cuestión, que ha sido blanco de constantes polémicas, se puede decir que el peso de las formas típicamente no asalariadas o que no envuelven vínculo empleador formal, es aún muy grande en estas dos categorías de profesionales. Según datos del impuesto sobre la renta (IRPF-

⁶ Se considera aquí la oferta solo desde el punto de vista de los egresos de las escuelas, es decir, del número de egresados por año; eso implica que los desplazamientos de fuerza de trabajo (de sector a sector) no están siendo considerados, así como las formas de ejercicio autónomo y liberal.

MF), en 1985 los ingresos, provenientes del trabajo sin vínculo empleador, constituían 55,5% y 41%, respectivamente, del monto de ingresos de los dentistas y médicos; eso sin contar, evidentemente, lo no declarado.

De cualquier forma, igualmente en relación a estas categorías, no se puede descuidar la creciente importancia que tienen, en el seno de sus corporaciones, la organización de las demandas típicas del trabajo, como son salario, garantía de empleo, mejores condiciones de trabajo, etc. (véase Nota 9)

Me gustaría, finalmente, presentar algunas cifras que revelan la creciente influencia que tienen las cuestiones de trabajo en la dinámica social brasileña, además de su creciente importancia en la determinación de la lógica de acción colectiva. Durante 1987, de un total de 2 193 huelgas ocurridas en el país, 114 huelgas fueron de trabajadores de salud (106 de estas, involucraron, únicamente, funcionarios de nivel superior). Fueron 8 353 866 jornadas perdidas (o días hombres) en el sector salud, de 132 445 423 días hombre ociosos en el conjunto de la economía (prácticamente 8 000 000 de estas jornadas estaban relacionadas con profesionales del nivel universitario) (véase Nota 10).

NOTAS

1 El nacimiento del término "fuerza de trabajo" presupone necesariamente el surgimiento de la noción de "trabajo en general," productor del valor de intercambio. Maurice Godolier señala que tal noción se constituyó a finales del siglo XVIII, a partir de las formulaciones de Adam Smith (Godolier, M.: *El Trabajo*, en la Enciclopedia Einaudi, 1986, traducción portuguesa, págs. 13-15). Argumentando en sentido un poco diverso, Braudel recuerda que en su época Hobbes (1588-1679) ya decía que "el poder de cada individuo es una mercadería", y que en lugar de "poder," diríamos en los tiempos actuales, la fuerza de trabajo; la idea ya existe, sin embargo, la noción es poco usual y no hay aún otro término (Braudel, F.: *El Juego de los Intercambios*, 1985, pág. 40). Marx considera que una de las mayores, si no la mayor, de sus contribuciones a la economía política, ha sido la formulación de la distinción entre las categorías trabajo y fuerza de trabajo o capacidad de trabajo (*El Capital*, Libro 1, Caps. VI y XIX; Libro 2, Cap. I). En verdad, de acuerdo con Engels, la distinción de estas categorías es lo que permite revelar, científicamente, el verdadero secreto del

capitalismo: la explotación de los trabajadores.

- 2 Existe una recomendación de la ONU que antecede al CENSO brasileño de 1970, para que en la expresión de la PEA se incluyan todas las personas que constituyen la oferta de mano de obra (Paiva, 1984, págs. 19-66).
- 3 Ver Nogueira, R. P. *Dinamica do Mercado de Trabalho em Saude Brasilia*, OPS, 1986.
- 4 Ver Marx: "El valor de uso que el trabajador tiene que ofrecer al capital, que tiene que ofrecer en general a los demás, no está materializado en un producto, no existe en general fuera de él, vale decir que no existe realmente, sino como potencia, como capacidad". Grun-drissse, *Líneas fundamentales de la crítica de la economía política* Barcelona, 1977, págs. 207-208.
- 5 El argumento es desarrollado por Clauss Offe. Offe, Clauss y Wiesenthal, Hel-muth. *Duas Logicas da Ação Coletiva: Notas teóricas sobre a Classe Social e a Forma de Organizacao*, in *Problemas Estruturais to Estado Capitalista*, Rio de

- Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984, págs. 62-64.
- 6 Carlo Cipolla desarrolla esta cuestión en *Historia económica da Europa Pre-Industrial*. Lisboa, Ed. 70, 1984.
 - 7 Para la referencia en cuestión ver "Medicina e Sociedade: O Médico e seu Mercado de Trabalho", São Paulo, Livraria Pioneira, 1975. Tal afirmación puede ser sustentada a pesar del registro de publicaciones, en la década de los 60, que se relacionan con el tema. Me refiero, especialmente, a un trabajo de Woodrow P. Pantoja intitulado "La Fuerza de Trabajo del Sector Salud," presentado en la 4ª Conferencia Nacional de Salud. En este trabajo, el autor estima el número de algunos profesionales de salud para 1963: 35 200 médicos, 26 460 dentistas, 12 673 farmacéuticos, 7 800 enfermeras y 10 000 auxiliares de enfermería, señalando, también, la existencia de "otros elementos auxiliares tales como dietistas, laboratoristas, educadores, estadísticos, técnicos de rayos X, cuyo monto no fue posible identificar." Nótese que este trabajo aún es muy inespecífico, no alcanzando, siquiera los límites de las descripciones más convencionales sobre fuerza de trabajo sectorial. Ver Anales de la 4ª Conferencia Nacional de Salud, Rio de Janeiro, agosto de 1967.
 - 8 Queremos informar sobre la serie de trabajos producidos por el Núcleo de Recursos Humanos del ENSP, en la primera mitad de los años 80, algunos de los cuales fueron resumidos en libro, aún inédito, intitulado *Mercado de Trabalho en Salud en el Brasil: Aspectos Estructurales y Coyunturales*, Rio de Janeiro, 1988, autores Andre Medici, María Helena Machado, Roberto Nogueira y Sabado Girardi. Otra referencia necesaria fue una investigación en el área de la sociología del trabajo en salud realizada por la FUNDAP, en São Paulo, bajo la coordinación del Prof. Jose Carlos Durand. Algunos de sus resultados fueron publicados en cuadernos de la FUNDAP, SP. (10), julio de 1985.
 - 9 Un claro indicador de la importancia de tales cuestiones es, por ejemplo, lo asumido por la corriente de los neoliberales, actualmente en la dirección de la Asociación Médica Brasileña. Cf. Gastão Wagner de Souza Campos: *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo, Editora HUCITEG, 1988.
 - 10 Debo estos datos a una gentileza de Eduardo Noronha, del NEPP-UNICAMP. Ver Noronha, Eduardo G.: *Negociação e Conflito Trabalhista nos Setores Público e Privado*. In Brasil, 1987: *Relatorio sobre a situação social do país; publicação institucional do NEPP da UNICAMP*. Coord. Sonia Draibe. En prensa.