
mujer y desarrollo

Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas

Jacinta Burijovich

Laura C. Pautassi



NACIONES UNIDAS



Unidad Mujer y Desarrollo
Proyecto CEPAL/GTZ “Políticas laborales con enfoque de género”

Santiago de Chile, febrero del 2005

Este documento fue preparado por Jacinta Burijovich y Laura C. Pautassi, consultoras del Proyecto CEPAL/GTZ "Políticas laborales con enfoque de género(GER/03/092). Francisco Ferreyra fue responsable del procesamiento de la información estadística. Iván Ase colaboró en la elaboración del segundo capítulo. Las autoras agradecen especialmente las contribuciones de María Nieves Rico y Flavia Marco de la Unidad Mujer y Desarrollo de la Cepal y la colaboración prestada por el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba y la Secretaría de Salud y Ambiente de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, Argentina.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1564-4170

ISSN electrónico 1680-8967

ISBN: 92-1-322646-2

LC/L.2250-P

N° de venta: S.05.II.G.8

Copyright © Naciones Unidas, febrero del 2005. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. Recursos humanos en salud a nivel local	11
El análisis de las condiciones de trabajo	12
II. El sector salud en la provincia de Córdoba	17
A. Antecedentes históricos e institucionales	18
B. La reforma sectorial	19
C. El gasto en salud en la provincia de Córdoba	24
D. El modelo sanitario provincial emergente	26
III. El recurso humano en salud en la provincia de Córdoba	31
El empleo en la salud pública provincial	34
IV. El recurso humano en la salud pública municipal	47
A. La dirección de medicina preventiva	52
B. La dirección de especialidades médicas	53
C. Hospitales de urgencias	53
D. La dirección de atención primaria de la salud	54
E. La perspectiva de las trabajadoras del sector salud municipal	57
F. La salud de los trabajadores y las trabajadoras en salud	62
V. El empleo en los otros sectores de la salud	65
A. El subsector privado en Córdoba	65
B. El personal de las obras sociales: algunos ejemplos	70
C. El sector público no estatal en salud: el “cuarto sector”	71
VI. Calidad del empleo y calidad de la atención en los espacios locales de salud	75
Aportes para políticas laborales más equitativas	78
Bibliografía	87
Anexo metodológico	89
Serie Mujer y desarrollo: números publicados	91

Índice de cuadros

Cuadro 1	Fondos presupuestarios asignados a salud. provincia de Córdoba, 1994 a 2004.....	25
Cuadro 2	Participación presupuestaria de la finalidad salud en promedio	25
Cuadro 3	Total de efectores públicos y privados de la provincia de Córdoba, año 2004.....	32
Cuadro 4	Total de instituciones y camas geriátricas en la provincia de Córdoba	32
Cuadro 5	Total de profesionales de salud de la provincia de Córdoba, año 2004.....	33
Cuadro 6	Total de personas ocupadas por condiciones de contratación y por sexo.....	36
Cuadro 7	Distribución del gasto en personal hospitalario	36
Cuadro 8	Ocupados en sector público provincial en tareas asistenciales y administrativas, año 2004	37
Cuadro 9	Total de personas ocupadas en el sector público provincial en tareas asistenciales y administrativas por sexo, año 2004.....	37
Cuadro 10	Tipos de relaciones contractuales del personal según tareas administrativas y asistenciales, año 2004	38
Cuadro 11	Personal en estado jubilatorio, año 2004	38
Cuadro 12	Total de personas ocupadas en el equipo de salud desagregados por grupo ocupacional, año 2004	39
Cuadro 13	Ocupados en los equipos de salud por grupo ocupacional y por sexo, año 2004	39
Cuadro 14	Distribución de los cargos por sexo, año 2004	40
Cuadro 15	Determinantes más significativos del estrés ocupacional en los profesionales sanitarios	42
Cuadro 16	Respuestas y consecuencias ante el estrés crónico ocupacional en el personal sanitario	43
Cuadro 17	Establecimientos asistenciales del sector público y privado en el municipio capital, año 2004.....	48
Cuadro 18	Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por sexo, año 2004	49
Cuadro 19	Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por agrupamiento, año 2004.....	49
Cuadro 20	Antigüedad de las personas ocupadas en salud, año 2004.....	49
Cuadro 21	Total de personas ocupadas sector salud municipal por lugar de trabajo, año 2004.....	50
Cuadro 22	Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por lugar de trabajo y por sexo, año 2004.....	50
Cuadro 23	Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por profesión/1, año 2004	51
Cuadro 24	Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por profesión/2, año 2004	51
Cuadro 25	Total de personas ocupadas en el sector salud municipal por condiciones de contratación, año 2004	51
Cuadro 26	Total de ocupados en la Dirección de Medicina Preventiva por sexo, año 2004.....	52
Cuadro 27	Total ocupados en la Dirección de Medicina Preventiva por condiciones de contratación año 2004.....	52
Cuadro 28	Total de ocupados de la Dirección de Especialidades Médicas por sexo, año 2004.....	53
Cuadro 29	Total de personas ocupadas en la Dirección de Especialidades Médicas por condiciones de contratación, año 2004	53
Cuadro 30	Total de personas ocupadas en el hospital de urgencias por sexo, año 2004.....	53
Cuadro 31	Total de personas ocupadas en el del hospital de urgencias por condiciones de contratación, año 2004	54
Cuadro 32	Total de ocupados en la Dirección de Atención Primaria de la Salud por sexo, año 2004.....	55
Cuadro 33	Total de personas ocupadas por lugar de trabajo y por sexo, año 2004	55
Cuadro 34	Total de personas ocupadas por tipo de relación contractual, año 2004.....	55
Cuadro 35	Total de personas ocupadas por condiciones de contratación y por sexo, año 2004	55
Cuadro 36	Cantidad de personal por centros de salud, año 2004.....	56
Cuadro 37	Capacidad del sector privado, camas críticas y nivel de ocupación, año 2004	66
Cuadro 38	Total de trabajadores afiliados a ATSA Córdoba.....	66
Cuadro 39	Total de trabajadores afiliados de la capital desagregados por ocupación y por sexo.....	67
Cuadro 40	Licencias especiales contempladas en los convenios colectivos de trabajo	68
Cuadro 41	El personal de salud de la DASPU, año 2004.....	71
Cuadro 42	Personal del sector público no estatal relevado	73

Índice de gráficos

Gráfico 1	Modelo de análisis del campo de los recursos humanos en el sector salud	15
-----------	---	----

Resumen

En el presente estudio se analiza la estructura, características y distribución del empleo en el sector salud en la provincia de Córdoba, Argentina, así como en su ciudad capital. El interés del trabajo consiste principalmente en indagar, desde una perspectiva de género, el complejo entramado institucional y socio-económico que caracteriza la provisión de servicios de salud a nivel local, diferenciando las condiciones de trabajo para mujeres y hombres en la jurisdicción provincial y municipal, en el sector público y privado, en las obras sociales y en las organizaciones públicas no estatales.

El supuesto bajo el cual se desarrolló el análisis, es que la calidad de la atención se encuentra condicionada por la calidad del empleo. En consecuencia, se diseñó una metodología de tipo participativa, a partir de la triangulación de datos cuanti y cualitativos, incorporando las opiniones y expectativas del personal involucrado, para avanzar de manera consensuada en la formulación de políticas laborales con equidad de género para el sector.

Este trabajo debe considerarse como una continuidad de las acciones y las recomendaciones formuladas en el proyecto “Argentina: Incorporación del enfoque de género en la política laboral y económica. El empleo en el sector salud”, ejecutado por la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL con el apoyo de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ) durante los años 2000-2001; y en su segunda fase, actualmente en ejecución, a partir del proyecto “Políticas laborales con equidad de género”.

El diagnóstico constituye un insumo técnico que busca contribuir a la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas a nivel local, específicamente en materia de empleo en salud, vinculando la actual situación de los trabajadores provinciales y municipales con propuestas y recomendaciones que apuntan a revertir las inequidades existentes.

Los años 90 han implicado cambios en la organización de los servicios públicos de salud de la Provincia de Córdoba que han afectado también a los trabajadores y a las trabajadoras del sector. La “cuestión” del personal en la Administración Pública no ha integrado la “agenda” con la relevancia con la que lo han hecho otros temas de la reforma tales como el ajuste, el desfinanciamiento, la libre elección del prestador, entre otros. De allí la necesidad de clasificar el tema como una categoría de “asuntos a resolver”, incorporando en la misma la equidad de género.

Introducción

El modelo de organización del sector salud en Argentina en general, y en cada una de las provincias en particular, se caracterizó históricamente por una división en tres subsectores: público –que depende de las administraciones pública nacional, provincial y municipal, conformado por la red de efectores de salud–, el subsector privado, –con una compleja red de instituciones empresariales de diagnóstico, clínicas y sanatorios– y el de la seguridad social integrado por las Obras Sociales (O.S.)

Esta conformación histórico-institucional del sector salud es la que sufrió mayores transformaciones en el marco del proceso de reforma estructural aplicado en Argentina en las últimas décadas, desdibujándose las competencias y responsabilidades de cada una de estas esferas, con claros efectos en el funcionamiento del sector como también para la población en general. Así, un número importante de personas se quedó sin cobertura en salud y con dificultades para el acceso a la misma. Esto dio lugar al surgimiento de organizaciones sociales que buscan dar respuesta a esta población sin asistencia, generándose así un incipiente “cuarto sector” en salud.

De este modo, puede señalarse que existen pocas evidencias de la persistencia de este modelo organizacional en forma pura, agravado por la crisis fiscal, el aumento del desempleo y la pobreza, la precariedad en las condiciones de trabajo y el surgimiento de nuevas formas organizacionales y sus respectivos marcos regulatorios.

A ello debe agregársele que cada una de las jurisdicciones provinciales posee autonomía para organizar sus propios sistemas de salud, sin necesidad de responder a un modelo único y donde la heterogeneidad caracteriza los procesos de reforma de las últimas décadas. Así, tanto a nivel provincial como municipal, se presentan realidades muy diferentes asociadas a sus orígenes, desarrollo político institucional y económico, todo lo cual se refleja en la magnitud de los problemas sociales y en las respuestas institucionales diseñadas.

Tres características se presentan como constantes en los diversos procesos de reforma y descentralización hacia jurisdicciones menores –tanto a nivel provincial como municipal– ocurridos en Argentina en la década del noventa: i) la escasa consideración de la importancia estratégica del recurso humano afectado a la provisión de la salud, ii) la aplicación de criterios fiscalistas en el sector, con la consiguiente política de reducción de costos en desmedro de las condiciones de trabajo y de atención; y iii) la neutralidad en términos de género con que se aplicaron las reformas, tanto a nivel de los trabajadores sectoriales como de los usuarios.

De esta forma, y salvo excepciones, las jurisdicciones menores recibieron, en la mayoría de las provincias, nuevas competencias en materia de salud, particularmente servicios de atención primaria en salud (APS) con o sin personal a cargo y sin consideración alguna de los efectos que trae aparejado la invisibilidad de la perspectiva de género.

Un caso particularmente interesante, en el contexto de los diversos sectores de salud provinciales, es el de la provincia de Córdoba y más específicamente la municipalidad de la ciudad de Córdoba. En primer lugar, la provincia gestiona los efectores de mayor complejidad y transfirió a las unidades menores la casi totalidad de efectores de baja complejidad. En el caso específico del municipio de la ciudad de Córdoba (capital de la provincia), debido a su escala, cuenta con una red de efectores de baja complejidad (puestos sanitarios, centros de salud) ubicados en zonas con mayores indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que muestran una interesante relación entre cobertura en términos de Atención Primaria de la Salud (APS) versus pobreza urbana, al mismo tiempo que cuenta con efectores de alta complejidad (hospitales). Esto es, concentra en una misma jurisdicción todos los niveles de complejidad.

Tanto a nivel del sector público provincial como del municipio capital se introdujo una reforma en materia de recurso humano sectorial del cual prácticamente no existen estudios y diagnósticos al respecto. Si bien ambas jurisdicciones adoptaron estrategias similares en términos de racionalización del recurso humano dedicado al sector salud, se presentan diferencias en cada una de las políticas adoptadas. Estos contrastes se manifiestan claramente en el rol de los actores involucrados en el proceso, como también en las medidas adoptadas y en la nula consideración de la equidad de género en materia de empleo sectorial. En este último caso, la ausencia de perspectiva de género se presenta a nivel de los decisores y de los propios trabajadores, como también de los dirigentes gremiales y otros actores locales y provinciales claves.

Algo similar se presenta en los otros sub-sectores: privado y de obras sociales. Si bien la información que se pudo recabar es escasa, debido a la ausencia de registros sistemáticos, las transformaciones operadas se manifiestan en el aumento de la precariedad y la vulnerabilidad del empleo. Esta situación no sólo afecta las condiciones de trabajo sino que impacta directamente en la salud de los trabajadores del sector, con impactos diferenciales por género. Esto es, se reproduce en una escala menor, problemáticas similares a las analizadas a nivel nacional, (Pautassi, 2001).

En función de lo expuesto y con el propósito de analizar en qué medida la calidad del empleo se traduce en calidad de atención en un ámbito local, se seleccionó el sector salud en la provincia de Córdoba, diferenciando la jurisdicción provincial de la municipal, analizando las condiciones de empleo en el sector público, el privado, el de las obras sociales y en las organizaciones públicas no estatales.

La caracterización incluye la descripción del perfil del recurso humano en el sector público municipal y provincial (cargos ocupados, profesión, existencia de segregación vertical y horizontal); el tipo de tareas que desempeñan varones y mujeres; y cuáles son los niveles de satisfacción/insatisfacción de los trabajadores de ambas jurisdicciones, buscando detectar complejidades y particularidades que caracterizan a esta ocupación desde una perspectiva de género. En otros términos se busca indagar la segmentación ocupacional a nivel local de un ámbito de alta concentración de empleo femenino como es el sector salud.

Para ello se implementó un diagnóstico participativo, sobre la base de una aproximación de tipo cuanti-cualitativa a la situación de los trabajadores y trabajadoras del sector salud municipal. El propósito que se persiguió fue el de desarrollar conjuntamente con el personal involucrado –tanto de niveles de conducción como de base– propuestas de políticas de recursos humanos que incluyan la equidad de género bajo el supuesto, ampliamente comprobado por diversos investigadores, que en el sector salud ninguna reforma puede implementarse sin la participación de sus trabajadores. La misma metodología se utilizó, en menor medida y condicionada por la disponibilidad de información, para analizar las condiciones de trabajo en los subsectores de obras sociales y privado, como también en el incipiente “cuarto sector”.

El primer capítulo contiene un breve desarrollo de aspectos conceptuales referidos a las condiciones de trabajo y su especificidad en el sector salud desde un enfoque de género. Los capítulos segundo, tercero, cuarto y quinto presentan una aproximación diagnóstica del empleo en los sectores público provincial y municipal; privado y de las organizaciones públicas no estatales. Un último capítulo resume las conclusiones más relevantes y recomendaciones para implementar políticas laborales con equidad de género. Por último se incorpora un anexo metodológico donde se describe el diseño de la investigación.

I. Recursos humanos en salud a nivel local

Tal como ya se describiera en el estudio nacional “Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina” (Pautassi, 2001), el país ha atravesado por reformas importantes del sector salud, que modificaron sustancialmente las reglas de funcionamiento histórico del mismo, sin tomar en cuenta las condiciones de trabajo del recurso humano. Si bien el campo de los recursos humanos en salud sufrió transformaciones semejantes al resto del mercado laboral, presenta especificidades que es preciso señalar: desequilibrio en cuanto a la disponibilidad de algunas profesiones, concentración de profesionales en los grandes centros urbanos, distancia entre la formación profesional y el perfil ocupacional, persistencia de alta concentración de mujeres y abandono de requisitos de calificación para la prestación del servicio.

Para un sector que es, fundamentalmente, mano de obra intensiva resulta necesario indagar en las condiciones de trabajo actuales, lo cual permitirá establecer la relación entre estas y la calidad de la atención. Esta relación se puede visualizar mejor en contextos locales, como el caso de un municipio y en el marco del diseño de un sistema de salud provincial como el que ofrece Córdoba.

A su vez, al ser el trabajo en salud predominantemente femenino, se le suman los condicionamientos que impactan sobre la inserción particular de las mujeres en el mercado laboral esto es, la división sexual del trabajo, la maternalización de los roles productivos, déficits de competencias actitudinales y principalmente las dificultades para conciliar trabajo y familia. Las siguientes precisiones conceptuales pretenden hacer confluir en el análisis de las condiciones de trabajo una perspectiva sectorial (salud) y una perspectiva de género.

El análisis de las condiciones de trabajo¹

Existen numerosas maneras de definir condiciones de trabajo y en diferentes investigaciones se han tomado una variedad de elementos de muy diversa naturaleza. En sentido amplio, puede entenderse que “condiciones de trabajo incluye cualquier aspecto circunstancial en el que se produce la actividad laboral, tanto factores del entorno físico en el que se realiza como las circunstancias temporales en que se da. Son condiciones de trabajo todos aquellos elementos que se sitúan en torno al trabajo sin ser el trabajo mismo, el conjunto de factores que lo envuelven” (Peiró y Prieto, 1996).

El análisis de las condiciones de trabajo incluye la descripción de las siguientes categorías: i) Condiciones de empleo: se refiere a las condiciones bajo las cuales los trabajadores prestan sus servicios laborales en una organización. Constituyen el contexto regulador en el que se produce el trabajo; ii) Condiciones ambientales: es el entorno físico del trabajo. Comprenden tres tipos: el ambiente físico, las variables espacio-geográficas y el diseño espacial arquitectónico; iii) Condiciones de seguridad: incluye la prevención de riesgos laborales, la posibilidad de accidentes y aparición de enfermedades o patologías profesionales; iv) Características de la tarea: bajo esta definición se incluyen variables tales como el conflicto de rol, la sobrecarga, el grado de autonomía del trabajo. Estas variables tienen que ver con el diseño del puesto de trabajo y afectan directamente al contenido de la actividad laboral; v) Procesos de trabajo: se refiere a la organización del trabajo, las demandas del puesto concreto, desempeño, duración de la jornada laboral, variaciones en el flujo del trabajo, nivel de exigencias del proceso, entre otras; vi) Condiciones sociales y/u organizacionales: hace referencia a las condiciones relacionadas con la interacción entre las personas.

A los efectos de este estudio, se utilizan las siguientes variables:²

Condiciones de trabajo

- Condiciones de empleo
 - Condiciones de contratación
 - Condiciones salariales
 - Estabilidad y seguridad en el empleo
 - Existencia de convenios colectivos
 - Tasas de afiliación sindical
 - Tasas de desempleo del sector

1 Se sigue en este apartado a Peiró y Prieto (1996), en el capítulo “Condiciones de trabajo y clima laboral”.

2 Elaboración propia en base a Peiró, J. M. y Prieto, F. (1996) *Tratado de Psicología del Trabajo. Volumen 1: La actividad laboral en su contexto*. Editorial Síntesis Psicología, Madrid, 1996.

- Condiciones ambientales
 - Ambiente físico (temperatura, humedad, ruido, iluminación)
 - Variables espacio-geográficas (espacio suficiente, distribución de los espacios)
 - Diseño espacial-arquitectónico: materiales y equipamiento necesarios
- Condiciones de seguridad
 - Riesgos físicos, químicos, mecánicos
 - Medidas de protección de los riesgos
 - Medidas de prevención de accidentes de trabajo
- Características de la tarea
 - Conflicto y ambigüedad del rol
 - Sobrecarga
 - Grado de autonomía del trabajo
 - Responsabilidad sobre las personas y cosas
 - Grado e importancia de la toma de decisiones
 - Habilidades puestas en juego en el trabajo
 - Expectativas de promoción y desarrollo personal
 - Participación en la organización
 - Variedad, interés y complejidad de las tareas a realizar
- Procesos de trabajo
 - Organización y división del trabajo
 - Duración de la jornada laboral
 - Ritmo de trabajo
 - Nivel de exigencias del proceso
 - Amplitud de la supervisión
 - Sobrecarga cualitativa y cuantitativa (tanto física como psicológica y emocional)
 - Flujo de la información
 - Interdependencia con otros servicios
- Procesos de trabajo
 - Relaciones interpersonales en el contexto laboral (conflictos, apoyo social, cohesión grupal)
 - Dimensiones del clima laboral (orientación hacia la formación, énfasis en la innovación, apoyo a la creatividad)
 - Participación y control de los trabajadores sobre su entorno
 - Expectativas sociales acerca del propio trabajo

Las condiciones de trabajo en el sector salud

El supuesto de partida para analizar las condiciones de trabajo en el sector salud en Córdoba, es que la calidad del empleo condiciona la calidad de la atención. Ahora bien ¿qué se entiende por calidad del empleo en salud?

Para aproximar una respuesta debe considerarse en primer lugar las formas que adquiere la producción del servicio en salud, en donde el recurso humano realiza su trabajo tanto desde los aspectos subjetivos de la actividad (intereses, motivaciones, sentidos) como desde los aspectos objetivos de su práctica (conocimientos, habilidades, competencias específicas) (Padilla, 2002).

Las modalidades de producción del servicio en salud se insertan a su vez en el funcionamiento de los mercados laborales; en donde las condiciones actuales de empleo están condicionadas por el orden simbólico (representaciones sociales sobre la salud), por las interacciones entre los actores involucrados y por el marco legal institucional. En el siguiente gráfico se pueden observar las relaciones señaladas.

A partir de las transformaciones de la década del 90, este modelo de análisis en el campo de la salud debe ser trasladado desde el nivel nacional al ámbito provincial y municipal, ya que como fue señalado son los responsables de la prestación de los servicios de salud.

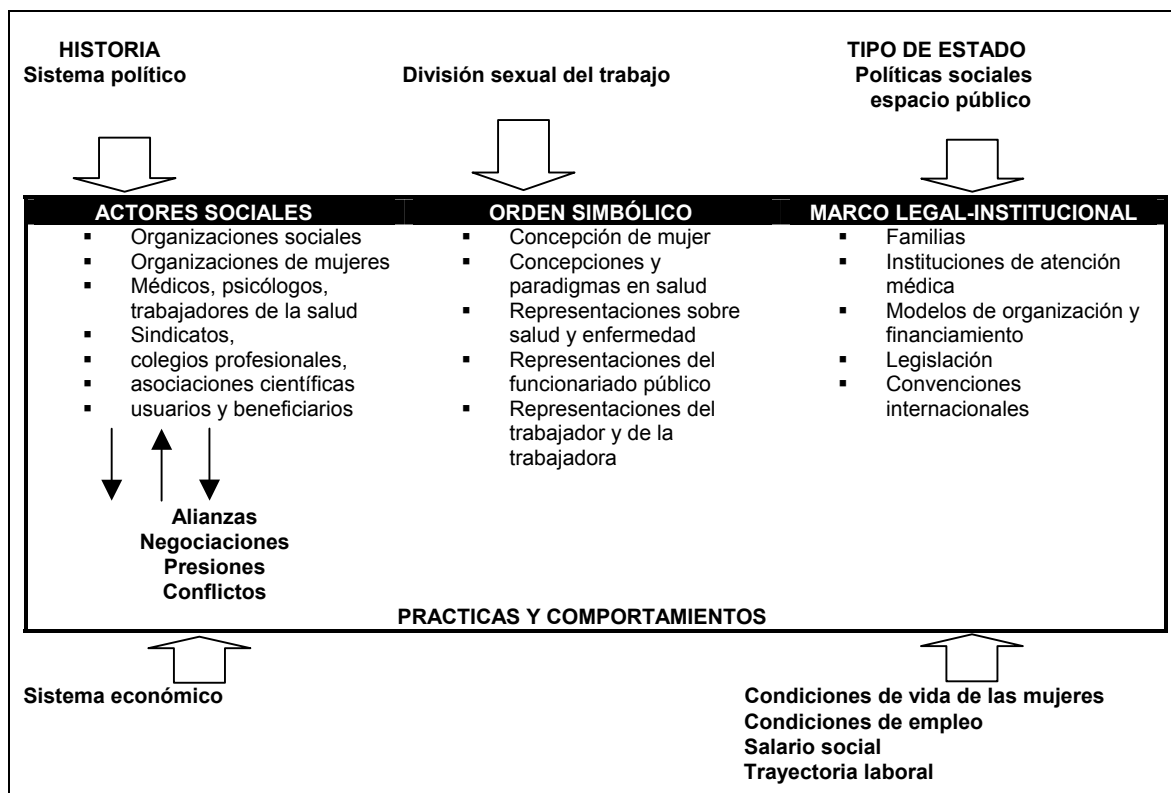
Los actores involucrados son actores locales: los gobiernos provinciales y municipales, las organizaciones sindicales con más peso son fundamentalmente los sindicatos estatales y las organizaciones profesionales, especialmente los colegios médicos y demás corporaciones profesionales (psicólogos, trabajadores sociales).³ La dirección de la política laboral del sector salud es producto de las negociaciones, presiones y conflictos a nivel local, más allá del marco general que otorga la política nacional.

El orden simbólico incide sobre la orientación de las políticas. Las discusiones centrales en este ámbito se han concentrado en las distintas concepciones sobre el proceso salud-enfermedad que abarcan desde posiciones biológicas, curativas y centradas en la enfermedad, hasta perspectivas que integran una mirada social haciendo eje en lo preventivo y en la salud. Cabe destacar que en este debate, las organizaciones de mujeres han tenido un rol fundamental. La inclusión de una perspectiva de género en los programas de salud reproductiva, las luchas por el derecho a la salud, las denuncias por los déficits de cobertura en la atención a la población femenina en situación de pobreza, la necesidad de visibilizar el impacto que tiene sobre la salud la violencia familiar, son algunos de los ejemplos donde la mujeres han incidido claramente en el diseño de los servicios de salud y en su marco legal-institucional.

Gráfico 1

MODELO DE ANÁLISIS DEL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD

3 Resulta interesante destacar que en el Código de Ética para el equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina (2001) en el capítulo dedicado a calidad de la atención, no existe ninguna mención a las condiciones de trabajo del personal, como tampoco referencia alguna a la equidad de género. El art. 117 señala que "...la calidad de la atención en salud está vinculada a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad..." con total vaguedad sobre el marco de inserción de la actividad y centrando el resultado de las prácticas principalmente en el desempeño del profesional.



Fuente: Elaboración propia.

Por último resulta fundamental considerar la división sexual del trabajo al interior del hogar y cómo esta determina las diversas modalidades de inserción de las mujeres al sector. Es decir, la perspectiva que interesa especialmente destacar son las diversas formas en que se visibiliza el aporte de las mujeres al sector, tanto a partir de su desarrollo en el mismo como trabajadoras remuneradas como la contribución de las trabajadoras voluntarias –el caso de las agentes sanitarias– las cuales con una mínima capacitación en tareas básicas relacionadas con Atención Primaria en Salud (APS) cumplen un rol estratégico, particularmente en las zonas con mayores indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) ya que realizan controles domiciliarios y son un nexo sumamente importante entre la población y el sistema de salud.

Esto significa que este trabajo no remunerado que realizan las agentes sanitarias, se asemeja a todos los trabajos "socialmente útiles" que realizan las mujeres. Se trata de aquellas tareas que sin dudas, ocupan la mayor parte del tiempo productivo de las mujeres pero que no son remuneradas. Incluso, los intentos de reivindicación de las agentes sanitarias como claves en todo proceso de APS, no han tenido repercusión política. A ello debe agregársele, sin duda la extensa duración de la jornada de trabajo de estas mujeres.

En otros términos, el abordaje de la situación del recurso humano en salud a nivel provincial y municipal que se realiza en el presente estudio, considera tanto las condiciones objetivas como las subjetivas de la práctica en salud, como también su vinculación con el trabajo reproductivo y voluntario.

II. El sector salud en la provincia de Córdoba

Desde mediados de la década del 80, el debate en torno a la necesidad de transformar los sistemas de salud a nivel mundial ha cobrado centralidad. El aumento incontrolable de los costos, la creciente brecha entre recursos invertidos y resultados obtenidos, la insatisfacción de los usuarios de los servicios, la crisis fiscal del Estado, han sido, entre los más importantes, algunos de los factores que han impulsado las discusiones y posteriores reformas.

En Argentina, este debate se introdujo en el marco de un proceso de reformas estructurales impulsados a inicios de la década del 90, que incluyó un conjunto de transformaciones económicas e institucionales de gran magnitud en todos los órdenes, y que abarcó una transformación en relación con el rol del Estado en el sistema de salud, el futuro del hospital público y su reconversión sobre la base de criterios de eficiencia y competitividad, así como la conducción del sistema de obras sociales a partir del supuesto de desregulación y de libre elección de las entidades.

Este proceso de reforma, impulsado principalmente por el gobierno nacional con el apoyo financiero de los organismos multilaterales de crédito, tuvo consecuencias claras a nivel de las jurisdicciones provinciales y municipales. En primer lugar, en 1992 se terminan de transferir todos los hospitales nacionales a las provincias. La reforma, si bien fue presentada como un proceso descentralizado y consensuado, en los hechos y salvo excepciones, se produjo un traspaso de establecimientos y del consiguiente personal afectado a los mismos sin los consiguientes recursos (financieros y técnicos) para asumir estas nuevas competencias. Paralelamente, desde la Nación se impulsó a que las provincias y los municipios avancen también con procesos de cambio, en sintonía con las políticas desarrolladas desde el nivel federal. Así fenómenos como la descentralización y municipalización, producen como resultado serios problemas de financiamiento que enfrentan las provincias y que en muchos casos son transferidos a los gobiernos municipales. La voluntad y habilidad de los gobiernos locales (provinciales y municipales) es lo que ha permitido –o no– la consolidación de los servicios de salud propios. En todos los casos es llamativa la neutralidad en términos de género de las políticas adoptadas.

El caso de la provincia de Córdoba resulta de interés por dos motivos.⁴ En principio, porque el gobierno provincial, durante la primera mitad de los noventa, resiste las presiones nacionales, planteándose como política la resolución de la crisis del sector salud pero dentro de los principios de organización del modelo sanitario “bienestarista”. Sin embargo, la crisis financiera del estado provincial desencadenada en 1995 marca los límites de esta política. Desde entonces, los diversos gobiernos provinciales han tenido al sector salud en el centro de sus agendas reformistas con el fin de otorgarle una fisonomía acorde con las restricciones fiscales del estado provincial.

A. Antecedentes históricos e institucionales

El sector salud en la provincia de Córdoba ha reproducido de manera fiel las características del sistema de salud a nivel nacional. El modelo conformado a partir de la década del cuarenta, pero que se consolida recién durante los años sesenta y setenta, se distinguió por estar constituido por tres sub-sectores (público, obras sociales y privado) que funcionaron con un bajo o nulo nivel de coordinación entre sí, provocando fragmentación, superposición e irracionalidad en el uso de los recursos, es decir, una enorme brecha entre estos y los resultados sanitarios obtenidos.

En definitiva, lo que se conforma a fines de los sesenta es un modelo resultante de una trama compleja de negociaciones y presiones mutuas entre las grandes corporaciones del sector y el Estado. Así, las corporaciones médicas, sindicales y el Estado conforman una alianza, denominada, por algunos autores, como pacto corporativo (Belmartino, 1994), en donde los intereses políticos y económicos derivados de la disputa por la apropiación de los recursos del sistema prevalecieron por sobre la racionalidad sanitaria. Este modelo, aunque con algunas particularidades locales, se estructura, también, en la Provincia de Córdoba.

Entre las características que asume el sector salud en Córdoba, se destaca el lugar que ocupó el sub-sector público. En primer lugar, tradicionalmente fue preponderante en el ordenamiento sanitario provincial, en desmedro de los ámbitos nacionales y municipales. Esto se debe principalmente a que entre los años 1979 y 1981 finaliza el proceso de transferencia de efectores nacionales hacia la provincia, quedando limitada la participación nacional a los dos hospitales universitarios (Hospital Nacional de Clínicas y Maternidad Nacional). Por otra parte, salvo la Municipalidad de la ciudad de Córdoba, fue muy escaso el desarrollo de efectores sanitarios a nivel local.

4 La provincia de Córdoba presenta una extensión de 165.321 km², organizada en 26 departamentos sumamente heterogéneos y con una densidad poblacional de 18,47. Según el Censo de 2001, la provincia cuenta con 3.052.747 habitantes.

De este modo, el estado provincial, a finales de la década del ochenta, contaba con aproximadamente 512 efectores públicos de salud (desde puestos sanitarios hasta hospitales de máxima complejidad) distribuidos en todo el territorio, otorgándole una fuerte presencia en toda la jurisdicción y brindándole un lugar preponderante en el mercado de trabajo sectorial. El Estado provincial, a partir de su red de efectores públicos de salud, constituyó históricamente una fuente importante de empleo para los profesionales de la salud, en particular, los médicos/as.

Recién en el marco de la reforma de la Constitución Provincial de 1987, y debido a las tendencias descentralizadoras de los servicios públicos, se comienza a plantear la necesidad de acotar a la jurisdicción provincial en beneficio de los municipios, para lo cual se inicia el proceso de descentralización de todos los efectores sanitarios correspondientes al primer nivel de complejidad. Esta política tuvo un desarrollo gradualista, negociado y no compulsivo lo que provocó que, al llegar al año 1995, sólo se habían firmado 12 acuerdos de descentralización de efectores.

Cabe destacar un aspecto que acentúa, todavía más, la centralidad del Estado provincial en la organización del sistema sanitario y que está ligado a las características que asume en la provincia el sub-sector de las obras sociales. En el territorio de la provincia desarrollan sus actividades, casi en su totalidad, las obras sociales y sistemas de medicina pre-pagos nacionales, siendo, en particular el Programa de Atención Médica Integral dependiente del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), una de las de mayor cobertura en la misma. Sin embargo, en el sub-sector de las obras sociales provinciales, es el Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM) el que resulta preponderante.

En cuanto al sector privado de la atención médica provincial, el crecimiento fue constante desde la década del cincuenta, en función del aumento de los recursos de la seguridad social destinados al sector, en desmedro de la capacidad prestacional de las obras sociales. Este crecimiento tuvo dos etapas. La primera, entre el 50 y el 70, se basó, fundamentalmente, en el aumento del número de camas de internación que fue quitándole al sector público importancia relativa al respecto. La segunda etapa, entre inicios de la década del 70 e inicios de los 90, se caracterizó por un fuerte proceso de especialización, diferenciación y “microempresarización” ligado a una importante incorporación de nuevas tecnologías (Navarro y Rosenfeld, 1993).

Este modelo de funcionamiento sectorial, con las particularidades descritas, es el que empieza a ser transformado a nivel nacional al iniciar la década del 90, y a nivel provincial a partir de 1995, cuando estalla la crisis del estado provincial, como consecuencia de la crisis de los mercados financieros internacionales, iniciada en México (efecto tequila).

B. La reforma sectorial

Como fue señalado, la década del noventa constituye el inicio de las transformaciones en los principios de organización social y económica en Argentina. En el caso específico del sector salud, el gobierno nacional implementó políticas de reforma que tuvieron impacto diferenciado en cada provincia (Pautassi, 2001). En Córdoba, estas políticas (Programa Nacional de Garantía de Calidad, Programa Médico Obligatorio, Hospital Público de Autogestión, Desregulación de Obras Sociales) tuvieron efecto en el sub-sector de las obras sociales y en el sub-sector privado, los cuales tuvieron que adaptarse a las nuevas de reglas de juego impulsadas desde la jurisdicción nacional. El sub-sector público adhirió sólo parcialmente a las políticas nacionales, ejemplo de lo cual fue la resistencia provincial a implementar de manera mecánica el modelo de Hospital Público de Autogestión.

Recién a partir del año 1995, y debido a la crisis financiera provocada por el denominado “efecto tequila” que hizo colapsar la totalidad de los servicios públicos provinciales, el gobierno provincial reconoce la necesidad de introducir cambios en la estructura del sector salud bajo el

argumento, no sólo, de devolverle solvencia financiera al mismo, sino también, de resolver los problemas de cobertura que se presentaban con mayor magnitud en la provincia.

Dos etapas son las que caracterizan el proceso de reformas sectoriales en la provincia (1995 a 1999 y 1999 a 2004), y resultan coincidentes con dos administraciones provinciales que, con continuidades y diferencias, han llevado adelante la reforma sectorial desde hace ya casi una década.

1. Período 1995-1999

La “emergencia” provincial que desató la crisis financiera nacional de 1995 fue el detonador del proceso reformista, que coincidió con el primer recambio de gobierno provincial desde la instauración de la nueva democracia en la Argentina. Aunque de idéntico partido que el saliente (Unión Cívica Radical) quien asume el gobierno en el año 1995 lo hace con un discurso crítico en relación con el modelo de estado construido en los últimos años. Es en este marco que se inició un proceso de reforma y ajuste en el funcionamiento del estado provincial con el objetivo explícito de devolverle solvencia fiscal y financiera, que afectó directamente el funcionamiento del sector salud.

En primer lugar, se aplicaron un conjunto de medidas de ajuste para resolver el problema de la hipertrofia del área salud y ordenar el uso de los recursos en función de los límites presupuestarios. De este modo, el presupuesto provincial para el área salud ascendía en el año 1995 a \$ 337.600.000, el cual desciende a \$ 254.400.000 para el año 1996.⁵

Esta reducción trajo aparejada una importante racionalización del personal que implicó una drástica reducción de la planta, a partir del cese de contratos e interinatos, la absorción presupuestaria de cargos vacantes y la decisión de no continuar cubriendo interinatos y suplencias. Se suspendieron además las residencias médicas rentadas en los hospitales provinciales bajo el argumento de que en medio de la emergencia provincial el estado no podía seguir destinando recursos para la formación de postgrado de los médicos/as.⁶ Esta medida fue complementada con la reducción de la planta política del ministerio de salud, lo cual tuvo como consecuencia directa una centralización en el proceso de toma de decisiones. Asimismo se efectuó un importante recorte presupuestario para el área vinculada directamente con “las cajas chicas” hospitalarias y que avanzó hasta llegar al cierre de servicios y hospitales que se consideraban como “excedentes”.

Otra medida directamente vinculada con el achicamiento del sector público provincial y con su reconfiguración, fue el proceso de descentralización emprendido, bajo el argumento de dar cumplimiento inmediato a prescripciones de orden constitucional. De esta forma, la provincia de Córdoba municipalizó, en 1996, al cabo de seis meses 480 efectores de salud, principalmente los de menor complejidad, que de acuerdo a la política asumida por el gobierno debían pasar a ser responsabilidad exclusiva de los gobiernos locales. La provincia se comprometió a garantizar el segundo y tercer nivel de complejidad (hospitales zonales, regionales y especializados).

Cabe destacar que el proceso descentralizador sectorial tuvo un carácter eminentemente fiscalista, primando las exigencias propias de la emergencia económica y presupuestaria por sobre los criterios técnico-sanitarios. La consecuencia directa fue una mayor fragmentación del sistema y una agudización de las inequidades. Este cambio en el rol del Estado provincial no fue acompañado de mecanismos que neutralizaran las dificultades de acceso de ciertos sectores de la población o compensaran las desigualdades regionales existentes. De este modo, la transferencia de servicios implicó profundas modificaciones en la distribución de las “oportunidades de vida” lo que puede observarse en las diferencias entre los municipios con recursos y sin recursos. La municipalización

5 Es decir, en un año la provincia redujo el presupuesto para el sector salud en \$83.200.000-, de acuerdo con datos provenientes del presupuesto general de la provincia de Córdoba (años 1995 y 1996).

6 Las residencias médicas constituyen un sistema de capacitación intensiva en servicio al cual se accede por concurso y se desarrollan en los hospitales provinciales.

del primer nivel se hace con fuerte oposición de los actores del sector salud y de los otros actores comprometidos en el área (Ase y Buriyovich, 2000; Pautassi, 1995).

El gobierno consideró que la crisis no sólo puede atribuirse a aspectos fiscales, sino que se debe también a prácticas administrativas inadecuadas y a una trama de relaciones de intereses particularistas. El diagnóstico oficial señaló que el hospital público presentaba una baja productividad en las prestaciones que otorga, además de encontrarse sobredimensionado y con duplicación de servicios, lo cual lo convertía en una estructura hipertrofiada e ineficiente. Entre las medidas que se tomaron, se propuso que los hospitales públicos, cuyos ingresos provienen de fondo provistos por el Estado vía presupuestaria, facturen las prestaciones que otorgan a afiliados de obras sociales, buscando alcanzar con esta medida su autofinanciamiento.

Otra de las modalidades que ensayó el gobierno para lograr el autosostenimiento de los efectores, fue a partir de la ampliación del seguro de salud provincial (IPAM) para grupos sociales en condiciones de pobreza. Esta decisión tuvo como propósito, por un lado, reorientar el subsidio desde la oferta (presupuesto de los hospitales) hacia la demanda (los sectores en estado de pobreza de la provincia) buscando promover la eficiencia en efectores que si bien continúan siendo gratuitos, introducen un mecanismo que persigue hacer de los resultados el elemento determinante del financiamiento. De esta manera se buscó que el hospital provincial le cobrara al IPAM por cada prestación que realiza y el Estado le pague directamente a esta obra social una cápita individual como un seguro de salud para los carenciados de la provincia.

Asimismo el ministerio de salud utilizó como estrategia, en este período de transformaciones, la inversión en tecnología y en infraestructura, con el objetivo que los hospitales públicos recuperen su capacidad operatoria y puedan competir en el mercado de la salud frente a la oferta privada. A través de la definición de los perfiles hospitalarios (especialización de los mismos), el gobierno pretendió instalar una gestión administrativa y gerencial adecuada, con personal de conducción capacitado para la integración con el resto del equipo de salud. Así, se implementaron –vía decreto del ejecutivo– los perfiles hospitalarios que trajeron aparejados una nueva concepción administrativa en su funcionamiento, introduciendo modernos criterios de gestión y buscando agilizar la toma de decisiones (estructuras administrativas matriciales).⁷

De esta manera, cada uno de los hospitales de la ciudad capital tuvo su perfil, con el objetivo de evitar la superposición de actividades y la duplicación de servicios y se buscó determinar cuáles serían los servicios de referencia por cada una de las especialidades médicas, sobre la base de la capacidad instalada, los profesionales, el nivel de complejidad y la producción. La idea central del gobierno fue constituir una red de hospitales complementarios y unidos por una red informática entre sí, y a la vez, centralizar la compra de insumos para cada uno de los efectores buscando recuperar una escala de compra que le permitiera negociar con los proveedores en mejores condiciones y reducir costos.

Cabe destacar que todo el proceso de transformación del estado provincial estuvo signado por un alto grado de conflictividad social debido al estilo de gestión con el que se lo llevó adelante. La falta de gradualismo, de instancias de deliberación y debate, de construcción de consensos hizo que, más allá de su mayor o menor racionalidad técnica, los actores sectoriales se opusieran firmemente a la misma. A su vez, este estilo de implementación de las reformas hizo que la discusión girara en torno al mismo, al autoritarismo con el que se procedía, pasando el debate sobre la racionalidad o no de las propuestas a un lugar secundario. La falta de instancias mediadoras, sumado a lo anterior,

7 En la estructura matricial se cambió el paradigma de la gestión vertical y por línea de mandos (que estaba orientado a la organización basada en procesos) por una matriz que combina dos formas de gestión: por funciones y por productos. La gestión funcional reúne a los especialistas y asegura el trabajo multidisciplinario y la gestión por producto facilita la coordinación entre especialidades; Ministerio de Salud Córdoba (1997). Entre los nuevos conceptos incorporados se encuentran: camas indiferenciadas, hospital de día, ampliación de cobertura horaria, temporalidad de las jefaturas de servicios y cargo único.

produjo un escenario de alta conflictividad con escasa posibilidad de lograr consenso en torno a ideas (Ase y Buriyovich, 2000).

Como corolario, el proceso de reforma implementado entre 1995 a 1999 sólo tuvo una aplicación formal y legal, pero no pudo llevar adelante los objetivos que se planteó, ya que esta implementación requería el compromiso de los profesionales y trabajadores del sector.

2. Período 1999-2003

En 1999 se inicia una gestión de gobierno que acelera el proceso de reformas y lo profundiza con tal magnitud que podría considerarse como uno de los cambios estructurales más importantes de las últimas décadas en el sector público provincial. Sólo a modo de ejemplo, en materia de efectores públicos de salud, la provincia de Córdoba contaba con 512 efectores de todos los niveles de complejidad y en la actualidad posee menos de 40, principalmente de máxima complejidad.

Un cambio importante que introdujo el nuevo gobierno fue la búsqueda de financiamiento externo para llevar adelante el mismo. El gobierno del período 1995–1999 desarrolló su programa reformista, tal como fue analizado, manteniendo un importante nivel de autonomía en relación con las políticas que se venían desarrollando a nivel nacional, especialmente en relación con los organismos multilaterales de crédito en tanto financiadores de las mismas. El nuevo gobierno, por el contrario, rápidamente decidió incorporar las líneas de políticas propuestas por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial para el sector, con el objetivo de obtener el apoyo financiero de ambos. De manera que este segundo período de reformas del sector salud provincial, es implementado, con el financiamiento de estos organismos y con el apoyo de algunos sectores de la corporación médica.

Tres fueron los aspectos reformados en este segundo período que se extiende hasta la actualidad: i) la conducción de la obra social provincial (IPAM); ii) la modernización administrativa provincial y iii) un programa de atención primaria de la salud (APS)

a) La modernización administrativa sectorial

Paralelamente y desde los comienzos de su gestión, el gobierno de la provincia de Córdoba, implementó acciones tendientes a equilibrar el presupuesto mediante reformas a la administración pública y a su gestión financiera, con el objetivo de aumentar la eficiencia y la eficacia en la provisión de los servicios sociales, entre los que se destacaban el área de salud y educación, en el marco de un crédito del Banco Mundial. El marco legal para apoyar esta iniciativa lo constituyeron tres leyes que genéricamente se conocen como “Reinvención del Estado de Córdoba”; ley N° 8835: carta del ciudadano, ley N° 8836: modernización del Estado y la ley N° 8837: incorporación de capital privado al sector público, las tres sancionadas en enero de 2000.

En términos de modernización administrativa, cabe señalar que estas leyes constituyen un verdadero compendio de la denominada Nueva Gerencia Pública (NGP). A partir de la crítica a los modelos burocráticos de gestión pública, abogan por la transformación del aparato estatal introduciendo en el mismo una lógica de resultados, orientación al cliente, incorporación de flexibilidad en la contratación del personal, contratos de gestión (Ase y Buriyovich, 2001).

En el caso del sector salud, tanto la Ley N° 8836 y la Ley N° 8991⁸ habilitaron la designación de gerentes que, de acuerdo con los propulsores de estas medidas, asumirían la tarea de transformar la gestión ministerial. De esta forma se conformó una estructura gerencial paralela a la burocrática que, de manera gradual, fue asumiendo las funciones de esta. En la actualidad se desempeñan en el

⁸ La Ley 8991/00 crea la estructura de nuevos cargos gerenciales, los que no estaban contemplados ni en el “Estatuto del Empleado Público”, ni en la “Ley del Equipo de Salud” que son las que regulan las relaciones laborales entre el Ministerio de Salud y sus agentes.

ámbito del ministerio de salud provincial 124 agentes con cargos gerenciales, no existiendo evaluaciones que permitan analizar los efectos de esta nueva estructura.

Las responsabilidades del estado provincial en relación con los servicios de salud también quedaron redefinidas en este marco legal. En primer lugar, donde mayores cambios se produjeron fue en la delimitación del alcance del derecho a la salud, garantizado en la Constitución Provincial. La coalición gobernante realiza, a partir de la nueva normativa, una interpretación absolutamente restringida del derecho a la salud al considerar que su responsabilidad se limita a un sector determinado de la población (desocupados y aquellos que carecen de seguro de salud u obra social), quienes serían los únicos habilitados para exigirle servicios adecuados de salud. Esto marca el pasaje de una concepción universalista a otra residual en el terreno de la política sanitaria.

Asimismo estas leyes posibilitaron instrumentar cambios más profundos en la organización del sistema público de salud. De esta forma, el estado provincial asume la obligatoriedad de financiar la atención médica de su población beneficiaria, pero en el contexto general de la ley, no estaría obligado a prestar directamente los servicios ya que todas las instituciones públicas (sin excepción alguna) tienen la posibilidad de su gerenciamiento privado, tercerización, capitalización o privatización. De esta manera, se sentaron las bases legales para transformar el financiamiento del sistema público de salud: del subsidio a la oferta se pasó al subsidio a la demanda.

b) Programa de reforma de la atención primaria de salud

El otro eje central en la estrategia reformista del gobierno actual fue la adhesión a la política de transformación del sistema de atención primaria de salud planteada como línea estratégica por parte del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo de esta política fue la reforma del modelo prestacional nacional, a partir de un crédito del Banco Interamericano de Desarrollo (AR-120).

Los ejes de la propuesta son los siguientes: i) priorizar la Atención Primaria de la Salud orientando las acciones para que el médico generalista o de familia ocupe la primera línea de intervención ante el requerimiento de servicios de salud; ii) reducir en forma gradual el financiamiento de la oferta para pasar a financiar la demanda; iii) asignar prioridad a los servicios con mayor eficiencia en función de los costos insumidos, entre ellos las actividades de prevención primaria; iv) orientar la provisión de los servicios hacia los grupos más vulnerables de la población a partir de la utilización de criterios específicos de localización; v) sustituir los actuales mecanismos de remuneración del personal, con la introducción progresiva de sistemas de pago por capitación y otros mecanismos alternativos basados en incentivos.

En la actualidad este programa se lleva adelante a través de dos estrategias. Por un lado, se implementó una residencia de salud familiar de características interdisciplinarias, que tiene por objetivo capacitar a profesionales jóvenes de las diversas disciplinas del campo de la salud. En el marco de la misma se crearon 50 equipos distribuidos en toda la provincia (22 en Córdoba y Gran Córdoba y 28 en el interior provincial) conformados por profesionales de la medicina, enfermería, odontología, trabajo social, psicología y nutrición. En total se desempeñan 1.000 residentes y 200 jefes de residentes e instructores docentes que trabajan en equipos, con una inserción comunitaria importante, con población a cargo y desarrollando principalmente tareas de prevención.

El objetivo que persigue el programa es la capacitación, durante tres años, de profesionales que en principio funcionarán como “punta de lanza” en la transformación del modelo prestacional (Ase, 1996). En especial, el médico de familia debe trabajar en la “puerta de entrada” de un sistema articulado y organizado en torno a la estrategia de Atención Primaria. Esta estrategia promueve el abandono de una concepción eminentemente asistencialista de la atención de la salud para reemplazarla por otra centrada en la prevención y la comunidad.

La segunda estrategia desarrollada en el marco del programa de primarización de la salud, es la reconversión del recurso humano (RRHH) ya inserto en el sector público provincial. En esta dirección se implementó un sistema de capacitación semi-presencial de seis meses de duración, cuyos contenidos se vinculan con el paradigma ya explicitado anteriormente, acompañados por incentivos económicos para quienes se van integrando. De esta forma, el ministerio de salud provincial abona \$ 200 mensuales durante seis meses (aproximadamente 65 dólares) a cada agente que realiza la actividad de capacitación. La misma cifra por igual período se abona a cada agente que, además, desarrolla un programa de prevención en su lugar habitual de trabajo.

Resulta llamativo en las dos etapas de reforma, que el recurso humano destinado al sector salud recibe un tratamiento marginal y sólo referido a ciertos sistemas de incentivos económicos para su inserción en el sistema, pero sin una estabilidad o una mejora en sus condiciones laborales. También resulta destacable que los cargos de mayor nivel de responsabilidad, por caso los gerentes del sistema de salud gozan de un mejor posicionamiento frente al resto de los trabajadores del sistema y en su mayoría se encuentran ocupados por hombres.

Nuevamente y casi como constante, no existe ninguna consideración a los impactos diferenciados para trabajadores y trabajadoras que las reformas trajeron aparejadas, situación que resulta aún más notoria cuando la mayor proporción de trabajadores son mujeres (65%). Cabe agregar, como ejemplo, los cambios en relación con el horario de trabajo. La obligatoriedad impuesta por la nueva gestión de mantener los servicios a los usuarios, desde las 8 de la mañana hasta las 20 horas, implicó cambios en los horarios de trabajo del personal. Esto se llevó adelante sin contemplar las situaciones particulares de las mujeres que necesitan conciliar sus requerimientos familiares con el trabajo.

C. El gasto en salud en la provincia de Córdoba

El análisis de la evolución de los presupuestos destinados al área salud en la provincia de Córdoba desde el año 1995, momento en el cual se inició el proceso de reforma sectorial, permite realizar algunas puntualizaciones. En primer lugar, es posible observar, a partir de la lectura del cuadro 1, que desde el año 1994, último año “pre-reforma”, hasta el año 2004 la tendencia a disminuir el compromiso presupuestario provincial con el sector salud mediante procesos nominales o “reales” de ajuste del mismo fue predominante.

En el cuadro 1 es posible observar que ya en el presupuesto del año 1996 se presenta una importante disminución nominal del orden de los \$ 83,2 millones, debido principalmente al fuerte proceso de descentralización de efectores de salud provinciales hacia los municipios.

Cuadro 1

FONDOS PRESUPUESTARIOS ASIGNADOS A SALUD. PROVINCIA DE CÓRDOBA, 1994 A 2004

Años/ Millones de \$	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	293,1	337,6	254,4	268,3	238,1	252,0	254,1	228,2	241,0	246,6	284,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los presupuestos generales de la Provincia de Córdoba correspondientes a los años 1994 a 2004. Gobierno de la provincia de Córdoba.

El segundo momento de importante ajuste nominal del gasto en salud se expresa en el presupuesto 2001, último de la “era” de la convertibilidad,⁹ el cual recibe un recorte de \$25,9 millones, convirtiéndolo en el más bajo de la serie analizada. Este ajuste que implica, inclusive, un retroceso comparado con el primer año de la gestión de gobierno actual, coincide con el inicio de una nueva crisis de financiamiento provincial.

Las dos crisis de financiamiento del estado provincial aludidas han coincidido con períodos fuertemente recesivos de la economía nacional, que trajeron como consecuencia directa un inédito deterioro de los indicadores sociales, tanto a nivel nacional como provincial, que se tradujo en incrementos en la demanda de los servicios públicos estatales. Es paradójico que, en idénticos contextos, dos gobiernos de signo político diferente, no hayan logrado “aislar” al sector salud de los avatares financieros. Por el contrario, en momentos en donde se incrementan los requerimientos sociales hacia el Estado, el sector salud aparece como un lugar “preferencial” para recortar recursos económicos.

A partir de enero de 2002, y luego de aplicada una devaluación del peso en relación con el dólar, los presupuestos en el área salud sufren sucesivos incrementos nominales pero siempre muy por detrás de los índices inflacionarios y de la devaluación de la moneda. Este punto cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que los insumos del sector tienen costos altamente dolarizados. Desde entonces hasta la fecha, el ajuste real de los recursos destinados al sector provincial de la salud es del orden del 31,19%.¹⁰

Por otra parte, al analizar en forma desagregada la evolución de los programas presupuestarios desde el año 2002 hasta la fecha, el ajuste “real” de los recursos asignados a los mismos se hace de forma sumamente heterogénea. No obstante, es posible afirmar que, la mayor parte del “peso” del mismo recae sobre el recurso humano del sector que se encuentra con sus salarios “congelados” desde entonces, a pesar de los índices inflacionarios y la devaluación de la moneda.

Cabe destacar que el ajuste del sector provincial de la salud como producto del proceso de reformas se traduce principalmente en que el gasto sectorial perdió participación en relación con el gasto público provincial total (cuadro 2).

Cuadro 2
PARTICIPACIÓN PRESUPUESTARIA DE LA FINALIDAD SALUD EN PROMEDIO

Período	1970-1972	1973-1975	1976-1983	1984-1989	2002-2004
Porcentaje	13,00	12,40	13,70	17,40	9,54

Fuente: Elaboración propia en base a Rosenfeld y Navarro (1993:240) para los cuatro primeros períodos y para el último período sobre la base de los presupuestos generales de la provincia de Córdoba correspondientes a los años 2002,2003 y 2004. Gobierno de Córdoba.

Como puede observarse, la “vieja” configuración del sector público provincial llegó a consumir el 17,4% de los recursos provinciales, mientras que la “nueva” ha limitado y consolidado esa participación, en los últimos tres años, en alrededor del 9,54% promedio.

Finalmente resulta importante destacar algunas consideraciones vinculadas al tipo de financiamiento de las instituciones sanitarias provinciales. En este sentido, hay que decir que, a pesar de que los diferentes gobiernos nunca adhirieron de manera plena al modelo de Hospital de Autogestión propuesto desde la jurisdicción nacional, desde el año 1994 las autoridades sanitarias provinciales llevan adelante, con diferentes énfasis según el período, una política de “recupero del

9 La ley de Convertibilidad estableció la paridad peso/dólar en 1, a partir de garantizar la libre convertibilidad de todos los pesos circulantes por sus equivalentes en dólares (reservas Banco Central).

10 Esta cifra se obtiene considerando que al final del año 2003 el IPC (Índice de Precios al Consumidor) lleva acumulado un 44,3% y el IPM (Índice de Precios Mayoristas) 118,5%. Para realizar el cálculo del ajuste real se tomó un promedio de ambos. Asimismo desde la salida del Plan de Convertibilidad la moneda nacional (peso) lleva acumulada a la fecha, una depreciación en relación con el dólar del 66%, con un impacto directo en los costos del sector salud y en relación con el poder adquisitivo del gasto en el mismo.

Gasto” (Ley 8373/94). De esta forma, se habilita a las instituciones públicas provinciales para que puedan facturar sus prestaciones a las obras sociales nacionales y provinciales, en la medida que sean beneficiarios de las mismas los afiliados de estas. En esta dirección, el recupero del gasto permitiría encontrar fuentes alternativas de financiamiento para los hospitales, aliviando los presupuestos provinciales, a la vez que se termina con un subsidio indebido a las obras sociales.

Ahora bien, si consideramos que algunas investigaciones señalan que el financiamiento del Hospital de Autogestión, a través de los recursos que provienen por esta vía (recupero vía obra social) alcanza solamente un 30-40% de las necesidades totales de financiamiento (Montoya, 1996; Tobar, 2001), se concluye que la experiencia de recupero del gasto en Córdoba ha producido magros resultados. Para cuantificarlo, del total del gasto asignado a la finalidad salud para el año 2004, sólo el 1,35% provendría de la facturación hospitalaria a las obras sociales.¹¹

D. El modelo sanitario provincial emergente

Luego de transcurrido prácticamente una década desde el inicio del proceso de transformación del sistema sanitario provincial se vislumbran características específicas del nuevo modelo de funcionamiento del sector salud en la provincia de Córdoba. Las reformas fueron llevadas a cabo por dos gestiones gubernamentales de corte político diferente y en direcciones opuestas. Sin embargo, en los últimos años diversos equipos ministeriales han acordado que el modelo sanitario provincial conformado desde la década del 50 es inviable.

En el caso del actual gobierno provincial, desde los inicios de la gestión, manifestó la orientación que buscaba imprimirle al sistema de salud. A los postulados enunciados en las dos normas básicas “Carta del Ciudadano” y “Modernización de Estado” se agregan las recomendaciones de políticas en los proyectos de reforma financiados por el Banco Mundial y el BID. Sin embargo, los principios sobre los que debe funcionar un Sistema Integrado Provincial de Atención de la Salud recién son explicitados con la sanción de la Ley N° 9133 “de Garantías Saludables” aprobada en Noviembre de 2003 y actualmente en proceso de reglamentación. La conformación de este Sistema, según el texto legal, tiene un doble propósito. Por un lado, terminar con la crónica ineficiencia en el uso de los recursos sanitarios y, por el otro, implementar la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como eje articulador del nuevo sistema.

Para lograr estos objetivos, la ley propicia: i) integración y articulación de todos los efectores en torno al desarrollo de la estrategia de APS en los distintos niveles de complejidad; ii) determinación de la cobertura mínima universal mediante la configuración de una canasta básica prestacional; iii) asignación creciente de recursos hacia los programas de promoción y prevención; iv) respeto de la política de descentralización de los servicios pero integrándolos en redes de derivación de complejidad creciente; v) cumplimiento de las acciones de salud mediante el criterio denominado de “población bajo responsabilidad nominada”; vi) implementación de la clave única de identificación sanitaria de personas, a los efectos de implementar la Historia Clínica Única en toda la provincia; vii) coordinación de inversiones con las distintas jurisdicciones estatales como con el sector privado; viii) establecer indicadores de cumplimiento de acciones previstas en la ley.

Varios son los aspectos que deben analizarse del marco jurídico-técnico que incorpora esta ley. En primer lugar, la propuesta de definir una canasta universal y básica prestacional completa el proceso de reconceptualización del derecho a la salud y la responsabilidad estatal en relación con él. La Ley 8835 limita el alcance de esta responsabilidad exclusivamente a la población sin cobertura, mientras que la Ley 9133 limita la cantidad de prestaciones que tendrán carácter universal.

11 En el presupuesto general de la provincia de Córdoba del 2004 el Programa 404 se denomina convenio con organismos de la seguridad social (incluye recupero del gasto y programas federales) y tiene una asignación de \$ 9.594.700, cifra que equivale al 3,37% del total. El sub-programa 404/1 denominado recupero del gasto hospitalario asciende a \$ 3.831.900, equivalente al 1,35% del total para la finalidad salud.

A su vez, la ley de garantías saludables, establece la forma según la cual deberá definirse el monto de la cápita correspondiente a la canasta básica prestacional, de acuerdo con consideraciones referidas a nivel de complejidad y riesgo sanitario. Esta cápita deberá ser abonada por el ente financiador correspondiente (público, semi-público o privado) al prestador. La definición de una cápita que “sigue al paciente” estaría abriendo las puertas para la introducción del mecanismo de subsidio a la demanda en detrimento del tradicional de subsidio a la oferta, en particular, en referencia a la población sin cobertura que se considera responsabilidad estatal.

Finalmente, la propuesta de lograr la coordinación de todos los efectores sanitarios de la provincia, sumado al criterio según el cual se debe garantizar la accesibilidad geográfica de las personas a los servicios independientemente del sub-sector al que pertenecen los mismos, implicaría una redefinición del rol del estado provincial en el sistema. En efecto, la Ley 9133 acentúa el rol planificador, regulador, acreditador, evaluador y financiador del estado provincial. Sin embargo, con la excepción de los programas preventivos, el rol prestador queda diluido. La coordinación en el campo de las inversiones en el sector podría habilitar a que, en algunas zonas de la provincia, el sector privado crezca teniendo como garantía las cápitras de la población sin cobertura y que deben ser financiadas por el gobierno provincial.

Otro aspecto destacable de la ley es el que obliga a todos los entes financiadores que funcionan en la provincia a establecer un primer nivel de atención a cargo de médicos de familia o médicos generalistas que trabajen con población a cargo (“población bajo responsabilidad nominada”) y funcionen como “porteros” del sistema. De esta forma, se propone que, cada médico de primer nivel, tenga bajo su responsabilidad un número de personas que oscilaría entre las 1000 y 1200, siendo esta tarea remunerada de manera capitada. Este médico también debería desarrollar programas de promoción y prevención de enfermedades sobre el mismo.

La propuesta, tal como está formulada, apuntaría a un doble objetivo. En primer lugar, buscaría racionalizar la demanda al sistema sanitario a partir de considerar que el médico de primer nivel se encuentra en condiciones de resolver casi el 90% de las patologías y, de esta manera, evitaría el tránsito innecesario de pacientes hacia los niveles de mayor complejidad del sistema. En segundo lugar, se propicia un cambio en la modalidad de trabajo de los profesionales de la salud, virando de una posición meramente asistencialista a una preventivista y promotora de la salud. La exigencia de desarrollar programas de promoción y prevención, sumado a la decisión de evaluar el desempeño de los médicos del primer nivel en base a contratos centrados en la evolución de los indicadores sanitarios de su población a cargo, serían los factores que impulsarían la transformación. Aquí, la promoción y la prevención dejarían de ser tareas libradas a la “buena voluntad” del médico para convertirse en parte central de los compromisos asumidos por este en el marco de su contrato de trabajo.

El logro de los objetivos señalados permitiría dotar al sistema de salud de una mayor racionalidad, con una estructura de referencia y contrarreferencia de complejidad creciente o decreciente, según el caso, y hacer una utilización más eficiente de los recursos destinados al mismo. Este proceso, que recién se inicia, dependerá claramente del comportamiento de los diversos actores involucrados para lograr la conformación del nuevo modelo.

Nuevamente cabe destacar que la racionalización en materia de recurso humano que se aplicó en las sucesivas reformas alcanzó tal dimensión que resulta llamativa la baja incidencia, en términos de conflicto gremial y social que produjo. Aún más, el segundo paso fue la implementación de la precarización en las condiciones de trabajo de los y las ocupados en el sector con escasa resistencia por parte de los trabajadores, independientemente de los bajos niveles de participación habilitados al efecto. Aquí el sistema de incentivos económicos actuó como bisagra para legitimar el cercenamiento de otros derechos. Cabe agregar que el contexto en el que se desarrollan las reformas incluye altas tasas de desempleo, incluso para los profesionales, lo cual explica también en parte el disciplinamiento del sector. Es posible pensar que los trabajadores están más dispuestos a aceptar la

precarización y la flexibilización que la pérdida del empleo. Es decir, los reclamos, movilizaciones y luchas son por el empleo y no por la calidad del mismo.

Tampoco se consideraron en el proceso de reforma las condiciones de trabajo del personal que pasa a ocupar funciones en los efectores descentralizados. Desde el inicio, todo el personal fue transferido a los distintos municipios. Esto implicó, en algunos casos, reducción del salario, pérdida de la carrera profesional, pérdida de antigüedad, vacaciones y de estabilidad. La descentralización tampoco tuvo en cuenta las nuevas competencias necesarias para asumir las tareas de gestión que requieren estas unidades menores (municipios y comunas) ante el nuevo personal.

A su vez no existen menciones importantes, salvo la clasificación de los equipos de salud de la ley 7625, sobre la escala jerárquica del personal afectado al sector, lo cual en el contexto de precarización del recurso humano se mantiene vigente sólo para el personal de planta, quedando el personal contratado fuera de esta disposición. Valga como ejemplo, el caso de la mayoría de los agentes sanitarios que eran contratados porque no se encuadraban dentro de la Ley del Equipo de Salud. Estas personas fueron “descentralizadas” a los municipios o, en un número muy elevado de casos, fueron despedidas. Por el contrario, sí se han jerarquizado áreas dedicadas a la administración del sistema, por caso, los 124 cargos gerenciales designados para funciones de modernización de la administración sectorial.

En la misma dirección, toda la reforma del sistema (en sus dos manifestaciones) se basó en el discurso de la eficiencia y eficacia, especialmente a partir del achicamiento del gasto –entre ellos personal– y en una transferencia de responsabilidades a los propios trabajadores en el éxito de implementación del nuevo sistema. Esto es, la suerte del Sistema de Atención Primaria recae sobre un reducido número de profesionales, entre ellos los médicos generalistas, que en contextos de extrema pobreza, no sólo deben seguir con las habituales tareas asistenciales sino que principalmente deben encargarse de tareas preventivas, muy necesarias por cierto, pero sin los consiguientes insumos para ello. Clara mención de ello es la reducción en el monto presupuestario de las erogaciones de capital destinadas al sector salud.

A su vez en el marco de esta transformación en el rol del Estado provincial como garante de la salud de la población, se inaugura un proceso de selección de los ciudadanos con derecho a la cobertura en función de su situación de pobreza, y por otra parte los ciudadanos con capacidad de pago que deben abonar las prácticas hospitalarias. Esto es, la responsabilidad de la salud de la población es selectivamente asumida por el Estado provincial.

Los efectos de estas políticas sobre los servicios aparecieron como permanentes denuncias de desatención de pacientes (falta de camas, falta de infraestructura necesaria para una correcta atención, deterioro de los hospitales, problemas con la derivación de pacientes). Asimismo es claro el tratamiento de toda la reforma como si fuese neutral en términos de género, tanto por parte de sus promotores y los decisores políticos, como también en relación con los trabajadores y las trabajadoras y con la ciudadanía en general. Ni las instancias gremiales ni movimientos sociales organizados han realizado esfuerzos por visibilizar los impactos en términos de género de esta reforma.

III. El recurso humano en salud en la provincia de Córdoba

Los años 90 han implicado cambios en la organización de los servicios públicos de salud de la Provincia de Córdoba que han afectado también a los trabajadores y a las trabajadoras del sector. La “cuestión” del personal en la Administración Pública no ha integrado la “agenda” con la relevancia con la que lo han hecho otros temas de la reforma tales como el ajuste, el desfinanciamiento, la libre elección del prestador, entre otros. De allí la necesidad de colocar el tema como una categoría de “asuntos a resolver”, incorporando en la misma la equidad de género.

Diversos estudios han puesto de relieve la relación entre las políticas de RRHH y los resultados de las organizaciones públicas. Existe evidencia del limitado peso de la tecnología o de los sistemas de producción, por sí solos, en el resultado final de trabajos realizados por profesionales (médicos, asistentes sociales o maestros). Los elementos que mejor definen la calidad de un servicio son la competencia profesional, el buen criterio y la motivación con que se asuma la tarea respectiva.

Dentro de las reformas, la transformación más significativa fue en el año 1996 con la descentralización hacia las jurisdicciones municipales de más 400 efectores quedando el sector público provincial conformado por 37 efectores (13 en la Capital de la Provincia y 24 en el Interior). Actualmente la estructura sanitaria de la Provincia de Córdoba se caracteriza por el hecho que el 50% de los recursos del sector son públicos (camas y efectores) y de estos, aproximadamente el 80% son efectores de baja complejidad (primero y segundo nivel de atención) (cuadro 3)

Cuadro 3
TOTAL DE EFECTORES PÚBLICOS Y PRIVADOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. AÑO 2004

Tipo de efector	Efectores públicos	Efectores privados
Puestos sanitarios	243	--
Dispensarios	366	--
Centros médicos	--	269
Servicios de emergencia	--	56
Hospitales	137	--
Clínicas	--	364
Camas	6 790	6 927
Total efectores	746	689
Total camas	6 790	6 927
Camas X 1000 hab.	2,23	2,27

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Córdoba.

En el caso del sector privado, la mayoría de los efectores presentan mayor complejidad (segundo y tercer nivel de atención) y la relación cama x 1000 habitantes presenta una relación similar tanto en el sector público como en el privado. Considerando la distribución de las camas privadas la misma se presenta muy desigual en cada uno de los departamentos de la provincia. A modo de ejemplo, en algunos departamentos (Minas, Sobremonte, Tulumba) no hay camas privadas mientras que en otros departamentos (San Justo) puede llegar a casi cuatro camas por 1000 habitantes. Esta relación condice con el desarrollo económico de cada departamento.

La distribución de las camas públicas es aún más desigual. El rango va de 41 camas a 0,12 camas por 1000 habitantes. A modo de ejemplo, en algunos departamentos, la mayor cantidad de camas públicas compensa la ausencia de camas privadas (Sobremonte). En otros (San Alberto) no hay camas privadas y la relación entre camas públicas por 1000 habitantes es casi nula (0,50). En los departamentos de Tercero Arriba y Unión, se presenta una relación de camas por habitantes tanto en el sector público como en el sector privado mayor a la media general. La relación cama por 1000 habitantes sumando públicas y privadas también presenta una distribución muy desigual: el rango observado va de 41 a 0,50, siendo la media de 4,49.

Con respecto a la presencia en la Provincia de instituciones y camas geriátricas, la distribución es muy diferente a la situación descrita en los cuadros anteriores. En primer lugar, la gran mayoría de los geriátricos y las camas son privadas (cuadro 4). Así el total de camas privadas de la Provincia es de 12.612, siendo casi el 50% de las mismas camas geriátricas. En algunos departamentos no hay camas geriátricas ni públicas ni privadas.

Cuadro 4
TOTAL DE INSTITUCIONES Y CAMAS GERIÁTRICAS EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

	Geriátricos privados	Geriátricos públicos
Geriátricos	219	3
Camas geriátricas	5 685	472
Camas geriátricas X 1000 habitantes	1,86	0,15

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Córdoba.

De acuerdo con la información ofrecida por la Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA) aproximadamente el 30% del trabajo en el sector privado de la salud se realiza bajo

condiciones de precariedad (sin aportes a la seguridad social y sin registración de contratos). En las instituciones geriátricas esta proporción es aún mayor. Además, en un número importante aunque difícil de precisar, son los efectores geriátricos los que no están registrados, precarizando aún más las condiciones de trabajo. Cabe destacar, que según la misma fuente, el 80% de las personas que trabajan en estas instituciones son mujeres. A su vez, la ausencia de geriátricos (tanto públicos como privados) perjudica particularmente a las mujeres por la recarga de trabajo doméstico que implica el cuidado de los ancianos al interior de los hogares.

En el siguiente cuadro se puede observar la distribución de los profesionales de la salud en la Provincia de Córdoba (cuadro 5). Cabe destacar que el Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud, (RUGEPRESA) no contiene datos desagregados por sexo.

Cuadro 5

TOTAL DE PROFESIONALES DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, AÑO 2004

Profesión	Cantidad de profesionales	Relación profesional/ habitantes (**)
Bioquímicos	2 293	1 331
Farmacéuticos	2 620	1 165
Fonoaudiólogos	667	4 577
Kinesiólogos	2 164	1 411
Médicos	13 450	227
Nutricionistas	684	4 463
Odontólogos	5 199	587
Psicólogos	2 399	1 273

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Córdoba (2004)

(**) Relación entre la cantidad de profesionales y el número de habitantes.

La provincia de Córdoba supera los estándares del “Plan Decenal de las Américas” (8 médicos por 10.000 habitantes), sin embargo la distribución de los profesionales es muy desigual al interior de la provincia. Si se considera a los médicos, en Córdoba Capital, hay un médico cada 137 habitantes mientras que, por ejemplo, en el departamento San Alberto hay uno cada 1097. Por su parte y a modo de comparación, en la ciudad de Buenos Aires –donde se presenta el núcleo de mayor densidad de médico por habitante– para 1998 la relación habitante/médico era de 95.

En otras profesiones esta distribución desigual es aún más evidente. En el caso de los odontólogos, en Córdoba Capital hay un odontólogo cada 369 habitantes y en Tulumba es uno cada 12.105. En relación con los psicólogos, hay un psicólogo cada 716 habitantes en Córdoba Capital y uno cada 11.052 en el departamento General Roca.

Entre los profesionales de la salud predominan los médicos con una participación de 45,63%. En todo el país, los médicos constituyen más de la cuarta parte de la fuerza de trabajo del sector. La situación en Córdoba es similar a lo relevado en otras provincias (55% en Formosa, 67% en La Rioja) (Abramzón, 2003). Al igual que en el resto de las provincias, el porcentaje mayor de médicos nos informa de un modelo de atención centrado en esta categoría de profesionales. Las profesiones que se ubican en segundo y tercer lugar son los odontólogos y los farmacéuticos.

El análisis de la evolución de la matriculación médica permite observar una presencia creciente de la mujer en esta profesión. Según los datos relevados por una investigación del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (Zárate, 2004), en septiembre de 2004 hay 15.010 médicos matriculados en dicha institución, de los cuales 6.419 son mujeres. Agrega el estudio, que la matrícula femenina en los últimos 40 años ha crecido en Córdoba: de ser menos del 10% en los años 60 a obtener paridad en los 90 y, en el comienzo del presente decenio, han comenzado a predominar las mujeres. Sin embargo, en la feminización de la matrícula se manifiestan determinadas características que permiten observar las restricciones de género. Existen 56 especialidades médicas reconocidas. Las cinco especialidades más elegidas por las mujeres son: ginecología, medicina interna, obstetricia, pediatría y tocoginecología (Zárate, 2004).

El empleo en la salud pública provincial

1. Efectos del proceso de reforma

No obstante ser, el campo de los servicios de salud, un sector mano de obra intensivo, los procesos de reforma han descuidado las políticas dirigidas al recurso humano (Novick y Galin, 2003) con el agravante, además, que en la mayoría de los casos, el personal de salud ha sido visualizado como un escollo a sortear para lograr éxito en los citados procesos de cambio.

En este sentido, el proceso de reforma en la provincia de Córdoba no ha escapado a la regla. En escasas oportunidades se han desarrollado procesos que abrieran espacio al debate, al intercambio y a la deliberación, con el fin de estimular la participación y el involucramiento del recurso humano en los procesos de transformación planteados para el sector.

Durante el primer período analizado (1995-1999), la relación entre el gobierno provincial y el personal de salud se caracterizó por el enfrentamiento y el conflicto. Las urgencias fiscales y financieras del gobierno del citado período hicieron que la política de personal estuviera centrada en el “ajuste”. Mediante la suspensión de contratos, suplencias, interinatos y residencias, además del proceso de municipalización de personal, la provincia logró realizar un drástico recorte de la planta de personal del ministerio de salud.¹²

La disminución del número de trabajadores en el sector salud estuvo acompañada, asimismo por una rigurosa política de controles que, se fundamentaba en el supuesto que en la medida que se lograra mejorar la productividad y el rendimiento del personal remanente, resultarían menos necesarios y “reclamables” gremialmente los despedidos.

Resulta interesante destacar que este estricto control de los horarios de trabajo vino a romper un acuerdo tácito entre los actores institucionales hospitalarios. Las holguras fiscales de otras épocas permitían algunas designaciones “excedentarias” de personal que posibilitaba apuntalar el siguiente “contrato implícito”: los sectores médicos aceptaban salarios bajos a cambio de que se permitiera el incumplimiento de las cargas horarias reglamentarias. Las restricciones fiscales del gobierno durante este período hicieron insostenible este acuerdo implícito, al tiempo que se hizo indispensable que el reducido personal que quedaba trabajara la totalidad de las horas contractuales y sin modificación salarial.

Esta situación fue fuente de numerosos conflictos entre el gobierno y el personal de salud, el cual se consideraba como víctima del proceso de reordenamiento fiscal de la provincia. Además, el equipo ministerial no asumió al personal del sector como un interlocutor legítimo para establecer canales de debate y participación en torno al proceso iniciado, por considerar que, representaban la defensa de privilegios inaceptables o, en el mejor de los casos, voluntarismo con escasa racionalidad (Ase y Buriyovich, 2000).

El segundo período reformista (1999–2004) tuvo en relación con el personal características diferenciales. Este gobierno impulsa medidas que le permiten desactivar el conflicto en el sector salud: i) revierte todas las políticas de transformación –con excepción de la descentralización– impulsadas por el anterior gobierno, ii) señala su decisión de recomponer la planta de personal “achicada”, iii) otorga un incremento salarial universal a los miembros del equipo de salud denominado “incentivo por calidad del servicio”; y iv) designa a importantes representantes del gremialismo médico al frente de algunas direcciones hospitalarias. A pesar que durante este segundo período, también faltaron los espacios de debate y deliberación en torno a la reforma, las cuatro medidas antes señaladas lograron virar la situación de conflicto sectorial hacia una de

12 La magnitud del ajuste efectuado es materia de controversia al no existir registros oficiales al respecto. Según diversas fuentes consultadas (funcionarios y dirigentes gremiales), el número de empleados del ministerio de salud al inicio del período oscilaba entre 15.300 y 18.000, cifra que se reduce drásticamente al final del mismo para ubicarse entre los 8.700 y 10.500 empleados. Más allá de la imprecisión de las cifras, existe consenso en que la reducción del personal de salud durante esos años fue más que significativa.

aquiescencia y pasividad en relación con esta nueva etapa de cambios. La moderada resistencia opuesta al proceso de reforma provino de algunos sectores médicos cuyos intereses consideraban vulnerados por la política de gerenciamiento de la Obra Social Provincial (IPAM) pero no hubo resistencia por parte de los trabajadores del sector público de la salud.

En otros términos, a lo largo del segundo período de reformas, la pretensión ministerial no fue la de disminuir la cantidad de personal del sector –de hecho el mismo se ha incrementado desde 1999– sino que la política fue la flexibilización de las condiciones de trabajo de los empleados del sector salud. La estrategia para lograr el objetivo flexibilizador fue la disminución del personal de planta permanente y su reemplazo por personal contratado.

La diferencia señalada radica en que el personal de planta permanente es el que ingresa al estado provincial siguiendo las normativas establecidas, en cambio con el personal contratado la relación laboral se rige por un contrato de plazo determinado y se prestan servicios de forma personal y directa. En el caso del personal contratado se considera que se empleará exclusivamente para realizar trabajos, que a juicio de la autoridad, no puedan ser ejecutados o no convenga sean realizados por el personal permanente, dada la especificidad de los mismos. En definitiva, entre las diferencias existentes entre unos y otros, la más significativa es que el personal permanente goza de estabilidad en el cargo, mientras que el personal contratado no goza de dicha garantía.

Posteriormente la Ley N° 8836/00 de modernización del estado provincial contemplaba un amplio menú de opciones que facilitaba la salida del personal de planta permanente de la administración pública.¹³ Al reglamentarse la ley queda establecido que los cargos liberados por el personal que abandone la administración pública serán dados de baja del presupuesto provincial y se reemplazarán con contratos a plazo fijo en los casos en que se justifique por estrictas razones de servicio, en particular, en las áreas de seguridad, salud y educación.

Finalmente, en el marco del acuerdo de préstamos firmado con el BID (AR-120) para financiar el programa de reformas, se estableció que a futuro debían utilizarse modalidades flexibles de contratación de personal. Esta política adquirió su máxima intensidad entre los años 2002 y 2003, período en el cual el gobierno provincial jubila (pasa a retiro) aproximadamente a 2000 trabajadores dependientes del Ministerio de Salud (cifra provisoria extraoficial).

2. Perfiles ocupacionales

La política de recursos humanos del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba está a cargo de la Dirección de Recursos Humanos que depende de la Secretaría de Salud. Su misión es la aplicación de políticas sobre recursos humanos a saber: aplicación de la Ley 7625, intervención en el ingreso, capacitación y egreso del personal, implementar y fiscalizar el sistema de residencias de salud, determinar necesidades de personal de salud, proponer mecanismos que posibilite una mejor distribución geográfica de los recursos humanos, intervenir ante las autoridades educacionales para actualizar los contenidos de las carreras profesionales y técnicas relacionadas con la salud.

Para el año 2004, según información del ministerio de salud, la estructura de personal está conformada por 12.790 cargos, de los cuales 4.742 (37,1%) son cargos de planta permanente y 6.502 (50,8%) son cargos contratados (incluye becas y residentes). De este total, el 65,4% de los trabajadores son mujeres (8371 trabajadoras) y el 34,6% varones (4.419 trabajadores). Es decir, al igual que a nivel nacional el mayor porcentaje de trabajadores son mujeres.

TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS POR CONDICIONES DE CONTRATACIÓN Y POR SEXO¹⁴

13 Entre las posibilidades que ofrece la ley se encuentran: i) jubilación automática (art. 28), ii) pasividad anticipada voluntaria (art. 29), iii) transferencia a la actividad privada (art. 30) y iv) retiro voluntario (art. 31).

14 Del total de cargos del personal del Ministerio de Salud, 885 ocupados se encuentran en estado jubilatorio a los cuales no se los incluye en el cuadro 6 y se los analiza en cuadro 11.

Condición de contratación	Cantidad	%	Mujeres		Varones	
			Total	%	Total	%
Personal permanente	4 742	37,1	3 220	67,9	1 522	32,1
Personal contratado	6 502	50,8	4 144	63,7	2 358	36,3
Suplente	103	0,8	55	53,4	48	46,6
Interino	426	3,3	277	65	149	35
Funcionario	132	1	36	27,3	96	72,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, 2004.

Las condiciones de contratación no afectan de manera diferencial a mujeres y varones. Se mantienen las proporciones en casi todos los cargos. Sólo entre los funcionarios políticos esta proporción se invierte ocupando las mujeres el 27,3% presentándose un claro fenómeno de segregación vertical.

En el caso de las trabajadoras de planta permanente gozan de 120 días de licencia por maternidad (20 días anteriores al parto y 100 días posteriores al mismo) y una vez reincorporadas al trabajo, gozan de dos horas diarias para lactancia, durante el primer año después del nacimiento. Recientemente (año 2004), las trabajadoras contratadas han obtenido la equiparación tanto de la licencia por maternidad como de la licencia por lactancia en iguales condiciones que el personal de planta. Las diferencias se presentan en relación con otro tipo de licencias, pero en relación con la maternidad se logró el respeto de este derecho. En el caso de las profesionales residentes, la licencia por maternidad es sólo de 30 días y no tienen contemplada las horas de lactancia.

Aquí se vislumbra una clara contradicción en términos de políticas públicas, en tanto desde el Ministerio de Salud de la Nación, como en las provincias y en los municipios existen importantes programas de promoción de la lactancia materna para las usuarias del sistema pero no se contemplan licencias por lactancia para un sector importante de trabajadoras del sistema de salud. Si bien se avanzó en otorgarles a las trabajadoras bajo contrato, no se consiguió para las residentes, que son las que generalmente se encuentran en plena etapa reproductiva.

Esta estructura de personal se financia con la suma de \$ 147.412.800 que es el equivalente al 51,76% del total de recursos destinados a la finalidad salud para el año 2004. La inexistencia de información impide comparar estos datos con series históricas. Sin embargo, una mirada sobre los recursos destinados a los hospitales provinciales (datos representativos del conjunto) desde 1999 hasta el año en curso, permite analizar la evolución de esta política flexibilizadora (cuadro 7).

Cuadro 7
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN PERSONAL HOSPITALARIO
(En millones de \$)

Año	Personal permanente	%	Personal no permanente	%	Total	%
1999	89 896 063	95,75	3 988 084	4,25	93 884 147	100
2000	89 601 318	92,27	7 509 866	7,73	97 111 184	100
2001	78 862 174	74,35	27 200 820	25,65	106 062 994	100
2002	80 228 853	74,05	28 112 856	25,95	108 341 709	100
2003	75 820 856	66,77	37 728 911	33,23	113 549 767	100
2004	72 924 700	65,31	38 715 000	34,69	111 639 700	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de los presupuestos generales de la provincia de Córdoba correspondientes a los años 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. Gobierno de Córdoba.

El análisis de los datos presentados en el cuadro 7 permite observar la magnitud del proceso de reconducción de recursos desde las partidas destinadas al personal permanente hacia las destinadas al no permanente. Es notable observar que en el año 2004, el 34,69% del presupuesto destinado a personal permite financiar al 50,8% de agentes (contratados) del sector. Estas cifras dan cuenta que el salario promedio del personal contratado se encuentra por debajo del promedio salarial de los agentes de planta permanente. Por otra parte, el tiempo de duración de los contratos puede ser semestral, anual o plurianual, que varía de acuerdo al área o función, generando de esta

forma un alto nivel de incertidumbre laboral en el personal. La política de flexibilización, no sólo introduciría un alto grado de discrecionalidad en el ingreso y egreso de los trabajadores al sistema, sino también, posibilitaría mantener o aumentar el número de cargos con igual o menor cantidad de recursos financieros asignados al sector.

a) Estructura del personal según funciones asistenciales o administrativas

Al interior del personal de salud es posible distinguir entre aquellos ocupados/as en tareas asistenciales de quienes se encuentran ocupados en tareas administrativas, aunque al igual que a nivel nacional, el peso significativo de la ocupación en este sector está en la atención directa.

Cuadro 8

OCUPADOS EN SECTOR PÚBLICO PROVINCIAL EN TAREAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS, AÑO 2004

Tareas administrativas		Tareas asistenciales	
Personal afectado	%	Personal afectado	%
3 274	27,5	8 631	72,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2004.

La proporción de ocupados varones y mujeres en las áreas administrativas es similar, a diferencia de esta proporción en la función asistencial donde casi el 70% son mujeres.

Cuadro 9

TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR PÚBLICO PROVINCIAL EN TAREAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Función administrativa		Función asistencial	
	Ocupados	%	Ocupados	%
Femenino	1 766	53,9	5 966	69,1
Masculino	1 508	46,1	2 665	30,9
Total	3 274	100	8 631	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2004.

Dentro del sector público provincial, los trabajadores y las trabajadoras que cumplen funciones asistenciales en salud, se encuentran en una situación de mayor flexibilidad que los administrativos. Con la implementación de los procesos de reforma desde el año 2000 se ha impulsado a través de diversas medidas el retiro del personal de planta permanente y la transformación de estos puestos en contratos a plazo fijo. Es posible suponer que estos reemplazos han sido mayores en los puestos de función asistencial que en los administrativos y aún más, la transformación de cargos de función administrativa en cargos que cubrieran tareas asistenciales.

Cuadro 10

TIPOS DE RELACIONES CONTRACTUALES DEL PERSONAL SEGÚN TAREAS ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES, AÑO 2004

Tipo de relación contractual	Tareas administrativas	Tareas asistenciales
Permanente	51,4%	35,5%
Contratado	44,1%	58,6%
Suplente	0,5%	1%
Interino	-	4,9%
Funcionario	4%	-
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2004.

Como parte de las medidas flexibilizadoras, se encuentra un importante número de trabajadores que se han acogido por su propia decisión a mecanismos de retiro anticipado (personal en estado jubilatorio). Los datos de los agentes en estado jubilatorio permiten observar que son más las mujeres afectadas por esta situación 72,20%. Si bien no se pudo conocer los motivos por los cuales las mujeres hacen uso de esta opción, es probable que se deba al mayor desgaste que la tarea le causa a las mujeres y un mayor deterioro en sus condiciones de salud.

Cuadro 11
PERSONAL EN ESTADO JUBILATORIO, AÑO 2004

Sexo	Personal en estado jubilatorio	%
Femenino	639	72,20
Masculino	246	27,80
Total	885	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2004.

Finalmente cabe destacar que el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, en el marco de lo dispuesto por la Ley 24557 de Riesgos del Trabajo que dispone la obligatoriedad de afiliación de los trabajadores a algún sistema de protección, contra accidentes y enfermedades del trabajo, acaba de suscribir un contrato con una entidad Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) para su personal. Sin embargo, no se ha comenzado todavía a realizar los controles obligatorios de salud.

b) El equipo de salud: los grupos ocupacionales

Los integrantes de los denominados Equipos de Salud en la Provincia de Córdoba están regidos por la Ley N° 7625 (Régimen para personal del Equipo de Salud Humana) que los incluye en 5 grupos ocupacionales:

El régimen escalafonario comprende dos niveles: i) el nivel operativo; y ii) el nivel de conducción. El nivel operativo comprende a todo el personal que desarrolla tareas operativas asistenciales; mientras que el de conducción reviste en once categorías conforme a un sistema de puntajes establecido según requisitos de antigüedad y capacitación.

El nivel de conducción incluye al personal que se desempeña jerárquicamente. Este nivel está integrado por cinco tramos: i) supervisión; ii) sección, iii) división, iv) servicio; v) departamento. También dentro del Equipo de Salud se encuentran los residentes del Programa de Residencias en Salud Familiar y los residentes de otras especialidades. Si se analizan los niveles educativos alcanzados por los trabajadores del sector con función asistencial se observa que la mayor proporción (70%) alcanza niveles de enseñanza superior.

Cuadro 12
TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL EQUIPO DE SALUD DESAGREGADOS POR GRUPO OCUPACIONAL, AÑO 2004

Equipo de Salud	Ocupados	%
Becas de salud familiar	427	4,9
Grupo ocupacional I	3 151	36,5
Grupo ocupacional II	1 676	19,4
Grupo ocupacional III	397	4,6
Grupo ocupacional IV	2 082	24,1
Grupo ocupacional V	107	1,2

Residentes	791	9,2
Total	8 631	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2004.

El sistema de residencias en la provincia es una modalidad importante de contratación y remuneración para profesionales graduados. Se trata de un sistema de capacitación intensiva en servicio al cual se accede por concurso. La duración varía entre tres y cuatro años de acuerdo con la especialidad. Según puede observarse en el cuadro 12 alrededor del 15% (residentes más becas de salud familiar) del recurso humano destinado a funciones asistenciales pertenece a este grupo.

Cuadro 13

OCUPADOS EN LOS EQUIPOS DE SALUD POR GRUPO OCUPACIONAL Y POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Gr. Oc. I Profesional*		Gr. Oc. II Profesional*		Gr. Oc. III Técnicos		Gr. Oc. IV Auxiliares*		Gr. Oc. V Idóneos	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Femenino	2 480	56,76	1 453	86,69	284	71,54	1 689	81,12	60	56,07
Masculino	1 889	43,24	223	13,31	113	28,46	393	18,88	47	43,93
Total	4 369	100	1 676	100	397	100	2 082	100	107	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2004.

* Médicos, Odontólogos, Psicólogos, Bioquímicos, Biólogos, Sociólogos, Farmacéuticos, Veterinarios, Ingenieros Sanitarios.

• Auxiliares de Enfermería.

Si bien las mujeres están sobrerrepresentadas en todos los grupos ocupacionales, esta sobrerrepresentación es mayor en los grupos ocupacionales II, III y IV. El grupo de los técnicos tradicionalmente estuvo constituido por varones, especialmente los radiólogos. Según los datos de la provincia, en la actualidad y en el sector público esta relación se ha invertido siendo las mujeres más del 70% de este grupo ocupacional.

Se puede observar, también, la persistencia de una segregación horizontal (las mujeres se concentran más en cargos y funciones asociadas a cuidados maternos: enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicopedagoga). En el sector público provincial es posible observar segregación vertical con las mujeres (la diferencia entre los potenciales aspirantes a puestos de conducción y quienes efectivamente ocupan dichos cargos). Las mujeres, a pesar de ser mayoría en el sector, acceden menos a los cargos de conducción. Esta situación puede atribuirse a la presencia de un “techo de cristal”. Si, además, se observan los datos del cuadro 14 (condiciones de contratación) se concluye que la segregación vertical se da tanto en los cargos de conducción política como de conducción técnica.

Cuadro 14

DISTRIBUCIÓN DE LOS CARGOS POR SEXO, AÑO 2004

Tipo de Cargo	Mujeres		Hombres	
	Cantidad de cargos	%	Cantidad de Cargos	%
Jefe de Departamento			4	100
Jefe de Servicio	8	25	24	75
Jefe de División	7	87,5	1	12,5
Jefe de Sección	26	47,3	29	52,7
Supervisión	126	75,4	41	24,6
Operativo	5 457	68,7	2 481	31,3
Residentes	342	80,1	85	19,9

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2004.

Si para analizar la distribución de los cargos de conducción sólo tomamos el Grupo Ocupacional I la segregación vertical observada es aún mayor. Las jefaturas de sección de este grupo ocupacional son ocupadas en un 64,7 % por varones, lo cual se agrava considerando que es el grupo ocupacional donde hay casi igual número de mujeres y de varones. También cabe destacar que el 100% de las Jefaturas de Servicio son del Grupo ocupacional I. El Grupo Ocupacional II cuenta con pocos cargos de conducción y de ellos la mayoría de estos son supervisiones. Los Grupos ocupacionales III y V no tienen cargos de conducción y el Grupo IV sólo tiene una jefatura de sección y tres supervisiones.¹⁵

Como ya se describiera, el nivel operativo reviste en 11 categorías. Estas categorías definen una carrera horizontal por la cual se asciende según la antigüedad y la capacitación. No se encontraron diferencias significativas por sexo en las distintas categorías. Es importante resaltar que el 58,1% de los trabajadores se encuentran en la categoría 1. Este dato se explica por la cantidad de personal contratado por la última gestión. Cabe aclarar, que a la situación de precariedad de este personal se le suma su imposibilidad de “hacer carrera” dentro de la administración pública porque para poder ascender se requiere ser personal de planta permanente.

Finalmente, en relación con la política de recursos humanos, el proceso de transformación implementado por el actual gobierno introdujo otra novedad. Se trata de la utilización de incentivos materiales con el objetivo de impulsar comportamientos deseables en el personal. Históricamente, las remuneraciones del personal de salud sólo se diferenciaban en función de la antigüedad, la carga horaria y el nivel escalafonario (personal de planta permanente). Con la introducción de incentivos comienzan a haber diferenciaciones que premian determinados tipos de comportamiento, como por ejemplo los que se aplican para los equipos dedicados a APS.

Debido al corto plazo que ha transcurrido desde el inicio de la implementación del sistema de incentivos, no se pueden extraer conclusiones generalizadas, pero sí resulta posible considerar algunos aspectos. En primer lugar, en el marco de un contexto como el actual, caracterizado por el repunte inflacionario provocado por la “megadevaluación” del 2002, la política de incentivos estaría sufriendo algunas distorsiones.

Una importante cantidad de empleados públicos adhieren a las actividades que implica el pago de incentivos, como forma de acceder a un incremento salarial. Pero esta adhesión, que resulta meramente formal, carece en la mayoría de los casos, del compromiso necesario para provocar una transformación del sistema asistencial. Ejemplo de ello es el Programa de reconversión de recursos humanos en Atención Primaria de la Salud, cuyos coordinadores, ante el ostensible incumplimiento de las actividades por parte de los participantes, debieron reformular el propio incentivo. En la actualidad en lugar de abonarse a la totalidad de quienes se inscribieron en el programa se realiza sólo para aquellos que alcanzan un mínimo de resultados aceptables.

En síntesis, el pago de incentivos de manera diferenciada, en el contexto actual, no estaría sirviendo para modificar las características estructurales del sistema. Por lo mismo, resulta necesario analizar cómo están impactando este tipo de medidas en la salud de los y las trabajadores, en tanto este tipo de medidas, muchas veces se convierten en un estresor más para el personal que en un verdadero “incentivo”.

15 Según lo manifestado en una entrevista a la secretaria de Salud del Sindicato de Empleados Públicos de la Provincia de Córdoba en la discusión de las nuevas orgánicas hospitalarias, la gran mayoría de los cargos de conducción estaban siendo transformados en cargos del Grupo Ocupacional I. Según su lectura “los cargos de enfermería se estaban transformando en cargos médicos”.

3. El síndrome de *Burnout* en las trabajadoras y los trabajadores de la salud¹⁶

El síndrome de *burnout* (“quemarse” en el trabajo) hace referencia a los síntomas que presentan algunas profesiones que se dirigen a la prestación de servicios sobre las personas, entre las que se encuentran los profesionales sanitarios. “El profesional que continuamente trabaja con personas en labor asistencial va acumulando un estrés crónico que puede cansarle emocionalmente y, finalmente, llevarle a una situación de agotado o quemado” (Maslach y Jackson, 1997). En castellano ha comenzado a ser llamado como síndrome del estrés laboral asistencial.

Este síndrome ha sido estudiado como la combinación de diversos estresores (sociales, laborales, personales). La definición más aceptada actualmente considera al síndrome de *burnout* una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la inadecuación laboral. En el caso del trabajo en la atención sanitaria las fuentes de estrés más citadas son: el conflicto y la ambigüedad de rol, la sobrecarga de tareas, la infrautilización de habilidades, los recursos inadecuados y la escasa participación. Si se considera la situación en que habitualmente se trabaja en el sistema sanitario público (numerosos pacientes, necesidad de toma de decisiones críticas sobre la base de información escasa o ambigua, situación socio-económica de los pacientes, entre otros), estas condiciones desfavorables se hacen por demás evidentes (Marín, 1995).

El *burnout* puede considerarse como el estado final de una progresión de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico, que se produce principalmente en los marcos laborales de las profesiones de ayuda y/o atención. La mayoría de los profesionales sanitarios pasa gran parte de su tiempo laboral en contacto (extenso e intenso) con otras personas (pacientes y sus familiares). Esta relación interpersonal suele estar cargada emocionalmente y acompañada de sentimientos de tensión, ansiedad, miedo o incluso hostilidad encubierta. La relación interpersonal en esas condiciones es una fuente casi constante de estrés que acaba conduciendo al desarrollo de lo que se denomina *burnout*.

Maslach y Jackson (1997) relacionan el síndrome de *burnout* con factores ambientales e individuales a partir de un enfoque empírico de los datos obtenidos de los trabajadores: es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan directamente con personas.

Fuentes de estrés ocupacional en el marco sanitario

Una de las variables situacionales que parece ser central en la aparición del estrés ocupacional es la cantidad y calidad o grado del contacto con otras personas que son los receptores de los servicios. La atención a los pacientes proporciona grandes satisfacciones pero es emocionalmente muy exigente, de forma que cuanto más tiempo se le dedica, mayor es el riesgo de agotamiento emocional que se corre. Maslach y Jackson (1997) han demostrado que cuanto más tiempo pasan los médicos en contacto directo con el paciente, tanto más alta era su puntuación en la

16 El presente apartado sintetiza los resultados de dos trabajos de investigación sobre *burnout*. El primero fue realizado en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba en el año 2001 y la población relevada fue el equipo de salud (Buriyovich, Neder, Berra, Cerino y otros, 2001). El segundo es una investigación realizada con personal de enfermería en el Hospital Neonatal (provincial) y en el Hospital de Urgencias (municipal) (Cerino, Sandagorda y Portillo, 2003). Estas investigaciones se centraron en las condiciones laborales y organizacionales que producen un estrés ocupacional crónico.

subescala de agotamiento emocional. Aquellos profesionales que utilizaban parte de su tiempo dedicados a la docencia y/o a la administración puntuaban más bajo en esa subescala.

El contacto directo con el paciente puede producir tensión emocional de varias formas. En algunos casos son los propios sentimientos y conductas de los pacientes las causas de esa exigencia emocional. Una segunda fuente de tensión emocional lo constituye la naturaleza de la enfermedad. Una tercera fuente de tensión emocional viene dada por los problemas de comunicación con los pacientes. Un aspecto clave en la aparición de estrés ocupacional es la frustración relativa. Se trata de la diferencia entre las expectativas de éxito y el éxito conseguido. El sentimiento de frustración y fracaso está directamente relacionado con el estrés. Los sentimientos de desilusión de los profesionales sanitarios, sobre todo en los primeros años de su ejercicio profesional, son el resultado de la experiencia de fracasos repetidos unidos a expectativas poco realistas, que generan la frustración y un alto nivel de tensión emocional (Marín, 1995).

Cuadro 15

DETERMINANTES MÁS SIGNIFICATIVOS DEL ESTRÉS OCUPACIONAL EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Relación con personas (paciente y familiares)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimientos, emociones y conductas del paciente ▪ Frustración relativa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Naturaleza de la enfermedad ▪ Estrés ocupacional crónico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas de comunicación ▪ Ambigüedad de rol
Bajo nivel para controlar el propio trabajo y la enfermedad		

Fuente: Marín, J. (1995) "Psicología social de la Salud". Síntesis, Psicología. Madrid.

Cuando la relación profesional sanitario-paciente se deteriora, incumplimiento de las prescripciones, insatisfacción del paciente y del profesional, es frecuente "culpabilizar" de ello a las personas que interaccionan. Así, con cierta frecuencia, el profesional piensa que el paciente es el "culpable" de la mala relación, lo cataloga de "mal paciente" y genera cierto grado de hostilidad y resentimiento hacia él o ella, y se justifica la "deshumanización" de la relación. También es común que los profesionales terminen reduciendo su eficacia autopercebida, cuestionando su propia capacidad profesional e incluso personal, perdiendo la confianza en sí mismos, su equilibrio emocional y su capacidad para trabajar con sus compañeros, para acabar culpándose a sí mismos del fracaso de la relación terapéutica con sus pacientes.

Pueden ser numerosas las variables que intervienen en el proceso de desgaste que ocurre en el profesional. El Inventario de Maslach¹⁷ distingue tres dimensiones: i) cansancio emocional: describe los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo, es decir, cuando la fuerza o capital emocional se va consumiendo, el profesional ve cómo se vacía su capacidad de entrega a los demás, tanto desde un nivel personal como psicológico; ii) despersonalización: aparición de unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que trabaja, que se traduce en un proceso de endurecimiento en relación con sus pacientes en el caso de los profesionales de la salud, que los conduce a considerar que esas personas son algo o bastante merecedoras de sus problemas. El desarrollo de la despersonalización aparece relacionado con la experiencia del agotamiento emocional; iii) autorrealización personal: describe sentimientos de competencia y éxito en el trabajo. En el burnout implica la tendencia a evaluarse negativamente. En estos casos el o la profesional puede sentirse infeliz y descontento, consigo mismo y con su labor.

Los resultados obtenidos en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba (Buriyovich y otros, 2001) reflejan que el personal presenta un alto cansancio emocional, baja despersonalización y alta realización personal. El análisis de las tres escalas está indicando una

¹⁷ El *Maslach Burnout Inventory* (MBI) es un inventario autoadministrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. El *burnout* se concibe como una variable continua que se puede experimentar en bajo, moderado o alto grado y no como variable dicotomizada que está presente o ausente.

percepción de estrés laboral medio. Los puntajes según la profesión varían: los psiquiatras y los psicólogos presentaron mayor cansancio emocional y menor realización que el resto de los trabajadores. Cabe aclarar que estos puntajes permiten ubicar al personal en un nivel de estrés medio.

En el caso del Hospital Neonatal (provincial) (Cerino, Sandagorda y Portillo, 2003) se trabajó con personal de enfermería de la institución. La enfermería es una de las profesiones sin lugar a dudas netamente “femenina”. Es la profesión donde más claramente se expresa la socialización de género ligada al “cuidado del prójimo”. El personal de enfermería es sometido a niveles considerables de estrés. La enfermería se considera una ocupación de alto riesgo, con un amplio perfil de daños para quienes la ejercen: altas cargas físicas (sobreesfuerzo físico, exposiciones a contaminantes) y psicológicas (Pautassi, 2001). La mayoría de los estudios identifican los siguientes factores de estrés: la demanda de una alta especialización, la falta de personal, la poca comprensión de los supervisores, la imposición de horarios y la falta de reconocimiento económico. En las mujeres enfermeras este estrés es aún mayor al presentarse conflictos entre los roles maternos y ocupacionales.

Cuadro 16

RESPUESTAS Y CONSECUENCIAS ANTE EL ESTRÉS CRÓNICO OCUPACIONAL EN EL PERSONAL SANITARIO

ESTRÉS OCUPACIONAL CRÓNICO	AUTOCULPABILIZACIÓN Sentimiento de inadecuación personal Sentimiento de inadecuación profesional Sentimiento de incompetencia Pérdida de la autoestima	AUTORREALIZACIÓN PERSONAL AGOTAMIENTO EMOCIONAL
	CULPABILIZACIÓN DEL PACIENTE Insensibilidad hacia el/ella Fracaso en la atención Fracaso en la relación Percepción negativa del paciente	DESPERSONALIZACIÓN EN EL TRATO

Fuente: Marín, (1995) “Psicología social de la Salud”. Síntesis, Psicología. Madrid.

Los valores encontrados en la subescala de cansancio emocional puntúan en el límite entre estrés bajo y medio, con un porcentaje significativo de personal con valores de cansancio emocional correspondiente a estrés medio. Con respecto a la subescala de despersonalización los puntajes se ubicaron en estrés bajo, salvo en aquellos servicios con alta rotación de pacientes. En la tercer subescala considerada que es realización personal es esperable, según la bibliografía, que la misma disminuya a medida que aumenta el cansancio emocional y la despersonalización, sin embargo no es esta la correlación encontrada a nivel local donde en este ítem la puntuación general y específica en cada servicio es alta. Estos datos permiten pensar que los logros alcanzados profesionalmente son importantes aunque el costo de relación enfermera-paciente (cansancio emocional y despersonalización) también es alto.

En ambos estudios se encontraron valores medios y altos en las subescalas cansancio emocional y realización personal y bajos puntajes en la escala de despersonalización. El nivel de estrés encontrado (nivel medio) sugiere que el tener trabajo (aún en malas condiciones) sigue siendo un factor protector de la salud. Esta situación permite proponer acciones preventivas para abordar el cansancio emocional, con altas probabilidades de tener buenos resultados a partir de que el personal aún se encuentra motivado para trabajar en la institución. Cabe destacar que cualquier medida que se adopte en esta dirección debe incluir la perspectiva de género para poder de ese modo, considerar las particularidades de la salud de los y las trabajadores.

4. La obra social: el instituto provincial de atención médica (IPAM)

El IPAM fue creado en 1972 para dar cobertura en salud a los empleados públicos, tanto provinciales como municipales, y a los jubilados y pensionados de la provincia. El instituto es una entidad autárquica, dependiente del Ministerio de Salud, que tiene a su cargo el control y la fiscalización económica, financiera y médica del mismo.

En sus inicios el Instituto comienza brindando cobertura a 180.000 afiliados (Barri, 2000), pero posteriormente tiene un crecimiento asombroso. Algunas investigaciones afirman que entre 1972 y 1983 la tasa anual de crecimiento de beneficiarios es del 19,2%, mientras que entre 1983 y 1989 esa tasa crece al 27% (Navarro y Rosenfeld, 1993), llegando en la actualidad a tener alrededor de 490.000 afiliados. Para dimensionar la importancia de esta agencia al interior del sistema de salud provincial, basta con señalar que en la década del 80, representaba el 20,6% del total de la población con cobertura y su participación en la facturación mensual del Colegio Médico de la ciudad de Córdoba alcanzaba al 30% (Navarro y Rosenfeld, 1993).

A diferencia de lo que sucede con las obras sociales nacionales, a través del IPAM, se implementan las políticas de las diversas gestiones ministeriales provinciales. De este modo el IPAM se transformó, con el transcurso de los años, en un importante recurso que consolida la centralidad del estado provincial al interior del complejo entramado de relaciones que conforman los mercados provinciales de la salud. Sin embargo, la historia de este instituto está signada por periódicas crisis de financiamiento. Lentamente se fue transformando en una pesada carga para los diversos gobiernos y el conflicto y las negociaciones permanentes con los prestadores, para evitar los cortes de servicios, fueron construyendo la historia más reciente del mismo (Barri, 2000).

Con el objetivo de poner fin al espiral de gastos crecientes e incontrolables del Instituto, en el período 1999-2000 se inició una nueva reforma a partir de impulsar el gerenciamiento privado. De este modo, el actual gobierno provincial diseñó una estructura que implicó una transformación política-institucional: se pasó del pago por prestación a un pago capitado; y se limitó la libertad de elección del profesional por parte del paciente. De esta forma en enero del 2000, el gobierno presentó su proyecto para el IPAM, que contenía un pliego de licitación para que se eligiera entre un mínimo de tres y un máximo de cinco gerencadoras privadas, para encargarles la atención de los beneficiarios de la obra social. Cada una de estas empresas debía montar su propia red de cobertura médica en todo el territorio provincial, y en el caso de las ciudades más importantes, debían contar con prestadores exclusivos. Los afiliados se repartirán al principio en forma aleatoria, pero luego se los habilitaba a cambiar de gerencadora dos veces al año.

De acuerdo con lo establecido en el plan de gobierno, el IPAM les pagará a estas administradoras privadas una capita por cada afiliado a la obra social que se suscriba a una de las administradoras. Esta medida apuntaba a corregir que el IPAM históricamente pagaba íntegramente los servicios que médicos, clínicas, y farmacias prestaban a sus afiliados. Esta nueva medida se fundamentaba en que las cinco gerencadoras seleccionadas garantizaban mayor eficiencia en la tarea, evitando sobrepagos o sobreprestaciones.

Las características del plan IPAM 2000 fueron que las gerencadoras debían contar con personería jurídica, estructura administrativa y médica; y ofrecer garantías reales (un capital de un millón de pesos). Se conformaban en redes, las que debían ofrecer cobertura en toda la provincia, salvo las ciudades principales que debían tener prestadores exclusivos. En las localidades de menos de 2000 habitantes los prestadores podían pertenecer a todas las redes. El Ministerio de Salud es el encargado de distribuir, en forma aleatoria, los afiliados a cada una de las gerencadoras. Para ello, debía considerar la edad del afiliado, lugar de trabajo y el consumo médico de los últimos años. La provincia a su vez, debía instrumentar un mecanismo para que el afiliado se informe a qué red fue asignado y qué prestadores le ofrece la gerencadora. Los afiliados podían cambiarse dos veces al año. Los prestadores también podían cambiarse a otra gerencadora— El Ministerio de Salud no se encuentra facultado para promover o interferir en tales traspasos, pero si busca incentivar la competencia entre las diversas redes.

Los afiliados debían seguir pagando el co-seguro que sigue siendo recaudado por el IPAM. El prestador no puede cobrar ningún tipo de adicional, y hacerlo le valdrá ser eliminado de la red a la que pertenece. Los médicos con menos de 5 años de antigüedad en el ejercicio profesional no pueden ser prestadores del IPAM. Las gerencadoras pueden incorporar a los hospitales públicos dentro de su red y negociar con ellos los aranceles. La rentabilidad de las gerencadoras equivale al cinco por ciento del monto de las cápitas giradas por la provincia. Con este monto, deben asumir sus gastos administrativos e impositivos.

El nuevo gerenciamiento del IPAM lleva cuatro años de funcionamiento y ha recibido cuestionamientos por parte de actores relevantes. La subprestación, las demoras y listas de esperas para la realización de estudios, las irregularidades en los traspasos de red, cobros de adicionales en contravención a la normativa vigente, inconvenientes en la provisión de medicamentos, demoras en los pagos a los prestadores y descuentos arbitrarios por parte de las redes a los mismos, son, entre las más importantes, algunas de las falencias del sistema que están siendo denunciadas.

El IPAM está conducido por un directorio, presidente y dos vocales varones. En su organigrama se presentan cinco gerencias: Planificación, Operativa, Administración, Legales y Comunicación. A excepción de la Gerencia de Administración, todos los gerentes son varones. La distribución por sexo en las jefaturas de división y sección es igualitaria. El total de trabajadores del IPAM son 212 personas, de los cuales 96 son varones y 116 mujeres. De los 212 empleados 45 son contratados y el resto personal de planta.

IV. El recurso humano en la salud pública municipal

El Municipio de Córdoba Capital tiene una población de 1.267.774 personas. Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en mayo de 2003 el aglomerado urbano de Córdoba tiene más de un hogar de cada 10 con necesidades básicas insatisfechas (NBI). De los 877.262 hogares que tiene la provincia, más del 11% (97.376) no alcanza a satisfacer sus necesidades básicas. En el primer semestre del mismo año, y de acuerdo con la misma fuente de información, se verifica que un 19,9% de hogares y un 26,7% de personas se encuentran bajo la línea de indigencia y un 54,4% de personas bajo la línea de pobreza. En el caso de los hogares con NBI de Córdoba, el 56% no tiene cobertura médica privada ni obra social.

El municipio Capital cuenta con más de 80 efectores de salud de distinto nivel de complejidad (dispensarios, unidades primarias de atención a la salud y hospitales), organizados en torno a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), con una planta de personal –en mayo de 2004– de 1713 trabajadores/as, en su mayoría mujeres (65%). Desarrollan en su ámbito un conjunto de programas municipales que definen cuáles son las prioridades a tener. Sin embargo, también ocupan gran parte de sus recursos en atender la demanda espontánea fuera de los programas. Cabe destacar que gran parte de los efectores de salud municipales (centros de salud y unidades primarias de atención) se encuentran ubicados en los barrios que presentan una mayor concentración de hogares con NBI. Dos instituciones de salud muy importantes de la Ciudad pertenecen al ámbito de la municipalidad son el Hospital de Urgencias y el Hospital Infantil.

En materia de capacidad instalada, el municipio de la ciudad de Córdoba cuenta con 360 efectores de salud, tanto públicos como privados, y un total de 4201 camas hospitalarias, siendo la relación camas por mil habitantes de 3,29, según datos del Ministerio de Salud de la provincia. El sector privado prácticamente duplica la cantidad de efectores públicos y de camas instaladas, quedando claramente diferenciado el desarrollo de uno y otro sector. En el caso del sector público la capacidad instalada tanto provincial como municipal queda reflejada en el siguiente Cuadro, como también la composición del sector privado:

Cuadro 17

ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DEL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO EN EL MUNICIPIO CAPITAL, AÑO 2004

Tipo de Efeotor	Sector Público (provincial y municipal)	Sector Privado
Dispensarios	90	--
Centros Médicos	--	181
Servicios de Emergencia	--	7
Hospitales	14	--
Clínicas	--	68
Camas	1 640	2 561
Total efectores	104	256
Total camas	1 640	2 561
Camas x 1000 hab.	1,29	2,01

Fuente: Elaboración propia en base al Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud (RUGEPRESA), Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Córdoba.

Para la gestión de la salud, la Municipalidad de Córdoba cuenta con la Secretaría de Salud y Ambiente. De esta Secretaría dependen la Sub-Secretaría y la Dirección General de Coordinación Administrativa. A su vez de la Sub-Secretaría dependen dos Direcciones: la Dirección General de Atención de la Salud y la Dirección General de Ambiente y Desarrollo Sustentable. Las acciones del presente estudio se focalizaron fundamentalmente en la Dirección General de Atención de la Salud. La misma cuenta con ocho direcciones: Dirección del Hospital de Urgencias, Dirección del Hospital Infantil, Dirección de Medicina Preventiva, Dirección de Especialidades Médicas, Dirección de Atención Primaria de la Salud, Dirección de Servicio Odontológico, Dirección Padre Lamónaca y Dirección de Farmacia Municipal.

Las relaciones laborales en el sector de salud municipal se rigen por la Ordenanza 8023 “Escalafón del Personal de la Administración Pública Municipal”. Según este escalafón el personal de salud reviste en un agrupamiento especial para los profesionales y técnicos de la sanidad. El agrupamiento “técnico de sanidad” incluye al personal que cumple tareas de apoyo asistencial sanitario, diagnóstico, terapéutica y afines; a los que realiza el agrupamiento profesional de Sanidad. Este agrupamiento comprende técnicos profesionales y técnicos auxiliares. El agrupamiento Profesional de Sanidad comprende a su vez, a los profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos y otros profesionales universitarios cuya carrera tenga una duración de 5

años o más y que cumplan tareas asistenciales, sanitarias y administrativas desarrolladas mediante acciones de promoción, protección y rehabilitación de la salud (arts, 37, 38, 56 y 47 Escalafón del Personal de la Administración Pública Municipal, Ordenanza 8023).

Del mismo modo que en otras jurisdicciones, en el sector salud municipal predominan las trabajadoras mujeres (64,9%).

Cuadro 18

TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR SALUD MUNICIPAL POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Ocupados	%
Femenino	1 111	64,9
Masculino	602	35,1
Total	1 713	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Las trabajadoras son mayoría en casi todos los agrupamientos señalados, principalmente bajo la categoría profesionales de la sanidad (29,6%), siendo minoritaria la presencia femenina en los agrupamientos maestranza y técnicos de escalafón general (28,4% y 21,7% respectivamente). También son minoría en los cargos de directores (45,5%)(cuadro 17).

Cuadro 19

TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR SALUD MUNICIPAL POR AGRUPAMIENTO, AÑO 2004

Agrupamiento	Ocupados	%
Administrativos	83	4,8
Contratados	414	24,2
Directores	33	1,9
Jefes	25	1,5
Maestranza	74	4,3
Profesionales de sanidad	507	29,6
Profesionales escalafón general	68	4
Servicios	88	5,1
Técnicos auxiliares sanidad	233	13,6
Técnicos escalafón general	23	1,3
Técnicos profesionales sanidad	165	9,6
TOTAL	1 713	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

El 42% del personal tiene más de 20 años de trabajo en el sector público y el 16,2% cuenta con más de 15 años (cuadro 18). Estos datos indican que el recurso humano municipal cuenta con una gran experiencia y antigüedad en el cargo. Por otro lado, el 24,9% del personal tiene entre 1 y 5 años de antigüedad. De estos datos se desprende la necesidad de organizar buenos canales de transferencia de información y de capacitación del personal más antiguo al más nuevo, particularmente incorporando la perspectiva de género.

Cuadro 20

ANTIGÜEDAD DE LAS PERSONAS OCUPADAS EN SALUD, AÑO 2004

Cantidad de años	Ocupados	%
1-5	424	24,9
6-10	118	6,9
11-15	170	10
16-20	276	16,2
21 y más	716	42
Total	1 704	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Como ya se explicitara, el municipio de la ciudad de Córdoba atiende el primer y segundo nivel. La cantidad de personal asignado a los diferentes lugares de trabajo indica, en parte, la orientación de esta política. El primer nivel de atención está cubierto por la Dirección de Atención Primaria de la salud que cuenta con el 32,9% del total de los trabajadores del sector. El segundo

efector que dispone de más trabajadores es el Hospital de Urgencias (25,2%), hospital de mayor complejidad dentro de la Secretaría

Los lugares de trabajo donde hay mayor cantidad de mujeres son aquellos más cercanos a la población o más ligados a los roles maternos: el 72,3% en la Dirección de Atención Primaria y 73,3% en el Hospital Infantil. Esto condice, en primer lugar, con el tipo de especializaciones “femeninas” que generalmente acceden las mujeres (pediatría, clínica médica, ginecología, sicología, trabajo social, enfermería) que se vinculan con tareas de tipo reproductivas, y que las posiciona en los lugares más cercanos a la pobreza y a la satisfacción de necesidades básicas.

Cuadro 21
TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS SECTOR SALUD MUNICIPAL POR LUGAR DE TRABAJO, AÑO 2004

Lugar de Trabajo	Ocupados	%
APS	563	32,9
Especialidades Médicas	173	10,1
Medicina Preventiva	73	4,3
Farmacia	21	1,2
Hospital de Urgencias	431	25,2
Hospital Infantil	232	13,5
Prevención y Gestión	18	1,1
Odontología	101	5,9
Ambiente	6	0,4
Hogar de Ancianos	56	3,3
Donación Sangre	1	0,1
Calidad alimentaria	1	0,1
Secretaría de Salud	37	2,2
TOTAL	1 713	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Es interesante analizar en este punto la relación enfermeros/as por médico. Los estándares internacionales aceptables señalan 3 enfermeros por médico, mientras que en Argentina aproximadamente hay 4-5 médicos por enfermero. En este caso la relación es de 2,74 médicos por enfermero. Nuevamente se puede constatar que una profesión o nivel técnico altamente demandado como el caso de la enfermería sufre una permanente descalificación de la actividad, en el marco de una estructura de poder que todavía se nutre del “modelo médico hegemónico” que asigna el poder del conocimiento únicamente a los médicos en desmedro de otros profesionales.

Cuadro 22
TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR SALUD MUNICIPAL POR LUGAR DE TRABAJO Y POR SEXO, AÑO 2004

Lugar de Trabajo	Femenino		Masculino	
	Ocupados	%	Ocupados	%
APS	407	72,3	156	27,7
Especialidades Médicas	120	69,4	53	30,6
Medicina Preventiva	49	67,1	24	32,9
Farmacia	10	47,6	11	52,4
Hospital de Urgencias	219	50,8	212	49,2
Hospital Infantil	170	73,3	62	26,7
Prevención y Gestión	6	33,3	12	66,7
Odontología	73	72,3	28	27,7
Ambiente	1	16,7	5	83,3
Hogar de Ancianos	33	58,9	23	41,1
Donación Sangre	1	0,1	-	-
Calidad alimentaria	1	0,1	-	-
Secretaría de Salud	21	58,2	16	41,8
Total	1 111	64,9	602	35,1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Relaciones similares a las expuestas se presentan también en la distribución de otras profesionales, en donde se presenta una alta concentración de profesionales médicos y en menor medida las demás profesiones.

Cuadro 23
TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR SALUD MUNICIPAL POR PROFESIÓN/1, AÑO 2004

Profesión	Ocupados	%
Anestesista	1	0,1
Asistente social	20	1,2
Aux. Bromatología	3	0,2
Aux. Enfermería	43	2,5
Bioquímico	54	3,2
Enfermería	167	9,7
Farmacia	13	0,8
Fisioterapia	27	1,6
Fonoaudiología	5	0,3
Instrumentista	12	0,7
Nutrición	11	0,6
Prod. Bioimagen	44	2,6
Psicología	21	1,2
Medicina	576	33,6
Obstetricia	3	0,2
Odontología	69	4,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Cuadro 24
TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR SALUD MUNICIPAL POR PROFESIÓN/2, AÑO 2004

Profesión	Ocupados	%
Oftalmología	1	0,1
Psicopedagogía	1	0,1
Radiología	6	0,4
Técnicos	15	0,9
Otros profesionales	49	2,9
Administrativos	572	33,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Al analizar la distribución del recurso humano por sexo es posible constatar segregación ocupacional: el 100% de las trabajadoras sociales, de las nutricionistas y de las fonoaudiólogas, el 95,2% de las psicólogas, el 88% de las enfermeras, el 85% de las fisioterapeutas y el 82,6% de odontólogas son mujeres. Entre los profesionales médicos sólo el 54% son mujeres. La distribución de varones y mujeres entre trabajadores de planta permanente y contratados mantiene una proporción similar al conjunto del sector salud. Entre las autoridades, la distribución se acerca al 50%.

Cuadro 25
TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL SECTOR SALUD MUNICIPAL POR CONDICIONES DE CONTRATACIÓN, AÑO 2004

Sexo	Autoridades		Planta permanente		Contratados	
	Ocupados	%	Ocupados	%	Ocupados	%
Femenino	16	47,1	829	65,7	266	64,1
Masculino	18	52,9	432	34,3	152	35,9
Total	34	100	1 261	100	418	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Por último, un fenómeno a destacar es la presencia de beneficiarios y beneficiarias del Programa Jefes y Jefas de Hogar del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación,¹⁸ se encuentran realizando la contraprestación exigida a cargos de tareas de auxiliar de enfermería o similares, particularmente en tareas de limpieza y mantenimiento de efectores. Si bien no se pudo acceder a la información sobre cantidad de personas beneficiarias –se estima en 140 aproximadamente– las condiciones en las que se encuentran realizando la contraprestación, en muchos casos, son de alto riesgo, sin ningún tipo de capacitación al efecto ni mucho menos preparación para tal desempeño.

A. La dirección de medicina preventiva

El personal de la Dirección de Medicina Preventiva comprende 73 personas, de las cuales el 67% son mujeres. Tiene cuatro departamentos: Prevención Primaria, Detección Precoz de cáncer femenino, Control periódico de la población y Detección Precoz de Enfermedades transmisibles. En la actualidad, el Programa más importante que lleva adelante es el Programa de Prevención del HIV/SIDA. A través de este Programa, se intenta la coordinación de los efectores públicos municipales y provinciales y la incorporación de las Organizaciones No gubernamentales (ONG) en la planificación e implementación de las acciones diseñadas. Otros programas que lleva adelante esta Dirección son: Profilaxis (libreta sanitaria), Salud Escolar, Detección de Cáncer Génito-mamario y Enfermedades de Transmisión sexual.

Cuadro 26

TOTAL DE OCUPADOS EN LA DIRECCIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Ocupados	%
Femenino	49	67,1
Masculino	24	32,9

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

En esta Dirección, se encuentra un porcentaje menor de personal contratado que en el resto de los efectores municipales (cuadro 25).

Cuadro 27

TOTAL OCUPADOS EN LA DIRECCIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA POR CONDICIONES DE CONTRATACIÓN AÑO 2004

Condiciones de contratación	Ocupados	%
Autoridades	2	2,7
Contratos	8	11
Planta permanente	63	86,3
Total	73	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

El 34,2% del personal (25) son médicos, psicólogos 6,8% (5). El resto, (uno o dos por profesión) pertenecen a enfermería, fonoaudiología, bioquímica, radiología. El 56,2% de los trabajadores tienen una antigüedad de más de 20 años, con lo cual se visualiza la experiencia en el cargo de los trabajadores en esta área.

B. La dirección de especialidades médicas

18 El plan consiste en una transferencia mensual de 150 pesos (US\$ 48 aproximadamente), para desocupados mayores de 18 años y con menores a cargo, esposa embarazada o hijos discapacitados. Se les exige en forma obligatoria a los beneficiarios, tareas de contraprestación en algún proyecto social o tarea productiva.

La Dirección de Especialidades Médicas cuenta con centros de atención ambulatoria de segundo nivel que poseen servicios de todas las especialidades. Están ubicados en barrios próximos al centro de la ciudad. Atienden una demanda conformada por personas en situación de pobreza y personas de clase media baja, muchos de ellos con pérdida reciente de su obra social. Disponen de una estructura edilicia de considerable envergadura. Tiene 172 trabajadores que representan el 10% del total de los trabajadores de salud municipales.

Cuadro 28
TOTAL DE OCUPADOS DE LA DIRECCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Ocupados	%
Femenino	120	69,8
Masculino	52	30,2
Total	172	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Si se analizan las condiciones de contratación del personal de esta dirección se constata una importante presencia de trabajadores de planta permanente, es decir que gozan de estabilidad en el puesto de trabajo (cuadro 27). Esta situación condice con el hecho que 53,5% de los trabajadores de esta Dirección tienen una antigüedad de más de 20 años.

Cuadro 29
TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN LA DIRECCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS POR CONDICIONES DE CONTRATACIÓN, AÑO 2004

Condiciones de contratación	Ocupados	%
Autoridades	2	1,2
Contratos	25	14,5
Planta Permanente	145	84,3
Total	172	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, Mayo 2004.

El 39,5% del personal (68) son médicos, bioquímicos 9,3% (16) y de enfermería 4,7% (8). Los administrativos son 2,9% (5). El resto de los trabajadores/as se distribuyen entre las siguientes profesiones: trabajadores sociales, psicólogos, técnicos, fisioterapia y fonoaudiología.

C. Hospital de urgencias

Es el efector de mayor complejidad de la jurisdicción municipal. Atiende no solamente a población de la ciudad de Córdoba, sino también a pacientes que provienen del interior provincial y de provincias vecinas. Es el único efector donde la distribución del personal entre varones y mujeres es similar (cuadro 28).

Cuadro 30
TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL HOSPITAL DE URGENCIAS POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Ocupados	%
Femenino	219	50,8
Masculino	212	49,2
Total	431	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

En el Hospital de Urgencias se encuentra un porcentaje mayor de personal contratado que en las demás direcciones (cuadro 29).

Cuadro 31

TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS EN EL DEL HOSPITAL DE URGENCIAS POR CONDICIONES DE CONTRATACIÓN, AÑO 2004

Condiciones de contratación	Ocupados	%
Autoridades	2	0,5
Contratos	107	24,8
Planta permanente	322	74,7
Total	431	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

El 29,9% del personal son médicos (129), enfermería 14,2% (61), auxiliares de enfermería 2,6%(11). Los demás trabajadores se distribuyen entre las siguientes profesiones: bioquímicos, instrumentistas, fisioterapeutas. El 42% de los trabajadores tiene una antigüedad de más de 20 años y el 24,8% de menos de 5 años.

Es en este Hospital donde la división sexual del trabajo en salud se encuentra más clara. De los 129, el 79,1% son varones. Esta relación se invierte al analizar la composición de enfermería. En este grupo, el 82% son mujeres. Es decir, la distribución igualitaria que se aludía en este efector, una vez que se desagrega por tipo de ocupación, visibiliza los mecanismos de discriminación aludidos y el enrolamiento de la enfermería como profesión “típicamente femenina”.

D. La dirección de atención primaria de la salud

La Dirección de Atención Primaria de la Salud está organizada según la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Existen efectores con diferentes niveles de complejidad:

- Unidades primarias de atención a la salud (UPAS): su denominación hace referencia a un nivel primario de prestación. Están geográficamente ubicadas en zonas periféricas de la ciudad. La población que asiste es de pobreza estructural que pertenece a villas de emergencia y asentamientos marginales. Cuentan con 115 personas ocupadas (18% del total de ocupados en la Dirección).
- Centros de Salud: los centros de salud municipales ejecutan un conjunto de programas, elaborados en el nivel central municipal que son de implementación obligatoria para todos los centros por igual. La idea de organizar las prestaciones por programas tiene como fundamento el de producir una cierta racionalización de los servicios que se ofrecen en torno a lo que se define como prioridades de salud en una zona o región. De esta manera, los programas no sólo indican lo que la política de salud municipal considera como prioritario, sino que también, en cada uno de ellos, se definen objetivos específicos, tipo de cobertura, recursos asignados y formas de evaluación de los mismos. Los Centros de Salud emplean a 465 personas, representando el 72,9% del empleo de la Dirección.

La organización por programas intenta revertir el perfil tradicional de los servicios públicos de salud que se caracterizan por ser netamente asistenciales y de respuesta a la demanda espontánea. La programación significa la posibilidad de ofrecer una prestación de tipo integral que garantice la atención permanente de la salud, y que no sólo espera la consulta espontánea de un paciente a partir de una patología instalada, sino que implica, también, actividades de promoción y prevención, captación activa de pacientes y seguimiento de los mismos. Los centros de salud disponen de una estructura edilicia de mayores dimensiones que las UPAS y mayor cantidad de recursos humanos. Se encuentran ubicados en zonas de la periferia de la ciudad con mayor población de grupos en riesgo sanitario y social y con altos índices de pobreza e indigencia.

Como ya se indicara, la Dirección de Atención Primaria de la Salud, que cuenta con 638 trabajadores, es una de las direcciones donde hay mayor porcentaje de mujeres (cuadro 30).

Cuadro 32

TOTAL DE OCUPADOS EN LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Ocupados	%
Femenino	466	73
Masculino	172	27
Total	638	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Al interior de esta Dirección, la distribución entre varones y mujeres es diferente. Mientras más cercano el servicio a la población (las UPAS) mayor cantidad de trabajadoras mujeres es posible encontrar. Esta relación (mujeres/pobreza) es frecuente en diversas ocupaciones, principalmente las de servicios asistenciales como el caso del sector salud.

TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS POR LUGAR DE TRABAJO Y POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Central		Centros de Salud		UPAS	
	Ocupados	%	Ocupados	%	Ocupados	%
Femenino	31	53,4	346	74,4	89	77,4
Masculino	27	46,6	119	25,6	26	22,6
Total	58	100	465	100	115	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

A diferencia del sector público provincial, en la Dirección de Atención Primaria de la Municipalidad de Córdoba la mayoría del personal tiene cargos de planta permanente (62,7%). Sin embargo, el porcentaje de contratados es importante, casi el 35% (cuadro 32). Según lo manifestado por algunos entrevistados esta relación de precariedad laboral estaría generando que un número importante de empleados presenten una situación de pluriempleo, lo cual contribuye a aumentar las situaciones de estrés a las que se ven sometidos los trabajadores del sector. Esto es, además de trabajar en Centros de Salud y Unidades de atención primaria en salud en zonas marginales, en contacto con situaciones de pobreza extrema, se les suma la precariedad de su relación laboral con la consiguiente disminución de ingresos que los lleva a aceptar un segundo o tercer trabajo o guardias de emergencias médicas.

La distribución entre varones y mujeres en las distintas modalidades de contratación presenta la misma tendencia que en el conjunto del sector (cuadro 33).

TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS POR TIPO DE RELACIÓN CONTRACTUAL, AÑO 2004

Relación contractual	Ocupados	%
Permanente	400	62,7
Contratado	219	34,3
Monotributista	5	0,8
Residente	14	2,2
TOTAL	638	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

Nota: la categoría monotributista refiere a trabajadores autónomos que realizan sus propios aportes a la seguridad social y sus contratos se inscriben en general como locación de servicios.

TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS POR CONDICIONES DE CONTRATACIÓN Y POR SEXO, AÑO 2004

Sexo	Permanente		Contratado		Monotributista		Residente	
	Ocupados	%	Ocupados	%	Ocupados	%	Ocupados	%
Femenino	308	77	146	66,9	3	60	9	64,3
Masculino	92	23	73	33,1	2	40	5	35,7
Total	400	100	219	100	5	100	14	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

En relación con la antigüedad del personal, se observa que alrededor del 12% tiene una antigüedad de menos de 10 años. Siendo el intervalo de 20 años o más el grupo que presenta mayor número de casos (27,7%).

Dotación de personal en los centros de salud y en las UPAS

El análisis de la dotación de personal tiene como propósito identificar el número, tipo de equipos de trabajo y las competencias de las personas que formarán parte de dichos equipos que son necesarios en los efectores de salud para asegurar que la institución pueda conseguir sus objetivos (Barria y otros, 2003). En general, cuando se realiza este tipo de análisis, se presentan dificultades debido a que por lo general, los objetivos de las organizaciones no están claramente definidos, no hay información suficiente sobre las necesidades y demandas de la población que concurre a estas instituciones y la conformación de los equipos tiene una historia que muchas veces no responde a un crecimiento armónico. Todo ello provoca que el análisis de las dotaciones de personal (su composición y distribución) sea altamente complejo.

En este estudio sólo se hará un análisis descriptivo de la dotación sin evaluar la pertinencia de la misma para el cumplimiento de la misión institucional. No se dispone de información para establecer si el personal con que se cuenta es suficiente o insuficiente. Sin embargo, según la opinión de los entrevistados, la demanda excede las posibilidades de atención.

La Dirección de Atención Primaria, como ya se describiera, cuenta con 66 centros de salud y 22 UPAS. Los Centros de Salud son muy diferentes entre sí por la cantidad de personal con que cuentan: algunos centros de salud tienen 1 o 2 profesionales y otros más de 20, al tiempo que la ubicación geográfica de los mismos resulta determinante en términos de condiciones para desempeñar la tarea.

Cuadro 36
CANTIDAD DE PERSONAL POR CENTROS DE SALUD, AÑO 2004

Cantidad de personal	Personal
1-2	6
3-6	24
7-10	26
11-15	6
16 y más	4
TOTAL	66

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Secretaría de Salud. Municipalidad de Córdoba, mayo 2004.

La conformación de los equipos de salud en los Centros de Salud presenta estas características: i) hay cinco centros que cuentan con personal administrativo, médico, trabajador social y enfermero; ii) 38 centros tienen administrativo, médico y enfermero; iii) tres sin enfermeros; iv) 26 sin administrativos; v) un centro de salud con psicólogo; vi) un centro de salud sin médico; v) siete centros de salud sin jefe ni encargado.

Las UPAS a su vez, cuentan con la siguiente dotación de personal: i) tres cuentan con trabajador social y con psicólogo; ii) cuatro con administrativos; iv) cinco tienen administrativo, médico y enfermero; v) diecisiete sólo médico y enfermero; vi) dos tienen encargado.

Hasta aquí se han analizados las relaciones existentes a partir de la situación del recurso humano en función de su ubicación y distribución en cada una de las direcciones de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba. En lo que sigue, se invierte la mirada y se recogen las opiniones de las mujeres trabajadoras en el sector de la salud pública municipal.

E. La perspectiva de las trabajadoras del sector salud municipal

Tal como se señaló al comienzo, el principal objetivo del presente estudio fue el de construir un diagnóstico participativo en el cual la opinión de los trabajadores y las trabajadoras de la salud fuese central, tanto para definir la situación actual en el sector como, también, para consensuar demandas y líneas de acción a futuro. Es por ello que se convocó a trabajadoras de diversas

direcciones de la municipalidad de la ciudad de Córdoba para indagar en profundidad algunos aspectos del “mundo de la vida” de las mujeres. El mundo de la vida es el mundo de la intersubjetividad, es el mundo del sentido común, de la vida cotidiana. Es aquí donde las personas actúan con una actitud natural y dan sentido a sus acciones.

La metodología de trabajo incorporó como dinámica el trabajo con grupos de indagación focalizada (*focus group*) y se seleccionaron diversas dimensiones de análisis que recogen la opinión de las trabajadoras al respecto.¹⁹ Cabe destacar que también se buscó iniciar un proceso de sensibilización desde la perspectiva de género acorde con los objetivos del presente estudio. Esto es, los grupos focales actuaron asimismo como canales de diálogo e intercambio de experiencias. Buscando respetar esa dinámica, a continuación se exponen la información recogida en estos grupos organizada según las dimensiones relevadas.

a) Condiciones de ingreso al sector salud municipal: “Accesibilidad a un lugar desvalorizado”

El acceso al sector y sobre todo, a qué lugar del sector salud en el municipio se aspira a ingresar está ligado a la posibilidad de capacitación. La elección de esta a su vez, está vinculada a la posibilidad de conciliar el trabajo reproductivo y trabajo productivo. Según manifiestan las entrevistadas, los varones y las mujeres tienen las mismas posibilidades mientras se encuentran solteros, pero desde el momento que las mujeres comienzan a tener hijos las brechas empiezan a ensancharse. Lo expresan así: “la maternidad frena la posibilidad de juntar papelitos..[certificados] “una vez que criaste tus hijos, le ponés el pedal a fondo y arrancás”. Algunas mujeres relatan que el embarazo y la maternidad se presentan como factores de discriminación: “no pude acceder el primer año al post-grado de pediatría porque estaba embarazada, me pidieron que me hiciera a un lado”. El embarazo está ligado, para la mayoría de las participantes, a la falta de productividad y en algunos casos, son ellas mismas las que tienen esta opinión “una cae también en pensar si es útil para el sistema una mujer que está embarazada todos los años”.

La posibilidad de ingresar a una UPAS o a un Hospital tiene un componente de género. La mujer elige trabajar en las UPAS más que el hombre: “porque busca un trabajo hasta las 15:00 y luego irse a su casa”. Los hombres buscan más el Hospital, por prestigio, status, por estar más cerca de la capacitación, porque “allí pareciera que está el saber”....“es la última trinchera de poder médico”. Explican que el ingreso al Hospital es además controlado por los hombres que allí están hace muchos años y que van seleccionando al personal. Para ingresar en los hospitales hay que trabajar algunos años gratis, hasta que salga el cargo, y esto es más frecuente que lo hagan los varones. Las mujeres se acercan a los centros de salud donde tienen una remuneración segura. A las mujeres les llena de culpa trabajar gratis: “si la mujer sale de la casa, tiene que ganar dinero”. Es decir se reproduce el imaginario que el varón proveedor sale para su desarrollo personal y procurar un ingreso, en cambio las mujeres desertan del hogar.

Para algunas mujeres el acercamiento a las UPAS tienen que ver con cuestiones ideológicas y no de género. En los Hospitales hay posibilidad de “hacer carrera”. No así en las UPAS y en los Centros de Salud donde no hay cargos de conducción. Los cargos de jefe de Centro de Salud (únicos cargos de conducción) hace muchos años que no se concursan y en la actualidad son cubiertos por la persona más antigua del centro, sin remuneración, sólo se les disminuye la cantidad de horas asistenciales. Una de las tareas donde hay para las cuales se pide sólo varones son para las guardias de los Centros de Salud. Se eligen hombres por cuestiones de seguridad. Sin embargo, cuando se produjeron renunciaciones han ido entrando mujeres, con el agravante de no poder compatibilizar horarios y sentirse en situación de permanente riesgo de su seguridad personal.

b) Condiciones de trabajo de trabajadores y trabajadoras: “Vulnerabilidad y desprotección”

¹⁹ El diseño de investigación se encuentra explicitado en el Anexo Metodológico. La muestra seleccionada fue de tipo intencional y como tal no debe considerarse representativa.

Las condiciones de trabajo que impactan principalmente sobre las mujeres son: la demanda excesiva, maltrato de los pacientes y de las autoridades, falta de reconocimiento, el trabajar con sectores de extrema pobreza y con necesidades básicas insatisfechas, falta de seguridad (personal y en el lugar de trabajo), falta de apoyo del nivel central, malas condiciones de infraestructura, sentimiento de desprotección (no se solucionan los problemas). Las trabajadoras se sienten presionadas por los usuarios, por las autoridades y por la prensa.

Las entrevistadas señalan que la vulnerabilidad laboral que sufren esta dada por las siguientes condiciones desfavorables en su ámbito de trabajo: i) condiciones de empleo: gran parte del personal contratado por la Municipalidad trabaja también en el sector privado. Los jefes de los Centros de Salud son nombrados sin concurso y sin reconocimiento salarial, sólo con reducción de horas asistenciales; ii) condiciones ambientales: hacinamiento, consultorios sin picaporte, espacios de espera saturados; iii) condiciones de seguridad: falta personal de seguridad durante el día, que es cuando está el personal femenino. Sólo hay seguridad a partir de las 19:00 horas que entra la guardia y que el personal es masculino. Las mujeres relatan haber sufrido hechos de violencia: robos, agresiones verbales, e incluso aún con la guardia han sido atacadas físicamente; iv) características de la tarea: las enfermeras cumplen múltiples funciones: hacen las veces de personal administrativo, cuidan que la gente se corra de los pasillos, respete los turnos. El exceso de demanda condiciona la tarea: exigencia de que no quede ningún paciente sin ser atendido, dificultades para organizar los tiempos. La tarea no genera expectativas de promoción y desarrollo profesional. Es considerada como monótona, rutinaria, sólo asistencial. Se presentan muchas dificultades para realizar tareas de promoción y prevención. El trabajo con los sectores de extrema pobreza genera impotencia y fatalismo; v) procesos de trabajo: el trabajo no está lo suficientemente organizado, a diferencia de los hospitales en los que hay organización, hay supervisores, jefes y un horario que se respeta. En el Centro de Salud “no se sabe a qué hora se pueden retirar”. El ritmo de trabajo es continuo, sienten que “no pueden parar de atender”. No hay evaluación ni control de resultados. Hay sobrecarga de trabajo física, psíquica y emocional, iv) condiciones sociales y/u organizacionales: se presentan dificultades para conformar equipos de trabajo.

c) Diferencias genéricas en el discurso y la práctica en salud

El modelo de pensamiento ligado al “modelo médico hegemónico” se presenta de manera similar en los hospitales y en los centros de salud. Más allá de diferencias de formas o maneras de relacionarse con los pacientes, las entrevistadas señalan que las diferencias se expresan en los centros a través de una relación más personalizada, de mayor continuidad, con un mayor acercamiento del profesional con la situación del paciente, el saber médico en tanto estructura discursiva que determina una práctica se mantiene en estos lugares como en los hospitales. No surge una evidencia clara en los Centros de Salud o en las UPAS analizados, de la presencia de un modelo de pensamiento “contrahegemónico” que cuestione en sus estructuras el modelo tradicional. Sí se visualizan algunas formas de relación que son reivindicadas por las mujeres trabajadoras como “más humanas”, “más sensibles”. Tampoco existe un cuestionamiento desde la perspectiva de género que visibilice los mecanismos discriminatorios.

La relación médico-paciente tradicional excluye la subjetividad, el paciente es atendido por su médico o su médica en tanto ser enfermo y aparece como objeto del discurso sobre la enfermedad. Pretende estructurar una relación aséptica entre un técnico y un lego. De esta manera, la “práctica oficial” de la medicina trata de construir una distancia en donde la implicancia afectiva sea mínima. Frente al discurso médico que fragmenta a las personas, la respuesta de las mujeres es el involucramiento afectivo y la identificación. La atención integral de los pacientes no significa “hacerse cargo” de toda su problemática. Ambos géneros, tienen serias dificultades para construir una práctica que incluya la dimensión intersubjetiva de la relación médico-paciente.

Las prácticas en salud son atravesadas por la socialización de género. Sin ánimo de generalizar, se podría plantear que para los varones la relación médico-paciente debe ser una

relación estrictamente técnica, el intercambio entre médicos y pacientes se debe ajustar a los temas médicos. Para las mujeres, existiría otra demanda implícita, algo que se escapa a sus conocimientos o posibilidades de intervención, que es la necesidad de los pacientes de ser escuchados, de ser contenidos, de ser reconocidos, un pedido de ayuda que proviene del orden del sufrimiento, más que del de la enfermedad. Esta demanda implícita es respondida por las mujeres que trabajan en salud con la “maternalización” de sus acciones y desde el “ser para otros” que caracteriza la identidad femenina en la sociedad patriarcal. Se atiende desde los estereotipos de “abnegación”, “caridad”, “entrega” y “desprendimiento” en la que ha sido ubicada la mujer.

Los centros de salud, como ya se ha explicitado, se encuentran en barrios periféricos y atienden a la población carenciada de la ciudad de Córdoba. Presentan problemas de infraestructura, falta de recursos humanos, falta de insumos, entre otros. Por esta razón, los centros de salud han sido caracterizados como “servicios pobres para pobres”. La mayoría de la población atendida en estos centros son mujeres y la cantidad de mujeres que trabajan en ellos alcanza casi a un 75%, por lo cual pueden ser vistos, desde una perspectiva de género como “servicios de pobres mujeres médicas atendiendo a mujeres pobres”.

d) Distancia entre el discurso político sanitario y la práctica real

Si bien de acuerdo al diseño del modelo de atención los centros de salud deben estar organizados por programas, en gran parte de los centros es la demanda espontánea la que condiciona la organización de las prestaciones, quedando las actividades de los programas relegadas a un lugar marginal. Para explicar esta situación, son varias las líneas de análisis: niveles crecientes de demanda, escasez de recursos, desconocimiento de los programas, entre otros.

Desde una perspectiva de género la situación está dada por la superposición de tareas de las mujeres y la falta de diferenciación entre el trabajo productivo y el reproductivo. Así, la demanda espontánea casi siempre está ligada a la urgencia y a la patología aguda, termina absorbiendo los escasos recursos existentes en detrimento de las actividades de los programas que son las que posibilitarían, en el mediano o largo plazo, cambiar el perfil de la oferta de servicios. Este tipo de respuesta se asemeja al trabajo doméstico: es rutinario, sin planificación, sin gratificaciones ni recompensas, organizado en torno a las necesidades de los otros.

Por otro lado, el tipo de formación que reciben los profesionales de la salud se caracteriza por ser marcadamente asistencialista, centrado en la enfermedad y no en la salud, lo que lleva a dejar en un lugar marginal las actividades de promoción, prevención, captación de pacientes sin cobertura o seguimiento de los mismos. Es decir, la distancia entre el diseño de la política sanitaria y las situaciones reales a resolver es clara, a lo cual debe sumarse la nula consideración de una política de género para poder generar espacios de trabajo más equitativos.

e) Impacto diferenciado de las condiciones de trabajo en varones y en mujeres: “Involucramiento y urgencias”

Las mujeres acumulan trabajos: trabajo en el sector público, en el sector privado y trabajo doméstico: “van para adelante sumando y sumando, así algún daño tiene que haber”. Las mujeres se sienten imprescindibles en algunos lugares, no están dispuestas a dejar nada, en aras de sostener múltiples actividades y funciones (desde las asistenciales vinculadas a su profesión hasta las reproductivas). Las mujeres se involucran más emocionalmente, y en opinión de las entrevistadas, esto las hace más vulnerables: “Todos estamos en la misma problemática, los que atienden y los que se atienden”. Las mujeres están más expuestas porque participan de más interacciones, participan más en la relación con el paciente: “poner el oído es más de la mujer”.. “La mujer tiene una sensibilidad especial, se acerca distinto a los pacientes. Los hombres toman más distancia, son más fríos, no se involucran tanto”...”La mujer mezcla todo, lo profesional, lo afectivo. La mujer se llena de culpa, el hombre no”... “además por ser mujer y madre, si una madre le cuenta cosas, una médica mujer la puede entender más”... “tengo que hacer en mi casa de madre de secundario, de madre de

primario, acá (en el centro de salud) los papeles, el Remediar,²⁰ los problemas personales que también hay que contemplar, y a veces siento que no doy más....”.

El tipo de tarea también impacta sobre la salud de las mujeres: “hay tareas que hacen más las mujeres, y que son aquellas que exigen paciencia, el paso a paso, como un trabajo de orfebrería, es un trabajo más doméstico”. El exceso de demanda, las urgencias, las presiones caracterizan el trabajo en los centros de salud y en las UPAS. Esta situación impacta más en las mujeres porque sienten la exigencia de tener que responder a toda la demanda: ...”Las mujeres sienten la carga pesada, no te dan los tiempos, las fuerzas físicas, psicofísicas”. También hay dificultades para realizar un análisis político que les permita abstraerse de la práctica concreta y buscar alternativas de solución. Ni los equipos ni las autoridades trabajan en la prevención de la enfermedad de los trabajadores: “se valora igual el malestar del recurso humano que la lamparita que falta en una UPAS”.

f) División sexual del trabajo: “la doble presencia”

Para las entrevistadas las mujeres han ido ocupando en el sector salud espacios que históricamente eran de los varones. Comparten el tiempo entre el trabajo productivo y el doméstico:.. “pide una horita para ir a la reunión de la escuela, pide carpetas médicas por los otros miembros de la familia”.... En una familia donde hay dos profesionales, se prioriza la profesión del hombre. La mujer posterga, empieza siempre de nuevo: “Cuando elegís perdés cosas, hay caminos que no podés volver atrás”. Socialmente está más reconocido el trabajo del hombre que el de la mujer. En opinión de las participantes en los grupos, son las mujeres solteras las que tienen la posibilidad de dedicarse por entero a la profesión, y de llegar a lugares de gran satisfacción personal y profesional. La división sexual del trabajo implica que la crianza de los hijos y la salud familiar sea una responsabilidad de las mujeres.

g) Modelos de pensamiento: “la maternalización de la profesión”

Las mujeres presentan una orientación hacia lo social. Si bien trabajar en hospitales es más prestigioso que trabajar en las UPAS y en los centros de salud, las mujeres eligen trabajar en estos últimos por una cuestión “de servicio”. El “ser para otros” condiciona la elección de profesiones ligadas al servicio para los demás: “a las mujeres no les alcanza con lo que hacen en la casa, se tienen que profesionalizar”. Para algunas de las entrevistadas estas elecciones están ligadas a “lo hormonal, a lo biológico, la mujer es cíclica”.

Las trabajadoras de salud entrevistadas consideran que el género condiciona una manera particular de ejercer esta profesión. Esta manera particular estaría ligada a: i) la identificación con el paciente; ii) la autosuficiencia, la culpa y la necesidad de dar respuesta a las necesidades de la gente; iii) la falta de diferenciación: “la mujer mezcla todo, lo profesional, lo afectivo”; iv) la maternidad: la médica que es madre, entiende –por identificación– a la paciente-madre que la consulta; v) la presión y la sobreexigencia; vi) el reconocimiento, que en general, en las mujeres es el de los pacientes y en los varones, el económico y el de las autoridades.

h) Expectativas de promoción y desarrollo personal

El comportamiento de los profesionales de la salud está definido por las pautas propias del proceso de socialización secundaria constituido por la formación profesional. En este se va conformando una imagen de la sociedad, del ser humano y del paciente que irá redefiniendo en su ejercicio profesional. Desarrolla intereses e incorpora valores ligados a la ciencia y a la técnica y adquiere un saber que le confiere poder. Esta “cultura médica” sostiene valores y representaciones. La primera de ellas está vinculada al lugar que ocupa el hospital. Es evidente que para la cultura médica el hospital es un lugar sumamente jerarquizado: “el hospital es el lugar de la máxima

20 Referencia al Programa REMEDIAR del Ministerio de Salud de la Nación que consiste en la entrega de medicamentos genéricos a municipios principalmente para su distribución en Centros de Salud.

complejidad, de la tecnología, de la docencia y la investigación, es el lugar por donde transitan los profesores y donde concurren los alumnos que quieren aprender “la medicina”. En el hospital se realizan las grandes intervenciones y es en donde los médicos deben enfrentarse a las patologías más complicadas. En síntesis, es el lugar de la clínica, por excelencia” (Ase, 1998). Por el contrario, para la cultura médica tradicional el trabajo en los centros primarios de salud está más próximo a la asistencia social que a la práctica médica moderna, adoptando de esta forma una escala valorizada de los tipos de tareas que se efectúan en diversos niveles de atención y que responde a una particular conformación de una estructura de poder asimétrica.

Es decir la desvalorización del trabajo en la primer línea de atención es sostenido y reproducido desde diversos ámbitos y estructuras de poder, desvalorización que se convierte en discriminación o segmentación ocupacional si se trata de mujeres trabajadoras.

i) Empoderamiento: “Ocupando nuevos espacios”

Para llegar a ser líderes, las mujeres manifiestan que tienen que hacer el doble de esfuerzo que los varones: “hay muchas que son bajadas en el camino con descalificaciones”... “en comparación con los hombres no ha sido tan fácil para las mujeres ser líderes”. Las estrategias de poder de las mujeres consisten en proponerse algo, juntarse, perseverar hasta alcanzar el objetivo, tejer redes a nivel de base, a nivel operativo. Comparan señalando que el varón tiene estrategias más directas de acercamiento al poder: “trenza [negocia] con dos o tres contactos por arriba, con quienes va a decidir”. Para las entrevistadas, la mujer es analítica, participativa, tiene un ejercicio del poder más democrático, es más reflexiva, con una mujer jefa sienten que se las cuida, que hay una mirada sobre ellas. El hombre tiene un estilo más decisionista en el ejercicio del poder. En el ámbito gremial las mujeres han comenzado a tomar los espacios de conducción y van al frente con los reclamos. Sin embargo, consideran que los varones terminan utilizando estos esfuerzos.

j) Participación de las trabajadoras: “Con voz, pero sin voto”

Las mujeres consideran que ha aumentado su participación a través del tiempo. Sin embargo, señalan que la misma tiene límites, que participan “dentro de lo que se le permite”. Puede tomar decisiones en el nivel operativo. Las definiciones políticas se toman a nivel central, donde están los hombres: “Tienen palabra, en número están, se hacen escuchar, pero..... hay determinadas decisiones..... cuando hay igual cantidad de mujeres y hombres dudo de la capacidad de la mujer de decidir.... por el modus operandi...”. Las mujeres ocupan lugares de poder intermedios (jefas de centros de salud, encargadas). En el ámbito de la gremial médica hay conducción femenina y la participación femenina es importante. En las asambleas son casi todas mujeres porque son la mayoría en los centros de salud. Las mujeres piden los cambios, y las autoridades, que son hombres, dicen que los cambios los deben generar ellas. En proporción a la cantidad de mujeres y hombres que hay en las asambleas, los hombres participan más que las mujeres. La participación y la reflexión colectiva sobre la tarea son situaciones consideradas como espacios saludables que permiten enfrentar los problemas del trabajo con mayor fortaleza. Sin embargo, se observa que se participa poco: las asambleas y la capacitación son en horarios pico y no podemos salir ...la gente(pacientes) nos marca los tiempos, una vez que arrancamos (con la atención) no podemos parar”.

k) Acceso a la información: “Rompiendo el aislamiento”

Las mujeres están informadas y buscan la información. No hay que acercárselas. Los canales que utilizan para recibir la información necesaria para el trabajo son el teléfono y la participación de las jefas en el nivel central. Las mujeres de los centros de salud y de las UPAS perciben el aislamiento que les provoca trabajar en lugares periféricos.

l) Acceso a la capacitación: “Contradicciones entre la casa y la formación”

El varón destina más esfuerzos a la capacitación que la mujer. La mujer distribuye su tiempo entre el trabajo en la UPAS y los Centros de salud y el trabajo doméstico: “Los hombres, en cambio, no tienen que elegir, se capacitan, incluso si tienen que viajar y ausentarse del hogar”. La posibilidad de transformar esta situación sólo la consideran probable si hay cambios a nivel de la legislación que permita repartir la responsabilidad de la crianza de los hijos.

En relación con esta última afirmación resulta interesante destacar las previsiones normativas en relación con la compatibilización de tareas productivas y reproductivas. Así al analizar las causas del ausentismo en los trabajadores y trabajadoras municipales no se consideran licencias por puerperio o dismenorrea. Nuevamente aquí se visualiza la contradicción en términos de políticas públicas aludidas, entre la promoción de la lactancia materna y la falta de incorporación de la misma para las trabajadoras del sector.

F. La salud de los trabajadores y las trabajadoras en salud

Considerar el impacto de las condiciones laborales sobre la salud de los trabajadores de la salud es central para analizar la calidad del empleo. Llama la atención la ausencia de medidas específicas para proteger la salud del personal, las dificultades para identificar los riesgos sanitarios a los que se ven sometidos y sobre todo, la ausencia de información sistematizada sobre este fenómeno. El ejemplo anteriormente citado en relación con las licencias específicas para mujeres es revelador. En otros términos, los problemas de salud son analizados en relación con los usuarios del sistema pero no existen políticas para atender a las trabajadoras del sistema (por caso obligatoriedad de mamografía luego de los cuarenta años). Esta situación se presenta en todas las jurisdicciones (Nación, provincias y municipios).

Para analizar la salud de las personas que trabajan en el sector salud se recolectó información sobre las carpetas médicas²¹ de los trabajadores/as municipales de los años 2002-2003 y se sistematizaron las conclusiones de las pocas investigaciones realizadas en la provincia y en la municipalidad.

Si se considera el tipo de patología por el cual se solicita la carpeta médica, las más frecuentes son: i) Enfermedades infecciosas (22%); ii) Traumatología (16%); Quirúrgico (10,8%); Digestivo (10,2%); Respiratorias (8,6%); Emocionales (7,5%).

Tanto en varones como en mujeres, la mayor cantidad de carpetas es por enfermedades infecciosas y traumatología. Sin embargo, en los varones las carpetas por traumatología son un porcentaje mayor que en las mujeres. Las mujeres solicitan más carpetas por trastornos emocionales y los varones por problemas cardiovasculares. Si se analizan las carpetas por días solicitados, la mayor cantidad de días son por trastornos emocionales, en segundo lugar traumatología, en tercer lugar quirúrgico y en cuarto lugar, gineco-obstétrica.

Al observar estos datos desagregados por sexo, el orden es diferente: los trastornos emocionales son la primera causa de carpeta médica para las mujeres (un poco más que el triple de días que los varones), en segundo lugar la gineco-obstétrica y en tercer lugar la traumatología. La cantidad de días tomados por los varones presenta el siguiente orden: traumatología, quirúrgica y cardiovascular.

Un aspecto interesante es el que se presenta en el análisis de las carpetas médicas cardiovasculares. Si bien las mujeres representan alrededor del 65% del personal del sector salud municipal varones y mujeres solicitan prácticamente la misma cantidad de días por problemas cardiovasculares. Las enfermedades más comunes en los varones son la hipertensión arterial,

21 Las carpetas médicas son el registro de ausentismo por motivos de salud que lleva adelante el empleador

accidente cerebro vascular, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, lumbago, bronquitis y gastroenteritis.

En las mujeres, las enfermedades más frecuentes son: artritis, amenaza de aborto, cervicalgia, lumbago, síndrome depresivo, trastornos de ansiedad, hipertensión, colitis, gastroenteritis y tumor maligno de mamas. Estos datos sirven para orientar el tipo de trabajo en prevención de la enfermedad del personal: en los varones, las enfermedades cardiovasculares y en las mujeres las emocionales.

Con respecto a la cantidad de días por carpetas médicas solicitadas, el 60% de las carpetas de los varones son de menos de 10 días, mientras que en las mujeres representan el 50%. Del total de empleados varones que solicitaron carpetas médicas, el 59% lo hizo entre una y dos veces en el año. Las empleadas mujeres lo hicieron en un 42%. Estos últimos datos nos indican que las mujeres solicitan más días por enfermedad y que las trabajadoras que piden estos días, en casi un 60%, lo hace más de dos veces al año.

En síntesis, en el sector salud se confirma la relación existente entre morbilidad y género: las trabajadoras de salud se enferman más que los varones del sector, presentan más problemas asociados a la salud mental y el tipo de enfermedades que aparecen son diferentes, siendo las enfermedades cardiovasculares las más frecuentes en los varones. Por otra parte, cabe recordar que la mayor proporción de trabajadores (64% del total de empleo en el sector salud municipal) son mujeres. Si se analizan la medición del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería del Hospital de Urgencias (municipal) se pueden identificar los siguientes estresores laborales.²²

- Estresor organizacional: las enfermeras del Hospital de Urgencias seleccionaron como principal fuente productora de estrés la situación del personal contratado (disminución del 20% del salario pautado en sus contratos), mayor número de horas asignadas al cargo con respecto al personal de planta permanente que realiza la misma función, desigualdad o criterios diferentes a la hora de planificar licencias, días de descanso en comparación con el personal de planta. Al respecto destacaron como fuentes que contribuyen a aumentar la situación de estrés, la excesiva burocratización y rigidez en la organización hospitalaria, la disponibilidad tardía de información o circulación de la misma, las dificultades en la planificación de licencias o días de descanso. La vivencia cotidiana que tiene el grupo frente a este estresor es de desigualdad ante un mismo trabajo, nominándolo como discriminación ante el derecho de descanso laboral. En la misma dirección, la falta de insumos produce mucho malestar. Así el estudio destaca que la insuficiencia de aparatología, por ejemplo la falta de respiradores en situaciones extremas de emergencia, es un estresor muy claro; o la búsqueda de medicamentos ante la falta de ellos en cada servicio, por parte del enfermero de turno, además de la demanda permanente de otros profesionales a “camillar”, función que históricamente fue asignada al personal de enfermería y que pocos se atreven a poner en cuestionamiento frente a la institución. Estas situaciones reflejan múltiples ejemplos de carencia institucional elevando los niveles de estrés en el personal de enfermería.
- Estresor laboral profesional: las enfermeras identifican como estresante la relación conflictiva con familiares de pacientes ante requerimientos institucionales (demandas de atención permanente del paciente, personalización en la atención, información de funcionamiento de la institución, como por ejemplo los horarios de los médicos, insumos que requiere el paciente, medicamentos, funcionamiento de los servicios, demandas de información sobre tratamientos médicos) y con guardias de seguridad.

22 La investigación que realizaron Cerino, Sandagorda y Portillo (2003) fue de carácter cualitativo.

- Estresor relacional: se identifica como estresor la comunicación entre pares, falta de integración, cohesión y confianza entre el personal de enfermería. Este estresor se agudiza si se analiza la comunicación con el resto de profesionales de salud, aparecen sentimientos de soledad ante la toma de una decisión, especialmente en situaciones de emergencia.

Lo expuesto da cuenta que a la vulnerabilidad laboral que están sufriendo los y las trabajadoras municipales en el sector salud, tanto en términos de sus condiciones de contratación como por la presencia de mecanismos de segregación vertical y horizontal, se le suma un claro efecto sobre su salud, que impacta en forma diferenciada para mujeres y hombres.

Tal como se ha analizado a lo largo del presente estudio, considerando las condiciones objetivas y subjetivas en que se desarrolla de producción del servicio en salud en el sector público (provincial y municipal) se concluye que existen condiciones de trabajo específicas del sector que ponen en riesgo la salud de los trabajadores sectoriales, con impacto diferenciado por sexo. A pesar de estas evidencias, el tema presenta poca visibilidad, tanto a nivel de los funcionarios públicos como de los propios trabajadores y dirigentes gremiales. Una de las posibles explicaciones de esta situación es el efecto de disciplinamiento que produce el desempleo para el personal, que ya fue comprobado en relación con otras medidas aceptadas por parte de los trabajadores sectoriales. Es por ello que deberían tomarse medidas en dirección a revertir el impacto desfavorable que producen las condiciones de trabajo actuales para los y las trabajadoras sectoriales.

V. El empleo en los otros sectores de la salud

A. El subsector privado en Córdoba

El sector privado de la salud en Córdoba sufre una crisis sin precedentes. Desde el año 2002 se perdieron alrededor de 350 camas, muchas de ellas de terapia intensiva, principalmente debido al cierre de numerosas clínicas y sanatorios, como también al achicamiento de varios efectores y consiguiente disminución de camas clínicas. Para dimensionar la magnitud de esta pérdida, cabe señalar que esta cantidad de camas equivale a dos de los establecimientos de mayor capacidad instalada de Córdoba. A su vez, este déficit prestacional del sector privado impacta directamente en el sector público.

Las principales clínicas presentan un nivel de ocupación prácticamente total (cuadro 35), situación que se traduce en rechazo de pacientes, disminución de los días de internación y postergación de las cirugías programadas. La mayor presión se presenta en las camas críticas (terapia intensiva, intermedia y unidad coronaria). Algunas instituciones han optado por mejorar el giro cama y dar respuesta casi exclusivamente a las urgencias. No hay inversión en el sector y el argumento que esgrimen los dueños de las clínicas y sanatorios es que los valores de las prestaciones se mantienen igual que antes de la devaluación, a pesar de que los precios de los insumos se incrementaron en alrededor del 130%. Simultáneamente se interrumpieron las líneas crediticias y muchas de las clínicas tienen deudas fiscales con proveedores, como también por honorarios médicos que generaron el cierre de muchas de ellas.²³ A esta situación crítica debe sumársele el desfinanciamiento de la mayoría de las Obras Sociales, con una evasión de aportes patronales que alcanza al 70%, lo cual perjudica tanto a los afiliados como a los trabajadores del sector.

Cuadro 37
CAPACIDAD DEL SECTOR PRIVADO, CAMAS CRÍTICAS Y NIVEL DE OCUPACIÓN, AÑO 2004

Hospitales	Capacidad	Camas críticas	Nivel de ocupación
Privado	198 camas	30	Casi total
Sanatorio Allende	165 camas	26	Casi total
Clínica Vélez Sarsfield	145 camas	34	Total
Italiano	120 camas	31	80 a 90%

Fuente: Periódico *La Voz del Interior*, Córdoba 27 de junio de 2004.

En materia de estimación del recurso humano afectado a este sector se presentan nuevamente problemas en relación con las fuentes de información. No existen registros de los ocupados en el sector privado y de las obras sociales, con lo cual se pudo acceder solamente a información de tipo parcial. En el caso de los ocupados en el sector privado, una fuente importante es la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA) que nuclea a técnicos, auxiliares y administrativos.

El nivel de afiliación al sindicato (ATSA) de los trabajadores de salud del sector privado, es de un 50% aproximadamente. Los dirigentes gremiales estiman en un 30% el personal del sector que trabaja en forma precaria. Según lo expresado por el Secretario Gremial, en algunos casos son los propios trabajadores los que no aceptan las inspecciones del gremio y del Ministerio de Trabajo en los lugares de trabajo porque sienten que peligra su inserción laboral. Tal como sucede en la mayoría de los sindicatos, en la conducción gremial predominan los varones a pesar de que sus afiliados son en más de un 60% mujeres (cuadro 36).

Cuadro 38
TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS A ATSA CÓRDOBA

	Interior		Capital		Total	
	Afiliados	%	Afiliados	%	Afiliados	%
Mujeres	2 000	66,7	2 200	69,4	4 200	68,07
Varones	1 000	33,3	970	30,6	1 970	31,93
Total	3 000	100	3 170	100	6 170	100

Fuente: ATSA (2004) *Sanidad de Guardia*. Revista de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina de Córdoba. Año 23. N° 47, 2004.

Si se analiza la presencia femenina entre los afiliados a ATSA se comprueba que son la mayoría, particularmente quienes desempeñan tareas de auxiliares y de limpieza (92%).

En los últimos años no hubo prácticamente negociaciones colectivas en el sector manteniéndose vigentes los Convenios Colectivos (CC) firmados en 1975, con modificaciones parciales entre 1990-94, especialmente en términos de salarios básicos. Los convenios colectivos vigentes son los siguientes: 1) CC 122/75: firmado con la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados; Cámara de instituciones médicas asistenciales de la República

23 Periódico *La Voz del Interior*, Córdoba 27 de junio de 2004.

Argentina (CIMARA); Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos y Asociación Civil de Clínicas y Sanatorios Privados de Neuropsiquiatría, que regula las relaciones con personal administrativo, técnico y geriátrico; 2) CC 108/75: firmado con la Confederación General de mutualidades, Asociación de Institutos y organizaciones médicas sin internación y Colmegna SACyF; que regula las relaciones laborales de dependencia en consultorios; 3) CC 103: firmado con la Asociación de Hospitales de Comunidad y regula las relaciones laborales en los hospitales privados; 4) CC 42/89 con Federación de Droguerías de la República Argentina y los Laboratorios, 5) CC 120/75 que regula al personal de Droguerías y 6) CC 107/75 acordado con las asociaciones de Mutualidades (Pautassi, 2001).

Cuadro 39

TOTAL DE TRABAJADORES AFILIADOS DE LA CAPITAL DESAGREGADOS POR OCUPACIÓN Y POR SEXO

Sexo	Enfermeros		Mucamas y auxiliares		Técnicos, camilleros y mantenimiento	
	Total	%	Total	%	Total	%
Mujeres	1 268	66,7	729	91,93	317	66,6
Varones	634	33,3	63	7,94	159	33,4
Total	1 902	100	792	100	476	100

Fuente: ATSA (2004) Sanidad de Guardia. Revista de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina de Córdoba. Año 23. N° 47, 2004.

En todos los convenios colectivos del sector privado se establece la cláusula de “distribución de tareas por sexo”, estableciendo que la dirección de cada establecimiento regula las tareas teniendo en cuenta “que sean compatibles con el sexo del personal. Si hubiere discrepancias sobre determinadas tareas, se llevará el dictamen a la comisión paritaria de Interpretación, no debiéndose realizar la tarea impugnada hasta tanto no se expida la comisión”. Asimismo se establece –de acuerdo con la Ley de Contrato de Trabajo que regula las relaciones individuales de trabajo– la obligación de los establecimientos de proveer una sala maternal, y en el caso que el número de mujeres sea inferior al número legal (que se debía establecer en la reglamentación, pero nunca sucedió) deberán los empleadores abonar a las madres mensualmente y por hijo una “suma mensual equivalente al 50% del sueldo básico de la categoría vigente a la fecha de pago”.

En consulta con los dirigentes sindicales sobre las condiciones de trabajo en el sector privado, señalan diferentes situaciones de abuso para con los y las trabajadoras. Las más comunes son el pago del sueldo en cuotas, el no reconocimiento de las cargas horarias, el hacer firmar recibos al personal precarizado (sin registración del contrato ni aportes a la seguridad social), el no otorgar algunos beneficios de contrato como el permiso por estudio, permiso por enfermedades familiares, licencia por maternidad y por lactancia, entre otros. Asimismo señalan que en una gran cantidad de establecimientos privados del sector se han duplicado las jornadas laborales, y han aumentado los empleos no regulados ni amparados por la seguridad social. Según el Secretario General de ATSA, filial Córdoba “se aceptan estos abusos para mantener la fuente laboral y más aún cuando un alto porcentaje de nuestros afiliados son mujeres que con su sueldo mantienen a su familia”.

La oferta de capacitación del gremio de la sanidad (ATSA) se realiza a través del Instituto Superior “Cruz del Sacrificio” que pertenece al propio gremio. Las carreras que se dictan para sus afiliados tienen título oficial reconocido por el Ministerio de Educación de la Provincia. Las mismas son enfermería profesional, técnico superior en hemoterapia e inmunohematología, técnico superior en instrumentación quirúrgica y la última carrera recientemente incorporada es la de técnico superior en administración de salud. También ofrece para sus afiliados un bachillerato a distancia para adultos.

De acuerdo a lo manifestado por los responsables de la Secretaria de Capacitación gremial, la mayoría de los alumnos son mujeres. Las condiciones para estudiar son muy desfavorables, algunas de ellas tienen más de un trabajo a las que se suman las tareas reproductivas. Esto provoca una gran deserción en las alumnas mujeres. El gremio tiene un sistema de becas para sus afiliados que tiende

a paliar, en parte, esta situación. Cabe aclarar que todos los cursos son para los afiliados al gremio. Por lo tanto, aquellos trabajadores que están precarizados no tienen esta posibilidad de capacitación. El gremio ha elaborado un programa para la obtención del título de enfermera profesional que se llevaría adelante en los horarios y lugares de trabajo. Existe ya un primer acuerdo con el sector público provincial, siendo más difícil la posibilidad de su implementación en el sector privado.

Nuevamente se puede visualizar las dificultades que se presentan en términos de desempeño de una trayectoria laboral, en contextos de alta vulnerabilidad en el empleo que repercuten directamente sobre los y las trabajadoras. En el caso de estas últimas, además de los problemas asociados con el trabajo productivo, con la permanente amenaza del desempleo, se le suma la falta de políticas y/o negociaciones colectivas que avancen en medidas de conciliación trabajo/familia, como la reglamentación de la obligatoriedad en la provisión de guarderías o salas maternas. Mucho más seria y vulnerable es la situación de las trabajadoras precarias, que además de no contar con garantías legales contractuales y aportes a la seguridad social, ponen en riesgo permanentemente su salud, particularmente aquellas mujeres en tareas de limpieza en los efectores de salud que manipulan material altamente contaminante.

Cuadro 40
LICENCIAS ESPECIALES CONTEMPLADAS EN LOS CONVENIOS COLECTIVOS DE TRABAJO

Causales	Clínicas, sanatorios, Geriátricos C.C.T. 122/75	Droguería C.C.T.120/75	Consultorios sin internación C.C.T.108/75	Laboratorio medicinal C.C.T.42/75	Mutualidades C.C.T. 107/75
Maternidad	14 días	16 días	15 días	15 días	15 días
Nacimiento de hijo o hija	3 días	3 días	3 días	3 días	3 días
Fallecimiento de cónyuge	7 días	5 días	7 días	7 días	5 días
Enfermedad de padres	7 días	5 días	5 días	7 días	5 días
Enfermedad de hermano	2 días	4 días	5 días	3 días	5 días
Enfermedad de hermano a cargo	7 días				
Enfermedad de los abuelos o nietos	2 días	2 días	3 días	3 días	3 días
Enfermedad de tíos, suegros, yernos y cuñados	1 día	1 día	2 días	3 días	2 días
Casamiento de hijos	1 día	2 días	1 día	2 días	2 días
Siniestro de vivienda	1 día	2 días	2 días	3 días	4 días
Mudanza	1 día	1 día	2 días	2 días	1 día
Concurrencia a juzgado o autoridad	Lo necesario	Lo necesario	Lo necesario	Lo necesario	Lo necesario
Administrativa por examen	2 días por c/examen (10 días por año)	1 día por c/examen	Hasta 15 días fraccionados en 3 periodos, hasta 22 por año	2 días sin límite por examen	16 días hábiles por año calendario

Fuente: ATSA (2004) *Sanidad de Guardia*. Revista de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina de Córdoba. Año 23, N° 47, 2004.

1. Una empresa recuperada por las trabajadoras: la cooperativa Clínica Junín²⁴

En el marco de la vulnerabilidad en el empleo anteriormente señalada han surgido, en los últimos años, alternativas de sostenimiento del lugar de trabajo por parte de los y las trabajadoras en la salud. Ejemplo de ello es la Cooperativa Clínica Junín de la ciudad de Córdoba, que funciona con la participación de 34 profesionales, 33 mujeres y un varón. El proceso que llevó a su constitución, comenzó como en otros casos similares, con una lucha contra el atraso en el pago de los salarios. La Clínica originariamente tenía cuatro pisos con quirófanos, rayos X, camas de internación y capacidad para brindar todos los servicios de diversa complejidad. A fines de 2001 se produce su venta y comienza un progresivo cierre de estos servicios. La crisis de la clínica, que se enmarca en la crisis de financiamiento del sistema privado de prestación de servicios de salud, no condujo a quiebras ni a convocatoria a acreedores, sino a un virtual abandono de la empresa por parte de sus

²⁴ Basado en Ase y Burijovich (2004).

propietarios. Ante la agudización del conflicto, la respuesta empresarial consistió en el despido masivo de los trabajadores, lo cual lleva a la toma de la clínica que se mantiene cerrada hasta el 13 de junio de 2002, día en que se produce la reapertura.

En la conformación de la Cooperativa, jugaron un rol relevante distintas organizaciones sociales que acompañaron la iniciativa con el objetivo de evitar el desalojo de las trabajadoras, para constituir un fondo de huelga, para la difusión de sus propósitos entre distintos sectores sociales. Han recibido también apoyo para hacer públicos sus reclamos de aprobación de la ley de expropiación propuesta a la Legislatura Provincial.²⁵ Entre otros, reconocen la acción de diferentes gremios y sindicatos, de la Central de Trabajadores Argentinos (CTA), de las asambleas, de partidos políticos de izquierda, de los centros de estudiantes y de diputados provinciales. Desde el Ministerio de Salud hubo algunas acciones destinadas a apoyar, si bien de una manera que consideran limitada, el funcionamiento de la cooperativa, como el hecho de autorizarla para trabajar como centro de salud.

En un principio, el grupo de trabajadores exigió la estatización de la empresa, bajo control obrero,²⁶ lapso durante el cual ofrecen servicios mínimos de atención ambulatoria, guardia y enfermería. Actualmente, bajo la figura de cooperativa de trabajo, la experiencia ha crecido en servicios, contando en el año 2004 con un plantel de 45 profesionales. También creció en el volumen de pacientes, el que ha pasado de los iniciales 300 a los 1800 actuales. Según datos ofrecidos, la Clínica expande sus servicios a unos 200 nuevos pacientes por mes.

La Clínica funciona con un arancel reducido en clínica médica y en 14 especialidades de consultorios externos, más el servicio de laboratorio. Su proyecto es centrar la atención en la población que carece de obras sociales y ha realizado acciones con el objetivo de firmar convenios con los sindicatos para la atención de sus afiliados, como también trabajan con otras organizaciones de base. No pertenecen a ningún movimiento nacional de empresas recuperadas.

Las trabajadoras viven la experiencia cooperativa como una oportunidad de autonomía para decidir su propia organización del trabajo y para distribuir equitativamente las ganancias obtenidas. También les ha permitido asumir nuevas responsabilidades, entendiendo que el éxito o el fracaso en el funcionamiento ya no depende de “la patronal” sino de ellos mismos y consideran que con el accionar de la cooperativa pueden impulsar un proyecto de salud alternativo al modelo existente. Las acciones se basan tanto en necesidades como en el desarrollo de un proyecto de transformación de los servicios de salud. Esta inversión está motivada por el interés de sostener un emprendimiento que garantice su fuente de trabajo.

Pero además, la nueva cooperativa pretende inscribir la cobertura de las necesidades de sus asociados, en la cobertura de las necesidades de salud de una población más amplia. Transforman así un servicio privado en un servicio que busca tomar rasgos públicos, en tanto ponen sus esfuerzos en la organización de un proyecto de atención de la salud que tiene en la pobreza su principal foco. Según lo que expresan los trabajadores, el modelo de salud al que adhieren está pensado desde la perspectiva del paciente como tal y no como un “cliente”, y desde una perspectiva de prevención y no meramente curativa de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que la experiencia se desarrolla en un campo laboral –el de la medicina– altamente profesionalizado. Esto conlleva un espectro de lazos al interior de la organización, que admite modalidades tanto asociativas, como contractuales. Esto es así, porque los miembros, según su profesión, establecen relaciones diferenciales con la cooperativa. No es igual la participación de los profesionales de la salud que la de los administrativos y esto se debe en parte a

25 El proyecto de ley tomó estado parlamentario en diciembre de 2002 con la firma de prácticamente todos los bloques excepto del oficialismo. La propuesta consiste en que el Estado expropie el edificio y lo ceda en comodato a la cooperativa por 10 años con un 10% de disponibilidad para el Ministerio de Salud.

26 El antecedente que existe es el ex-Policlínico Ferroviario, hoy convertido en Hospital Público Provincial, el Hospital San Roque.

las diversas expectativas puestas en el proyecto y a una evaluación sobre posibles alternativas laborales por fuera de la Clínica. Mientras que los administrativos y algunos auxiliares de la medicina forman la cooperativa, los médicos no se asocian a la misma, sino que son contratados, son prestadores de la cooperativa como lo eran antes de la Clínica privada. Este es un aspecto central de debate al interior de la experiencia, que ha llevado a diferentes posiciones al interior del sector médico: algunos tendrían intenciones de incorporarse plenamente al proceso, otros pretenden seguir realizando su trabajo igual que lo harían en cualquier otra empresa de salud.

Las diferencias de “afiliación” que se producen entre médicos y no médicos, son importantes para entender que la lógica patrones-obreros en el ámbito de la salud es insuficiente como explicación del proceso. Hay, en el caso de la medicina, una cultura de autonomía profesional, de fuertes rasgos individualistas, que opone un fuerte obstáculo a la incorporación en un ámbito de trabajo en el que los criterios de acción y las decisiones deben ser sometidos a un colectivo que, además, esta constituido por personas de otras profesiones u oficios. La organización económica de la nueva cooperativa ha tomado un rumbo innovador, que puede decirse está en proceso de consolidación. No obstante, sus integrantes identifican una tensión entre mantener un perfil social y procurarse el sustento económico que sostenga el proyecto.

Cabe señalar finalmente que en la nueva Clínica Junín el concepto de trabajo cambió. A las horas de asistencia médica, se le suman las reuniones y asambleas. También cambió el concepto de estabilidad laboral que no se orienta por la flexibilización laboral que se ha implementado en los últimos años, sino que se considera que la misma depende de la responsabilidad y del esfuerzo que realicen sus miembros.

B. El personal de las obras sociales: algunos ejemplos

Son 36 las Obras Sociales de Córdoba. En virtud de las dificultades que existen para acceder a la información sobre el personal que trabaja en dichas instituciones, se optó por seleccionar dos ejemplos representativos e indagar sobre las condiciones de los y las trabajadoras en estas instituciones. Se trata de la Obra Social del Personal de la Universidad (DASPU) y la Obra Social de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba.

1. Obra Social del Personal de la Universidad: DASPU

La DASPU cuenta con una sede central con atención a afiliados y dos sedes más pequeñas en los extremos norte y sur de la ciudad. Las sedes no cuentan con internación pero sí con el resto de las especialidades médicas. Como en los otros subsectores, al interior de esta Obra Social la mayoría del personal es femenino, principalmente en las áreas administrativas y profesionales (cuadro 39).

Cuadro 41
EL PERSONAL DE SALUD DE LA DASPU, AÑO 2004

Personal	Femenino	Masculino
Autoridades de la DASPU	8	14
Audidores internos y externos	9	13
Profesionales de la salud	73	52
Administrativos	114	80
TOTAL	204	159

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Recursos Humanos de DASPU, 2004.

Como puede observarse, la mayoría del personal que trabaja en los centros de salud de DASPU son mujeres, sin embargo, en los cargos donde se concentra mayor poder (autoridades y auditores) la mayoría son varones.

2. Centro de Salud de la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba: UEPC

El Centro de salud de la UEPC cuenta con todas las especialidades médicas. Los varones médicos están a cargo de las especialidades de traumatología, cirugía y psiquiatría. En alergia, odontología y cardiología hay tanto trabajadores varones como mujeres. En clínica médica, psicología, dermatología, pediatría, fisioterapia, fonoaudiología y nutrición, la mayoría son mujeres.

Las tres direcciones del centro de salud, Dirección Médica, de Salud Mental y Administrativa están a cargo de varones. El personal de este centro de salud tienen contratos de locación de servicios por lo cual la jubilación y la obra social no está cubierta.

El 90% de las afiliadas a la UEPC son mujeres, para estas trabajadoras el Centro de Salud ha diseñado diversas campañas: i) de prevención del cáncer de mama; control de enfermedades femeninas, con la ayuda de la obra social del gremio que invierte en tecnología; iii) campaña de prevención de las enfermedades de la piel en los meses de setiembre y octubre; iv) servicio de fonoaudiología y campañas de prevención; v) campañas de prevención del malestar emocional asociado a la hiperocupación; vi) apertura de grupos de desempleados para los familiares de las docentes; vii) grupos para personal directivo, para personas con problemas cervicales.

Es decir, si bien se presenta segregación vertical y en menor medida horizontal, existe una preocupación por la salud de sus trabajadores con especificidad de género.

C. El sector público no estatal en salud: el “cuarto sector”

La indagación en torno a las transformaciones en el campo de los servicios de la salud ha permitido encontrar una rica experiencia de acción colectiva. La variedad de experiencias tienen como objetivo último ampliar y/o complementar las acciones impulsadas por el Estado, acudiendo en general a recursos que provienen del propio Estado o de la cooperación internacional.

En Córdoba, un gran número de personas cuenta con una cobertura de salud muy inferior a sus necesidades, a lo que se suma las grandes desigualdades en el acceso a factores básicos determinantes de la salud, tales como la alimentación y el agua potable. Frente a ello, diversas formas de organización social han comenzado a desarrollar experiencias para preservar la salud de sus miembros. Esta tendencia, muy incipiente y que no alcanza a constituir un cuarto subsector, se expresa de distintas maneras: promotores de salud, grupos de vecinos, cooperativas de salud, clínicas recuperadas por sus trabajadores. A continuación se intentará identificar algunos rasgos comunes de estas experiencias y las condiciones de trabajo del recurso humano en este subsector.

La acción colectiva en salud tiende a configurarse en torno a los siguientes ejes: democratización social, superación de la pobreza, problemas socio-ambientales y ampliación de derechos. Los canales colectivos de participación en salud, por lo general, son los informales. Los sujetos de estas acciones deciden participar por distintos motivos: i) en algunas experiencias, para proveerse de los elementos necesarios para el cuidado de su salud (medicamentos, servicios médicos); ii) en otros casos, tienen origen en reivindicaciones de derechos (derechos reproductivos, lucha por la no discriminación) llevadas adelante por las organizaciones de mujeres y los grupos homosexuales organizados, para recién en un segundo momento dirigirse hacia los servicios de atención médica; iii) otras experiencias se vinculan con la toma de conciencia acerca de la necesidad de democratización del saber médico y finalmente, vi) algunas acciones ligadas a reclamos ambientales, de mujeres o de grupos homosexuales se vinculan a organizaciones

transnacionales. Sin embargo, los organizadores externos no tienen la característica de ser figuras de salud reconocidas.

La mayoría de las organizaciones formalmente constituidas del sector están inscriptas como asociaciones sin fines de lucro. Por otro lado, gran parte de las nuevas organizaciones relevadas – conformadas en los últimos años– cuentan con un funcionamiento abierto, laxo y autónomo. Una parte minoritaria de estas últimas comienzan a buscar formas legales de organización bajo la forma de cooperativas o mutuales. La sostenibilidad de las organizaciones es un problema fundamental. Gran parte de ellas no perduran en el tiempo y se estima que existen aproximadamente 50 trabajando en el sector salud. Esto se debe a la inestabilidad de las condiciones de trabajo del recurso humano que tiene como característica principal el trabajo voluntario.

Las ONG que participan del sector salud tienen, entre sus objetivos, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que habitan en los sectores populares, a través del asesoramiento técnico profesional a las organizaciones de base. Procuran el surgimiento y constitución de estas organizaciones de base de manera tal que estas reclamen ante el Estado la solución de sus problemas. Tienen también el propósito de capacitación de promotores de salud en las comunidades, capacitación que en algunos casos implica una reflexión de los mismos en torno a sus derechos (derechos reproductivos, lucha contra la no discriminación, VIH/SIDA). En otros casos, las ONG son amplificadoras de programas de los servicios estatales de atención médica. Los promotores adquieren roles de liderazgo al interior de sus organizaciones, trabajando frecuentemente en las áreas de salud reproductiva y planificación familiar.

Una parte muy importante de las acciones descriptas las realizan las mujeres sin recibir remuneración alguna por su trabajo: el voluntariado. El voluntariado es una modalidad de trabajo que se presta como servicio social gratuito, pero que requiere de la aplicación de competencias para las áreas específicas en las que se trabaja (Acevedo, 2002).

De lo expuesto y a los efectos de indagar respecto de las condiciones de trabajo de las mujeres en el sector público no estatal que implementan acciones en salud, se confeccionó una muestra accidental donde se relevaron once de estas organizaciones. La información recogida indica que las tareas que desempeñan estas ONGs se puede clasificar del siguiente modo: a) difusión y comunicación: producción de materiales (herramientas pedagógicas y cartillas educativas); difusión de los programas estatales de salud (ej. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva); participación en conferencias; b) articulación para el logro de políticas públicas: control ciudadano-monitoreo de la implementación de los programas nacionales y municipales sobre salud sexual y reproductiva con organizaciones del Movimiento de Mujeres Córdoba; articulación con el Encuentro de ONG y el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba para el trabajo en la problemática del SIDA; c) extensión comunitaria: proyectos de educación para la salud; promoción de redes comunitarias de prevención y promoción de la salud; asistencia técnica a proyectos de intervención comunitaria; apoyo a procesos educativos y organizativos; d) actividades de capacitación: formación de promotores de salud; formación para la no discriminación; formación de estudiantes de psicología, trabajo social, medicina, nutrición y enfermería; e) investigación: investigación epidemiológica; diseño de instrumentos predictivos de riesgo de daño en la salud; f) acción política: sensibilización hacia los partidos políticos y funcionarios del Estado.

Los temas sobre los que trabajan las ONG son: estimulación temprana, nutrición, prevención y atención precoz del cáncer de las mujeres, prevención primaria y secundaria sobre el SIDA, prevención y preparación para la atención de catástrofes, consumo de drogas, salud sexual y reproductiva, violencia familiar, sexualidad, anticoncepción, desarrollo de niños y adolescentes, salud materno infantil, lactancia materna, entre otros.

Los grupos con los que trabajan son: escuelas, comedores comunitarios, geriátricos, organizaciones comunitarias de base, grupos de mujeres, jóvenes de sectores urbano-marginales,

sectores profesionales. El financiamiento que reciben es intermitente y en general no contempla salarios para el recurso humano que trabaja en los proyectos. Tienen apoyo de los gobiernos provinciales y nacionales, de las fundaciones privadas y de la cooperación internacional.

Las condiciones de trabajo del recurso humano que trabaja en el sector público no estatal son de gran precariedad y en su mayoría mujeres voluntarias, una parte importante son monotributistas (trabajadores autónomos) dependiendo para su facturación del financiamiento de los proyectos por lo cual la cantidad de personas que trabajan en las instituciones es muy variable (cuadro 40). Algunos entrevistados consideraron que su trabajo es de autoexplotación por la cantidad de horas que le dedican. En otros casos, el trabajo se sostiene con ingresos percibidos en otros ámbitos, por lo cual también aquí se observa el fenómeno del pluriempleo.

Cuadro 42

PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO NO ESTATAL RELEVADO

Organización	Cantidad personal	Sexo	Formación	Condiciones de contratación
Católicas por el derecho a decidir	21	13 mujeres 8 varones	Profesionales, educadores populares, estudiantes e idóneos	5 monotributistas 1 becaria 6 voluntarios 9 promotores de salud
Centro de Intercambio y Servicios Cono Sur Alahua (CICSA)	10	9 mujeres 1 varón	Psicólogas, arquitecta, ingeniero en sistema, trabajador social, estudiantes	10 contratados
Perspectiva Social	5	4 mujeres 1 varón	Médicos y trabajadores sociales	Sin dato
Centro de Lactancia, crecimiento y desarrollo (CLACYD)	37	4 varones 33 mujeres	Médicos, psicólogos, nutricionistas, comunicación social trabajo social, odontólogos, periodista, promotoras en lactancia	4 subsidios por proyectos de investigación 3 becarios 14 voluntarios
Liga de Acción de Lucha contra el Cáncer (LALCEC)	33	Sin dato	Comisión directiva, médicos, bioquímicos, administrativos	20 monotributistas 8 contratados 5 voluntarios
CERTUS	Sin dato	Sin dato	Promotores de salud	Becarios
CRUZ ROJA	Sin dato	Sin dato	Médicos, estudiantes, idóneos	Voluntarios
PROMOVER	33	33 mujeres	Psicólogas, nutricionistas, trabajadoras sociales, médicas, promotoras de salud	Voluntarios
Servicio a la Acción Popular (SEAP)	10	10 mujeres	Trabajadoras sociales, psicólogas	4 monotributistas 6 pasantes
Instituto de Salud Laboral y Medio Ambiente	10	6 mujeres 4 varones	Profesionales e idóneos	Voluntarios
Centro de Comunicación Popular y Asesoramiento Legal (CECOPAL)	6	6 mujeres	Trabajadoras sociales y estudiantes de trabajo social	4 monotributistas 2 con planes sociales

Fuente: Elaboración propia en base a un relevamiento específico y con datos suministrados por las organizaciones.

VI. Calidad del empleo y calidad de la atención en los espacios locales de salud

A lo largo del presente estudio se hizo énfasis en otorgarle visibilidad a las diferencias que existen entre trabajadores varones y trabajadoras mujeres en el sector salud en Córdoba. Conocer estas diferencias permite proponer acciones que eliminen las situaciones de discriminación y mejoren las condiciones del empleo y con ello la calidad en la atención. Es por ello que el análisis consideró tanto las condiciones objetivas como las subjetivas de producción del servicio de salud.

Tal como ya se había descrito en el Diagnóstico Nacional, el proceso de reforma en el sector salud afectó a las personas que trabajan en el mismo, tanto en los niveles provinciales como municipales. Sin embargo, su impacto fue diferente según el subsector que se analice porque al interior de este sector conviven distintos regímenes de contratación y de lógicas de funcionamiento, particularizándose aún más el impacto diferenciado a partir del surgimiento del “cuarto sector”.

El análisis de las políticas de salud en Córdoba permitió visualizar la heterogeneidad de situaciones que caracterizan al empleo en la actualidad, que incluye una peculiar distribución de puestos de trabajo por tipo de actividad, subsectores y sexo, que dan cuenta del impacto que las nuevas regulaciones laborales tienen sobre el sector, particularmente en términos de flexibilización contractual y precarización y que afectan tanto a los trabajadores en servicios asistenciales como para aquellos que desempeñan tareas administrativas.

Un aspecto común a todos los subsectores es la ausencia de políticas laborales, y mucho menos aún si se lo analiza desde la perspectiva de género, a pesar que tanto a nivel provincial como local, aproximadamente el 65% de los ocupados en el sector son mujeres.

Es decir, no existe una vinculación estrecha entre políticas sanitarias y políticas de empleo, invisibilizándose los efectos que tiene la inserción ocupacional (calidad en el empleo) en la producción del servicio en salud (calidad de la atención). A modo de ejemplo puede mencionarse que en el ámbito del sistema público de salud municipal los problemas para el desarrollo de las tareas no estarían dados, fundamentalmente, por la ausencia de insumos (situación común en otras provincias y municipios) sino por la inseguridad que tienen los profesionales y técnicos en la prestación del servicio (temor a robos y demás manifestaciones de violencia ciudadana). Este ejemplo da cuenta de los múltiples aspectos que resulta necesario considerar a los efectos de diseñar políticas de salud, las que no pasan únicamente por la provisión de insumos o medicamentos sino que resulta fundamental incorporar la situación del recurso humano sectorial.

En otro extremo, pero en igual dirección, se producen situaciones como el hecho que dentro del sector público provincial, los trabajadores y las trabajadoras que cumplen funciones asistenciales en salud se encuentran en una situación de mayor flexibilidad que los administrativos; o en muchos casos se produjo una transformación de cargos de función administrativa en cargos destinados a tareas asistenciales. Llama aún más la atención, por tratarse de un sector mano de obra intensivo, que las sucesivas políticas de reducción de costos laborales y ajuste fiscal han provocado el abandono de los requisitos de calificación para las tareas de atención de la salud. Por caso, auxiliares de medicina realizando tareas de enfermería, personal de limpieza a cargo del traslado de pacientes, entre otras situaciones detectadas.

Adicionalmente, los altos índices de desempleo o del cambio en el régimen de contratación (flexibilización) favorece la contratación con baja remuneración pero con demandas que exceden la calificación de los trabajadores. Este fenómeno se visualiza en todos los sub-sectores de la atención a la salud, incluso en el sector público no estatal de la salud, en donde prima un voluntarismo por parte de las organizaciones involucradas pero la falta de financiamiento para sostener su accionar en salud, lleva a que se sobrecargue a los profesionales y a voluntarios.

Del mismo modo, y salvo el posicionamiento del sindicato municipal, en el caso provincial y a nivel de los afiliados al sindicato de trabajadores de la salud, los reclamos y movilizaciones son por el empleo –principalmente para conservar puestos de trabajo– y no por la calidad del mismo.

En otros términos, las demandas de salud de la población crecen aceleradamente a tiempo que se deterioran las condiciones de empleo de los encargados de la provisión en salud. La vulnerabilidad en el empleo, que se ha instalado en el sector, no sólo provincial y municipal, sino también en el ámbito nacional como consecuencia de las reformas implementadas a partir de la década del noventa, se trasladan directamente sobre la calidad de la atención. Esta vulnerabilidad en los ámbitos provinciales y locales, si bien presenta particularidades importantes en términos de organización del sistema y de estabilidad en el empleo, se expresa en la insatisfacción de los trabajadores.

Si se analiza la situación del empleo a nivel sectorial, considerando la perspectiva de los trabajadores y trabajadoras de la salud, la heterogeneidad prima nuevamente. En primer lugar, la

vulnerabilidad e inestabilidad en el empleo está afectando el estado de salud de las y los trabajadores, tanto en términos físicos como emocionales, con claras diferencias de género.

Una mirada a los motivos de ausentismo en el ámbito público municipal evidencia las situaciones de estrés a las cuales se ven sometidos trabajadores varones y mujeres, a lo cual debe sumárseles fenómenos como el síndrome de *burnout* y una falta de motivación para con la tarea. Ahora bien, cuando se les consulta a las trabajadoras mujeres sobre el desgaste que les produce la actividad, muchas de ellas no pueden visibilizarlo concretamente y sus reflexiones se encuentran permeadas por una estructura de poder que asocia la idea de “sacrificio” ligada al sector, y a su vez a las mujeres. Las trabajadoras en salud desempeñan su tarea, en la mayoría de los casos, desde los estereotipos de “abnegación”, “caridad”, “entrega” y “desprendimiento” en la que ha sido ubicada la mujer. Frente al discurso médico que fragmenta a las personas, la respuesta de las mujeres, en general es el involucramiento afectivo y la identificación. Es otro ejemplo de cómo las prácticas en salud se encuentran atravesadas por la socialización de género.

Tanto en el ámbito privado como público se percibe que las instituciones de salud han dejado de ser espacios de desarrollo personal y profesional. No hay concursos para el acceso a cargos, ni carreras de formación y especialización; y en el sector privado las demandas de empleo no se relacionan necesariamente con mejores condiciones de empleabilidad sino que prima una lógica de reducción de costos laborales, con claros impactos en términos de género.

Otra peculiaridad detectada se relaciona con la distribución de los cargos por niveles de atención y consiguiente estratificación social. Así, en los niveles de atención primaria en salud (ámbito público municipal) predominan las mujeres en una conjunción doblemente desgastante, resumida en la figura de “servicios de pobres mujeres médicas atendiendo a mujeres pobres”. En otros términos, se presenta una inadecuación entre el reconocimiento social y el diseño del modelo de atención: si bien el modelo de atención establece que la base del sistema es el primer nivel de atención, el reconocimiento y el prestigio profesional está ligado a la atención en los niveles de mayor complejidad. La anterior situación explicaría en parte la diferencia entre los trabajadores provinciales y municipales: si bien el salario de los municipales es mejor que el de los provinciales, el mismo no alcanza en términos de satisfacción del trabajador/a, para compensar las dificultades que presenta trabajar en el primer nivel de atención, especialmente debido a la crítica situación de los usuarios de estos servicios. Es decir, se visualiza una doble situación descalificante: para las profesionales y técnicas a cargo del servicio y para el propio servicio. Esto es, no es valoriza la importancia de este nivel, por el contrario, es considerado como una suerte de destino “desfavorable” para las trabajadoras.

En términos de las particularidades del recurso humano sectorial, además de lo ya señalado, ciertas conclusiones merecen destacarse. En primer lugar, la vulnerabilidad en el empleo caracteriza el estado actual del sector salud en Córdoba y la ausencia de políticas de recursos humanos con perspectiva de género es notoria. Es posible observar la transformación que en este sentido ha tenido el empleo en el sector público y que impacta, aún más fuertemente en el sector privado. Las condiciones de trabajo en los hospitales, centros de salud y clínicas privadas se han deteriorado. Sin embargo, para los trabajadores/as la necesidad de conservar el empleo resulta más importante que la necesidad de mejorar dichas condiciones.

Una segunda particularidad es la presencia mayoritaria de mujeres en todos los subsectores (más del 60%), particularmente en el cuarto sector de las organizaciones públicas no estatales. Sin embargo, se observa segregación vertical y horizontal: determinadas ocupaciones, profesiones y lugares de trabajo no son accesibles para las mujeres y al mismo tiempo, la conducción política y técnica del sector sigue siendo fundamentalmente masculina. El pluriempleo es una características de todos los trabajadores/as del sector, inclusive en el sector público no estatal.

Entre los problemas detectados cabe mencionar, que en atención directa no existe una clara división del trabajo, visualizándose una concentración de funciones y tareas en los distintos niveles de responsabilidad. Así, las enfermeras cumplen tareas administrativas, los médicos tareas de enfermeros, el personal de limpieza tarea de auxiliar de enfermería.

En términos de distribución geográfica se observa una concentración del recurso humano en las ciudades más grandes de la provincia, mientras que en algunos lugares del interior provincial es posible constatar la carencia de profesionales y/o efectores (geriátricos por ejemplo). En la misma dirección, las reformas aplicadas privilegiaron la externalización o terciarización de servicios, las que constituyen –particularmente en el sector público– nichos de trabajo para las mujeres. Sin embargo, no se contempló ninguna perspectiva de género en dicho proceso, al tiempo que esta externalización implica la pérdida de puestos de trabajo estatales que pasan a transformarse en puestos de trabajo de condiciones muy precarias.

Un alto porcentaje de trabajadores municipales (42%) tiene una antigüedad en su puesto de trabajo de más de veinte años y con una experiencia acumulada que debe ser considerada a efectos de establecer canales de transferencia de información y de capacitación del personal más antiguo al más nuevo. En el sector público se presentan fuertes carencias de formación para llevar adelante las tareas de prevención y promoción de la salud, situación que también debe abordarse en medidas concretas.

La crisis de la medicina privada ha impactado fuertemente en el empleo: alrededor del 30% del trabajo se realiza en condiciones de informalidad y precarización; al tiempo que se perdieron numerosos puestos de trabajo como consecuencia del cierre de establecimientos. En la misma dirección, un aspecto interesante a destacar es la recuperación de la empresa sectorial (Clínica Junín) y la alternativa para defender una fuente laboral llevada adelante, fundamentalmente por las trabajadoras mujeres, al constituirse en una cooperativa.

Finalmente el crecimiento del sector público no estatal, si bien es aún muy incipiente, se presenta como un fenómeno importante en las transformaciones del sector por diversos motivos: el aumento de la participación de las organizaciones no gubernamentales se expresa, sobre todo, en las organizaciones de mujeres, las problemáticas trabajadas son fundamentalmente de interés de las mujeres (salud reproductiva, violencia familiar) y la fuerte orientación de una acción política tendiente a incidir sobre la inclusión de estas problemáticas en la agenda de gobierno y en las políticas públicas. Sin embargo, es importante también hacer visible las condiciones de trabajo de este subsector (autoexplotación, precariedad, pluriempleo). Como contrapartida, resulta interesante destacar el ingreso al sector salud de nuevos actores, sobre todo de las ONG de mujeres, que aportan, además de servicios concretos, una mirada de género.

Aportes para políticas laborales más equitativas

El análisis del caso Córdoba deja en claro la necesidad imperiosa de problematizar y politizar la cuestión del empleo en el sector salud. Esto es, convertirlo en cuestión socialmente relevante, para todos los subsectores y la comunidad, para que se analice la situación del recurso humano sectorial considerando la equidad de género.

Resulta primordial comprender y socializar en todos los ámbitos la importancia que reviste la relación entre calidad en el empleo y calidad en la atención de la salud. No se logrará prevenir ni atender adecuadamente las necesidades de la salud si no se cuenta con el recurso humano calificado, bien remunerado y motivado para la prestación del servicio. Por lo mismo, no se logrará calidad en la atención si no se cuenta con equidad de género en la composición del personal.

Tal como fue señalado, cualquier proceso de cambio y mejora en las condiciones de trabajo del recurso humano en salud debe realizarse con la participación de los y las trabajadoras, como

también de los nuevos actores que se han incorporado en los espacios locales de salud, como el caso de las organizaciones no gubernamentales y las sindicales. Asimismo se debe iniciar un proceso de sensibilización de la perspectiva de género que incluye a todos los actores involucrados (públicos, privados, sindicatos, obras sociales, organizaciones no gubernamentales, trabajadores y usuarios) para el sector salud, en tanto la percepción en la mayoría de los casos, es que género se asocia sólo con la incorporación de mujeres y se invisibilizan los efectos diferenciados que el mismo tiene.

Para iniciar el proceso de politización del empleo en salud en Córdoba desde una perspectiva de género, y de este modo construir voluntad política para el mejorar las condiciones de empleo en el sector, el diagnóstico identificó una serie de brechas que se encuentran destacadas a lo largo del mismo y que se retoman a continuación; con el objetivo, a partir de su identificación, de formular senderos estratégicos para lograr una reversión –o achicamiento– de las brechas señaladas.

El concepto de brechas (Cohen y otros, 1998) se define como la distancia existente entre un objetivo deseado-posible y lo realmente alcanzado. Las brechas identificadas son tanto institucionales como organizacionales. Los senderos estratégicos son las acciones principales propuestas a fin de acercarse a los objetivos deseados. A continuación se presentan las brechas y senderos considerando cada uno de los subsectores de la salud.

1. Aportes para el sector público de la salud

En primer lugar resulta necesario instalar la discusión sobre las condiciones de trabajo desde una perspectiva amplia que incluya el debate sobre los procesos de trabajo, las habilidades requeridas, los modos de contratación, la infraestructura y particularmente el impacto que tienen las condiciones de trabajo sobre la calidad de la atención, considerando la necesidad imperiosa de avanzar hacia la incorporación de la equidad de género. Las brechas identificadas en este sentido y los senderos estratégicos que se podrían recorrer se presentan a continuación.

BRECHAS POLÍTICO-INSTITUCIONALES	
Brechas	Senderos estratégicos
Heterogeneidad en las situaciones de empleo con impacto diferenciado por género	Problematizar, politizar e incorporar en la agenda la situación del Recurso Humano sectorial y con perspectiva de género en todos los ámbitos de toma de decisiones en materia de empleo (Ministerio/Secretaría de Salud, Economía, Trabajo).
Vulnerabilidad en el empleo con impacto diferenciado por género	Iniciar un proceso de reforma consensuado entre funcionarios y dirigentes gremiales para revertir la vulnerabilidad actual, a partir de la incorporación de medidas de acción positiva y cambios en las condiciones de empleo
Escasa vinculación entre las	Iniciar procesos participativos de análisis y toma de decisiones, en relación con la

políticas laborales y sanitarias	dotación de personal necesaria (cantidad, distribución y tipo), de la especificidad del proceso de trabajo en salud, de los alcances y límites del marco flexibilizador general en el empleo.
Nula vinculación con políticas de género	Revisar la estructura organizacional interna en cada uno de los subsectores y su adecuación a la equidad de género Transversalizar la perspectiva de género en las políticas públicas, específicamente en salud y trabajo, y en cada uno de las jurisdicciones y efectores de salud.
Segmentación y segregación laboral vertical y horizontal para las mujeres	Superar la desventaja social de las mujeres en relación con el tipo de ocupaciones y sectores de ocupación al que acceden. Visualizar en el sector salud la división sexual del trabajo en la estructura del empleo. Analizar y valorar las tareas desempeñadas a los fines de no repetir estereotipos ni mecanismos de subordinación. En este punto, es necesaria la regulación sobre los horarios de trabajo y los concursos; y mejorar las posibilidades de capacitación.
Aumento en la demanda de los servicios y falta de personal y/o insumos para satisfacerla	Considerar que las demandas en salud sólo podrán ser efectivamente satisfechas en la medida que se garantice calidad en el empleo. La incorporación de tecnología y/o insumos por sí sola no garantiza el mejoramiento de la atención.
Desvalorización del trabajo en Atención Primaria en Salud	Jerarquizar el trabajo en la primera línea de atención debido a su importancia estratégica y también en función de que atienden a la población con mayores necesidades.
Ausencia de valoración del Trabajo de las promotoras de salud (remuneradas o voluntarias)	Incorporar a las promotoras sanitarias en el régimen de empleo público (provincial y municipal) con la mayor estabilidad posible, en el marco de los límites financieros existentes, con el objetivo de iniciar un primer paso en su reconocimiento.

BRECHAS EN TORNO A LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS E INCENTIVOS

Brechas	Senderos estratégicos
¿Quién define la política de recursos humanos en el sector?	Generar una política consensuada de Recursos Humanos, esto significa ampliar y enriquecer la definición de las funciones de cada una de las profesiones.
¿Cómo se definen los perfiles laborales en el sector?	Orientar la política de recurso humano sectorial para acortar la distancia entre el perfil profesional y el ocupacional, orientar las estrategias en función de la calidad del servicio y satisfacción del usuario/ciudadano; y promover procesos de aprendizaje institucional
¿Quién cuida a los que cuidan la salud de los y las otros?	Considerar las carpetas médicas y establecer régimen de suplencias, con el objetivo de no dejar al recurso humano sólo frente a la demanda. Estimular el control sanitario del agente sanitario, sobre todo de las patologías prevalentes de las mujeres y demás acciones en prevención de la enfermedad del personal en salud, como las enfermedades cardiovasculares para los hombres y en las mujeres las emocionales. En el caso de estas últimas, las formas de prevención se pueden realizar a través de estrategias de psicohigiene y supervisión integral de la tarea.
¿Quién cuida a los hijos e hijas de las trabajadoras y de los trabajadores?	Promover políticas de conciliación trabajo/familia desarrollando servicios de apoyo familiar (guarderías) y considerar las responsabilidades familiares en el momento en que se eligen los turnos, las vacaciones, las guardias y demás responsabilidades laborales. Incorporar licencias por maternidad, lactancia y puerperio en los casos que no existan y otras causales específicas de género.
¿Cómo se informan y participan los trabajadores?	Aumentar la participación y la cooperación de los trabajadores y promover procesos de aprendizaje a través del intercambio de experiencias comunes entre empleados que tienen saberes diferentes pero complementarios.
¿Cómo disminuir la segmentación vertical y horizontal?	Cuando existan vacantes de cargos a cubrir, se deberá implementar como medida que sean cubiertos con personal del sexo opuesto al que es mayoría en esa área o función.

BRECHAS DE ORGANIZACIÓN INTERNA

Brechas	Senderos estratégicos
Déficit de información sobre la situación del Recurso Humano	Iniciar un proceso sistemático y sostenido de producción de información sectorial sobre el recurso humano, a partir de la producción de estadísticas e indicadores de género.
Condiciones de trabajo desfavorables	Organizar un relevamiento sobre las condiciones de trabajo en los distintos efectores de salud provinciales y municipales a fin de conocer con mayor profundidad la situación del recurso humano y establecer prioridades de urgencias. Esto significa seleccionar y priorizar las necesidades generales del sector, y también las de cada efector. Analizar la reglamentación sobre contratación, ascensos, capacitación, nivel

	escalafonario, con el objetivo de elaborar una propuesta normativa para incorporar el principio de equidad de género en la política de recursos humanos del sector.
Fuentes de financiamiento	Realizar una evaluación de las necesidades y prioridades presupuestarias en relación con el recurso humano a fin de conocer las posibilidades específicas –en el marco de las restricciones de financiamiento actualmente existentes– para implementar acciones.
Ausencia de evaluaciones sistemáticas y de impacto sobre el funcionamiento del esquema de atención	Diseño de metodologías específicas que permitan conocer a fondo el funcionamiento de los efectores, a fin de poder revertir situaciones conflictivas, desfavorables e ineficientes y promover procesos de cambio, tanto a nivel del recurso humano como de las modalidades de atención, considerando las especificidades de género.
Falta de estímulo en el desarrollo de tareas al interior de los efectores (tareas asistenciales) y del propio sistema de salud (tareas administrativas y de conducción)	Estimular la rotación del personal, tanto del especializado de los centros de salud de primer nivel de complejidad como también del personal de estos centros a los hospitales. Esto sustenta el supuesto de que, compartir la práctica médica y las condiciones de trabajo es la mejor manera, junto con la capacitación permanente, de producir un cambio en el conjunto de las representaciones, ideas, opiniones y valores en los trabajadores de salud. El mismo supuesto para tareas administrativas y de conducción
Concentración de trabajadoras mujeres en el primer nivel de atención	Promover el equilibrio en la cantidad de hombres y mujeres por lugar de trabajo. Desarrollar acciones para que las mujeres accedan más a los hospitales y los varones a las UPAS y a otros niveles de Atención Primaria en Salud.
Débil participación de los y las trabajadoras en el diseño y la política organizacional	Ampliar los espacios de discusión y reflexión: reuniones de equipo, con los niveles de conducción, intersectoriales, y de capacitación, con el propósito de que en las mismas se democratizen los procesos de toma de decisiones y se facilite la participación femenina en tales instancias.
Inseguridad en los lugares de trabajo	Garantizar la seguridad personal de los trabajadores en los ámbitos de trabajo. Una modalidad es consensuar los horarios de trabajo y realizar arreglos entre el personal masculino y femenino para que se sientan seguros. Iniciar y profundizar procesos de discusión y acercamiento entre los trabajadores de salud y las comunidades a los fines de lograr que las poblaciones se apropien de los efectores de salud y garanticen la seguridad tanto de los establecimientos como del personal que trabaja allí.
Precarización del empleo	En los casos de externalización, evitar la feminización de estas formas precarias de contratación.

BRECHAS DE RELACIONAMIENTO INTERINSTITUCIONAL

Brechas	Senderos estratégicos
Falta de articulación entre efectores y entre jurisdicciones	Jerarquizar a los distintos efectores de salud municipales para transformarlos en espacios de formación: profundizar la relación con la universidad, organizar cursos de postgrado, ampliar las residencias. Redistribuir responsabilidades al interior de equipos de salud Coordinar acciones interjurisdiccionales a fin de mejorar la red de derivaciones, implementar acciones conjuntas que impliquen mejora del servicio en ambas jurisdicciones y un ahorro de esfuerzo y económico importante.
Déficit de información y	Promover acciones de cooperación con áreas estadísticas y de recursos humanos a

cooperación interinstitucional	<p>nivel local y provincial, como también con los órganos nacionales (INDEC, Ministerio de Salud de la Nación). También con las universidades, Consejo Médico, Asociación Médica Argentina, Sociedad Argentina de Mujeres médicas, Organismos de la Mujer, entre otros.</p> <p>Analizar el estado de los sistemas de información del sector salud y elaborar una propuesta de sistema con información desagregada por sexo, tipo de tareas, de contrato de trabajo, y demás aspectos relevantes de la tarea como también incorporar indicadores de género.</p> <p>Formular un proyecto inter-institucional para proveer información, capacitación y difusión sobre los derechos de las trabajadoras, que incluya leyes laborales internas como también las convenciones internacionales (CEDAW, Convenios de OIT) entre otras.</p>
Déficit de organizaciones dedicadas a la problemática del empleo en salud con perspectiva de género	Fortalecer la articulación entre los subsectores y entre las organizaciones de mujeres con el sector público y privado con el objetivo de sumar acciones y esfuerzos en pos de la equidad de género en el sector salud.

BRECHAS EN TÉRMINOS DE HABILIDADES

Brechas	Senderos estratégicos
Descalificación de tipo de tareas y no del puesto de trabajo	Evitar la descalificación de los trabajadores y trabajadoras mejorando sus condiciones de empleabilidad a través de la institucionalización de carreras profesionales y de una política dirigida al desarrollo del potencial profesional por medio de su capacitación.
Falta de promoción de mecanismos de capacitación permanente	<p>Capacitación en servicio: organizar la capacitación en los horarios de trabajo. Esto permitirá la asistencia de mujeres con responsabilidades familiares e incluso de aquellas que están con licencia por maternidad o atención de sus hijos.</p> <p>En los ámbitos ya creados de articulación, comunicación y capacitación que funcionan en los hospitales y centros de salud (Comité de Capacitación, Docencia e investigación, Comité de Bioética, Comité de Farmacovigilancia) introducir la perspectiva de género, incluyendo regularmente la temática de la igualdad entre hombres y mujeres.</p> <p>Adecuar los programas de formación de competencias con la orientación de la atención de salud y a la equidad de género</p> <p>En los planes de formación incorporar el desarrollo de "competencias actitudinales". Esto es la "superación de los obstáculos que en las mujeres son la autolimitación para el crecimiento personal (reforzamiento de la identidad y seguridad personal y de género, promoción de estrategias de autoestima, autoresponsabilidad y protagonismo en el propio proceso de empleo-formación)" (Silveira, 2000).</p>
Especificidad de la Enfermería	En el caso específico de la enfermería resulta necesario flexibilizar la institución. La historia de las divisiones de enfermería se remonta a la época en que el personal de enfermería era empírico por lo que requería de estructuras verticales, niveles de supervisión ligados al control del personal y el establecimiento de rutinas asistenciales. Actualmente con los niveles altamente profesionalizados de personal e instituciones de alta complejidad, se requiere poner en cuestión esa organización y ese rol de conducción. Es necesario desburocratizar y modernizar los modos de gestión. Pasar de las rutinas a los programas. Descentralizar la toma de decisiones a los equipos de trabajo. Discutir el rol de conducción donde el control deja de tener sentido y se requiere el rol de facilitador y viabilizador de propuestas (Cerino, 2003).

BRECHAS CULTURALES

Brechas	Senderos estratégicos
Falta de adecuación entre el diseño de un modelo de atención y el reconocimiento social	Sensibilización en torno a la especificidad que tiene el trabajo en salud con sectores de extrema pobreza y su importancia estratégica.
Prácticas de salud estereotipadas	Cuestionar y revertir tanto la "maternalización" del rol de las trabajadoras sanitarias como el poder autoritario de los trabajadores.
Socialización de género en el ejercicio de la profesión	Reconocer el aporte y valorización de tareas femeninas y promover la ruptura de mecanismos de segregación horizontal y vertical. Destacar la contribución de este tipo de tareas al conjunto del sector y al bienestar de la ciudadanía.

Desvalorización del trabajo y de las profesiones predominantemente femeninas	Promover un proceso de sensibilización en la perspectiva de género para todos los actores comprometidos, hombres y mujeres. No es suficiente para lograr transformaciones en las condiciones de trabajo de las mujeres que las mismas lleguen a cargos de conducción.
--	---

2. Aportes para el sector privado y de las obras sociales

Los anteriores aportes son válidos y de aplicación para el sector privado y de las obras sociales, destacando la necesidad de impulsar medidas de acción positiva desde una perspectiva de género.

Sería importante que se consideren las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que el límite de horas asistenciales, es decir en contacto directo con pacientes sea de hasta 6 horas diarias. Esto implica poder realizar actividades ligadas a los servicios intermedios (docencia, gestión, estadísticas, investigación) en las 2 horas restantes. Esto se relaciona con estudios de rendimiento laboral donde los errores e iatrogenias comienzan a observarse luego de las 6 horas de trabajo, con mayor frecuencia en la preparación y administración de medicación.

Asimismo resulta imprescindible generar información sobre la situación del empleo en el sector privado y de las obras sociales. En la medida que no se conozca con exactitud la composición y caracterización del empleo en estos dos sub-sectores no se podrá dimensionar la situación de los mismos.

Es precisamente en estos sectores en donde la relación calidad del empleo/calidad de la atención cobra notoriedad debido al estímulo de la competencia. Esto es, al estar regido este sector más abiertamente por las reglas del mercado, resulta fundamental conocer el grado de satisfacción/insatisfacción de los y las trabajadoras.

Lo anterior es la contracara del recurso humano afectado a Atención Primaria en salud. Esto es, en estos dos subsectores no se trabaja con sectores de pobreza sino con sectores medios y medios altos, situación que nada dice en relación a las condiciones de empleo del recurso humano de estos dos subsectores. De allí la necesidad de conocer en que condiciones desarrollan sus tareas el personal de las obras sociales y de la medicina privada.

Promover medidas que apunten a la conciliación trabajo/familia, como también implementar controles obligatorios y periódicos de la salud de los y las trabajadoras sectoriales.

3. Aportes para el “cuarto sector” de la salud

Las organizaciones de mujeres que se encuentran prestando servicios de salud son las más indicadas para difundir que, en estas condiciones de vulnerabilidad en el empleo no resulta posible empoderar a las mujeres.

A su vez, resulta necesario iniciar un proceso de sensibilización que permita eliminar prejuicios y estereotipos. Uno de los aspectos fundamentales sobre los que hay que sensibilizar es la necesidad de transformar la “maternalización del rol de las trabajadoras de salud”. Es necesario establecer cuál es el grado de involucramiento más operativo. Entre la identificación total y la despersonalización, se debe encontrar la manera de intervenir más eficazmente.

Resulta necesario romper la simetría entre el trabajo doméstico y el trabajo en salud, tal como fue descrito a lo largo del análisis. En esta dirección resulta necesario promover medidas que apunten a la conciliación trabajo/familia para los miembros de las organizaciones.

Fortalecer el trabajo de articulación de cada organización en redes de cooperación Inter-organizacional y con el sector público a fin de sumar acciones y esfuerzos para garantizar la salud de la población en un contexto de equidad.

Implementar y promover el control periódico de la salud de los y las trabajadoras sectoriales.

4. Aportes para el sector sindical

Iniciar un dialogo intersectorial para generar propuestas y consensos en torno a la promoción de políticas laborales con equidad de género para el sector. Para ello se puede establecer una mesa de diálogo entre los actores involucrados, con una participación clave del sector sindical

Proceso de sensibilización –para dirigentes gremiales y trabajadores– de la necesidad de incorporar la perspectiva de género en su accionar, tanto a nivel de la importancia en los niveles de conducción como en los puestos de trabajo.

Incorporar veedores de género en los concursos e inspectores de género para vigilar el cumplimiento en el sector salud de las leyes y convenios colectivos que garantizan la equidad en el trabajo de las mujeres, tanto en el sector público como privado.

La anterior medida no sería costosa y podría estar a cargo de profesoras universitarias, representantes gremiales, del movimiento de mujeres. El éxito estaría dado, en tanto se logre comprometer y sensibilizar en la importancia de contar con mecanismos institucionales para resguardar la equidad de género en el acceso al puesto de trabajo, a la especialización y/o ascensos, buscando evitar muchas de las situaciones de discriminación aquí descritas.

Promover medidas que apunten a la conciliación trabajo/familia, a la división sexual del trabajo; como también impulsar la incorporación de licencias por maternidad, amantamiento y puerperio de las trabajadoras a fin de incorporarlas en los estatutos y reglamentaciones del personal en salud (público o privado). Verificar el cumplimiento de medida de controles periódicos de la salud de los y las trabajadoras sectoriales.

Revisar los Códigos de ética y otras disposiciones de las Asociaciones de profesionales de la salud, Consejos y demás organizaciones profesionales a fin de incorporar la perspectiva de género en sus disposiciones y en su accionar.

5. Aportes para iniciar un proceso de transversalización en las políticas públicas a nivel local

Además de lo expuesto en el estudio un punto fundamental consiste en transversalizar la perspectiva de género en las políticas públicas. La promoción de los procesos de transversalización muchas veces se encuentran a cargo de las oficinas para el adelanto de la mujer.

Resulta interesante destacar que en el ámbito de la provincia de Córdoba fue creado recientemente el Consejo Provincial de la Mujer por Ley 9157 y en el ámbito de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba no se cuenta con un área o dirección de la Mujer. Esto es, la institucionalidad de este tipo de mecanismos es incipiente en la provincia y no está presente aún en el ámbito municipal.

En ambos casos, sería recomendable que las acciones a futuro incorporen efectivamente la equidad de género como parte de las acciones de gobierno. En el caso del ámbito local, no necesariamente la institucionalidad se garantiza con la creación de un área mujer específica sino que además sería sumamente interesante la generación de políticas transversales en todos los ámbitos de decisión.

La producción de estadísticas e indicadores de género puede ser un primer paso en la nueva institucionalidad, al igual que avanzar en estudios y líneas de investigación que incorporen el campo de los recursos humanos en salud desde una perspectiva de género.

En otros términos, la perspectiva de género plantea nuevos desafíos en cuanto es una expresión más de la necesidad de contemplar la heterogeneidad de los trabajadores y de las trabajadoras en relación a sus necesidades, intereses y valores.

Tal como fue señalado, el sector salud en Córdoba puede ser caracterizado como “de mujeres atendiendo mujeres”, situación que requiere una transformación de las condiciones de trabajo que implican inequidad de género para que de este modo se mejore la calidad de la atención.

Para conseguir dichos objetivos, además de los senderos trazados, existen facilitadores para iniciar a la brevedad el proceso de incorporación de la equidad de género en el sector salud en Córdoba, pero replicable en otras provincias y municipios. Entre los facilitadores para el proceso se encuentran:

- Preponderancia de las mujeres en el sector salud
- Diagnóstico participativo de la situación del empleo en salud con perspectiva de género a nivel nacional, provincial y local
- Acuerdos firmados en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) con el compromiso asumido por parte de los ministros de salud provinciales (marzo 2001) de incorporar la equidad de género en los diversos sector salud
- Posibilidad de consensuar y articular líneas de acción entre los diversos actores involucrados
- Ingreso al sector de nuevos actores, entre ellos las organizaciones de mujeres que aportan una mirada y accionar con perspectiva de género
- Guía para formular políticas de empleo a nivel local con perspectiva de género. Esta guía es otro de los insumos técnicos provistos en el marco del presente proyecto.

Por último, cabe destacar que sólo se logrará mejorar los indicadores de rendimiento en el sector salud y con ello mejorar la calidad de la atención si se logra mejorar la calidad en el empleo. Para ello es fundamental que el vector de integración sea la búsqueda de equidad entre hombres y mujeres.

Bibliografía

- Abramzón, M. (2003), Los recursos humanos en salud en Argentina. Una mirada a los datos. *Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina 58*, Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud, Argentina, agosto.
- Acevedo, D. (2002), “Género y políticas laborales en un contexto de flexibilidad del trabajo, reestructuración productiva y precarización del trabajo”. En Revista Salud de los trabajadores, Volumen 10. Edición Especial N° 1 y 2, Venezuela.
- Ase, I. (1998), *Diagnóstico Socio-Cultural comunicacional*. PROMIN, Córdoba, mimeo.
- ____ (1996), *RISAM: Estrategia política o espacio de capacitación?* Ponencia presentada al I° Encuentro de Centros de Formación de Post-grado en Psiquiatría de la Provincia de Córdoba. Oliva, noviembre.
- Ase, I y Burijovich, J. (2004), “La economía social en el campo de la salud” en La Serna, C (ed) *La Economía Solidaria en Argentina, entre las necesidades y las aspiraciones*. IIFAP, Universidad Nacional de Córdoba.
- ____ (2001), La Reinención del Estado Cordobés: Una “reingeniería” de la ciudadanía. *Revista Administración Pública y Sociedad 14*, Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba.
- ____ (2000), La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas. *Revista Administración Pública y Sociedad 13*, Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba.
- Asociación Médica Argentina (2001), *Código de Ética para el Equipo de Salud*. Buenos Aires, Asociación Médica Argentina.
- ATSA (2004), *Sanidad de Guardia*. Revista de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina de Córdoba. Año 23. N° 47, 2004.

- Barri, H. (2000), *IPAM: Proyecto de gestión social participativa*. Movimiento por un Sistema Integral de Salud. Córdoba, febrero, mimeo.
- Barria, S. Y otros (2003), *Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, diciembre 2003.
- Belmartino, S. (1994), Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. *Cuadernos Médico Sociales* N° 68, 94: 5–26, julio, Rosario.
- Burijovich, J. Neder A. Berra, C. Cerino S y otros (2001), *El malestar de los trabajadores de salud mental*. Hospital Neuropsiquiátrico, mimeo.
- Cerino, S. Sandagorda, B. y Portillo G. (2002), *Estrés laboral asistencia. Su impacto en el personal de enfermería en los hospitales de alta complejidad. Una aproximación a la prevención del estrés*. Córdoba, Argentina.
- Cohen, E.; Martínez R.; Tapia, L.; Medina, A. (1998), *Metodología para el análisis de la gestión de Programas Sociales*. Volumen I y II. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.
- Fundación Minetti (1997), *Directorio de Organizaciones No Gubernamentales, Córdoba*. Fundación Minetti, Córdoba, Argentina.
- Marín, R. (1995), *Psicología de la Salud*. Editorial Síntesis Psicología. Madrid.
- Maslach C. y Jackson S. (1997), *MBI Inventario "Burnout" de Maslach*. TEA Ediciones, Madrid, España.
- Ministerio de Salud Córdoba (1997), *Documento de análisis*. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Dirección General de Atención a la Salud; 1997.
- Montoya, S. (1996), "*Reformas al financiamiento del Sistema de Salud*". IEERAL, Córdoba, julio, mimeo.
- Navarro, M. y Rosenfeld, A. (1993), "El sector salud de la Provincia de Córdoba". En Katz, Jorge (comp.) *El sector salud en la República Argentina. Su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Novick, M. y Galin, P. (2003), "Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. *Observatorio de Recursos Humanos en Salud* N° 58. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Argentina, octubre.
- Padilla, M. (2002), *Área de Desarrollo estratégico de la salud. Unidad de desarrollo de RRHH. RRHH en los servicios de salud*. Informe preparado para el documento de posición sobre los servicios de salud en la Región. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, Argentina.
- Pautassi, L. (2001), "Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina", *Serie Mujer y Desarrollo* N° 30, Santiago de Chile, CEPAL, (LC/L.1506-P/E)
- ____ (1995), "*Descentralización en salud: ¿Nuevos Protagonismos?. Un estudio de casos en los municipios de la Provincia de Córdoba*". Documento de Trabajo CIEPP N° 11, Buenos Aires, mayo.
- Peiró, J. M. y Prieto, F. (1996), *Tratado de Psicología del Trabajo*. Volumen 1: La actividad laboral en su contexto. Editorial Síntesis Psicología, Madrid, 1996.
- Silveira, S. (2000), *Mujer, formación y trabajo. Gestionando la igualdad. Líneas de acción sindical para la igualdad y la formación de las trabajadoras*. Centro Interamericano de investigación y documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR/OIT).
- Tobar, F. (2001), "*Impacto del Hospital de Autogestión sobre la Seguridad Social*". Instituto Universitario Isalud, Buenos Aires, febrero.
- Zárate, C. (2004), *La presencia de la mujer en la profesión médica*. Ethica Documentos. *Revista Ethica* N° 58. Córdoba.

Anexo metodológico

La metodología desarrollada consistió en un diagnóstico participativo de la situación de los trabajadores y las trabajadoras del sector salud compuesto por los subsectores público (provincial y municipal), obras sociales, privado y público no estatal, buscando detectar particularidades desde una perspectiva de género que caracterizan a esta ocupación. El propósito de este diagnóstico fue construir con el personal involucrado propuestas de políticas de recursos humanos que incluyan la equidad de género bajo el supuesto, ampliamente comprobado por diversas investigaciones, que en el sector salud ninguna reforma puede implementarse sin la participación de sus trabajadores.

El diseño metodológico incorporó aspectos descriptivos e interpretativos. La estrategia seleccionada combinó el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas en la recolección y análisis de la información. Las unidades de análisis en la implementación del diagnóstico fueron: i) los y las trabajadoras en salud en el municipio de Córdoba; ii) los y las funcionarias políticos municipales y provinciales; iii) los y las dirigentes gremiales; iv) demás actores sociales involucrados en el sector.

Para el cumplimiento de los objetivos del análisis cuantitativo se trabajó con las bases de datos suministradas por la Secretaría de Salud y Ambiente de la Municipalidad de Córdoba y por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Los datos existentes sobre el sector privado fueron suministrados por ATSA (Asociación de Trabajadores de la Salud), delegación Córdoba. Las organizaciones no gubernamentales fueron relevadas a partir de la consulta del Directorio de ONG elaborado por la Fundación Minetti (1997).

La etapa diagnóstica respondió principalmente a un interés comprensivo, para lo cual se trabajó con grupos focales; no debiendo considerarse como una muestra representativa, sino que se buscó generar hipótesis e interrogantes. La técnica de los grupos focales pone énfasis en aspectos dialógicos en la recolección de los datos y en la posibilidad de la construcción colectiva de la información. Se propuso indagar sobre las vivencias de discriminación de las mujeres trabajadoras del sector salud municipal, buscando profundizar en el análisis de cómo operan los contenidos simbólicos de dicha discriminación en sus condiciones de trabajo. Se intentó conocer los comportamientos de las mujeres y las explicaciones que ellas mismas dan a partir de sus actitudes, valores y representaciones sociales. Asimismo se buscó sensibilizar en la perspectiva de género en el ámbito laboral, para conocimiento de las trabajadoras como también para generar consensos y líneas de acción y de políticas para futuro.

Tanto para la realización de entrevistas a decisores políticos y gremiales, como en las entrevistas grupales (*focus group*) a trabajadoras del sector, se consideraron diversas dimensiones de análisis, entre otras: a) Acceso equitativo al sector y a la capacitación (oportunidades diferenciales por sexo; b) impacto diferenciado de las condiciones de trabajo en varones y mujeres (cantidad y tipo de carpetas médicas discriminado por sexo; segregación laboral y estresores); c) Modelos de pensamiento que inciden en la calidad de la atención (representaciones, valores que poseen los trabajadores en relación con los pacientes); d) participación (número de varones y mujeres que participan en las instancias de decisión y organizativas; valoración de la participación como un derecho; evolución de la cantidad de mujeres que participan en instancias de decisión) e) acceso a la información (acceso diferenciado por sexo, uso de tecnología, sitios de reunión); f) empoderamiento (conocimiento de las normativas vigentes referidas a los derechos de las mujeres; cambios en la capacidad de toma de decisiones y ejercicio de liderazgos); g) división sexual del trabajo: (horas dedicadas al trabajo productivo y al reproductivo y la valoración del mismo); h) Articulación del sector con las organizaciones de mujeres (tipo de organizaciones sociales de mujeres con las que trabaja el sector salud y tareas emprendidas).



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

mujer y desarrollo

Números publicados

1. Rural women in Latin America and the Caribbean: Results of projects and programmes (LC/L.513), September 1989.
2. Latin America: The challenge of socializing the home environment (LC/L.514), October 1989.
3. Women and Politics in Latin America and the Caribbean (LC/L.515), September 1989.
4. Refugee and displaced women in Latin America and the Caribbean (LC/L.591), December 1990.
5. Women, Cultures and Development: Views from Latin America (LC/L.596), May 1991.
6. Women and New Technologies (LC/L.597/Rev.1), April 1991.
7. New participatory methodologies for working with women (LC/L.592), October 1990.
8. The Vulnerability of Households Headed by Women: Policy Questions and Options for Latin America and the Caribbean (LC/L.611), April 1991.
9. Integration of the feminine into Latin American culture: In search of a new social paradigm (LC/L.674/Rev.1), June 1994.
10. Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: propuesta para la discusión, María Nieves Rico (LC/L.690), mayo de 1992.
11. Feminización del sector informal en América Latina y el Caribe, Molly Pollack (LC/L.731), abril de 1993.
12. Las mujeres en América Latina y el Caribe. Un protagonismo posible en el tema de población (LC/L.738), mayo de 1993.
13. Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente, María Nieves Rico (LC/L.767), diciembre de 1993.
14. Changing Power and Autonomy of the Caribbean Women. Paulina Van Der de Aa (LC/L.881), October 1995.
15. Formación de los recursos humanos femeninos: prioridad del crecimiento y de la equidad (LC/L.947), María Nieves Rico, junio de 1996.
16. Gender-based violence: A human rights issue (LC/L.957), María Nieves Rico, July 1996. [www](#)
17. La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques (LC/L.990), Elsa Gómez Gómez, mayo de 1997.
18. Las mujeres en América Latina y el Caribe en los años noventa: elementos de diagnóstico y propuestas (LC/L.836/Rev.1), abril de 1997.
19. Reflections on the use of labour market indicators in designing policies with a gender-based approach (LC/L.1016), Molly Pollack, June 1998. [www](#)
20. A gender-based approach to the urban informal sector. The case of Mexico (LC/L.1017), Molly Pollack and Clara Jusidman, July 1998.
21. The Urban Female Labour Market in Latin America: The Myth and the Reality (LC/L.1034), Irma Arriagada, July 1998. [www](#)
22. La educación de las mujeres: de la marginalidad a la coeducación. Propuestas para una metodología de cambio educativo (LC/L.1120), Marina Subirats, julio de 1997. [www](#)
23. Violencia en la pareja. Tratamiento legal. Evolución y balance (LC/L.1123), Hanna Binstock, agosto de 1998. [www](#)
24. Towards equality for women. Progress in legislation since the adoption of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (LC/L.1126), Hanna Binstock, August 1998. [www](#)
25. Gender, the Environment and the Sustainability of Development (LC/L.1144), María Nieves Rico, November 1998. [www](#)
26. Part-time work in Chile: Is it precarious employment? Reflections from a gender perspective (LC/L.1301-P), Sandra Leiva, Sales No. E.00.II.G.9 (US\$ 10.00), January 2000. [www](#)
27. The Challenge of gender equity and human rights on the threshold of the twenty-first century (LC/L.1295/Rev.1-P), Sales No. E.00.II.G.48 (US\$ 10.00), May 2000. [www](#)
28. Mujer y trabajo en las reformas estructurales latinoamericanas durante las décadas de 1980 y 1990 (LC/L.1378-P), Francisco León, N° de venta S.00.II.G.94 (US\$ 10.00), mayo de 2000. [www](#)
29. The Gender Perspective in Economic and Labour Policies. State of the Art in Latin America and the Caribbean (LC/L.1500-P), Lieve Dearen, Sales No. E.01.II.G.44 (US\$ 10.00), July 2001. [www](#)

30. Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina (LC/L.1506-P), Laura C. Pautassi, N° de venta: S.01.II.G.45 (US\$ 10.00), marzo de 2001. [www](#)
31. The collective memory and challenges of feminism (LC/L.1507-P), Amelia Valcárcel, Sales No. E.01.II.G.46 (US\$ 10.00), March 2001. [www](#)
32. The Institutionality of Gender in the State: New Analytical Perspectives (LC/L.1511-P), Virginia Guzmán, Sales No. E.01.II.G.58 (US\$ 10.00), September 2001. [www](#)
33. El turismo en la economía ecuatoriana: la situación laboral desde una perspectiva de género (LC/L.1524-P), Martha Ordoñez, N° de venta: S.01.II.G.69 (US\$ 10.00), marzo de 2001. [www](#)
34. La situación económico-laboral de la maquila en El Salvador: Un análisis de género (LC/L.1543-P), Ligia Elizabeth Alvarenga Jule, N° de venta: S.01.II.G.83 (US\$ 10.00), mayo de 2001. [www](#)
35. Aspectos económicos de la equidad de género (LC/L.1561-P), Thelma Gálvez P., N° de venta: S.01.II.G.107 (US\$ 10.00), junio de 2001. [www](#)
36. ¿Género en la reforma o reforma sin género? Desprotección social en las series previsionales de América Latina (LC/L.1558-P), Haydeé Birgin y Laura Pautassi, N° de venta: S.01.II.G.103 (US\$ 10.00), junio de 2001. [www](#)
37. Economics and Gender. Selected bibliography (LC/L.1610-P), Flavia Marco, Sales No. E.01.II.G.152 (US\$ 10.00), October 2002. [www](#)
38. Las relaciones de género en un mundo global (LC/L.1729-P), Virginia Guzmán, N° de venta: S.02.II.G.40 (US\$ 10.00), abril de 2002. [www](#)
39. The new information Technologies and Women: Essential Reflections (LC/L.1742-P), Gloria Bonder, Sales No. E.02.II.G.54 (US\$ 10.00), August 2003. [www](#)
40. Violence against women in couples: Latin America and the Caribbean. A proposal for measuring its incidence and trends (LC/L.1744-P), Diane Alméras, Rosa Bravo, Vivian Milosavljevic, Sonia Montaña and María Nieves Rico, Sales No.: S.02.II.G.56 (US\$ 10.00), June 2002. [www](#)
41. La reforma de pensiones en Colombia y la equidad de género (LC/L.1787-P), Consuelo Uribe Mallarino, N° de venta: S.02.II.G.101 (US\$ 10.00), octubre de 2002. [www](#)
42. Legislación previsional y equidad de género en América Latina (LC/L.1803-P), Laura C. Pautassi, N° de venta: E.02.II.G.116 (US\$ 10.00), October 2004. [www](#)
43. A cinco años de la reforma de pensiones en El Salvador y su impacto en la equidad de género (LC/L.1808-P), Ligia Alvarenga, N° de venta: S.02.II.G.120 (US\$ 10.00), noviembre de 2002. [www](#)
44. Género y sistemas de pensiones en Bolivia, Alberto Bonadona Cossío (LC/L.1841), N° de venta: S.03.II.G.6, febrero de 2003. [www](#)
45. Las políticas públicas de género: un modelo para armar. El caso de Brasil (LC/L.1920-P), Sonia Montaña, Jacqueline Pitanguy y Thereza Lobo, N° de venta: S.03.II.G.75 (US\$ 10.00), junio de 2003. [www](#)
46. Género, previsión y ciudadanía social en América Latina (LC/L.1937-P), Daniel M. Giménez, N° de venta: S.03.II.G.96 (US\$ 10.00), julio de 2003. [www](#)
47. New contributions to the analysis of poverty: methodological and conceptual challenges to understanding poverty from a gender perspective (LC/L.1955-P), Sylvia Chant, Sales No. E.03.II.G.110 (US\$ 10.00), August 2003. [www](#)
48. Gobernabilidad democrática y género, una articulación posible (LC/L.1962-P), Virginia Guzmán, N° de venta: S.03.II.G.119 (US\$ 10.00), octubre de 2003. [www](#)
49. La institucionalidad de género en un contexto de cambio de gobierno: el caso de Paraguay (LC/L.2000-P), Virginia Guzmán y Graziella Corvalán, N° de venta: S.03.II.G.161 (US\$ 10.00), octubre de 2003. [www](#)
50. Un acercamiento a las encuestas sobre el uso del tiempo con orientación de género (LC/L.2022-P), María José Araya, N° de venta: S.03.II.G.184 (US\$ 10.00), noviembre de 2003. [www](#)
51. In search of work. International migration of women in Latin America and the Caribbean. Selected bibliography (LC/L.2028-P), Silke Staab, Sales No. E.03.II.G.196 (US\$ 15.00), April 2004. [www](#)
52. Entender la pobreza desde la perspectiva de género (LC/L.2063-P/E), Lorena Godoy, N° de venta: S.04.II.G.7 (US\$ 10.00), enero de 2004. [www](#)
53. Una aproximación a la problemática de género y etnicidad en América Latina (LC/L.2066-P/E), Elizabeth Peredo Beltrán, N° de venta: S.04.II.G.9 (US\$ 10.00), abril de 2004. [www](#)
54. Sistemas electorales y representación femenina en América Latina, (LC/L.2077-P/E), Line Bareiro, Oscar López, Clyde Soto, Lilian Soto, N° de venta: S.04.II.G.20, mayo de 2004. [www](#)
55. Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de Perú (LC/L.2126-P/E) Rosa Bravo, N° de venta: S.04.II.G.53, mayo de 2004, [www](#)
56. Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Avances y omisiones para una mayor equidad, (LC/L.2140-P/E), Laura C. Pautassi, Eleonor Faur, Natalia Gherardi, N° de venta: S.04.II.G.68, mayo de 2004. [www](#)

57. Políticas de género en la Unión Europea y algunos apuntes sobre América Latina, (LC/L.2154-P/E), Judith Astelarra, N° de venta: S.04.II.G.82, Julio de 2004. [www](#)
58. El empleo en el sector financiero en Chile. Nuevas oportunidades, conocidas discriminaciones, (LC/L.2172-P/E), Amalia Mauro, N° de venta: S.04.II.G.107, agosto de 2004. [www](#)
59. Trayectorias laborales en el sector financiero. Recorridos de las mujeres, (LC/L.2177-P/E), Amalia Mauro, N° de venta: S.04.II.G.104, agosto de 2004. [www](#)
60. Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud de Córdoba, Argentina. Aporte para políticas laborales más equitativas (LC/L.2250-P), Jacinta Burijovich y Laura C. Pautassi, N° de venta: S.05.II.G.8, febrero del 2005. [www](#)

Algunos títulos de años anteriores se encuentran disponibles

-
- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@eclac.cl.

[www](#) Disponible también en Internet: <http://www.cepal.org/> o <http://www.eclac.org>

Nombre:.....
Actividad:
Dirección:
Código postal, ciudad, país:.....
Tel.: Fax: E.mail:.....