

EL GÉNERO Y LA SALUD PÚBLICA EN LA PROVINCIA DE SAN JUAN

Autores: Arredondo, Jorge O. y Sánchez Blanco, Carmen

Instituto de Investigaciones Administrativas y Contables. FACSO. UNSJ

Introducción

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Y la Constitución de la República Argentina dice en su Art. 16.- “La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre, ni de nacimiento: no hay en ella fueros personales ni títulos de nobleza. Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad. La igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas.”

Estas dos sencillas premisas que conforman el orden social, político y económico en el que coexistimos, son la base de nuestro comportamiento cultural, pero nuestro sistema liberal occidental contempla en teoría estas salvedades debido a las reiteradas luchas que las mujeres y los hombres de pensamiento más progresista han dado en llamar la lucha por la igualdad de género. Esto quiere decir que en la práctica real, siguen existiendo las diferencias, y que muchas de ellas parten de ancestrales principios de conformación de lo social.

Ya no hablamos de diferencias entre los sexos, que son y existen por razones biológicas, sino de igualdad o desigualdad de género. Mientras que el término “sexo” hace referencia a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres,

“género” describe los roles, las funciones, los derechos y las responsabilidades establecidas por la sociedad y que las comunidades y sociedades consideran apropiados tanto para los hombres como para las mujeres.

Género sigue siendo un término impreciso ya que se trata de una elaboración social. Como tal es cambiante con el paso del tiempo, de una cultura a otra y entre los diversos grupos dentro de una misma cultura. En consecuencia, las diferencias son una construcción social y no una característica esencial de individuos o grupos y, por lo tanto, las desigualdades y los desequilibrios de poder no son un resultado “natural” de las diferencias biológicas.

La discriminación de género adopta diversas formas de división de poder, algunos de cuyos aspectos incluyen:

Derechos humanos: Aunque las leyes internacionales garantizan derechos iguales a los hombres y a las mujeres, esta no es la realidad porque, por motivos de género, se les está negando el derecho a la tierra y a la propiedad, a los recursos financieros, al empleo y a la educación, entre otros, a los individuos.

Trabajo: En todo el mundo, tanto las mujeres como los hombres trabajan. Sin embargo, las funciones que desempeñan las mujeres son socialmente invisibles (se toman menos en cuenta, se habla mucho menos de ellas, se dan por hecho), ya que tienden a ser de una naturaleza más informal. Adicionalmente, los hombres ocupan la mayoría de las posiciones de poder y de toma de decisiones en la esfera pública, dando lugar a que las decisiones y políticas tiendan a reflejar las necesidades y preferencias de los hombres, no de las mujeres.

Ventajas: Los recursos mundiales están distribuidos de forma muy irregular, no sólo entre los distintos países, sino también entre los hombres y las mujeres de un mismo país. Aunque se calcula que realizan dos terceras partes del trabajo en el mundo, las mujeres sólo obtienen una tercera parte de los ingresos, y poseen menos del 1 % de la propiedad mundial.

Lo que sucede, continúa Hernández, es que la mujer ha tenido un cambio de roles, mientras que el hombre no¹.

Trabajo y género

Afirmando que el derecho al trabajo sirve, al mismo tiempo, a la supervivencia del individuo y de su familia y contribuye también, en tanto que el trabajo es libremente escogido o aceptado, a su plena realización y a su reconocimiento en el seno de la comunidad².

Según las autoras Sofía Rojo Brizuela y Lucía Tumini, uno de los rasgos característicos de los mercados de trabajo en toda América Latina es la desigualdad entre hombres y mujeres, incluyendo con especial atención el caso de la Argentina.

Como en la mayor parte del mundo occidental, la mujer argentina se incorpora de forma masiva al mercado de trabajo en la década del 60. Esto tiene diferentes explicaciones, por un lado el acceso de la mujer a mayores niveles educativos, la transformación del mercado de trabajo, la transformación de los niveles de consumo, los cambios culturales que conllevan cambios en las pautas de fecundidad y cambios fundamentales en la elaboración del rol

¹ Hernández Bello, Amparo. Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL Serie financiamiento del desarrollo No. 73

² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 18 "El derecho al trabajo", aprobada el 24 de noviembre de 2005.

femenino. Esta transformación es gradual hasta los años 90, donde se intensifica debido a los altos niveles de desempleo y precariedad laboral de los varones jefes de familia. Sin embargo lo que podría haberse esperado, la retirada de la mano de obra femenina del mercado una vez superada la crisis de los años 90, no sucedió. Las mujeres permanecen instaladas en el mercado. La recuperación económica que se produce a partir del año 2003 no supone una mejora en las condiciones de trabajo de las mujeres. El desempleo femenino se redujo menos que el masculino, los salarios no crecieron al mismo nivel, y el proceso de feminización que se venía dando en los 90 se frenó, debido según Castillo por el crecimiento de las ramas laborales tradicionalmente masculinas.

Según la teoría neoclásica, la elección de los recursos humanos es absolutamente racional, maximizando beneficios y trabajadores que optimizan sus ingresos laborales. Las diferencias en la oferta de trabajo de varones y mujeres (habilidades y preferencias individuales) sería la única justificación tanto de las brechas salariales de género como de los distintos patrones de inserción laboral que presentan varones y mujeres.³

Múltiples estudios empíricos han demostrado en América Latina que no es cierto que las mujeres tenga menos capacidades o no tomen trabajos de alta exigencia, y por lo tanto de alta remuneración (razones que hacen que sus salarios sean menores); de la misma manera se comprueba que las mujeres ocupadas están más formadas que los hombres por lo que no es lógico pensar en una menor productividad, y no implican un mayor costo laboral (demoras,

³ Sofía Rojo Brizuela y Lucía Tumini. Inequidades de género en el mercado de trabajo de la Argentina: las brechas salariales. Argentina. 2007.

ausentismo, etc. que implican las mayores cargas familiares), además de verificarse que la rotación laboral de las mujeres es mucho menor.

La teoría de mercados segmentados dice que existen grupos de trabajadores con características comparables, que están compartimentados y segregados en segmentos secundarios y primarios dentro de la estructura ocupacional de la organización. El sector principal acumula los espacios de mayor necesidad tecnológica y mayor capacitación, a las mujeres, a las que se les atribuye mayor movilidad laboral, quedan excluidas de este segmento. Así la teoría predice el acceso al sector secundario de hombres y mujeres, y al segmento primario o de mayor remuneración, solo a los varones.

Sin embargo muchos son los autores que reconocen que las teorías clásicas solo nos ofrecen una visión parcial del problema. Hay que recurrir a las condiciones externas al mercado de trabajo, que nos muestran que los estereotipos de género que maneja la sociedad, se trasladan a las ocupaciones.

Los atributos positivos asociados a las mujeres contribuyen a considerarlas adecuadas para desarrollar ocupaciones relacionadas con el cuidado, la salud, la educación, el servicio doméstico, el comercio y ocupaciones administrativas, entre otras. Las características negativas descalificarían a las mujeres para asumir cargos jerárquicos y ocupaciones con calificación técnica y profesional.

Esto nos da una idea de cuales son los caminos teóricos y de investigación que recorren los estudios sobre trabajo y género. Y, lejos de estar en desacuerdo, nos parece importante aportar una variable más al análisis de género, que tiene que ver con el trabajo público, y específicamente en la salud; variable que será cruzada con el componente población.

El sector público y el empleo

Según los datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) existe una diferencia salarial del 39% entre hombres y mujeres en la Argentina, lo que supone la diferencia más significativa en América Latina. Para la OIT una de las causas de esta brecha es la mayor cantidad de mujeres empleadas en el sector informal de la economía.

Para el año 2007 las mujeres suponían el 42% de la población ocupada, pero sin embargo su aporte a los ingresos del hogar es menor al 30% del total.

En el sector público el porcentaje de mujeres es bastante mayor que el de hombres, sin embargo, un Informe de SEL Consultores que "los puntos de ventaja que las mujeres tienen en el empleo público como porcentaje de la ocupación femenina total, son insuficientes para cerrar la brecha de inserción en el sector privado formal", en comparación con los hombres.

A pesar de todo, el informe cuenta que el ingreso mensual por empleo, tanto en el sector público como en el privado, es más bajo para las mujeres. Un promedio de entre 16% y 27% menos con respecto al ingreso masculino.

Como veremos en este trabajo empírico en el que se describe el papel de la mujer en el sector de la salud pública en la Provincia de San Juan, una de las razones más importantes de las diferencias de salarios entre varones y mujeres es la actividad que ejercen dentro de la estructura. Es decir, podemos afirmar que no existe una discriminación o segregación de la mujer por salario sino que los factores externos, influyen definitivamente en la composición de la planta, y por lo tanto según la afectación los hombres y las mujeres perciben un ingreso determinado.

De igual manera, no es intención de los autores polemizar sobre la prevalencia de un género si no la de describir el crecimiento del mismo en cada zona sanitaria y si ha tenido correspondencia respecto de la mano de obra dedicada a su atención por parte del Estado.

Estructura del Sistema de Salud en San Juan

En San Juan el Sistema Público de Salud se encuentra en la órbita de un Ministerio homónimo, al que competen todos los asuntos inherentes a la salud en todo el territorio de la provincia. El mismo interviene en todo lo atinente a la planificación, coordinación y ejecución de las políticas de salud y la integración armónica de estas políticas con los planes y programas de la Nación, de modo de hacer efectivo los principios de prevención y recuperación de la salud pública.

El Sistema de Salud está integrado por cinco Zonas Sanitarias que ejecutan las políticas sanitarias, mientras que la ejecución del presupuesto no se encuentra descentralizada, administrándose por un área denominada Nivel Central que junto con los dos hospitales descentralizados y de más alta complejidad médico – hospitalaria, conforman el subsistema público de salud.

La división en zonas sanitarias no responde sólo a una distribución meramente geográfica, sino que refleja la distribución de la estructura del servicio de salud, como la existencia de una cantidad similar de hospitales con la misma complejidad en cada una de ellas.

La división en zonas sanitarias contribuye a la ejecución de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, ya que permite una fluida conducción de la política sanitario provincial en concordancia con los principios

rectores de la Nación, promoviendo, coordinando y asistiendo a la jurisdicción respectiva, mediante una vinculación estrecha y coordinada con las autoridades centrales.

A su vez, las zonas sanitarias, con el fin de asegurar la más amplia efectividad para estimular, proyectar, realizar o proponer las medidas que mejor convengan al desarrollo sanitario se dividen en Áreas Programáticas.

El área programática es el espacio geográfico cuyas características sanitarias, políticas, económicas y socio – culturales constituyen una unidad operativa para un centro de salud base, capaz de hacer frente a las necesidades, mediante una cobertura eficiente y oportuna.

Las zonas sanitarias están integradas por departamentos (subdivisiones geopolíticas provinciales), y se distribuyen según los puntos cardinales.

Zona Sanitaria I – Capital, Chimbas (este), Santa Lucia y 9 de Julio.

Zona Sanitaria II – Caucete, 25 de Mayo, Valle Fértil, San Martín y Angaco.

Zona Sanitaria III – Albardón, Jachal e Iglesia.

Zona Sanitaria IV - Rivadavia, Chimbas (oeste), Zonda, Ullum y Calingasta

Zona Sanitaria V – Rawson, Pocito y Sarmiento.

La Zona I es la de menor extensión, con sólo 1.236 Km² y concentra la mayor densidad de población, con 191, 5 habitantes por km². La Zona V, es la segunda en concentración de población, sin embargo no llega al 50% de la densidad de la Zona I y es más de dos veces mayor en extensión. Las tres zonas restantes son diez veces mayores que la Zona V, pero no contienen más del 10% de la población total de la provincia.

De esta manera vemos como las zonas de menor población son aquellas de mayor extensión y compuestas por poblaciones extremadamente pequeñas y

dispersas en el territorio. No es un dato menor conocer que sólo el 15,1% de la población reside en comunidades menores a 2.000 habitantes, lo que implica que el 84,9% reside en espacios urbanos, que corresponden a las Zonas I, IV y V, coincidentemente con la concentración de los servicios de salud de alta complejidad agrupados en los Hospitales Rawson y Marcial Quiroga.

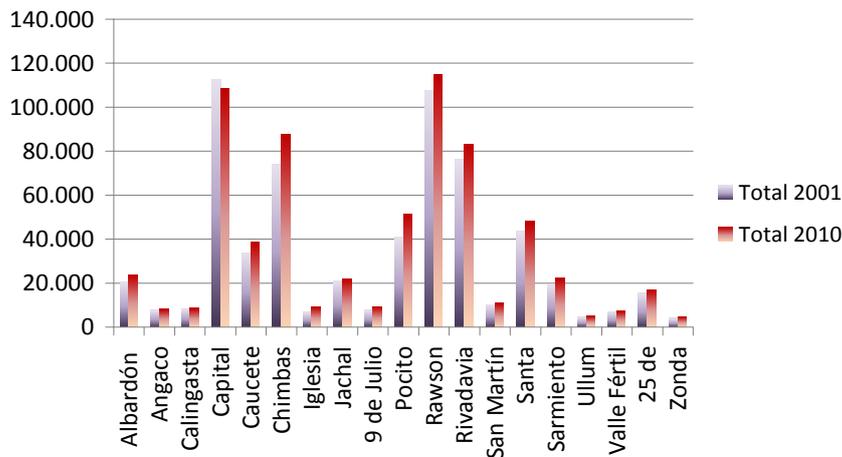
La población en San Juan

1. Población Total por Departamento

	Total 2001	Total 2010	Varones 2001	Varones 2010	Mujeres 2001	Mujeres 2010
Albardón	20.413	23.863	10.188	11.875	10.225	11.988
Angaco	7.570	8.178	3.816	4.128	3.754	4.050
Calingasta	8.176	8.453	4.250	4.507	3.926	3.946
Capital	112.778	108.720	51.910	50.501	60.868	58.219
Caucete	33.609	38.513	16.665	18.985	16.944	19.528
Chimbas	73.829	87.739	36.444	43.515	37.385	44.224
Iglesia	6.737	9.141	3.564	5.766	3.173	3.375
Jáchal	21.018	21.812	10.334	11.072	10.684	10.740
9 de Julio	7.652	9.314	3.906	4.655	3.746	4.659
Pocito	40.969	51.480	20.580	25.471	20.389	26.009
Rawson	107.740	114.946	52.394	56.122	55.346	58.824
Rivadavia	76.150	82.985	36.707	40.057	39.443	42.928
San Martín	10.140	10.969	5.141	5.546	4.999	5.423
Santa Lucía	43.565	48.137	21.021	23.451	22.544	24.686
Sarmiento	19.092	22.176	9.849	11.434	9.243	10.742
Ullum	4.490	4.982	2.378	2.550	2.112	2.432
Valle Fértil	6.864	7.201	3.482	3.704	3.382	3.497
25 de Mayo	15.193	17.053	7.820	8.751	7.373	8.302
Zonda	4.038	4.765	2.083	2.404	1.955	2.361
Total	620.023	680.427	302.532	334.494	317.491	345.933

Fuente: Elaboración propia en base al CENSO 2001 y CENSO 2010

Población Total 2001 – 2010

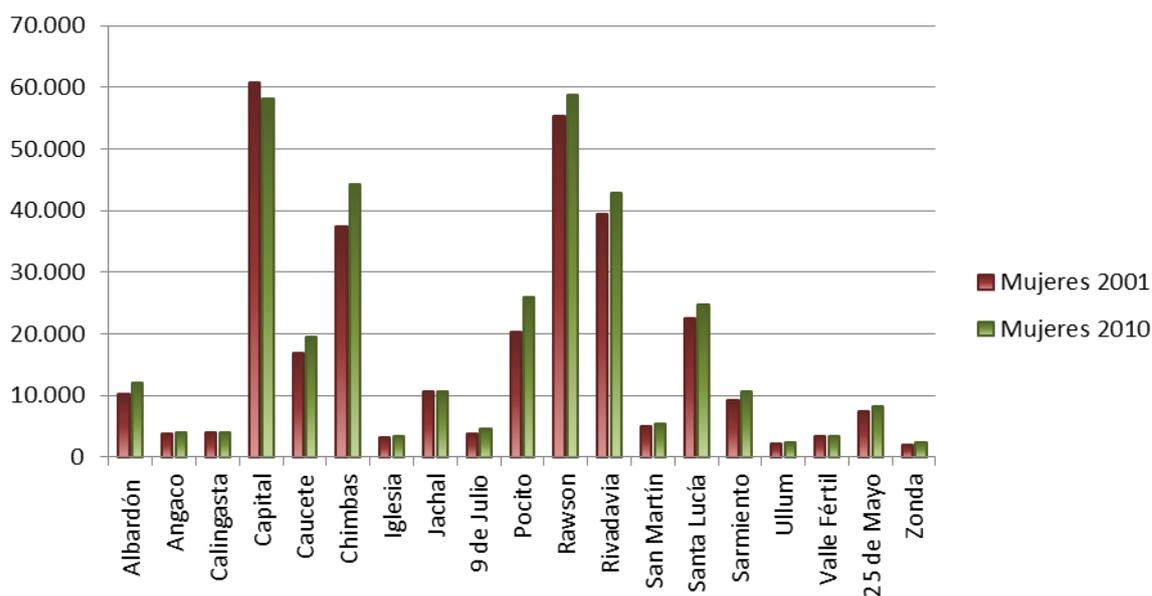


Fuente: Elaboración propia en base al CENSO 2001 y CENSO 2010

Como vemos en el gráfico, la población de San Juan se concentra en el Gran San Juan, formado por los departamentos de Capital, Rawson, Chimbas, Santa Lucía y Rivadavia. Todos ellos han crecido, a excepción de Capital en el que ha decrecido la población, por diferentes causas: uno por el envejecimiento de la población existente, segundo por la naturaleza del departamento que se ha convertido en centro comercial, financiero y gubernamental; expulsando a los residentes o inhibiendo a nuevos a instalarse; y como tercer motivo podemos decir que el Plan Federal de Viviendas ha erradicado todas las villas de la Capital, trasladando a su población a barrios situados en la zona periférica del Gran San Juan.

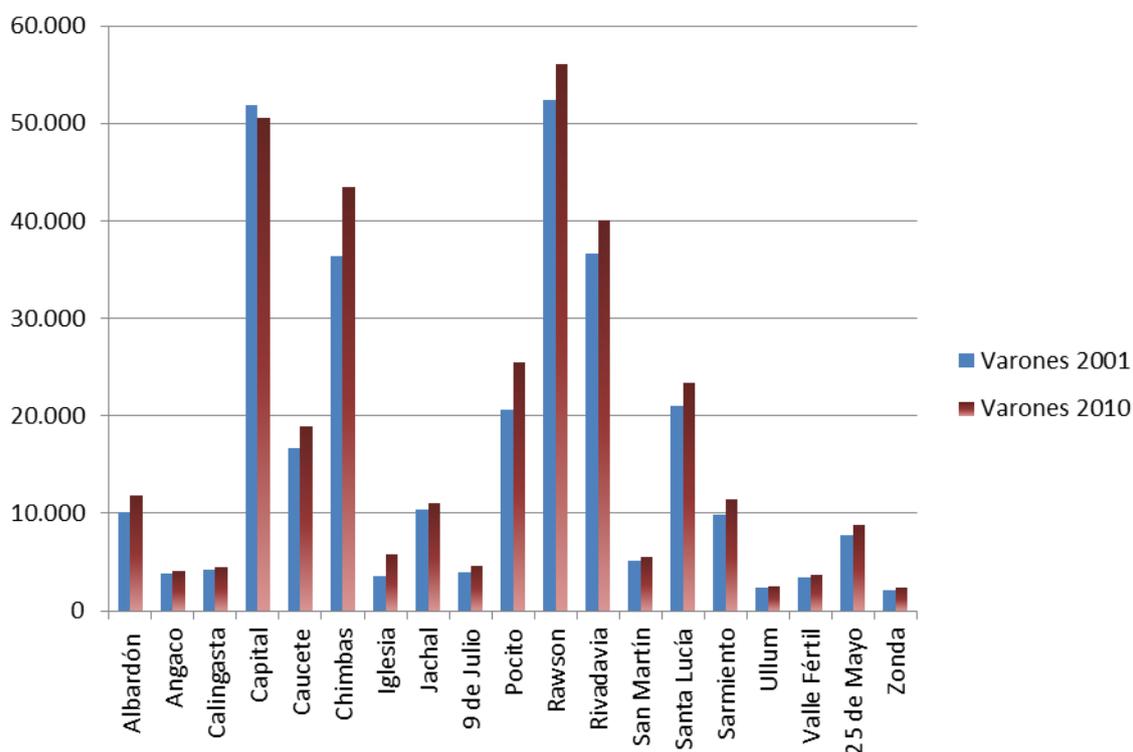
Por el contrario, además del cordón que rodea a la Capital, han crecido significativamente zonas como Pocito y Albardón. Un nuevo auge en la construcción de espacios residenciales en zonas semi – rurales, dirigidas a familias jóvenes de clase media, ha hecho posible este proceso.

2. Población Mujeres 2001 – 2010



Fuente: Elaboración propia en base al CENSO 2001 y CENSO 2010

3. Población Varones 2001 – 2010



Fuente: Elaboración propia en base al CENSO 2001 y CENSO 2010

De la misma forma que la población total, ha evolucionado el crecimiento de mujeres y varones, con la salvedad de que en el Departamento de Iglesia aparece un número muy elevado de varones censados en el año 2010, cuya

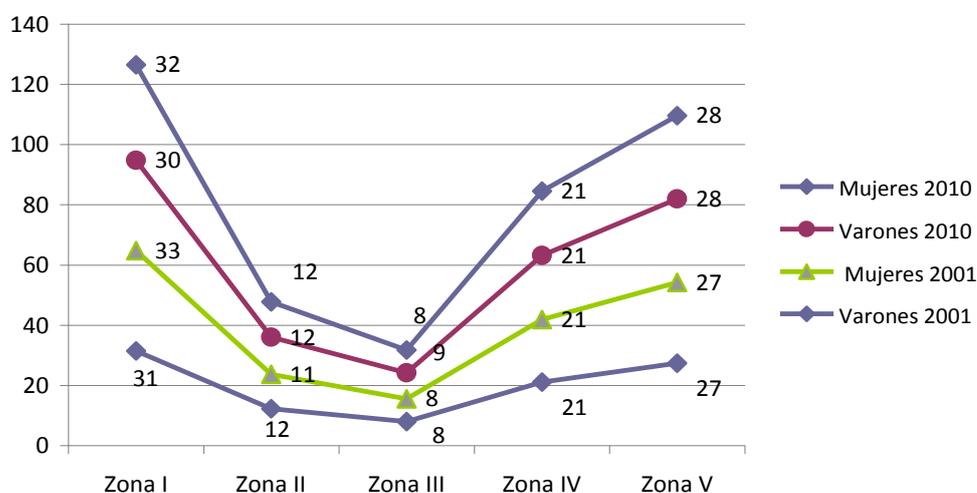
explicación es sencilla: los censados son aquellos que se encuentran en el lugar de realización del censo en el día indicado, y en el Departamento de Iglesia se han censado a casi 2.000 varones que se encontraban en los diferentes campamentos mineros. Hay que decir que no sabemos si son o no residentes del departamento o incluso en la provincia.

4. Población Total por Zona Sanitaria

Zonas Sanitarias	2001	2010	Varones		Mujeres	
			2001	2001	2010	2010
ZONA I	227.331	210.041	95059	105851	109676	100365
ZONA II	74.756	81914	36924	36452	40800	41114
ZONA III	28.203	54816	24086	24082	26103	28713
ZONA IV	135.043	145054	63640	66129	73779	71276
ZONA V	172.269	188602	82823	84978	95575	93027

Fuente: Elaboración propia en base al CENSO 2001 y CENSO 2010

Mujeres y varones por zona sanitaria 2001 – 2010



Fuente: Elaboración propia en base al CENSO 2001 y CENSO 2010

El mayor porcentaje de mujeres se concentra en la Zona I, sin embargo en el año 2010 vemos como existe un 1% menos que en el año 2001, lo que nos remite a la misma reflexión realizada anteriormente, fundamentalmente la

capital de San Juan se está despoblando paulatinamente, así como está envejeciendo.

El Recurso Humano en Salud Pública

La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria.

La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres.

Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo. Lo ideal es que las mejoras más punteras de la calidad las emprendan los propios trabajadores, porque están en la situación ideal para descubrir las oportunidades de innovar. En los sistemas sanitarios, los trabajadores funcionan como vigías y pilotos de una aplicación eficaz o, al contrario, poco económica de todos los demás recursos, como fármacos, vacunas y suministros.

Según el informe de la OMS, aproximadamente en el mundo, el 67% de los trabajadores de salud son “Dispensadores del servicio de salud”, es decir

personal sanitario cuya tarea específica se basa en el arte de curar; mientras que un 33% del personal se dedica a labores administrativas y auxiliares.

La "Iniciativa Salud Pública en Las Américas" lanzada por la OPS definió 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). En las evaluaciones de las FESP realizadas a nivel regional y en los países, se evidencia que varias de estas funciones tienen un desempeño deficiente. Siendo todas ellas "esenciales" para el desarrollo de la salud, el buen desempeño de los sistemas de salud en el cumplimiento de estas funciones es parte integral de los esfuerzos para lograr universalidad con equidad. Una de las funciones fundamentales es el "Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos".

La OMS ha calculado que 57 países (más de 40% de la población mundial) no cuentan con suficientes trabajadores de salud para proporcionar el nivel mínimo de atención requerido. En Las Américas, al aplicar la norma de densidad de recursos humanos que la Organización Mundial de la Salud ha fijado como valor básico mínimo (25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes) quince países están por debajo, y aunque este grupo de naciones concentra a 19,5% de la población de la región, tiene sólo 11,5% de los médicos y 3,1% de las enfermeras.

De acuerdo a estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación sobre indicadores básicos de Argentina 2007, la tabla "Indicadores Generales del País" señala que cada 10.000 habitantes hay 3,8 enfermeras y cada 10.000 habitantes hay 32,1 médicos, es decir, una enfermera cada 8 médicos, cuando los estándares internacionales aconsejan cuatro enfermeros por cada médico.

Descripción de la Planta de Personal en Salud Pública en San Juan

Se rige a través de 2 leyes, la 2580 y la 5525, y supletoriamente la 3816. La primera de ellas es la que crea la carrera asistencial y preventiva, y sanitaria para los profesionales del arte de curar. Se distinguen dos grandes divisiones que es la carrera asistencial y preventiva y la carrera sanitaria, distinguiendo al recurso humano que trabaja en los centros asistenciales y en el área de nivel central del Ministerio de salud pública. Una segunda clasificación comprende al personal profesional médico y paramédico, de esta forma bajo la misma carrera nos encontramos una gran cantidad de escalafones cada uno con las particularidades de la especialización.

En el caso de la ley 5525, comprende a todo el personal que no está encuadrado en la ley 2580 y que trabaja en el ámbito del Ministerio de salud pública. En ella distinguimos 4 escalafones conformados por personal técnico (a) se incluye el personal con funciones de enfermero, técnicos, idóneos de farmacia, etc. ; Personal Administrativo sanitario (b) es el personal que cumple funciones administrativas, personal de mantenimiento y producción (c) son quienes ejecutan tareas de mantenimiento y producción, como por ejemplo electricistas, mecánicos, plomeros, etc. y Personal de Servicios Generales (d) incluyendo al personal que cumple funciones de mucama, pintores, choferes, camilleros, etc.

Las personas que, aun no interviniendo directamente en la prestación de servicios de salud contribuyen al funcionamiento del sistema de salud son los grandes olvidados en los debates sobre el personal sanitario. Los trabajadores con funciones administrativas y auxiliares conforman el pilar invisible de los sistemas de salud; si no se asegura que su presencia numérica y sus aptitudes

sean las apropiadas, el sistema no puede funcionar debidamente (entre otras cosas, porque se dejarían de abonar los sueldos y no se distribuirían los medicamentos).

Total Planta de Personal de Salud Pública de la Provincia de San Juan

	Htal Rawson		Htal. M. Quiroga		Nivel Central		Zona I		Zona II		Zona III		Zona IV		Zona V	
	Ley 5525	Ley 2580	Ley 5525	Ley 2580	Ley 5525	Ley 2580	Ley 5525	Ley 2580	Ley 5525	Ley 2580	Ley 5525	Ley 2580	Ley 5525	Ley 2580	Ley 5525	Ley 2580
2002	1048	588	500	256	341	118	134	78	271	101	193	50	230	70	361	141
2003	1034	576	487	249	336	106	135	75	270	97	190	47	231	71	354	142
2004	1007	576	486	255	378	117	137	80	264	103	189	50	236	70	358	141
2005	976	591	479	247	370	119	139	71	261	115	182	50	234	68	355	141
2006	964	616	479	271	357	124	156	87	265	110	183	52	233	76	355	149
2007	968	625	491	271	358	128	179	94	264	112	189	55	235	74	361	158
2008	965	620	485	271	356	126	176	93	264	111	184	53	234	75	360	159
2009	962	617	487	272	358	127	177	94	264	112	187	53	235	76	359	157

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la D.P.I

La tendencia de la planta de personal de Ley durante el periodo analizado se muestra constante. A diferencia de los agentes de la Ley 5525, la cantidad de los pertenecientes a la Ley 2580, que incluye médicos, paramédicos y enfermeras universitarias muestra una tendencia creciente. Todas las zonas sanitarias y los dos hospitales han aumentado el número de su personal profesional a partir del año 2004, aproximadamente en un 10%, lo que significa que la contratación y designación de profesionales ha sido prioritaria.

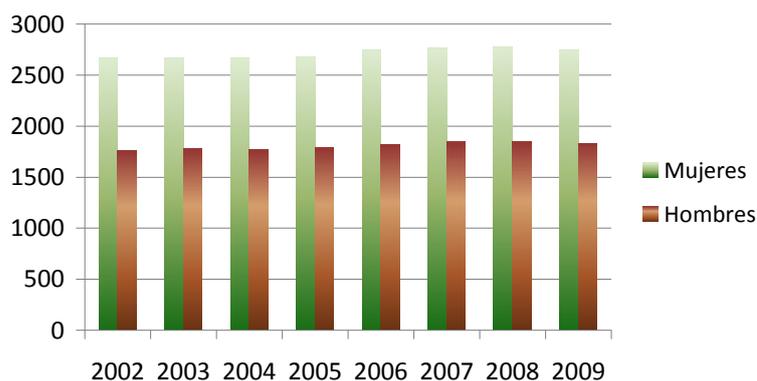
Total Planta Salud Pública por sexo

	TOTAL	Mujeres	%	Hombres	%
2002	4429	2669	60,3	1760	39,7
2003	4445	2667	60,0	1778	40,0
2004	4434	2668	60,2	1766	39,8
2005	4465	2677	60,0	1788	40,0
2006	4564	2742	60,1	1822	39,9
2007	4605	2761	60,0	1844	40,0
2008	4623	2778	60,2	1845	39,9
2009	4575	2749	60,1	1826	39,9

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la D.P.I.

Si realizamos la lectura de la planta por sexo, tenemos que el 60% del total de los trabajadores de la salud pública en San Juan, son mujeres. Las variaciones en el tiempo son casi intrascendentes en cuanto a los totales se refiere, y podemos apreciar una pequeña tendencia al alza.

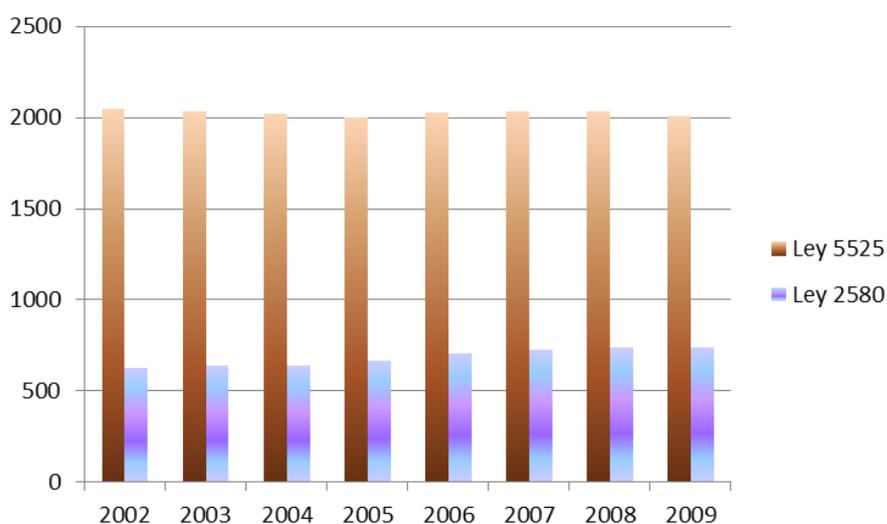
Total planta de personal de Salud Pública por sexo



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la D.P.I.

En cuanto a la variación existente entre los trabajadores regulados por la Ley 5525 y aquellos cuyo cargo pertenece a la Ley 2580, podemos ver en el gráfico como los trabajadores de la Ley 5525 han permanecido constantes en el tiempo, mientras que se han elevado los totales de la Ley 2580 en un 18,2%.

Total Planta de Salud Pública por Ley



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la D.P.I.

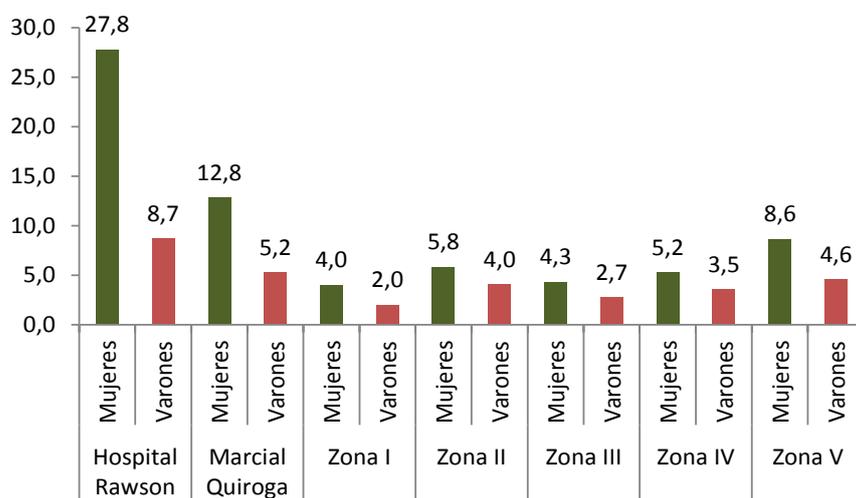
El 74,6% de las mujeres se enmarcan en la Ley 5525, y de ellas el 81% pertenecen al Tramo a, compuesto mayoritariamente por Auxiliares de Enfermería, Técnicos, Idóneos de Farmacia, Etc.

Recurso Humano Ley 5525

	HR		MQ		Z1		Z2		Z3		Z4		Z5	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
2002	787	248	346	142	92	43	164	106	119	71	141	89	236	118
2003	772	237	350	138	93	43	160	104	116	72	142	93	235	123
2004	743	232	344	136	96	44	157	105	113	69	138	97	234	121
2005	727	236	342	136	100	51	157	108	114	70	141	93	228	123
2006	733	233	346	142	115	60	152	112	114	71	141	94	236	125
2007	725	231	347	144	122	61	153	112	118	79	142	99	233	126
2008	728	232	347	145	124	64	158	112	119	78	143	98	233	126
2009	724	230	345	144	123	63	157	112	118	78	142	97	232	125

Hospital Rawson		Marcial Quiroga		Zona I		Zona II		Zona III		Zona IV		Zona V	
M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
27,8	8,7	12,8	5,2	4,0	2,0	5,8	4,0	4,3	2,7	5,2	3,5	8,6	4,6

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la D.P.I.



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la D.P.I.

Como podemos ver la mayor parte de las mujeres de la Ley 5525 se encuentran asignadas a los dos grandes hospitales descentralizados, que se encuentran geográficamente situados en el Gran San Juan. Lo que se puede

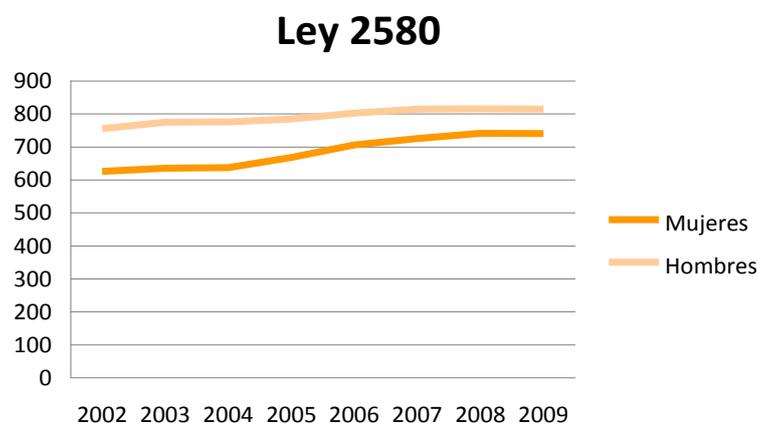
apuntar es que en la serie realizada con inicio en el año 2002 y fin en el año 2009, tanto los hombres como las mujeres en los grandes hospitales se han mantenido estables o han descendido su presencia, principalmente en el Hospital Rawson las mujeres. En cuanto a las zonas, todas se han mantenido constantes en el tiempo con respecto a la cantidad de mano de obra ocupada, a excepción de la Zona II en la que las mujeres han descendido.

Si estos datos los leemos en correspondencia con los datos de población, tenemos que en realidad la provincia ha sufrido un incremento de su población en 60.404 personas, lo que supone un incremento del 10%. Mientras la planta de personal de Salud Pública ha aumentado solo el 3,3%. En cuanto a la Ley 5525, se ha reducido en 1% y la población ocupada bajo la Ley 2580 ha aumentado en un 12,5%.

Las mujeres son 28.442 más en 2010 que en 2001, lo que supone un incremento del 9%. En lo que respecta a la ocupación femenina en Salud Pública vemos que se ha aumentado en un 3%. El 1,8% del total pertenece a la Ley 5525 y el personal femenino de la Ley 2580 ha aumentado en un 18,2%.

Recurso Humano Ley 2580

	Mujeres	Hombres
2002	626	755
2003	635	775
2004	637	776
2005	668	784
2006	706	802
2007	725	814
2008	741	815
2009	740	814



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la D.P.I.

CONCLUSIONES

Si tomamos en general la evolución en el empleo público, nos encontramos que, desde el punto de vista del género, existía una prevalencia marcada en la composición del género, incluso existían y aun perduran actividades que solo desarrolla un determinado sexo. La Salud Pública no es ajena a ello, no es común encontrarnos con mujeres conduciendo ambulancias u oficiando de camilleros de guardia, o varones ayudantes de enfermería para el caso de labores no profesionales. Es decir que tradicionalmente se han ido cubriendo los espacios (léase designaciones en cargos vacantes), conforme al sexo de quien abandonaba el mismo, ello se percibe de la evolución de género que dan cuenta las gráficas.

De todos modos, el objetivo principal de éste trabajo fue analizar en un periodo determinado, como se conformaba la planta de personal de Salud Pública y si la misma era elástica en relación a la población comprendida; como resultado nos encontramos que si bien no se han encontrado relaciones entre el crecimiento de la Planta y la población por zona sanitaria, creemos que hemos aportado un nuevo aspecto a considerar en materia de política sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

Hernández Bello, Amparo. Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL Serie financiamiento del desarrollo No. 73

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 18 “El derecho al trabajo”, aprobada el 24 de noviembre de 2005.

Sofía Rojo Brizuela y Lucía Tumini. Inequidades de género en el mercado de trabajo de la Argentina: las brechas salariales. Argentina. 2007.

“Comportamiento del gasto público en salud”. I JORNADAS NACIONALES DE INVESTIGACION EN ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO

organizadas por el IIAC - FACSO y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de San Juan en San Juan 25 al 27 de Junio de 2008.

“El hospital público y población en San Juan”. QUINTO CONGRESO ARGENTINO DE ADMINISTRACION PUBLICA-Sociedad, Gobierno y Administración; Organizado por Asociación Argentina de Estudios de Administración Pública (AAEAP) , Asociación de Administradores Gubernamentales (AAG), Gobierno de San Juan, Secretaría de Gabinete y Gestión Pública, Proyecto de Modernización del Estado - Jefatura de Gabinete de Ministros; en San Juan los días 27 al 29 de mayo de 2009.

“Salud Pública: composición y distribución del gasto”. 42º JORNADAS INTERNACIONALES DE FINANZAS PUBLICAS Organizado por la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en Córdoba los días 16 al 18 de Setiembre de 2009.

“El recurso humano en salud: análisis y composición”. 2º JORNADAS NACIONALES y 1º INTERNACIONALES DE INVESTIGACION EN ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO ECONOMICO organizadas por el IIAC - FACSO y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de San Juan en San Juan del 30 de junio al 02 de Julio de 2010.

“Eficiencia y desigualdad regional del gasto público en salud. El caso de la Provincia de San Juan en el período 2002-2007”. 43º JORNADAS INTERNACIONALES DE FINANZAS PUBLICAS Organizado por la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en Córdoba los días 22 al 24 de Setiembre de 2010.

Análisis del Gasto Público en Salud. Proyecto de Investigación. Instituto de Investigaciones Administrativas y Contables. FACSO. UNSJ. 2010

Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 2009. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.