

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO

**FACULTAD DE HUMANIDADES CIENCIAS SOCIALES Y DE LA
SALUD**

CARRERA: Licenciatura en Educación para la Salud

Trabajo Final hasta Prueba Piloto

**Título: Atención de la Salud: trama de procesos y circuitos
utilizados por los sectores medios Santiagueños**

Alumna: Alejandra González

Directora: Ms. María Emilia Isorni de Saber

AÑO: 2010

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I	Página
Introducción-----	1
Hacia el planteo de la problemática-----	1
Objetivos Generales y Específicos-----	6
CAPITULO II	
El encuadre conceptual y empírico:	
Principales referencias teóricas y conceptuales-----	7
El concepto de salud y factores asociados-----	8
La promoción de la salud-----	9
Los problemas de salud-----	10
Derecho a la salud-----	12
Servicios y cobertura pública de Salud-----	13
Cambios en el mercado de trabajo: proceso de declinación y vulnerabilidad de los sectores medios-----	15
CAPITULO III	
Aspectos metodológicos	
Tipo de estudio-----	20
Universo- Unidad de análisis -muestra-----	21
Variables – indicadores e instrumento de recolección de datos-----	22
El análisis preliminar-----	23



Apr 6 = do

CAPITULO IV

Cambios en el mercado de trabajo e influencias desfavorables en los sectores medios	25
Una caracterización preliminar- un primer análisis	26
Algunos cambios en la situación de los hogares: jefaturas compartidas	29
Aumento de la precariedad	31

CAPITULO V

Valor y significado de la Salud	34
Estrategias de las familias declinadas o vulnerables para mantener la salud	35
Nuevos riesgos nuevas dolencias de salud	39
Las obras sociales y servicios públicos de salud	41
Los otros actores: los jefes de los servicios públicos	43
Conclusiones del proceso de la prueba piloto	48
Bibliografía	52

Cronograma

Anexo

Diseño de entrevistas

Matriz de datos de informantes de sectores medios

Matriz de datos de informantes de efectores de salud pública

**Matriz de datos socio demográficos de los sectores medios declinados,
vulnerables y en transición**

CAPÍTULO I

Introducción

Hacia el planteo de la problemática

La población del mundo y, en particular, latinoamericana en los '90 transcurría su vida amenazada por la incertidumbre económica, política y social a causa de los efectos negativos provocados por la globalización, cuyas consecuencias se hacían sentir en toda América Latina ya que ésta fue sometida a reiterados ajustes, los que provocaron una creciente desigualdad social, efecto de las modificaciones desfavorables en el mercado de trabajo. Esto ya se vislumbraba hacia la segunda mitad de los '70, coincidentemente con el fin del ciclo sustitutivo de importaciones; desde entonces, se evidencia en América Latina un período de crisis persistente que generó, entre otras cosas: la fuga de capitales genuinos, el colapso de pequeñas y medianas empresas, alzas del desempleo, deterioro de los ingresos reales, crecimiento de formas diversas de subutilización de la mano de obra, todo lo cual impactó desfavorablemente sobre la estructura social causando más pobreza estructural y nuevos pobres¹ de sectores que antes habían logrado permanecer ajenos a estos procesos de debilitamiento social; como el caso de los estratos medios, especialmente argentinos. Consecuentemente la economía argentina como parte de América Latina, comenzó a recorrer una fase de profundo deterioro hacia esa segunda mitad de los '70.

El inicio de tal período fue testigo de cambios significativos en la política económica y social. De la conjunción del retroceso productivo y de la eliminación de muchos mecanismos en los que se dirimía al menos parcialmente la puja distributiva se derivaron diferentes resultados importantes: la fuerte reducción de las remuneraciones de los trabajadores y la falta de capacidad por parte del sector productivo de generar empleos (Beccaria, 1997).

La estructura distributiva del ingreso era muy desigual siendo visible un acentuado desmejoramiento para las ocupaciones típicas de sectores medios, motivo por el cual estos

¹ En este trabajo se usarán indistintamente los términos nuevos pobres o empobrecidos, ya que ambos conceptos se refieren a aquellos trabajadores que a causa de los ajustes económicos, políticos y sociales producidos en el mercado de trabajo han pasado a engrosar las filas de la desocupación, de la subocupación o bien viven a diario una sensación de incertidumbre producto de la inseguridad que provoca el mercado laboral. No se trata de una pobreza heredada, sino adquirida (Karol, 1997).

sectores se encontraban en un proceso de “cuesta abajo” y en algunos casos acentuado empobrecimiento.

En la Argentina de los 90 la política de ajuste y la aplicación de medidas tales como la pérdida de derechos laborales y la privatización de las empresas del Estado dejaban marcas indelebles, siendo de particular interés para este trabajo las manifestaciones de exclusión social; demostrada en los trabajos de Murmis y Feldman (1996) donde señalan que en el año 1995, 3 de cada 4 personas que estaban desocupadas provenían de ocupaciones asalariadas, y una considerable proporción de los desocupados eran trabajadores que provienen de inserciones laborales frágiles. Estas cuestiones se han ido degradando, a tal punto que hacia fines de la década se habían potenciado las problemáticas señaladas.

Dentro de este panorama cabe señalar que Argentina invertía en la década de los ‘90 alrededor del 8% de su producto bruto, 23.000 millones de dólares anuales en el sector salud, pero 4 de cada 10 habitantes carecían de cobertura médica adecuada, su índice de mortalidad infantil era elevado y la esperanza de vida al nacer similar a la de otros países con una inversión menor en salud. Esto en cierto sentido estaría demostrando que la inversión en salud no es racional y lo que es peor, quienes se encuentran en desventaja comparativa son los estratos bajo. Como efecto del ajuste estructural de los 90 llevado adelante por los distintos gobiernos nacionales y que repercutió negativamente en el comportamiento del mercado de trabajo argentino, muchos han visto reducirse sus ingresos hasta caer, en algunos casos, por debajo de la línea de pobreza estimada por el INDEC hacia 1994 en alrededor de \$ 490 mensuales por hogar de cuatro miembros. Algunos, que no alcanzaban a cubrir ese monto mensual fueron cayendo socialmente y, otros, en cambio, aunque sus ingresos disminuyeron ostensiblemente, aún conservaban lo necesario para poder hacer frente a la crisis. En ambas situaciones se trataba de familias de sectores medios empobrecidos o en proceso de empobrecimiento que todavía conservan esa posición por el capital cultural, social y simbólico incorporado en sus trayectorias de vida.

Sin duda, Santiago del Estero no escapaba a esta situación, al contrario la situación descrita se potenciaba por ser una provincia con un atraso relativo y el carácter tradicional de su estructura económica y social lo cual aumentaba las condiciones de desventajas relativas. La proporción de hogares afectados por necesidades básicas insatisfechas representaba el 36% cuando la media nacional era de 16,5%-; el ingreso per cápita que en

la provincia era de 21.000 dólares anuales, en Buenos Aires se elevaba a 22.100 dólares (Zurita, 1999). Estas diferencias se vieron acrecentadas por las limitadas posibilidades que ofrecía el mercado laboral lo que se evidenciaba en la proporción de ocupados en el sector público estatal (más de un tercio de la población económicamente activa) que, por su parte, era constantemente golpeada por los diferentes ajustes económicos.

Los ajustes estructurales de la economía habían repercutido negativamente en los sectores agrícolas, ganaderos, industriales que estaban prácticamente paralizados, de modo que no representaban una fuente dinámica de ingresos ni de generación de puestos de trabajos. Este quietismo había repercutido en el ostensible aumento de desocupados y no son sólo ellos los que se encontraban amenazados por las pocas posibilidades de inserción laboral, también los que permanecían como trabajadores estables se sentían en una situación de incertidumbre por las posibilidades reales de perder sus trabajos.

Esta preocupación relacionada con la pérdida del trabajo y sus efectos negativos que conlleva, no era fruto del pesimismo ni tampoco de las características personales del sujeto, sino que era el resultado del mal funcionamiento de la realidad socio-económico.

En este contexto, el trabajo sigue teniendo un papel central en nuestra cultura, nos proporciona identidad social y resguardo económico, cuando se está desocupado o se accede a un empleo precario entramos a un proceso de vulnerabilidad² que limita las posibilidades de seguir perteneciendo al grupo de los incluidos sociales.

Desde la primera mitad de los '90 los sectores medios santiagueños vivían cambios desfavorables en la economía como es el alto grado de inestabilidad, el alza de la tasa de desocupación, y el desmejoramiento generalizado por los procesos de precarización laboral agudizados hacia los 2000 (Díaz, Isorni, 2007). Lo novedoso y negativo a la vez de esto es que afecta en proporciones crecientes a las personas con mayor nivel de educación. Según datos de la Encuesta Permanente de Hogar (EPH), en el aglomerado urbano (Santiago- La Banda); en octubre de 1994 los que completaron el nivel primario y estaban desocupados eran el 2,1%, seis años después trepaba a 4,3%; entre los graduados universitarios era de 0,6% Y en octubre de 98 ascendió a 4,6% (EPH, Indec,1998). Esto significaba que las probabilidades de no conseguir un empleo se habían equiparado para los diferentes niveles

²En este trabajo se sigue la línea de pensamiento de Minujin y Castel respecto del contenido de vulnerabilidad aludida a un concepto multifacético que se dirime en diversas esferas interrelacionadas de las que se pueden priorizar las que significan integración económica, social, cultural y política (Minujin 1997).

educativos y ponían al descubierto las condiciones de mayor vulnerabilidad de los más educados sobre todo si son jefes y se atiende al hecho que cada vez más la gente alcanza niveles educativos más altos, mientras la generación de puestos de trabajo se estancaba o se retraía por el escaso dinamismo económico en la creación de empleos en Santiago del Estero (Isorni, 2001). Cabe señalar que la industria es un sector que también sufrió los golpes de la crisis, entre 1993 y 1994 desaparecieron 1.000 puestos asalariados producto del colapso de algunas empresas o reestructuración de mano de obra en otras. (Díaz, Isorni 2001). De manera que el circuito económico de la provincia no es alentador, por el contrario, una infinidad de problemas asociados a la crisis económica de larga data han repercutido directa o indirectamente y estarían afectando la salud de la población.

En las personas aparece un sentimiento de abandono e inseguridad cuando se ven imposibilitadas de morigerar los efectos de la crisis económica en su nivel de vida. A esta constatación, se suman los escasos servicios de salud ya que el proceso de caída de los ingresos fue acompañado por una brutal redefinición de las prestaciones de servicios básicos a cargo del Estado en algunos casos y, en otras, la ideología neoliberal privatista estuvo dirigida a legitimar el abandono que el Estado realizaba del cumplimiento de algunas funciones que había asumido históricamente como es el caso de las coberturas de salud. Una vez más aparecían las paradojas del Estado de “malestar”, cuando quienes atravesaban el duro trance de la caída, necesitaban la existencia de una red de seguridad sanitaria para poder prevenir los eventuales problemas de salud que se originaban en este tipo de experiencia y no la encontraban, sintiéndose desamparados al no poder seguir afrontando los gastos de salud (Bustelo, 1997).

Si la salud es parte de un proceso amplio ligado a la reproducción social, política y económica, no se puede pensar en ella sin referirnos al trabajo, al desempleo y a las formas denominadas atípicas de inserción laboral porque el concepto trabajo está ligado a las condiciones y calidad de vida, tenerlo o no, es crucial en términos de salud. En la falta de perspectivas, proyectos y trabajo se ubica la génesis de las distintas formas de enfermedades y nuevas patologías como por ejemplo el stress, fobias, pánico, ansiedad.

Si el trabajo es central, si la salud se encuentra directamente relacionada a él, si por su parte, el Estado se había retirado de la escena para cubrir los problemas de salud de la gente que económicamente no estaba en condiciones de proveérsela, si algunas fracciones

de los sectores medios santiagueños se encontraban inmersos en una crisis económica y social que los ha transformado en vulnerables y empobrecidos, surge entonces la pregunta central de la presente investigación: ¿cómo y de qué manera transitaban los procesos de cambios acontecidos en los sectores medios declinados o vulnerables para atender su salud?. Esto conduce a la formulación de otras ¿qué estrategias desplegaban para mantener la salud?, ¿qué significado y valor tenía la salud?, ¿qué nuevas dolencias y problemas de salud surgían cuando se atravesaba por problemas laborales y de salud?, ¿a qué nuevos riesgos de salud estaban expuestos?, ¿qué importancia tenía y qué opinión les merecía los servicios de salud pública social?

Esta investigación tratará de responder a los interrogantes planteados, a fin de conocer en profundidad la trama de procesos y los circuitos que se utilizan para hacer frente a los problemas de salud, así como los cambios que se advertían en las estrategias que se utilizaban para mantenerla, los significados que se generaban respecto de la salud, los problemas de salud que surgían asociados a problemas laborales y los riesgos a los que se exponían cuando las condiciones de vida desmejoraban considerablemente como el caso de algunas fracciones de sectores medios santiagueños.

Se pretende aportar información con el propósito de permitir el esclarecimiento de esta problemática que se había instalado de manera contundente en el escenario argentino y consecuentemente santiagués, afectando los cimientos de la sociedad inclusiva.

Desde un estudio retrospectivo, combinando la exploración con la descripción se intentará seguir el proceso de investigación hasta la prueba piloto del instrumento de recolección de datos que se propone para brindar respuestas a la problemática señalada.

Por su parte, en orden a brindar razones por las cuales me sentí motivada para encarar esta temática es, por un lado, por mi formación en Educación para la Salud y por el otro, por el hecho de que en año 2001 accedí a una beca de investigación que me permitió entrar en contacto con esta realidad que desmejoraba día a día en muchos aspectos y especialmente en la salud y que se transformaba en algo inédito para los sectores medios ya que hasta entonces habían permanecido incluidos a todos los procesos sociales y que veían como sus condiciones desmejoraban como efecto del proceso económico generado a comienzos de la década de los '90.

Dada la naturaleza de las preguntas a responder en la presente propuesta, se hace necesario definir como:

Objetivo General:

Identificar la trama de procesos y los circuitos que para la atención de su salud utilizaron los sectores medios declinados, vulnerables y en transición de Santiago del Estero en los 90.

Y como:

Objetivos Específicos:

Caracterizar a las familias de sectores medios desde su posición en el mercado de trabajo y en referencia a los cambios desfavorables que pueden haber incidido en su posición de declinación, vulnerabilidad y transición en los 90.

Analizar las estrategias que estas familias desplegaron para mantener la salud.

Explorar el valor que la salud tuvo y el significado que se le atribuyó desde las nuevas posiciones.

Detectar las nuevas dolencias que surgieron, así como los nuevos riesgos de salud a lo que estuvieron expuestos por los procesos de declinación, vulnerabilidad que experimentaron.

Indagar acerca de la importancia que tuvieron las obras sociales, como así también los servicios de salud públicos provinciales.

Identificar las opiniones que efectores de la salud tuvieron de los servicios de salud pública y de las problemáticas de salud de los sectores medios.

CAPÍTULO II

El encuadre conceptual y empírico: principales referencias teóricas y conceptuales

El concepto de salud y factores asociados

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de la historia de la humanidad. En la antigüedad se consideraba la salud como la ausencia de enfermedad, consideración a la que, muchas veces, se han sumado connotaciones de carácter mágico religioso, al identificar la ausencia de salud o enfermedad como el resultado de un castigo divino o como la consecuencia del pecado. Esta noción de salud si bien está ampliamente superada, aún perdura en la mente de muchas personas.

La medicina moderna, en sus inicios, definió la salud como el resultado del buen funcionamiento del cuerpo y de sus diferentes aspectos; de ese modo, el concepto de salud adquirió un carácter centrado en el plano biológico o físico y se consideró que la ciencia médica era capaz de resolver muchos de los problemas que podían surgir en relación con la salud. Pero lo cierto es que es muy difícil separar los aspectos físicos de los psicológicos o de los sociales.

La definición aportada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en el momento de su creación (1946) marcó un cambio considerable en el concepto salud.

“La salud es un estado de completo bienestar físico mental y sociales, no consiste solamente en la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud que es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera sea su raza, religión, ideología política y condiciones económicas - social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos” (Carta fundacional O.M.S, 1946).

Luego se completa este enfoque con la siguiente definición: “Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente” (O.M.S, 1985).

Según estas conceptualizaciones, ya no se puede considerar que la salud de las poblaciones dependa únicamente de las ciencias médicas, puesto que los factores de

carácter psicológico, ambientales son importantes también como elementos que intervienen en los procesos de salud y enfermedad. La salud es un valor y es un fenómeno complejo, que depende de la intervención de diferentes factores o determinantes, estos son los factores biológicos o endógenos, medioambientales, psicosociales relacionados con los estilos de vida, y los ligados a los sistemas educativos sanitarios.

En cuanto a los factores biológicos o endógenos, la salud de las personas depende en gran medida de su carga genética, cada individuo posee características que le son propias y que sin duda alguna determinan su estado de salud: es lo que se denomina potencial de salud, que no se debe mantener sino fomentar.

En referencia a los factores medioambientales, la salud también depende del medio o contexto en que el ser humano y la colectividad viven y se desenvuelven: elementos físicos, biológicos y sociales que constituyen el ambiente humano. Las condiciones físicas (clima, grado de polución y de contaminación del medio) y los factores socio geográficos (el hábitat, las riquezas naturales, la producción de la tierra etc.) son algunos de los elementos que, si bien varían según el contexto y las personas, ejercen gran influencia sobre la salud de los individuos y las comunidades.

Los factores psicosociales están relacionados con los estilos de vida, entendido como el conjunto de aspectos vinculados con el comportamiento que caracterizan la forma de vida de un individuo o grupo, así como aquellos aspectos vinculados a las condiciones en las que se desarrollan estas formas de vida, comprende formas de ser, de actuar, relaciones interpersonales, recreación y tiempo libre, cuidado de sí mismo, relaciones con el medio, etc. En la conformación de los estilos de vida de los individuos y de las comunidades, las costumbres, creencias y representaciones acerca de la salud desempeñan un papel importante. En la actualidad se considera que los estilos de vida de las personas y de los grupos ejercen más influencia sobre la salud que los demás factores que inciden en ella.

Los factores ligados a los sistemas educativos y sanitarios, la cobertura educativa y sanitaria existente y el nivel real de participación de la población en su educación y en la protección de su propia salud son elementos que influyen, asimismo en el nivel de las personas y de los grupos.

La salud no es simplemente la suma de estos factores sino el resultado de la forma peculiar en que interaccionan los mismos; asimismo, de su interacción surgen las diferentes condiciones y estilos de vida.

La salud es mucho más que la ausencia de enfermedades, es un valor positivo, algo que se puede mejorar e incrementar. Así nace la idea de promoción de la salud. A partir del congreso de Ottawa en 1986, este concepto alcanzó un desarrollo amplio, se pretende la igualdad de las personas y las comunidades en materia de salud, considera que la salud no es un objeto en sí mismo sino un recurso para la vida cotidiana.

La promoción de la salud

El primer Congreso Internacional de Promoción de la Salud, reunido en Ottawa en noviembre de 1986, elaboró una carta invitando a la acción para conseguir la salud de todos para el año 2000 y posteriores, en ella se define cinco líneas de acción a llevar a cabo:

* “Desarrollar una política favorable a la salud, donde la salud va más allá de la atención sanitaria, esta es responsabilidad de todos cuanto elaboran la política en todos los sectores y lugares y a todos los niveles, exhortando a ser conscientes de las consecuencias que sus decisiones pueden tener en el plano de la salud e instando a aceptar sus deberes en este campo.”

* “Crear entornos que contribuyan a la salud, desde esta segunda línea de acción se tiene en cuenta que las sociedades son complejas y están interrelacionadas. El cambio en los esquemas de vida, de trabajo y de ocio tiene una repercusión importante en salud. Y el trabajo, el ocio deberían ser una fuente de salud para las personas. Es imprescindible evaluar sistemáticamente la repercusión del entorno de salud.”

*“En la tercera línea de acción proponen reforzar la acción comunitaria, donde la promoción se lleva a cabo en acciones concretas. Esto requiere un apoyo económico, acceso pleno y continuo a la información y el conocimiento de las posibilidades de atención de la salud, así como la participación y el control de la población en los asuntos de salud.”

*“En la cuarta línea se propone el desarrollo de habilidades personales, contribuir a través de la promoción, proporcionando información y educación para la salud y potenciando habilidades personales. En especial capacitar a las personas para aprender a lo largo de toda la vida.”

*“Y la última línea de acción, reorientar los servicios de salud, esto apunta a que la responsabilidad de los servicios sanitarios en la promoción de la salud está repartida entre los individuos, grupos comunitarios, profesionales de las salud, organismos sanitarios y de gobiernos.”

El papel del sector sanitario debe avanzar cada vez más en el sentido de promover la salud extendiendo su responsabilidad más allá de la mera prestación de servicios clínicos y asistenciales, en este sentido es de particular importancia la presencia del Estado como promotor y proveedor de los recursos necesarios para que las acciones pertinentes puedan llevarse a cabo. En este punto cobran relevancia los conceptos de promoción de la salud y de prevención. La prevención siempre está relacionada con un problema de salud efectivo o potencial, mientras que la promoción se vincula con la valoración de todos los medios que conducen a una vida mejor.

Siguiendo esta línea, también interesa: *“El concepto de estilos de vida saludable que se refiere al conjunto de estrategias y actividades encaminadas a estimular en la población la elección de aquellas formas de vida que, pese a las condiciones de carácter social y personal, fomenten la salud individual como colectiva”(OMS,1978).

Por lo antes expuesto, la salud de las personas está fundamentalmente entrelazada con el ambiente que los rodea y del que es parte, y donde las condiciones y calidad de vida están ligadas al trabajo ya que hace referencia a un proceso por el cual el hombre se socializa, es a su vez fuente de conflictos y sufrimientos pero al mismo tiempo es un factor de realización de sí mismo como sujeto, un lugar que permite al sujeto, crear y modificar lugares propios y vínculos con los otros.

Los problemas de salud

Por su parte, se han realizado esfuerzos teóricos tendientes a aislar y precisar las relaciones entre salud y enfermedad, en particular se ha avanzado en las teorías que sirven para explicar las mediaciones y relaciones con fenómenos biológicos y socioeconómicos. Por ejemplo el estrés, concepto acuñado para dar cuenta del efecto que las situaciones de tensión producen sobre la salud de los individuos, trae aparejado problemas relacionados con la salud mental, conductas adictivas y problemas cardíacos. También se lo utilizó para explicar el estado de incertidumbre que el status de empobrecimiento genera stress y salud.

Varios autores asocian el stress con el estado de salud de las personas en general y en particular de aquellos que atraviesan por situaciones difíciles como la migración, los desempleos o que tienen niveles de ingresos insuficientes para cubrir las necesidades de su grupo familiar. En esos grupos sociales comenzaba a aparecer trastornos orgánicos, psicológicos o somatizaciones atribuidas al estado de tensión generado por la amenaza de hambre, el desempleo o la imposibilidad de progreso.

Asimismo, hay datos que destacan cómo el propio stress genera más stress de lo cual es un claro ejemplo la pérdida del empleo que es un acontecimiento vital, y es responsable que determine otros hechos adicionales tales como cambios en las relaciones familiares, dificultades económicas, necesidades de apelar a préstamos de dinero, pérdida de casa propia, agotamiento del ahorro, cambios geográficos y cambios en el status social, entre otros.

En una sociedad en la que auto sostenerse y tener inserción laboral es altamente valorado, estar incorporado a la fuerza de trabajo contribuye al bienestar psicológico personal, y al dejar de pertenecer a ella pueden aparecer síntomas muy diversos que dan cuenta de daños a la salud física y mental. Se ha comprobado que lo primero que percibe el sujeto son actitudes negativas hacia él como resultado de la pérdida del empleo o de dificultades financieras. Se siente objeto de hostilidad, de denigración, rechazo y lo invaden sentimientos de vergüenza y humillación; si la situación se hace estable, los síntomas se intensifican y provocan cuadros comprometidos, como depresión o afecciones psiquiátricas graves. En cuanto a los daños físicos, es altamente probable que aparezcan cuadros de hipertensión y afecciones cardiovasculares. (Minujin, 1997; Gershanik, 1997; Bustelo, 1997)

Preocupaciones cotidianas, la falta de trabajo y la falta de seguridad bosquejan un presente bastante distinto de los sueños, esto desencadena una situación de stress que comienza siendo psicológica y termina siendo fisiológica. Una de las definiciones de estrés es, justamente ese desajuste entre lo que uno espera y la realidad³.

El estrés es la raíz común de numerosas enfermedades tanto físicas como psicológicas. Somos unidad psicosomática; cuerpo y mente relacionados interactúan constantemente en una suerte de danza cuya armonía debemos cuidar. Esto implica que

³ Diario Nación, 2002 -08. Discurso del Dr. Jorge Lerman, jefe del servicio de cardiología del hospital y clínicas de Bs. As.

somos responsables, de nosotros depende en buena medida mantener el stress dentro de los límites aceptables. El stress es un componente normal de nuestra vida. Pero cuando se convierte en distrés o estrés malo, es aquí donde paulatinamente y sin darnos cuenta nos invade, provocando sin números de alteraciones, como por ejemplo: psoriasis, afecciones dermatológica, eccemas, alopecia areata, esto es caída brusca del cabello, herpes, entre otras.

Derecho a la Salud.

El derecho a la salud es reconocido como un derecho humano básico en varios documentos de la legislación internacional: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica”;⁴ “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica”;⁵ “El goce del más alto grado de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social”⁶.

El concepto de derecho a la salud posee relevancia teórica y empírica ya que se halla conectado con los problemas centrales de la justicia distributiva sanitaria. El tema adquirió relevancia especial en los inicios de la década del 80 cuando en Estados Unidos comenzó a ser objeto de debate público, la obligación que le compete al estado en materia sanitaria. Hay quienes afirmaron como un derecho y otros una clase de obligación, la diferencia no es trivial ni terminológica sino que señala una ardua discusión filosófica en torno al status de los deberes y derechos que remiten a la distinción tradicional entre deberes de obligación perfecta e imperfecta. Los primeros son aquellos que poseen como correlato un derecho cuyo destinatario es una persona determinada; los segundos no dan lugar a ningún derecho correlativo y puede interpretárselos como obligatorios, dejan a nuestra elección la persona y la ocasión en que hemos de ejercerlos.

⁴ - Declaración Universal de los Derechos Humanos, art.25.

⁵ - Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, art.X.

⁶ - OMS, 1946.

Servicios y cobertura pública de salud

La crisis económica por la que atraviesa Argentina desde hace más de veinte años ha causado, entre otras consecuencias, el progresivo debilitamiento de aquellas instituciones que, en otras épocas, concentraron la atención de los gobiernos, esto es: seguridad social, educación y salud. El paulatino retiro del Estado nacional, de su rol conductor de las políticas públicas, dejó desprotegidos a amplios sectores de la población, que fueron perdiendo muchos de los derechos penosamente conquistados. Pensar en las políticas públicas de salud nos lleva a considerar el origen de las mismas en la Argentina.

Es a partir de la década de los cuarenta que el Estado comienza a tomar un papel activo en cuanto al desarrollo y expansión del sistema de seguridad social. Las nociones de equidad y universalidad fueron los pilares más importantes que orientaron el desarrollo de la seguridad social. La equidad mide los beneficios, recompensas, y realizaciones tales como salario elevado y menos horas de trabajo, mayor productividad y producción, mayor oportunidad para los individuos, el acceso a la vivienda, la educación y a los sistemas de salud.

Las formas de organización de la salud en nuestro país son básicamente tres: la estatal o pública, la ofrecida por las obras sociales y la privada. El subsector público, está integrado por una red de hospitales de jurisdicción nacional, provincial o municipal y por centros de salud de baja complejidad, destinados sobre todo a responder a los problemas comunes de las comunidades locales. En la actualidad tanto los hospitales como los centros de salud absorben casi con exclusividad a la población de menores recursos que no está cubierta por la seguridad social o que, si bien lo está, encuentra limitadas las posibilidades de acceder a sus servicios.

En el nivel federal, la administración de este subsector depende de la Secretaria de Salud Pública que se encuentra bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social.

El Subsector de la seguridad social, conforma la mitad del mercado de atención médica del país. Según su naturaleza institucional, se agrupan en sindicales, estatales, provinciales, de personal directivo y de administración mixta.

Aproximadamente el 85% de las obras sociales están coordinadas por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL); y el resto depende de organismos de la administración pública provincial y municipal, del Poder Judicial, del Legislativo, de las Fuerzas Armadas y de la policía. La capacidad de prestación propia de este sector es reducida y se concentra en las entidades numerosas; la mayoría de los servicios se concentran con prestadores privados (clínicas, médicos, farmacia, sanatorios), de manera que la obra social se comporta sólo como un organismo de financiamiento. La mayor fuente de ingresos es de aportes obligatorios realizados por los empleadores y trabajadores. A partir del último gobierno de facto, el sector atraviesa por una profunda crisis financiera que ha provocado un gran deterioro en la prestación de servicios.

En lo que se refiere al Subsector privado, compuesto por una extensa red de consultorios que funcionan de forma autónoma o dependiente de sanatorios, clínicas o centros de diagnósticos, propiedad de individuos o sociedades anónimas. Este sector presta servicios a pacientes particulares o provenientes de las obras sociales o de los prepagos médicos. Estos últimos, surgidos por iniciativa de empresas aseguradoras, grupos financieros, de profesionales o de entidades no médicas, se incrementaron notablemente durante los últimos años. Se estima que en 1992 existían 240 empresas de medicina prepaga en todo el país, las que prestaban servicios aproximadamente a 2.500.000 beneficiarios (OPS, 1994). Se desconoce cómo ha evolucionado en la última década, aunque se estima una retracción del sector por la política generada por el gobierno en ese aspecto.

Pese a estos esfuerzos aislados, el desmantelamiento de los hospitales públicos, el deterioro de los recursos tecnológicos y humanos, la profunda crisis financiera que padece la seguridad social, se conjugan para que la atención adecuada de salud haya dejado de ser un derecho para todos para convertirse en privilegio de algunos.

Por su parte, las obras sociales también enfrentan una crisis aguda, que no es ajena al contexto nacional porque la brecha de los excluidos del sistema se amplió en proporción directa al crecimiento de la desocupación, desindustrialización, caída de los salarios y los efectos múltiples de las políticas de prestaciones cuyos resultados inciden en las condiciones de vida a la vez que introdujeron rupturas y diferencias en los lazos sociales de los sistemas que participan.

Paralelamente al empobrecerse se suprime o se limitan actividades de recreación ocio, vacaciones, deportes, tanto que contribuyen al mantenimiento de la salud. La salud de la población se ve amenazada desde diferentes ángulos, sociales y económicos expuesta a nuevos riesgos y persistentes que debe ser nuestro interés develar para atender.

Cambios en el mercado de trabajo y sus efectos: declinación y vulnerabilidad de los sectores medios.

La década de los 90 se inicia para gran parte de los países de América Latina en un contexto de recesión económica persistente y de creciente pobreza para amplias capas de la población, mientras surgen cada vez más evidencias de que la crisis de los 80 y los procesos de ajuste que la acompañaron, habían repercutido con especial dureza sobre algunos sectores socavando sus condiciones de trabajo, educación, etc. y en el caso que nos interesa su salud.

América Latina ha sufrido durante el decenio de los 80 un severo revés en términos de un grave retroceso económico que ha acentuado el endeudamiento externo, elevando los procesos inflacionarios y agudizando las desigualdades sociales. Durante la década de los 80 se implementó un conjunto de medidas de ajuste económico y social en general. Allí mismo comienza el desmontaje explícito del aparato del sector público y la retirada del Estado Benefactor así como la aparición de lo que se denomina “estado de malestar”. (Bustelo, 1997)

Entre los países seriamente afectados en este sentido, se encuentra Argentina. El conjunto de medidas económicas implementadas a partir de los noventa ha implicado un proceso destinado a modificar sustancialmente el patrón de crecimiento. El nuevo programa económico proyectado a partir del plan de convertibilidad se estructuró sobre una abrupta apertura y desregulación de los mercados, de la reestructuración productiva y de un ajuste estructural sin asistencia por parte del Estado. Estas medidas han repercutido desfavorablemente en el mercado de trabajo, especialmente desde 1993 cuando comienza hacerse patente los aspectos negativos del Plan de Convertibilidad. Aumentó el desempleo y la subocupación, la incertidumbre de los ocupados acerca de la continuidad en su empleo, trabajos precarios generalmente en negro, trabajadores que se incorporan al mercado en

puestos que requieren una formación o experiencia menores a las que tienen (Beccaria, López, 1996).

Acudimos al fin del trabajo como eje articulador de la organización social y asistimos a otro tipo de empleo: temporal, inestable, desprotegido, menos remunerado e incluso en negro.

De manera que el aumento de las ocupaciones temporarias, la pérdida de beneficios sociales, el avance de distintas formas de cuentapropismos de sobrevivencia, el estancamiento y las reducciones de los salarios reales, la proliferación de formas de asalarización oculta o encubierta son procesos que caracterizan la estructura de la ocupación a fines de los noventa (Monza, 1994).

Históricamente, el desempleo ha sido una preocupación nacional desde 1993 que es cuando comienza a ascender. Es importante tener en cuenta que el empleo, la profesión o el oficio, constituye uno de los pilares sobre lo que se construye la identidad de las personas que trabajan, define la posición social y el ingreso, y confiere legitimidad social a la vez que posibilita el ejercicio de otros derechos sociales, económicos y políticos (Isorni, 2001). En cambio no trabajar, en el caso de las personas que no consiguen o que lo han perdido, no solo priva de ingresos, sino de roles individuales básicos, de pertenencia colectiva y legitimación (Díaz, 1995).

El desempleo, la precariedad laboral, la caída del ingreso medio y variadas formas de subutilización de la mano de obra, emergieron afectando la situación socioeconómica de la población aún de aquellos que tenían perspectivas ciertas de futuro como es el caso de los sectores medios, quienes comienzan a advertir que la ilusión de adelanto era desplazada por la preocupación del empobrecimiento. De esta manera, estos sectores comenzaron a vivir en carne propia el desempleo, el subempleo y la reducción del poder adquisitivo de los salarios, e incluso muchos de ellos vieron disminuir estrepitosamente sus ingresos entre un 27% y un 33% (Tenti Fanfani, 1997). Por primera vez en la historia argentina, los sectores medios comienzan a vivir una especie de cuesta abajo o descenso colectivo.

El mal funcionamiento del mercado sigue empujando hacia abajo a contingentes de población perteneciente a estratos medios. A gran parte de ellos sólo la educación y su capital simbólico los distancian de los pobres de siempre (Isorni, Saber, 2001).

La subocupación y el desempleo en Argentina, y consecuentemente en la provincia de Santiago del Estero, se presentan como un problema social complejos; Según datos del INDEC, ambos han crecido estrepitosamente, así como las distintas formas de precarización del empleo, la informalidad y cuenta propismo de subsistencia.

En Santiago del Estero, históricamente deprimida en relación a la economía nacional, hacía 1991 comienza un proceso de recuperación del sector agropecuario, sin embargo, la concentración del empleo en dicho sector y en el terciario, especialmente en el sector público, el escaso peso de la industria en generar puestos de trabajo, la presencia de bajos niveles de participación ocupacional (35,2% contra 39.5% del país) y generalizadas situaciones de subutilización de la fuerza de trabajo eran peculiaridades del empleo en los 90 y definen un horizonte de persistente rezago. (Isorni, 1998).

Esta situación ha provocado mayor vulnerabilidad social que se manifiesta en aspectos socioeconómicos ligados al desempleo, la caída salarial, la precariedad laboral o cambios desfavorables en la modalidad de trabajo provocando sentimientos de incertidumbre y angustia frente a un horizonte incierto. En otros casos, el mal funcionamiento del mercado ha empujado hacia abajo a contingentes de población pertenecientes a estratos medios, ubicándolos en situaciones de declinados sin perspectivas de futuro.

Es importante destacar que las características del empleo en Santiago del Estero tenían que ver con la contratación del empleo agropecuario vinculada a factores demográficos y productivos; con la disminución del empleo en la industria por la desaparición de establecimientos de naturaleza semiartesanal y por el empleo en servicios, especialmente en servicios personales y sociales que no implicaba “terciarización moderna” si no que se sustentaba sobre todo, en la hipertrofia del sector público por la confluencia del clientelismo político y la falta de inversión privada.

Esto se advierte al considerar el sistema de relaciones laborales. Según Censo Nacional de 1991, la categoría de asalariado en relación de dependencia pública era casi cuatro puntos superior en la provincia respecto al total del país (23,2% y 19,3% respectivamente), en tanto el trabajo en relación de dependencia privada era casi catorce puntos superior en el país respecto a la provincia (42,4% contra 28,6%). Por su parte, las imágenes difundidas de la tradicionalidad socio-cultural de Santiago del Estero se expresan en la alta incidencia de categorías ocupacionales en las que se encuentran segmentos

importantes de informalidad: los trabajadores por cuenta propia y los familiares sin remuneración fija representaban el 43,7% en cambio en el país constituían el 30,5%.

Por otra parte, si se atiende al menos a la evolución de la tasa de desempleo abierto y subempleo en la Argentina, la situación en los noventas presenta un marcado deterioro, considerando sólo áreas urbanas. La profundidad de la transformación estructural que produjo el Plan de convertibilidad tuvo sobre las conductas de los agentes económicos el efecto de un cambio de régimen. La estabilidad alentó la expansión de la actividad económica lo que fue acompañada por el crecimiento de la oferta de trabajadores y de los problemas de empleo y por una flexibilidad laboral de hecho y de derecho. Esta combinación tuvo una consecuencia paradójica: el fuerte aumento del desempleo simultaneo al rápido crecimiento de la actividad económica (entre 1993 y 1994 el empleo se redujo a pesar de la expansión del PBI del 11%).

En la primera mitad de los noventa la evolución de la tasa de desempleo abierto en las zonas urbanas presentaba, como ya se señalara, un marcado deterioro. Durante la década previa, alcanzó un nivel promedio de 3,9% en la provincia y de 5,6% a nivel país; en la década de los 90, el promedio superaba dichos valores en tres puntos en la provincia y en siete puntos en el total del país. En 1993, en plena euforia económica, la tasa de desempleo había ascendido a 4,0% a nivel provincial y a 9,9% a nivel nacional; y en 1999, en pleno ciclo recesivo, los guarismos trepaban a 7,2% en Santiago y a 14,5% para el total país. (Isorni, Saber, 2001)

Lo destacable del caso santiagueño es que, a pesar de la pobreza existente, sus tasas de desocupación eran las más bajas del país. Esta constatación sólo puede explicarse porque su tasa de actividad apenas superaba el 30 % de la población total. Puntualmente de cada 1.000 santiagueños sólo 317 participaban del mercado de trabajo. Esta participación no sólo era la más baja del país sino que se encontraba 11 puntos porcentuales por debajo de la media nacional. También contribuye a la explicación la disminución ostensible de la tasa de empleo (de 32,7 % en mayo /93 a 29,4% en mayo/99), lo que fortalecía la hipótesis de una importante retracción de la oferta de puestos de trabajo en el mercado laboral provincial. (Isorni, Saber, op.cit)

En cambio, a nivel nacional, tanto la creciente participación de la población en el mercado de trabajo, que se visualizaba en alzas sin precedentes de la tasas de actividad

(42,8% en mayo /99), como la reducción de la tasa de empleo (37,4% en mayo/93 a 36,6% en mayo /99) contribuían a explicar la dinámica de la desocupación.

El desempleo insatisfactorio del mercado de trabajo, también se veía reflejado en el aumento de los subocupados visibles. En la década del 80, el promedio de subocupados visibles era de 16,3% en la provincia y de 7,3% en el país. Según datos de la EPH, en mayo de 1997, esta tasa seguía siendo sensiblemente mayor en la provincia (17,5%) que en el país (13,2%).

La suma de la desocupación abierta y de la desocupación visible alcanzaba elevados porcentajes de la población económicamente activa y proporcionaba un indicador apropiado para el dimensionamiento de los problemas de empleo en Argentina. Estos indicadores de desempeño insatisfactorios el mercado de trabajo, se han generado a lo largo de un periodo prolongado no como hechos autónomos, sino como contrapartida directa el funcionamiento de la economía. (Monza, op.cit)

En este contexto de evidente desmejoramiento, los sectores medios han sido particularmente afectados no solo a nivel económico sino especialmente a nivel

Psicológicos, en su autoestima y en sus expectativas de vida laboral a estas situaciones negativas descritas precedentemente, se añaden otras tales como la problemática de las obras sociales, de la atención en los hospitales, clínicas, la escasez de personal de salud etc. entre otras cuestiones. De modo que en este contexto la salud podía verse doblemente afectada.

Como en este trabajo, nuestro objeto de investigación alude a los sectores medios debemos dejar en claro que se entiende por tal a aquél conjunto social constituido por pequeños y medianos empresarios e industriales, por profesionales, técnicos y empleados insertos en los escalafones altos e intermediarios de la administración pública, cuyo surgimiento está asociado a la expansión del sector público y por aquellos que despliegan actividades conexas con la educación, la salud, la seguridad el comercio. También se incluye a gerentes, directores y empleados de establecimiento privados y profesionales técnicos que se desempeñan en forma independiente. En general se trata de un grupo que en otras etapas del desarrollo económico argentino, y consecuentemente provincial, perteneció a una clase urbana en constante ascenso con perspectivas ciertas de progreso (Zurita, 1999).

CAPÍTULO III

Aspectos Metodológicos

Tipo de estudio

Desde el marco de los objetivos y en función al conocimiento que se pretendía obtener, el tipo de diseño seleccionado es exploratorio- descriptivo- retrospectivo.

El estudio está limitado a un contexto geográfico (aglomerado Santiago del Estero- La Banda) se refiere a un período de tiempo, precisamente a la década de los 90, tratando de recopilar los hechos ocurridos en relación a dar cuenta, de un modo retrospectivo, de los procesos y circuitos que para la atención de la salud utilizaban un conjunto de familias de sectores medios en situación de declinación o vulnerabilidad. Sólo a título ilustrativo se tomó el caso de los que se encontraban en proceso de transiciones sociales.

La metodología de corte cuanti-cualitativa se justifica en la pretensión de lograr datos cuantitativos, susceptibles de análisis estadísticos, como así también miradas y valoraciones cualitativas que surgen de un espacio social que se construyó en situaciones de cambios sociales desventajosas. De este modo se pretende proporcionar una perspectiva más abarcativa de la problemática que nos ocupa.

En el marco de los objetivos definidos y para poder llevar adelante los mismos se han programado dos momentos metodológicos en la investigación.

El primer momento, basado en fuente de datos secundaria, proporcionó un conjunto de variables cuantitativas y aquellos aspectos que permitieron visualizar por un lado, el posicionamiento actual de los jefes de hogares en el mercado de trabajo y por otro, los cambios desfavorables que pueden haber repercutido en la declinación o vulnerabilidad de dichas familias.

El segundo momento, basado en datos de primera mano, proporcionó información cualitativa desde las propias vivencias y significaciones que los actores involucrados han construido con respecto a la atención de la salud, las estrategias que desplegaron para mantener la salud así como el valor y significado que le atribuía en esos momentos en que desmejoraban las condiciones de vida, las nuevas dolencias que surgieron como efecto de la

situación de empobrecimiento, la importancia que en esas condiciones cobró la atención pública y la opinión que les merecía los servicios estatales de salud.

En esta instancia es interesante a los fines de la investigación con el objeto de ampliar la mirada, la percepción que los jefes de servicio de salud pública tuvieron con respecto al sistema en la provincia.

Universo-Unidad de Análisis- Muestra

Se define como universo de estudio a las familias de sectores medios declinados o vulnerables del aglomerado urbano de Santiago del Estero- La Banda, en la década de los 90. Del que se desprende que la unidad de análisis será cada familia de sectores medios declinados, vulnerables que hayan resultado seleccionadas para conformar la muestra piloto. Así como los informantes claves, (3 jefes de salud de servicios públicos).

Para el primer objetivo específico, se trabajó con la muestra que fuera seleccionada en la investigación "Trabajo y condiciones de vida el empobrecimiento de las clases medias de Santiago del Estero en los 90" ⁷, que fuera obtenida conforme al criterio de saturación teórica el que fue alcanzado con 41 familias de sectores medios. Como criterios de selección muestral se tomaron los siguientes:

- Que los hogares no tuvieran necesidades básicas insatisfechas, esto es que habiten en vivienda conveniente, sin hacinamiento asociado (no convivan más de tres personas por cuarto), con baño con arrastre de agua al interior de la vivienda, con escolarización primaria completa del jefe y sin niños en edad escolar (de 6 a 12 años) que no concurran a la escuela;
- Que los ingresos por hogar de cuatro miembros fluctúen desde un mínimo de una línea de pobreza (LP) cuyo monto había sido fijado por el INDEC en \$490 en 1994 y dos líneas de pobreza (\$1000 por cada 4 miembros y más de \$1000.
- Que los jefes de hogar y/o cónyuges representen a distintas condiciones socio-ocupacionales de las que se consideran de clase media según sean los activos en los medios de producción, los activos en las organización y los activos en credenciales o títulos; es decir, según sean o no propietarios de los medios de producción, tengan autoridad o no

⁷ Este trabajo fue aprobado con aval institucional y financiamiento del Consejo de Ciencia y Técnica de la UNSE. Fue dirigido por MS. María E. Isorni y concluyó en el año 2002.

sobre subordinados y ejerzan poder de decisión, así como una diferente combinación de títulos ocupacionales, credenciales o títulos formales.

De ese modo y atendiendo al criterio de saturación teórica el tamaño muestral ascendía a 41 casos. Para trabajar los otros objetivos específicos en función de la prueba piloto se seleccionó una muestra intencional de 8 casos que se encuentran dentro de los parámetros que concierne a este trabajo. Los criterios que sirvieron de base para la selección fueron los siguientes:

-Qué estén representadas las familias que atravesaban por procesos de declinación y vulnerabilidad afectadas por disminuciones en los ingresos y según lo estipulado en el marco teórico en los 90.

También se aplicó entrevistas semi-estructuradas a 3 informantes claves, (Jefes de servicios de salud pública), que trabajan en distintas instituciones públicas, ubicadas en el aglomerado urbano Santiago del Estero- La Banda, con el objeto de obtener una mirada amplia y enriquecedora acerca de la problemática que se vivía en los 90.

Variables –Indicadores e instrumentos de recolección de datos

Los datos que contienen información acerca de la estructura y composición del hogar, la situación ocupacional del jefe, de los otros miembros del hogar, el ingreso aproximado y el nivel de instrucción, se obtuvo de fuente secundaria, es decir, del estudio “Trabajo y condiciones de vida: las clases medias empobrecida de Santiago del Estero en los 90”, y algunos análisis estadísticos preliminares realizados para esta propuesta.

En los objetivos de carácter cualitativo se utilizó la entrevista semi-estructurada dirigida a obtener información, desde las propias miradas de las familias que padecieron los efectos de la crisis, a fin de conocer cuáles eran las estrategias que desplegaban para procurarse la salud. Cabe destacar que el concepto de estrategia se define como conductas con sentido práctico generadas por el habitus que les permiten a los agentes orientarse y moverse en el espacio social, involucra un proceso racional aunque no necesariamente (Bourdieu, 1998). En este sentido se indagó sobre las estrategias que las familias generaban y desplegaban para atender la salud cuando sus condiciones de vida se alteraban, como así también el significado y la valoración que atribuían al concepto de salud.

De este mismo modo se pudo rescatar información acerca de las nuevas dolencias y los nuevos riesgos de salud que las familias estaban enfrentando debido a las situaciones de stress y otros padecimientos vinculados a la incertidumbre que planteaba no tener trabajo o tener alguno inestable y precario, o buscar trabajo y no conseguirlo. Por otra parte, interesa conocer la importancia y opinión que estas familias tienen con respecto a las obras sociales, los servicios de salud pública como los hospitales y su cobertura.

Para enriquecer nuestro estudio y a modo de ampliar el panorama se realizó una entrevista semi-estructurada que estuvo dirigida a los jefes de los servicios de salud públicas, a fin de lograr una mayor comprensión acerca de la problemática vinculada con la trama de procesos y circuitos utilizados por los sectores medios empobrecidos de Santiago del Estero cuando su salud se deterioraba a consecuencia de la crisis de los 90.

El análisis preliminar

Se debe dejar en claro en primer lugar que el análisis se refiere a su forma piloto y preliminar por cuanto se ha adoptado la propuesta de trabajo final en su modalidad de proyecto.

En tal sentido el esfuerzo estuvo circunscripto a advertir el funcionamiento metodológico de dos fuentes de información ya señalada: secundaria y primaria.

De modo tal que este análisis preliminar comporta una conjunción de momentos cuantitativos. Con base en los datos obtenidos del análisis de las entrevistas realizadas en el marco del proyecto de investigación ya señalado, se confeccionó una matriz de datos y a partir de allí un plan de tratamiento de la información para caracterizar a las familias según se encuentran “declinadas”, vulnerables” o en proceso de “transición”.

Resulta necesario señalar que a los fines de esta investigación se define estas categorías del siguiente modo:

DECLINADOS: conjuntos de familias con ingresos mensuales de entre \$ 490 a \$ 880, recordamos que \$490 era el monto que definía la línea de pobreza, por cada cuatro miembros del hogar según el INDEC en 1994 por cada cuatro miembros del hogar; son los que perdieron el equilibrio y cayeron al vacío al desaparecer las redes de contención social estatal. Acumularon tantas desventajas desde el punto de vista económico, social y

simbólico hasta el punto de revestir el carácter de excluidos sociales. Su pertenencia a la clase media era discutible.

VULNERABLES: es el conjunto de familias con ingresos mensuales entre \$880 a \$ 1.500 por cada cuatro miembros, son los que estaban perdiendo el equilibrio porque enfrentaban serias limitaciones en el acceso a las vías de inclusión social, acumulaban desventajas que desmejoraban ostensiblemente sus condiciones de vida, pero su pertenencia a la clase media no se discutía.

TRANSICIÓN: es el conjunto de familias con ingresos mensuales de \$1500 y más por cada cuatro miembros, son los que conservaban ingresos y herramientas vitales como para hacer frente a la crisis, aunque se veían desmejoradas sus condiciones de vida su pertenencia a la clase media no se discutía.

Esta categorización⁸ ha posibilitado delimitar y construir una matriz de datos sectorizadas que servirá para el análisis según las siguientes variables: edad, nivel educativo y condición laboral del jefe: trabajo del cónyuge, número de hijos, tipo de familia, sostén del hogar e ingreso familiar (ver anexo).

El procedimiento posterior consistió en la elaboración de un plan de tabulación de la información de segunda mano. Esto posibilitó construir categorías para agrupar frecuencias y establecer relaciones más precisas facilitando de este modo el posterior análisis de los datos. Se ha realizado también una breve descripción interpretativa atendiendo a las variables centrales y más cuantitativas de indagación.

En relación a los datos provenientes de entrevistas semi- estructurada se ha decidido por el análisis del discurso de los informantes claves a fin de generar, y construir categorías que posibiliten su separación de modo excluyente que reflejen las razones diferenciadas en las opiniones desde la propia perspectiva de los actores, esto en particular por el caso de la identificación de las distintas estrategias que se emplean en procura de la salud.

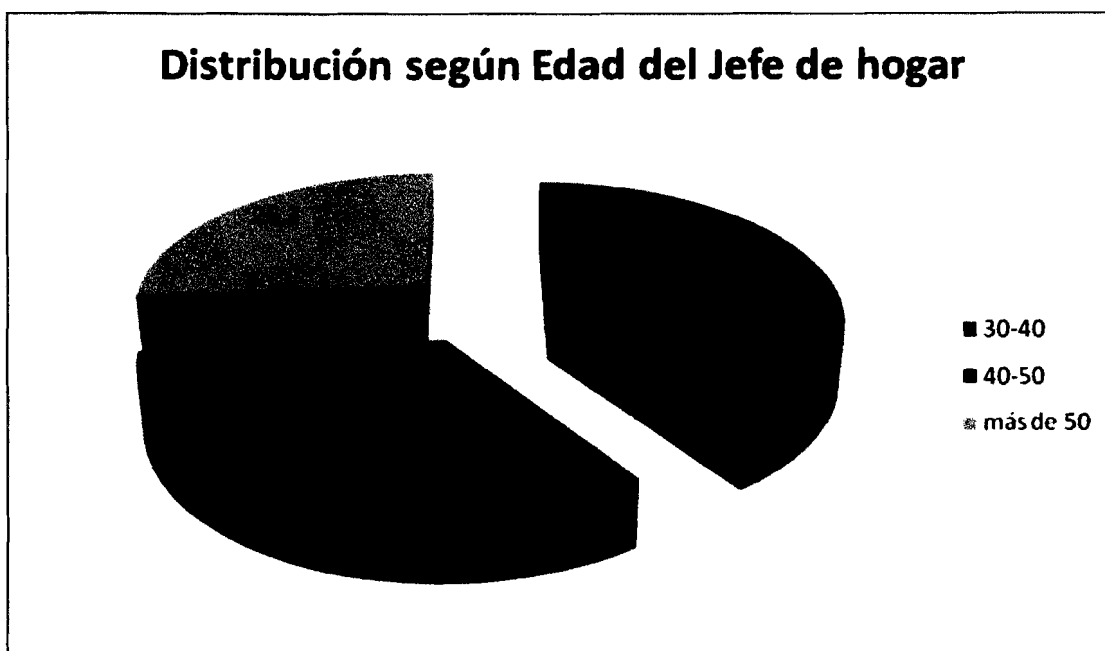
En tal sentido se presenta un análisis preliminar de lo actuado para demostrar, a mi entender, acerca de la confiabilidad del instrumento y las advertencias o modificaciones que resultan imprescindibles realizar luego de la prueba piloto para un abordaje posterior más preciso y acabado que posibilite una mayor aproximación al objeto de investigación.

⁸ Véase el Trabajo de Isorni, Saber, 2001, Trabajo y condiciones de vida: los sectores medios de Santiago del Estero en la década de los noventa, en nuevas propuestas, n° 30, Diciembre de 2001, UCSE.

CAPÍTULO IV

Una caracterización preliminar – un primer análisis

La edad promedio de los jefes de hogar que componen la muestra es de 44 años, edad que era un obstáculo para la inserción en el mercado laboral formal para aquellos jefes que estaban desocupados o que buscaban mejorar sus puestos de trabajo, ya que el medio laboral demandaba en general gente más joven. La mayoría de las ofertas laborales que había en Santiago del Estero y en el resto del país tenían como requisitos para quienes buscaban trabajo: tener entre 25 y 30 años de edad. Con solo observar los diferentes avisos que salen en los diarios y páginas web, los jóvenes y educados parecerían ser los que más posibilidades tenían. El gráfico que sigue muestra la distribución en términos de edad del jefe de hogar.



En lo que respecta a la condición laboral se observa diversos tipos de trabajo: algunos eran jerarquizados como el médico, el docente, el empleado en categoría alta, el

técnico en refrigeración y otros, cuyos puestos dependen de calificaciones superiores; otros, en cambio, no eran jerarquizados como el mecánico, el peluquero, etc., cuyos puestos no dependen de oficios especiales. Tal como se observa en el cuadro 1, la mayoría tenía trabajo jerarquizado y solo uno vivía de su indemnización. Es interesante destacar que todos los jefes que trabajaban tenían ocupaciones típicas de clase media.

Cuadro 1:- Sectores medios declinados, vulnerables y en transición por condición de actividad del jefe de hogar.

Sectores Medios	Condición de Actividad			Total
	Trabajo jerarquizado-*	Trabajo no jerarquizado	No trabaja	
Declinados	–	4,8%	–	4,8%
Vulnerables	21,4%	19,1%	2,4%	42,8%
Transición	28,6%	23,8%	–	52,4%
Total	50%	47,7	2,4%	100%
Nº de casos	21	20	1	41

*Se refiere a la actividad laboral que requiere capacidad formal a niveles superiores; en tanto que el trabajo no jerarquizado es el que no requiere de calificaciones específicas ni inferiores para ejecutarlas.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos de la entrevista semi estructurada de la investigación "Trabajo y condiciones de vida. El empobrecimiento de las clases medias de Santiago del Estero en los 90".

También, como se advierte en el cuadro 2 la mayoría de los cónyuges trabajaban, en mayor proporción los cónyuges que pertenecían a familias de sectores medios en transición, de ahí que presentaban ventajas relativas

Cuadro: 2 -Sectores medios declinados, vulnerables y en transición según condición de actividad del cónyuge

Sectores Medios	Condición de actividad Cónyuge		Total
	Trabaja	No Trabaja	
Declinados	2,4%	2,4%	4,8%
Vulnerables	15%	27%	42%
Transición	39%	15%	54%
Total	56%	44%	100%
Nº de casos	23	18	41

Fuente: Idem cuadro 1

Por eso en el cuadro 3 se puede observar que el sostén del hogar en más de la mitad de las familias era compartido y, como era de esperar, también para los hogares en transición, de modo que su situación resultaba en ventajas comparativas con respecto a las otras categorías construidas.

Cuadro: 3-Sectores medios según sostén del hogar

Sectores Medios	Sostén del hogar		Total
	único	compartido	
Declinados	2,4%	2,4%	4,8%
Vulnerables	27%	15%	42%
Transición	15%	39%	54%
Total	44%	56%	100%
Nº de casos	18	23	41

Fuente: Idem cuadro 1

En referencia a los ingresos, oscilaban entre más de \$ 490 y más de \$1000, cantidades que permitían según datos del INDEC, afrontar gastos de alimentación y un porcentaje mínimo de otros gastos.

Recordemos que el capital o nivel educativo, pese a los avatares de la vida, es uno de los pilares y aún sigue siendo estandarte de los sectores medios. Pese a las devaluaciones

de credenciales la educación sigue siendo crucial para identificar y ubicar a las familias en el espacio social.

En el cuadro 4 se observa que el 55% de los jefes tenía estudios universitarios, en el extremo opuesto, solo un jefe manifestaba tener la primaria completa. Se trata de una población en la que la educación tiene una fuerte valoración positiva y, aunque no se haya podido acceder a estudios superiores, entienden que los hijos deben transitar por esos espacios.

Cuadro: 4 - Sectores medios declinados, vulnerables y en transición según nivel educativo del jefe de hogar.

Sectores Medios	Nivel de Instrucción					Total
	Primario	Secundario		Universitario o terciario		
	Completo	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	
Declinados	–	2,4%	–	2,4%	–	4,6%
Vulnerables	–	15%	4,8%	15%	7,3%	41,5%
Transición	2,4%	15%	4,8%	31,7%	–	53,7%
Total	2,4%	32,4%	9,60%	49,1%	7,3%	100%
Nº de casos	1	13	4	20	3	41

Fuente: Idem cuadro 1

Cabe destacar que las familias de sectores medios eran preferentemente nucleares, patrón que se estaba modificando y que probablemente se debía a la crisis. Algunos decidieron formar familias extendidas, se fueron a vivir con sus progenitores o con tíos y hasta con amigos como estrategias para afrontar la crisis compartiendo casa y gastos de alimentación.

Cuadro: 5-Sectores medios, declinados, vulnerables y en transición según tipo de familia.

Sectores Medios	Tipo de Familias				Total
	Unipersonal	Nuclear	Nuclear incompleta	Extendida	
Declinados	–	5,0%	–	–	5,0%
Vulnerables	2,4%	22,0%	7,3%	10%	41,7%
Transición	–	41%	7,3%	5%	53,3%
Total	2,4%	68%	14,6%	15%	100%
Nº de casos	1	28	6	6	41

Fuente: Idem cuadro 1

Un hallazgo es el que se refiere a que cuanto mayor es la instrucción mejor es la inserción laboral, a pesar de que el trabajo muchas veces no estaba relacionado con las capacidades para las que fueron formados y algunos no requerían de calificación técnica o profesional. Los niveles de educación del jefe eran elevados, la mitad tenían universitario completo, 19 tenían secundario y solo uno manifiesta tener primaria completa.

Algunos cambios en la situación de los hogares: jefaturas compartidas y trabajo femenino

Del análisis de las entrevistas se puede apreciar que se comparte la jefatura del hogar y esto se debe a que las mujeres que no trabajaban, comenzaron a hacerlo porque se vieron en la necesidad de aportar al hogar, en algunos casos fueron convirtiéndose en el único soporte económico con que cuenta la familia. Tal es el caso de María (38 años, casada con 4 hijos), ella sostiene:

“Hace años la situación económica era muy buena, mi marido trabajaba como dueño de un supermercado, en el 94 perdimos todo, tuve que salir a buscar trabajo que no

conseguía y también a estudiar a ver si accedía a un buen puesto de trabajo. Trabajo en repostería, como vendedora ambulante y mi marido no encuentra inserción laboral.”

Como el caso de María que trabajaba 16 hs fuera de su casa, había otras mujeres que día a día debían luchar en el mercado de trabajo por traer el sustento a sus hogares; sus actividades no terminaban camino a su casa, en muchos casos allí comenzaba. Sabían que debían salir a trabajar pero a la vez sabían que eran imprescindibles en su hogar. Por la situación que vivían día a día se entremezclaban sentimientos de angustia y desazón ante un futuro muy complejo.

En otros hogares, la situación era menos tensa ya que el aporte de ambos cónyuges permitía, mayor bienestar.

Al respecto Juan, quien reconocía que el trabajo de su esposa era de gran importancia para el sustento de la familia porque les permitía preservarse de la precariedad, señalaba:

“El aporte de mi mujer es muy importante, con mi sueldo solamente no hubiésemos podido sobrevivir, gracias a Dios que ella pudo conseguir un empleo, de lo contrario no sé como estaríamos”

Se puede señalar que el trabajo femenino era y es un complemento necesario, a veces único, ante la inestabilidad o falta de trabajo del jefe de familia. Pese a esta situación, la mayoría de los entrevistados reconocían al hombre como jefe de la familia, en muchos casos esto respondía a la supervivencia de una cultura tradicional que está fuertemente arraigada en la sociedad en cuanto a la valoración y ubicación del trabajo femenino en la estructura familiar. Como se advierte, pese al reconocimiento social del trabajo femenino al que se aludía precedentemente, el varón sigue ostentando ciertos privilegios en una sociedad no neutra al género.

De la misma manera cuando el jefe de familia con esposa e hijos a cargo estaba desocupado, generaba un alto nivel de vulnerabilidad en relación a la salud de toda la familia. El desocupado sufría una sensación de fracaso personal y de desvalorización de su rol masculino como garante de esa familia.

En síntesis, se advierte mayor presencia del trabajo femenino, tradicionalmente llamado “trabajo secundario” como estrategia para morigerar o evitar la caída. Cabe

destacar que las situaciones de María y Juan representan a muchas otras. Sin duda, los cambios desfavorables ocurridos en el mercado de trabajo en los 90 entre los que se destacaban el desempleo de los jefes de hogar y la disminución del poder adquisitivo de los salarios habían contribuido al debilitamiento de los sectores medios.

Aumento de la precariedad laboral

Como ya venimos sosteniendo, los cambios económicos acontecidos en los 90 afectaron a los hogares en general y a los sectores medios en particular lo que repercutió en la estabilidad laboral, comprometió el poder adquisitivo y condicionó la calidad de vida. De modo tal que sus situaciones se han desmejorado afectando a todos los integrantes del hogar.

El fenómeno de la desocupación se transformó en patológico en los 90 extendiéndose a todo el conjunto de la sociedad y con características alarmantes.

Las entrevistas nos permiten visualizar situaciones en las que se observa cómo los cambios acontecidos en el plano económico habían repercutido negativamente en sus estilos de vida, su visión de futuro y los sentimientos contrarios que se asocian ante la imposibilidad de mejorar su situación.

La mayoría de los jefes que trabajaban eran calificados, empleados en relación de dependencia, especialmente en la administración pública provincial. Es interesante destacar que forman parte del grupo de personas que han podido preservarse de la precariedad laboral, sin embargo, un buen número trabajaba por cuenta propia, especialmente en el comercio y en condiciones precarias. Al no conseguir un empleo generaban el propio, en condiciones de inestabilidad y desprotección social como el caso del remisero o del vendedor ambulante. Algunos trabajaban en actividades vinculadas al título obtenido, tal es el caso de una egresada universitaria que al no encontrar empleo en su profesión y ante las necesidades, comenzó a dictar clases particulares; se advierte también un grupo que habían tenido que conformarse con ocupar puestos para los cuales no se prepararon, pasando a engrosar en la provincia el universo de subocupados por calificación.

Por su parte, los ingresos habían disminuido debido a los recortes salariales que en la administración pública fueron adoptadas por el gobierno. Dichas medidas reflejaban una

mayor precariedad y repercutía negativamente en el nivel adquisitivo y en las posibilidades de gastos en rubros tales como alimentación, recreación, salud, entre otros.

Al respecto, Aníbal relataba que en su cargo en la administración como jerarquizado ganaba \$1100 y debido a los recortes salariales efectuados por el gobierno provincial al promediar la década de los 90, pasó a percibir solo \$ 970 por mes. En sus propias palabras:

“Te imaginas, a mí no me alcanza, tenía organizado mi presupuesto, ahora tengo que reorganizar y por supuesto recortar gastos en recreación y hasta en el tipo de alimentación”

El ejemplo de Aníbal es el de muchos otros, ya lo señalaban Isorni y Saber, en el trabajo publicado en el 2001: “El mal funcionamiento del mercado sigue empujando hacia abajo a contingentes de población pertenecientes a estratos medios. A muchos de ellos sólo la educación y su capital social y simbólico los distancia de los pobres de siempre”.

Otros, habían pasado a engrosar la fila de los trabajadores precarios cuando antes tenían trabajos no precarios. Se encontraban en proceso de “cuesta abajo”, de empobrecimiento, debido al aumento de la inestabilidad laboral y al decaimiento de los ingresos. En el relato de Juan, que a continuación se transcribe, se advertía nostalgia de tiempos mejores, privaciones y la revalorización de la salud y educación como factores sobre los que no se resignaba.

“El dinero no alcanza para llegar a fin de mes, si bien no tenemos demasiados problemas hay que ir priorizando, la plata se redistribuye en todos los aspectos. El estándar es para abajo, mis hijos han nacido en muy buena situación y ahora cada vez sufren mas privaciones, en la salud y educación no resignamos pero en lo recreativo sí y eso afecta mucho”

Estos nuevos pobres, pasaron a ocupar un lugar de desventaja relativa dentro de la estructura social, sin embargo, la educación siempre quedaba como estrategia para competir mejor en el mercado de trabajo, conseguir un trabajo decente, afrontar los desafíos y seguir siendo de clase media. Los siguientes testimonios permiten ilustrar lo antes expuesto:

“No hay duda de que una persona con un título tiene mas ventajas que otras que no lo tienen, las exigencias del medio y de la sociedad hacen que uno tenga que perfeccionarse cada vez más, si te quedas en este momento, la vida te pasa por encima” (María, 38 años, vendedora ambulante)

“En general una persona con un nivel de estudios superiores tiene mas posibilidades laborales pero en este momento y en esta provincia no solo depende de tu nivel de estudio y de tu capacidad, depende fundamentalmente de tu afiliación política” (Sonia, 37 años, casada con 2 hijos empezó a trabajar después que su esposo quedara sin empleo, también estudia)

“Una persona con un nivel de instrucción mayor está capacitada para afrontar los desafíos que presenta el mundo laboral hoy” (Juan, 40 años).

“La educación juega un rol importante a la hora de buscar un empleo: el mercado de trabajo exige cada vez mayor capacitación que la del sistema universitario” (Graciela, 47 años, casada con 2 hijos, profesional, trabaja como profesora, antes contribuía económicamente en su hogar, hoy es el sustento principal)

Cabe destacar que en general estos sectores que han visto desmejoradas sus condiciones de vida veían a la educación como la estrategia que tenían más a mano para salir de su posición desventajosa que les tocaba transitar. En estos relatos se advierte también que sólo con el capital cultural no basta, hacía falta movilizar relaciones o tener “afiliación política” para conseguir algún lugar en el mercado de trabajo.

Finalmente, es necesario dejar en claro que la distribución en las 3 categorías analíticas de sectores medios (declinados, vulnerables y en transición) se asienta en el monto total de ingresos percibidos en el hogar, en el tipo de trabajo realizado, y en los cambios desfavorables que algunos de ellos han padecido, motivo por los que vieron declinar su posición social. Por lo demás, todas estas familias reflejan un comportamiento típico de sectores medios, especialmente en cuanto a los niveles educativos detectados y al valor asignado a la educación como estrategia para seguir formando parte de dicho estrato. Es algo que no resignaban porque aún pervivía el imaginario que la educación es un canal de movilidad ascendente y permite competir en mejores condiciones en el mercado de trabajo.

CAPÍTULO V

Valor y significado de la salud

La transformación económica a la que se aludía en capítulos precedentes no solo afectó el posicionamiento laboral de los sectores estudiados sino que incide drásticamente en otras esferas de la vida como por ejemplo en la salud, porque la misma es parte de un proceso amplio ligado a la reproducción social, política y económica.

La salud es un valor positivo, algo que se puede mejorar e incrementar, por lo tanto la salud de las personas esta entrelazada con el ambiente que los rodea y es parte activa de la misma, las condiciones de vida y la calidad están ligadas al trabajo el que constituye una actividad que le permite a los individuos su inserción en el medio y ser parte del mismo, todo esto les brinda seguridad, valoración y reconocimiento.

Siendo el trabajo uno de los lugares en los que los hombres pasan gran parte de su vida, el modo en que se desarrolla incide sobre la salud.

Interesa destacar que si bien todos los entrevistados significaban el concepto de salud desde un profundo conocimiento, no todos la valoraban por igual, tampoco la priorizaban por igual como un aspecto central en la vida de las personas. Los relatos que se transcriben muestran diferentes matices tanto en las definiciones como en las valoraciones:

“La salud es mucho mas que no estar enfermo, tiene que ver con todo, con el contexto, permanentemente está relacionada, la salud no debería descuidarse. Sin embargo, en estos momentos nosotros hemos suprimido los control y las consultas médicas son por fuerza mayor” (Sonia, 37 años, casada con 2 hijos, es cocinera y estudia)

“La salud es lo mas importante, pero ahora no hacemos ningún control, no quiero pensar” (María, 38 años, casada con 4 hijos, era en ese momento vendedora ambulante y estudiaba)

“La salud es integral, es un proceso en constante búsqueda de equilibrio entre diferente componentes. La salud está en primer lugar, pero está afectada, no se le presta atención por las urgencias de la jornada laboral. Algunos

tratamientos he tenido que dejar, porque priorizo la atención de los chicos que está primero” (Graciela, 43 años, casada con 2 hijos, profesora y estudiaba)

“La salud es lo mas importante siempre he tratado de brindar los nutrientes necesarios, está en primer lugar. (Juan, 43 años, empleado administrativo, casado y padre de 3 hijos)

“La salud es lo mas importante. En la educación y la salud no resignamos. (Aníbal de 38 años, empleado administrativo, casado y padre de 2 hijos)

“La salud la defino como el bienestar mental, físico, social y emocional. La coloco en primer lugar, estos cambios no han afectado la salud, porque a pesar del desmejoramiento, priorizo la salud” (Hugo de 46 años, contador, casado y padre de 2 hijos)

“La salud es lo mas importante, primordial. La situación no es la misma que antes pero la salud la atiendo y se priva otras cosas. (Marcia de 55 años, comerciante, con 2 hijos)

Resulta interesante destacar que en general sabían de la importancia y el valor de la salud, pero su atención empezó a perder fuerza y peso como producto de las situaciones de desmejoramiento general por las que atravesaban. Otros, estimaban que aún frente a cambios desfavorables en lo económico y social, la salud y su atención debía seguir siendo prioritaria. Lo último que se sacrifica es la atención sanitaria de los hijos, cualquier esfuerzo vale a cambio de la salud de ellos que trataban de no descuidar a pesar de los costos que implicaba.

Sin duda tenían que resignar, especialmente los propios controles médicos que estimaban podía postergarse para no descuidar la atención de la salud de los hijos.

Estrategias de las familias declinadas o vulnerables para mantener la salud

La salud es un fenómeno complejo, que depende de la intervención y la interrelación de diferentes factores genéticos, medioambientales, psicosociales relacionados con los estilos de vida, factores ligados a los sistemas educativos y de salud, pero cuando estos no se dan en todo su potencial comienza a debilitarse al punto de afectar en gran medida la salud de las personas y es en este contexto donde la salud toma otro valor y significado.

Pero estas familias, desde su posición de declinados o vulnerables, desplegaban diversas estrategias cuando atravesaban por problemas de salud. Al respecto Sonia, señalaba:

“Cuando se enferman mis hijos y son resfrios consulto al farmacéutico, o sé qué darle. Pero cuando es mas grave mi cuñada o alguna amiga me presta la obra social, el médico me hace el favor, lo conozco desde hace años y sabe mi situación. Pero cuando hubo que tratar un asunto mayor como la operación de mi hijo tuve que concurrir al hospital porque no tenía obra social y tampoco podía hacer frente económicamente a la intervención quirúrgica. Tengo que agradecer al médico que me derivó con una recomendación al hospital de niños. En cuanto a remedios cuento con la colaboración de mis suegros que se hacen cargo”.

Otra de las entrevistadas afirmaba:

“No tenía obra social y mis embarazos debían culminar con cesárea, entonces me atendía particularmente con mi doctora y ella los programaba en el hospital por que trabaja allí, algunos análisis me los hacía particular y otros con la obra social de mi mamá. Nunca tuve que hacerme análisis en el hospital ni levantarme a las 4 de la mañana para sacar turno. Para mis hijos pago obra social privada” (Ana de 40, es comerciante, casada con 4 hijos).

Y Graciela señalaba:

“Algunos tratamientos los he tenido que dejar, el tratamiento de la diabetes me cuesta \$140 y en la obra no hacen descuentos, lo único que tomo es para la presión, aparte de mis problemas están los de mi familia por eso mis necesidades se dejan para otro momento”

“Se prioriza lo mas urgente, al dentista se lo va relegando a pesar de que tengo obra social. Para urgencias concurre al hospital” (Juan).

Otros, en cambio, pese a sus condiciones de vida que desmejoraban siguen priorizando la salud:

“A pesar de la situación que no son las mejores, la salud no la descuidamos” (Anibal).

“Tengo obra social, pago rigurosamente, mi salud no la descuido, hago caminatas tres veces a la semana y otras actividades” (Marcia).

“Realizo todo los controles, actividades físicas, me alimento bien, pago mi obra social” (Hugo de 62 años, trabajaba por cuenta propia, casado con 2 hijos).

Se debe destacar que hay amplias desigualdades en los grupos considerados, sin embargo resultaba cada vez más frecuente el uso de los recursos públicos para amortiguar algunas situaciones de empobrecimiento.

Se puede destacar de los relatos que si bien las condiciones de vida habían disminuido desfavorablemente, el haber pertenecido y pertenecer a los sectores medios permitía manejar diferentes y variadas estrategias como herramientas a la hora de afrontar problemas de salud.

Las estrategias que debían generar y desplegar eran variadas, desde automedicación, atención en los hospitales públicos, uso de obras sociales prestadas, ayuda de parientes para solventar los gastos de salud, acudir a profesionales amigos o conocidos y hasta olvidarse de controles y consultas. Muchos de ellos tuvieron que retirarse de los circuitos formales para atención de su salud.

Si bien estas personas utilizaban distintos circuitos relacionados con sus capitales sociales que sostenían por pertenecer a sectores medios, también comenzaba a advertirse la utilización de estrategias propias de sectores populares como “ir al hospital,” “pedir prestado una obra social”, etc. entre muchas otras prácticas para atender la salud.

Otros, en cambio, todavía podían hacer frente a algunos de esos gastos, sabían que estaban perdiendo y sin embargo trataban de mantener a sus hijos en los circuitos formales, priorizaban su salud a cambio de resignar la satisfacción de muchas otras necesidades.

Mientras que pocos eran los que seguían conservando los circuitos privados a los que estaban acostumbrados.

Como estrategias de adaptación a las nuevas condiciones de vida, resignaban muchas veces la recreación y hasta una alimentación de calidad a la que accedían solo si compraban segundas marcas y de oferta. En general, se organizaban para priorizar ciertas conductas y resignar otras.

A manera ilustrativa se transcriben algunos relatos;

“Recreación no tenemos por falta de tiempo, tratamos de comer sano pero las cosas están caras, no podemos consumir tantos lácteos y frutas y compramos segundas marcas” (María).

“Las recreaciones se suprimieron al igual que muchos alimentos porque no alcanza, las consultas al médico son por fuerza mayor. Es difícil hacer actividades, controles médicos, no tengo un mango, no voy a ningún lado” (Sonia).

“Se prioriza lo más urgente, especialmente las actividades para los chicos, gimnasia, básquetbol, nosotros solo cuando podemos” (Juan).

“Tratamos de comer sano, en lo recreativo resignamos y eso afecta” (Anibal).

“Tratamos de tener recreaciones, la alimentación para los chicos es fundamental, las actividades físicas mi esposo no las descuida y les inculca a los chicos aunque tratamos de comprar más barato” (Ana).

“Hago actividad física y me alimento bien” (Hugo).

“Hago caminatas tres veces a la semana, y otras actividades de recreación como salir en grupo, viajar” (Marcia).

Advertimos que quienes estaban más afectadas eran las familias a quienes las caracterizamos como “declinadas”. Ellas tuvieron que resignar en todos los gastos del hogar, incluidos los destinados a salud, ya no utilizaban circuitos a las que estaban acostumbradas, ahora concurrían al hospital en lugar del sanatorio, pedían prestado obra social, se automedicaban, etc. Sin embargo, seguían sosteniendo que la salud hay que atender y como parte de ella a la recreación que resignaban fuertemente. Otros, en cambio, tal el caso de las familias que atravesaban por procesos de “vulnerabilidad”, aún podían

hacer frente a los circuitos habituales de procurarse la salud y la recreación. Para hacerlo, a veces, compensaban con otras estrategias como comprar más barato o que las actividades físicas las realicen sólo los hijos, etc. Como se ve el panorama no era homogéneo y aún en las mejores situaciones “algo hay que resignar”. Quienes presentaban desventajas comparativas eran, sin dudas, las familias que atravesaban por procesos de declinación.

Nuevos riesgos nuevas dolencia de salud

Las situaciones de crisis como producto del desempleo o de la inestabilidad laboral traía consecuencias directas en la salud de las personas, las que se manifestaban de diferentes formas y maneras: físicas, mentales y de comportamiento. Las relaciones se desmejoraban en todos los ámbitos, y por supuesto en la familia también. Se sentían objetos de hostilidad, críticas, denigración y rechazo. Era una cadena de hechos donde un problema estaba relacionado con otro, donde un daño precedente conducía a otro subsecuente. A modo ilustrativo se presenta los siguientes discursos:

“Me siento mal hemos perdido todo, a veces me deprimó y trato de salir adelante. Mi esposo tiene presión alta después de esto, mis hijos no saben de ningún control, cada día tengo dolores de espalda por el trabajo, no descanso. Controles médicos no tengo ni quiero pensar en ello” (María).

“Estamos aterrados, tenemos rabia, impotencia y el miedo se impone” (Sonia).

“Tengo que hacerme los análisis para la diabetes que es de 2 grado de origen genético todos los meses, pero hace 2 meses que no voy, los malos hábitos de alimentación y los desórdenes propios de la edad, el trabajo hace que esto se acreciente. Aparte de mis problemas están los de mi familia, mis hijos, mis necesidades se dejan para otro momento.

La situación afecta, el organismo está sometido a stress, algunos tratamientos los he tenido que dejar.

Hoy por lo menos comen todos los días mis hijos, yo la he pasado muy mal cuando no tenía trabajo, por eso bajo la cabeza, me tratan mal, pero el laburo lo tengo que cuidar y esa situación te enferma te hace mal” (Graciela).

“Esta situación nos provoca mucha amargura, sentimos que las fuerzas se agotan, la vejez avanza y no tenemos derecho a descansar, hemos caído tanto, de estar en clase media a una situación de empobrecimiento y de insatisfacción total” (Aníbal).

El Estado, al retirarse de la escena nacional dejó desprovista a muchas familias de sectores medios declinados y vulnerables que fueron perdiendo progresivamente los derechos a la salud y una vida digna. Comenzaban a visualizar un horizonte incierto, desalentador de sueños y esperanzas. Frente a esta situación de desaliento el miedo ganaba. Desazón, soledad y amargura se adueñaba de gran parte de estos grupos, no vislumbraban mejoras y por consiguiente la salud se veía afectada desde lo emocional, psicológico, personal y físico. Tantas tensiones producían estrés, intolerancia, broncas que se traducían en agresividad y en un estado de malestar generalizado.

En estos testimonios prevalecen sentimientos de incertidumbre, temor e inseguridad, no se vislumbraba ninguna mejora, la calidad de vida y la salud desmejoraban incuestionablemente.

Estas situaciones fueron el resultado del mal funcionamiento de la economía y del mercado de trabajo en los 90, cuestión que fue potenciándose hacia el fin de la convertibilidad (2001). Como consecuencia de esto se agudizaron los procesos de empobrecimiento. Muchas de estas familias debieron adoptar estrategias típicas de sectores populares como “transformarse en vendedor ambulante”, “ir al hospital para consultas”, “comprar las marcas mas baratas “, etc., para morigerar el impacto. A muchos de ellos sólo le queda el capital social “la red de amigos” o las “familias” como resguardo de vida.

Las obras sociales y los servicios públicos de salud

Las políticas de salud y la evolución del sistema salud en un país son el reflejo de su evolución en general y de sus avatares políticos. Definir las políticas de salud implica establecer el papel del Estado en relación con la salud y las formas en las que se desempeñan sus funciones. Las funciones que tradicionalmente han sido cumplidas por el Estado son: proveer los servicios necesarios para la atención de la salud, financiar sus servicios, regular las normas en las que debe basarse la atención de la salud, suministrar a la población información respecto a la salud, realizar campañas de prevención destinadas al cuidado de la salud.

En otros términos, el Estado debería brindar cobertura necesaria e indispensable para preservar el bienestar del pueblo, cuando gran parte del mismo se ve afectado por los cambios acontecidos en el mercado de trabajo. Esta responsabilidad sin embargo está delegada en manos de terceros (obras sociales privadas) a la cual no todos pueden tener acceso. Y aquellos que perdieron sus fuentes laborales, también sus coberturas de salud, se encontraban desprotegidos por el sistema de salud. Al respecto son ilustrativas las siguientes citas:

“Últimamente lo público y lo privado está deficiente, la crisis lo ha afectado, pero si no tienes obra social estas perdido” (María).

“Deberían existir políticas de salud que en los peores momentos no te abandonen” (Sonia).

“Deberían modificarse los modelos de política en salud, todas tienen las estructuras de los años 30, se deben promover nuevas formas para mejorar la salud sin un estado paternalista, sin corrupción. Lo que se necesita es hacer una buena autocrítica” (Graciela).

“De urgencia concurre al hospital, la atención no es buena, pero cuando es feriado por más que tengo obra social no encuentras médico, termino en el hospital” (Hugo).

“Tengo obra social, pero el co-seguro es carísimo, para cualquier análisis debes tener para hacer autorizar, me descuentan todo los meses pero la obra no funciona bien” (Juan).

“Siempre me he atendido en servicios privados, pero no estoy conforme con los servicios de salud porque los médicos dejan mucho que desear, no se especializan, no hacen cursos. Y cuando tenemos que recurrir a un buen médico tenemos que salir de la provincia” (Marcia).

“Se debería mejorar en los servicios públicos, a pesar que no voy porque tengo mi obra social, no desconozco, sé de las largas colas a la madrugada, de la falta de turno, de las pésimas condiciones en que se encuentra el hospital público. Se debería mejorar las políticas de salud” (Hugo).

Los servicios públicos a pesar de que estaban saturados terminaba siendo el recurso inmediato ante una emergencia, eran a la vez receptores de aquellos que no contaban con cobertura, de obra social o cuando las personas pertenecientes a los sectores medios sentían el impacto de la crisis por la que les tocaba atravesar.

Asimismo, la mayoría reconocía que los hospitales públicos no estaban en sus mejores momentos y que deberían cambiar las políticas de salud, también sabían que tener obra social brindaba tranquilidad, a pesar que las mismas no funcionaban bien, que había que pagar altos co-seguros y soportar la burocracia del sistema.

Si bien los relatos presentados muestran diversas situaciones y opiniones, es posible reconocer un común denominador: el sistema de salud público y privado dista de ser el óptimo, ni siquiera presenta condiciones aceptables, debido fundamentalmente a que el Estado se “retiró” lo que se observa es la carencia de políticas públicas para dichos sectores. Las repercusiones se sentían cada vez más en estas familias que en otros momentos históricos conocieron de situaciones mejores.

Los otros actores: los jefes de los servicios públicos

Históricamente y, especialmente, en la época de bonanza económica, los sectores medios en la Argentina y consecuentemente en Santiago del Estero pudieron procurarse una buena cobertura para solventar su salud y la de familiares mediante el acceso a obras sociales. Como consecuencia de los avatares económicos por los que atravesaban muchas familias, no podían seguir con dichas coberturas, motivo por el cual utilizaban como estrategia para tratar los problemas de salud la concurrencia a los hospitales públicos. Al no haber ampliado sus capacidades operativas, dichos hospitales se encontraban sobrecargados en las demandas y sin la posibilidad de cumplir con las expectativas de la gente.

Al respecto bien vale la pena presentar a título ilustrativo las siguientes opiniones de efectores de la salud:

Una médica del Hospital Regional, comentaba al respecto:

“Se atienden muchas personas del PAMI, jubilados de administración pública (IOSEP), esto se debe a que mediante la autogestión, se les cobra la consulta y los estudios se los hacen gratis. En los últimos tiempos la demanda es mayor, antes estos grupos no concurrían a los hospitales, se ve mucha pobreza y uno tiene que ver qué medicarles porque los remedios van desde los \$5 pesos a \$30 y tienen que tomar más de uno en muchas oportunidades y hay gente que debe tomar de por vida.

Aparte las demandas superan a la infraestructura al medio en general, faltan médicos. Hay salas que están muy bien pero otras, no tienen nada. La autogestión es relativa, debería estar mejor. Las guardias en general dejan extenuados porque superan en todo y a todos, es el área más crítica porque se realizan hasta cirugías, es el lugar de más impacto. Las consultas crecieron y tenemos una ausencia de médicos, enfermeros y mucamas. Son excelentes y tienen buena voluntad para cubrir las necesidades de la gente pero son pocos. La falta se debe a que fueron jubilados o cambiados a otras áreas porque se

fue reestructurando, pero la gran demanda hace escasear el personal que es uno de los problemas crónicos” (Dra. Patricia).

En este relato se advierte la problemática de la salud pública que no estaba preparada desde el punto de vista de la infraestructura física ni de la infraestructura en recursos humanos para solventar tanta demanda en situaciones de desmejoramiento social.

Sigue señalando la Dra. Patricia:

“Cada paciente que se atiende viene con todo su entorno a cuestas, problemas de toda clase, económico, de angustia, soledad. Están agresivos, no es fácil atenderlos son gente que estaban bien y de pronto deben acudir al hospital, no estaban acostumbrados”.

“Concurren por diversos problemas, desde hipertensión, stress, resfríos, cirugías, etc. A los consultorios como a las salas de urgencias, es estresante trabajar en emergencia por la cantidad de personas que concurren, la gente acude buscando una solución inmediata a su problema. La situación económica afecta a todos, repercute en toda la sociedad y se ve mucho mas pobres, muchas necesidades.

“Generalmente acuden cuando están enfermos, nunca para hacer prevención y algunos casos para control de alguna patología específica cuando ya esta diagnosticado. Los que acuden casi siempre han tomado algo porque se lo recomendaron, lo que a veces no es necesario, o esta mal medicado. Esto se da en la gente del centro no en la del interior, cuando mas conocen mayor accesos tienen a la automedicación. Es preocupante también la cantidad de jóvenes que llegan intoxicados por la ingesta voluntaria de sicofármacos, esto se debe a la falta de control en la venta de medicamentos y los chicos tienen otros problemas sociales. La sala de salud mental atiende un promedio de cuarenta pacientes por día, el numero se ha ido incrementando en los últimos años, no solo llegan pacientes sino también familiares que se ven desbordados por situaciones con gente en sus casas y necesitan orientación se atiende jóvenes por problemas de conducta y adultos

por estrés laboral, en estos casos están relacionados con la necesidad de la gente de proveer mayor cantidad de dinero en los hogares y hace que la gente tome uno o dos trabajos se sienten sobre exigidos y a veces frustrados, también se presenta mucha gente con trastornos de angustia y ansiedad y se debe muchas veces a su situación económica. Llegan casos de promiscuidad, embarazos adolescentes, padres abuelos, y abortos con todo los problemas que estos traen. Las políticas de salud no son buenas, falta educación y concientización, falta de difusión también desde el hospital, la gente desconoce la existencia de servicio de planificación familiar, lo que debería ser difundido. (Dra. Patricia)

Un médico del Hospital Independencia señalaba:

“Los que sufren son los viejos, el PAMI cuándo tienen que autorizar no lo hacen en tiempo y forma, produciendo una demora que repercute directamente en los pacientes, empeorando su cuadro y en algunos casos sobreviene la muerte.

Generalmente se atiende problemas de toda clase pero, cuando concurren por traumatismos, es cuando mas padecen no tan solo los pacientes, sino uno también por la impotencia que crea el sistema, las demoras en las entregas de prótesis. Los parientes que los dejan no tienen quienes lo cuiden, los viejos no le sirven al Estado y a la sociedad.

Las obras sociales dejan mucho que desear, no pagan pasan meses, esto se va al carajo, no hay mejoras, no las veo, el hospital también padece la crisis, nadie se escapa” (Dr. Witold).

Un médico del Hospital de Niños comentaba:

“Si bien tenemos salas que están muy bien equipadas, podría decir que con aparatos únicos a nivel provincia y centros privados, también hay salas que están en malas condiciones: falta infraestructura, insumos y personal. Neonatología, es la que mejor esta, también a nivel provincia, equipada y con recursos humanos. Se atiende, a gente que tiene obra social, esto antes no se daba, lo que pasa es que todos los estudios son gratis, sólo se recibe la orden.

Y hay diferencias cuando deben realizarse estudios de alta complejidad o internación, porque si estos lo realizan en un centro privado deben abonar los co-seguros y aparte algunos médicos cobran aranceles diferenciales, son alternativas que usa la gente que sabe, o que llega al hospital porque no puede pagar el co-seguro. Se advierte necesidades, antes el hospital era exclusivo de los que no tenían obra social, hoy no, la situación económica esta relacionada con esto y trajo muchos problemas a todos, de modo que nuestra capacidad supera las demandas.

Funcionan bien algunos sectores, tienen mejor atención y también se debe al esfuerzo de un grupo, porque las políticas de salud a nivel planificación son excelentes, pero no funcionan bien, falta coordinación y compromiso. Hay intereses creados.

En cuanto a los problemas de salud siguen siendo los mismos: desnutrición, siguen las madres adolescentes, padres abuelos, esto sigue igual". (Dra. Elena)

Como producto de la situación de empobrecimiento por la que atravesaban muchas familias y por el mal funcionamiento del sistema de salud, sus capacidades estaban saturadas creando malestar generalizado, no solo de los que concurrían en busca de soluciones sino también del personal que atendía dichos servicios públicos.

Estos reconocían que la demanda había aumentado, porque la gente que antes era exclusiva de los centros privados en esos momentos concurría a los hospitales y esto se debía a que los sectores medios declinados recurrían allí para hacer frente a las situaciones por las que atravesaban.

En general tanto los jubilados como las familias que tenían hijos pequeños o que debían realizar estudios complejos eran los que demandaban servicios al Hospital Público.

En los discursos, también se remarcaba el malestar psíquico que se veía en estos momentos y las necesidades que ellos observaban: afectivas, de contención y económicas que estaban ganando terreno en estos grupos y que también afectaba al personal porque superaba sus posibilidades de contención creando impotencia. Reconocían que su propia salud estaba afectada, como consecuencia de la situación que les tocaba vivir en su ámbito

de trabajo, el estrés y un panorama incierto se estaba instalando desde hacía ya bastante tiempo.

Es necesario destacar la coincidencia de opiniones entre los jefes de los servicios de salud pública y nuestros informantes de sectores medios declinados y vulnerables.

Todos estimaban que las estrategias adoptadas por los que descendieron en la escala social o se empobrecieron eran: el uso de los servicios públicos de salud para consulta, operaciones o cuando se demandaban estudios de cierta complejidad, la automedicación, la utilización de obras sociales prestadas, la movilización de conocidos o amigos en procura de favores, etc.

En el caso de los jefes de hospitales públicos se advertía un descontento generalizado por la falta de políticas de salud y de planificación en tiempos de crisis. También se reconocía un discurso crítico respecto a la falta de educación para la salud, a la escasa conciencia que se tenía al respecto, a la falta de mecanismos de prevención y promoción de la salud y a la escasa difusión del papel del hospital público en la atención de la salud pública.

Conclusiones del proceso de prueba piloto

En esta instancia se presentan las conclusiones de la prueba piloto destinadas a dar cuenta de la confiabilidad de los instrumentos utilizados para obtener los datos.

En relación a nuestro objetivo de caracterizar a las familias de sectores medios desde su posición en el mercado de trabajo y en referencia a los cambios desfavorables que pueden haber incidido en su posición de declinados, vulnerables o en proceso de transición, en los 90, se debe señalar que no hemos tenido ningún obstáculo a la hora de llevar a cabo el plan de tabulación y el análisis preliminar de los datos. Recuérdese que en esta instancia se ha trabajado con los datos en bruto del proyecto de investigación "Trabajo y condición de vida: el empobrecimiento de los sectores medios en Santiago del Estero en los noventa".

La categorización basada especialmente en los ingresos percibidos, ha servido para distinguir posiciones diferentes según las variables analizadas. Cuando el relevamiento de los datos y su tratamiento esté completado estaremos en condiciones de afinar dichas categorías y la relación con las variables, a fin de advertir hasta qué punto o grado hay diferencias excluyentes como para seguir sosteniendo esa categorización según el grupo general considerado. Un primer análisis ha posibilitado advertir que el ingreso percibido, ha sido un buen criterio para dicha categorización.

A partir de allí se observan distintas situaciones en cuanto a las problemáticas de salud y las estrategias que desplegaban ante situaciones de empobrecimiento, así como las nuevas dolencias de salud que surgían y sus consiguientes riesgos.

Este primer análisis, que se refiere a su forma piloto, permite brindar una somera caracterización de las familias declinadas y vulnerables, cuando atravesaban por problemas de salud, las estrategias que ellas debían generar y desplegar, así como las evaluaciones de la salud pública.

Se ha tratado de probar cómo funciona la guía de entrevista semi-estructurada realizada a una submuestra de personas que atravesaban por problemáticas de empobrecimiento. Estas personas fueron seleccionadas de la muestra del trabajo ya mencionado que sirvió de base a éste. También se ha probado la guía de entrevista semi-estructurada realizada a 3 efectores de salud para conocer las opiniones que estos tenían

sobre los servicios de salud pública como así también las problemáticas de salud de los sectores medios declinados o vulnerables.

Estimamos que en ambos casos, dichas técnicas resultan apropiadas para los objetivos perseguidos.

Con respecto a la primera guía efectuada a las personas de sectores medios con problemas económicos, se ha podido distinguir a modo de conclusión tres grupos en relación a las estrategias que desplegaban para atender a la salud así como algunas resignaciones que debían aceptar:

En un primer grupo, se encuentran los que no contaban con obra social y hacían uso de los servicios públicos y obras sociales prestadas, requerían de un tercero para solventar los gastos, llámese parientes, hermanos, abuelos, amigos. Recurrían a amistades médicas o con influencias para tratar alguna urgencia. No realizaban ningún control que antes sí llevaban a cabo, las consultas eran por fuerza mayor y los controles médicos estaban ausentes, la automedicación ganaba terreno. Las recreaciones y actividades físicas se suprimían, también alimentos que se consideraban necesarios y de primera importancia para la salud. Como producto de todas estas situaciones comenzaban a surgir nuevas dolencias de salud asociadas al estrés y a los riesgos a los que día a día se exponían.

En un segundo grupo, se encuentran los que contaban con obras sociales aunque también hacían uso de prestadas, podían afrontar algunos gastos como los de análisis, consultas, medicamentos o tratamientos. Algunos podían pagar servicios de salud privados para los hijos cuando en un tiempo atrás su situación les permitía afrontar estos gastos para el grupo familiar. Si bien acudían a los hospitales públicos también recurrían a las relaciones sociales como estrategias para solventar gastos de salud. En cuanto a las recreaciones, comenzaron a suprimirse aunque no desaparecieron totalmente. Se priorizaba la salud aunque se utilizaban distintos nuevos circuitos para procurársela.

El tercer grupo, es el más acomodado ya que si bien su situación había desmejorado significativamente podían seguir con las estrategias a las que estaban acostumbrados. Las obras sociales y las prestaciones privadas seguían siendo los circuitos utilizados.

Las diversas situaciones desventajosas empujaban a nuevas dolencias y riesgos de salud, que se reconoce no sólo en las respuestas a las entrevistas, sino en la observación de

la situación de entrevista: el miedo generalizado, el estrés causado por problemas laborales, la angustia y hasta episodios de violencia, son de ello testimonio.

Muchas de estas personas habían sido expulsadas de los circuitos sociales formales de trabajo que les proporcionaba seguridad, identidad y contención social. Al no contar con esa forma de trabajo o al carecer de él advertían cuán solos se encontraban frente a la ausencia de políticas públicas para contenerlos.

Frente a esto, la imagen se erosionaba y la confianza y las relaciones se deterioraban. Debían crear sus propias estrategias para atender su salud como podían, llegando a adoptar conductas que eran más propias de los sectores populares. En esta lucha advertían que la equidad, el derecho a la salud y la solidaridad estaban lejos de practicarse, quedaban vacíos que nadie cubría.

Las estrategias que desplegaban eran producto de las experiencias y de sus capitales que fueron obteniendo y acumulando a lo largo de sus trayectorias. Las interrelaciones e interacciones que forjaron eran las que les permitía seguir siendo de clase media.

En los discursos se advierte que lo último que resignarían es la educación, capital que les permitía diferenciarse de los pobres de viejas data.

En la opinión de los efectores de salud se observaba una notable coincidencia al plantear la ausencia del Estado en la salud pública, cuestión que se visualizaba en la falta de infraestructura adecuada y de recursos humanos formados en la cantidad y calidad para atender tanta demanda.

Tanto desde el lado de quienes transitaban por situaciones de declinación o vulnerabilidad como desde el lado de los efectores de salud, también había coincidencia en señalar que cuando la situación desmejoraba, cuando se quedaba sin empleo, cuando no se conseguía alguno o cuando había que soportar todo tipo de precariedad laboral las condiciones de salud también desmejoraban ostensiblemente, las sensaciones de angustia, miedo, estrés, descontento generalizado se había instalado para quedarse frente a la impotencia de quienes la padecían.

Con esta prueba piloto he tratado de mostrar que esta investigación es posible, que puede resultar en datos confiables, que pueden ser de utilidad para quienes tienen el poder para generar políticas de salud ateniendo a las realidades complejas y difíciles por las que transitaban y transitan personas que como las descritas viven situaciones de

desmejoramiento en sus condiciones de vida, procurando siempre no descuidar la dimensión humana de estos procesos sociales.

BIBLIOGRAFIA.

- BECCARIA, L (1997), "Cambios en la estructura distributiva 1995 – 1990", en Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efecto de la crisis en la sociedad argentina, Losada, Buenos Aires.
- BECCARIA, L (1997), "Estabilización, reformas y el mercado de trabajo urbano en Argentina. Documento presentado al XXV. Encuentro Nacional de Economía de Brasil, organizado por ANPEC. En integración y Desintegración social en el mundo del siglo XXI, Losada, Buenos Aires.
- BECCARIA, L. y LÓPEZ, N. (1997), "Notas sobre el comportamiento del mercado de trabajo urbano", en L. Beccaria y N, López (comps.) Sin trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad Argentina, Losada, Buenos Aires.
- BOURDIEU, P. (1998), Cosas Dichas, Gedisa, Buenos Aires.
(1998) La distinción. Criterios y bases sociales del gusto, Taurus, Madrid, España.
- BUJA, GOMEZ, JIMÉNEZ, MARTÍN, MONTOYA, SALGUERO, (1998), Educación para la salud, Guía didáctica, Buenos. Aires.
- BUSTELO, E. (1997), "La producción del Estado de Malestar. Ajuste y política social en América, en Cuesta Abajo. Los nuevos pobres efecto de la crisis en la sociedad Argentina, Losada, Buenos Aires.
- CORTAZZO, I. MOISE, C. (2000), "Estado, Salud y Desocupación. De la vulnerabilidad a la exclusión", Paidós, Buenos Aires.
- DIAZ, R. (1995), "El empleo, cuestión de Estado", en Libro Blanco sobre el Empleo en Argentina, MTSS, Argentina.
- DIAZ, R Y M. E. ISORNI (2007), "Reformas económicas, precariedad del empleo y vulnerabilidad de los hogares de asociados de Santiago del Estero-La Banda", en revista Nuestras Propuestas, Junio 2007 n° 41, Argentina.
- Educación para la Salud. (1998), Guía didáctica para el docente E. G.B. Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina.
- GERSHANIK, A. (1997). "Salud de los niños y empobrecimiento: su atención". En

Cuesta Abajo, Los nuevos pobres: efecto de la crisis en la sociedad argentina, Losada Bs.as.

GÓMEZ, M. R. GÓMEZ, N. ISORNI, M. E. PASSERI, S. SABER, G. (2000),

“Imágenes de mujeres de sectores medios ante la crisis de los noventa en la provincia de Santiago del Estero” .En las mujeres hablan, Consecuencias del ajuste económico en familias de sectores pobres y medios en la Argentina, Ediciones Al Margen, Colección universitaria, La Plata.

GOMEZ, M. R. ISORNI, M. E. SABER, G. (2000), “Vulnerables: Trabajo y condiciones de vida de los nuevos pobres”. Artículo parte del Proyecto Investigación “Trabajo y condiciones de vida: el empobrecimiento de las clases medias de Santiago Del Estero en la década de los noventa, avalado y financiado por el consejo de Ciencia y Técnica de la Universidad de Santiago del Estero.

GONZALEZ, H. (1997), “El sujeto de la pobreza: un problema de la teoría social. En Cuesta Abajo. Los nuevos pobres efecto de la crisis en la sociedad Argentina, Losada, Buenos Aires.

GUTIÉRREZ, A. (1995), “Pierre Bourdieu. Las prácticas sociales, Editorial Universitarias, Posadas, Misiones.

HELLE. A (1997), Sociología de la vida cotidiana. Barcelona, Península.

ISORNI, M. E. (2001) “Trabajo y condiciones de vida: las clases medias en Santiago del Estero en la década de los noventa”, trabajo aprobado con aval institucional y financiamiento del Consejo de Ciencia y Técnica, de la UNSE.

ISORNI, M. E; SABER, G. (2001), “Trabajo y condiciones de vida”. Los sectores medios de Santiago del Estero en la década de los noventa, en revista Nuevas Propuestas, Universidad Católica de Santiago del Estero, N°30-

KAROL, J. (1997), “Modos de empobrecer: la clase media a través de la hiperinflación”, en Cuesta Abajo. Los nuevos pobres efecto de la crisis en la sociedad Argentina, Losada, Buenos Aires.

MINUJIN y KESSLER (1995), “Empobrecimiento y Salud”, en “La nueva pobreza en

- La Argentina”, Grupo Planeta, Buenos Aires.
- MINUJIN, A. (1997), “En la rodada”, en Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad Argentina”, Losada, Buenos Aires.
- O.M. S. (1985), Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de la salud, Ginebra.
- MONZA, A. (1994), La situación ocupacional Argentina. Diagnóstico, perspectivas y exclusión, Unicef/ Losada, Buenos Aires.
- MURMIS, M. y FELDMAN, S. (1997), “La heterogeneidad social de las pobreza”, en A. Minujin (comp.) Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina, Unicef/ Losada, Argentina.
- O.P.S. (1994), “Promoción de a salud: una antología”. Publicación científica, Paltex.
- TENTI FANFANI E. (1997), “Cuestiones de inclusión social y política”, en A. Minujin (Ed.) Desigualdad y exclusión, Unicef/Losada, Argentina.
- SAUTU, EGUÍA, ORTALE. (2000), Las mujeres hablan, consecuencias del ajuste económico en familias de sectores pobres y medios en la Argentina, Ediciones Al Margen, Colección universitaria, La Plata.
- VIDIELLA, G. (2000), “El derecho a la salud”, Eudeba, Universidad de Buenos Aires.
- ZURITA, C. (1999), Estratificación social y trabajo: imágenes y magnitudes”, en trabajo y sociedad. Indagación sobre el empleo, la cultura, las prácticas políticas en sociedades segmentadas, Santiago del Estero, Argentina.

ANEXO

Diseño de Entrevistas

Atención de la salud: Trama de Procesos y Circuitos Utilizados por los Sectores Medios
Santiagoños

I-Guía de entrevista semi-estructurada

Entrevista n°-----

A-Valor y significado de la salud.

1--Indagar si los cambios acontecidos en el plano económico en los últimos años guardan relación con los problemas de salud, y si estos han afectado la salud.

2-Definición de salud desde la perspectiva de las personas. Orden de importancia y ¿por qué? El significado que se le atribuye a la salud.

B- Estrategias.

3-Actividades para cuidar la salud o mantenerla. Indagar aspectos como: si se realiza prácticas deportivas, recreación, calidad de la alimentación, dificultades en estos aspectos y otros.

4-Frecuencia con que concurre al médico, controles que realiza. Indagar si recurre a medicinas alternativas y ¿por qué?, si realiza los mismos controles médicos que antes de su posición social actual, si se auto medica, etc.

5-Dificultades para afrontar los gastos de salud. Indagar de qué manera y cómo afrontan los gastos de salud, qué estrategias utilizan.

C- Nuevas dolencias- Nuevos riesgos.

7-Padecimiento de alguna enfermedad.

8-Factores que pueden haber causado la enfermedad. Relación enfermedad- salud con el trabajo o con la ausencia de él.

9-Opinión acerca de la relación desmejoramiento económico – nuevas dolencias-nuevos riesgos.

D- Atención de la salud.

10- Concurrencia a centros públicos, motivos por los que concurre o concurrió.

11- Definición de la atención prestada. Si se utiliza ambos circuitos (sector público y privado). Indagar respecto de las diferencias que encuentra y ¿por qué?

12-Focalizar en el sector público de salud y pedir opinión de él.

13- Criticas (ventajas y desventajas) que tiene la salud pública.

Observaciones (Agregar en este apartado y en detalle toda otra cuestión pertinente y significativa a los objetivos de la investigación que no estén consignadas en el formulario. Así mismo es conveniente agregar impresiones y observaciones de la situación de entrevista que sirvan para enriquecer la comprensión y el análisis, por ejemplo; gestualidad, posturas, a dónde se recibe, disposición hacia la situación de entrevista, etc.

Diseño de Entrevistas

Atención de la salud: Trama de Procesos y Circuitos Utilizados por los Sectores Medios Santiagueños

II-Guía de entrevista semi-estructurada. Dirigida a los Jefes de los servicios de salud pública.

- 1- Relación entre cambios acontecidos en el plano económico y los problemas de salud.
- 2-Relación entre los cambios acontecidos en el plano económico y sus repercusiones en los centros de salud.
- 3-Opinión sobre nuevas demandas vinculadas al desmejoramiento económico de algunos sectores medios.
- 4-Las afecciones más frecuentes por las que consultan. La relación entre problemas económicos y la salud.
- 5-Las consultas y la utilización de los servicios públicos, frecuencia y circunstancias como prácticas de sectores medios.
- 6-Evaluaciones de los servicios de salud pública.

Observaciones (Agregar en este apartado y en detalle toda otra cuestión pertinente y significativa a los objetos de la investigación que no estén consignadas en el formulario. Así mismo es conveniente agregar impresiones y observaciones de la situación de entrevista que sirvan para enriquecer la comprensión y el análisis, por ejemplo; gestualidad, posturas, a dónde se recibe, disposición hacia la situación de entrevista, etc.)

Matriz de datos

Nombres	Valor y significado de la salud	Estrategias	Nuevos riesgos nuevas dolencia	Servicios de salud publicas y privadas
Sonia	<p>La salud es mucho más que no estar enfermo, tiene que ver con todo con el contexto permanentemente, esta relacionado con la economía. Los problemas de salud por más pequeños te ponen mal, la salud no debería descuidarse nunca.</p>	<p>“Cuando se enferman y son resfríos consulto al farmacéutico, o algún medico amigo, pero cuando es mas grave mi cuñada o amiga me presta la obra social, el medico me hace el favor lo conozco desde hace años y sabe mi situación” Pero cuando hubo que tratar un asunto mayor como la operación de mi hijo tuve que concurrir al hospital porque no tenia obra social y tampoco podía hacer frente económicamente la intervención quirúrgica. Tengo que agradecer siempre al medico el me derivó con una recomendación al hospital de niños, y los remedios lo compra los abuelos Las recreaciones se suprimieron al igual que se suprimió muchos alimentos, porque no alcanza. Es difícil hacer controles médicos No se realiza, al medico se va por fuerza mayor. Actividades, no tengo un mango no voy a ningún lado.</p>	<p>“Estamos aterrados tenemos rabia, impotencia y el miedo se impone” Claro que estas situaciones afectan la salud, la armonía crea conflictos hay mas problemas propios de la situación. Todo cambia. Se acabaron todos los controles, eso preocupa. Somos consientes que los hijos necesitan recreación o realizar actividades físicas.</p>	<p>Tener obra social te da tranquilidad. Del hospital no me puedo quejar me atendieron, muy bien pero se ven muchas necesidades. Deberían existir políticas que no te abandonen en los peores momentos.</p>

Matriz de datos

ANA	La salud lo es todo, esta en primer lugar, tiene que ver con lo físico, social, económico, todo esta interrelacionado.	<p>“No tenia obra social y mis embarazos eran para cesárea, entonces me atendía particularmente con mi doctora y ella los programaba en el hospital, que trabaja también allí, los análisis algunos me los hacia particular y otros con la obra social de mi mama. Nunca tuve que hacerme análisis en el hospital ni que levantarme a las 4 de la mañana para sacar turno”</p> <p>Para mis hijos pagaba obra social privada. Las consultas a mis hijos, no dejo de hacerles, pero a veces las mías o de mi esposo pasan a esperar, a menos que sea de urgencia.</p> <p>Recreación tratamos de hacer mínimas, la alimentación para los chicos es fundamental, actividades, si mi esposo el se dedica y trata de inculcar en los chicos.</p>	Si bien la situación económica es difícil, en cuestiones de salud tratamos de no descuidar.	Tener obra social, a pesar de que también tienen sus problemas, es diferente saber que se cuenta. Y no tener que hacer alcanzar la plata para poder pagar aunque sea para tus hijos. Las políticas tendrían que contemplar estas situaciones. Si bien en lo público me han atendido muy bien, no se da en todos los casos.
Juan	La salud es lo mas importante siempre he tratado de brindar a mis hijos los nutrientes necesario. Esta en primer lugar.	Se prioriza lo mas urgente, al dentista por estética se va delegando, no así cuando es algo urgente, a pesar de que tengo obra	Y si la salud se va resintiendo por que los controles, se retiraron y el trabajo, que no sabes como llegar a fin de mes te da angustia, a	“De urgencia concurro al hospital, la atención no es buena, pero cuando es feriado por mas que tengo obra social no encuentras

Matriz de datos

		social. Actividades para los chicos gimnasia, basquetbol, nosotros cuando podemos.	veces no tengo ánimos, pierdo el humor .No es fácil	medico, termino en el hospital” En ese sentido deberían, las obras sociales mejorar o obligar a cumplir a los centros privados.
Aníbal	La salud es lo más importante. “En la educación y la salud no resignamos pero en lo recreativo si eso afecta mucho”	A pesar de la situaciones que no son las mejores, la salud no descuidamos,	“Amargura nos provoca esta situación, sentimos que las fuerzas se agotan la vejez avanza y no tenemos derecho a descansar, hemos caído tanto, de estar en clase media a una situación de empobrecimiento y de insatisfacción total”	También están en crisis. Hay centros privados que han quebrado, y los hospitales deben sentir mayor la crisis Las políticas deberían mejorar y tomar estos aspectos salud y educación. Nunca he tenido que acudir a la obra para estudios complejos, no se como funcionan se que hay estudios que no autorizan.
Graciela	La salud es integral es un proceso en constante búsqueda de equilibrio entre diferentes componentes. La salud esta en primer lugar, pero esta afectada, no se les presta la atención porque las urgencias de las jornadas laborales, de mas de 16 horas.	“La mala alimentación, son causa de muchas enfermedades que aparecen, el resultado de una actividad laboral poca satisfactoria, sumamente inestable, no sabes si cobras, si el mes que viene estas, esto sin duda impacta en las condiciones de vida.... Que salud mental puedes tener en esta cadena de acontecimientos van en dezmero de la calidad de vida de cualquier ser humano. “Algunos tratamientos he tenido que dejar. El tratamiento de la	“Tengo que hacerme los análisis para la diabetes que es de 2 grado de origen genético todos los meses, pero hace 2 meses que no voy, los malos hábitos de alimentación y los desordenes propios de la edad, el trabajo hace que esto se acreciente. La situación afecta, el organismo esta sometido a stress, algunos tratamientos los he tenido que dejar..... Hoy por lo menos comen todos los días mis hijos, yo la he pasado muy mal cuando no tenia trabajo, por eso bajo la cabeza, me tratan mal, pero el laburo lo	“Se debería modificar los modelos de política, falta políticas de salud, todas tienen las estructuras de los años 30, se deben promover nuevas formas para mejorar la salud” El estado paternalista, esta cubierto de corrupción que aceptamos, se necesita una buena autocrítica.

Matriz de datos

		<p>diabetes los medicamentos me cuestan \$140 pesos y en la obra social no hacen descuentos, lo único que tomo es para la presión, tratamiento para la obesidad tampoco lo puedo hacer porque la dieta no se puede hacer bien, por el tipo de alimentos, las frutas verduras cuestan y los tiempos laborales te superan” Aparte de mis problemas están los de mi familia mis hijos, mis necesidades se dejan para otro momento.</p>	<p>tengo que cuidar y esa situación te enferma te hace mal”</p>	
<p>María</p>	<p>La salud es lo más importante, pero en estos momentos no quiero pensar. No realizamos ningún control medico. Esta totalmente descuidada, no tenemos obra social.</p>	<p>Controles, algunas veces que hemos tenido problema al hospital. Pero eso también te enferma mas, sacar turno, esperar. Las horas que se pierden. La recreación se ha perdido como la atención de la salud hasta la alimentación no es la misma.</p>	<p>“Me siento mal hemos perdido todo, a veces me deprimó y trato de salir adelante.....Mi esposo tiene presión alta, sabe porque le tomo la presión mi vecina. El farmacéutico le dio algo después de esto, mis hijos no saben de ningún control, cada día tengo dolores de espalda por el trabajo, no descanso. Controles médicos no tengo ni quiero pensar en ello. Mi hija mayor siente esta situación a veces no tiene ganas de comer, de salir y es por la</p>	<p>“Últimamente lo público y lo privado está deficiente, la crisis lo ha afectado, pero si no tienes obra social estas perdido”</p>

Matriz de datos

			situación.	
HUGO	La salud la defino como el bienestar mental, físico y social, emocional. La coloco en primer lugar. Estos cambios no han afectado la salud porque a pesar del desmejoramiento, priorizo la salud, los problemas que tengo no los puedo descuidar por lo tanto sacrificio otras cosas.	Realizo todo los controles. Actividad física, y me alimento bien. Pago mi obra privada.	No. A pesar que los tiempos que se viven son difíciles.	Si deberían mejorar en los servicios, la atención a pesar de que no voy porque tengo mi obra social, no desconozco, se de las largas colas a la madrugada, de la falta de turnos. De las pésimas condiciones que esta el hospital público. Se debería mejorar las políticas de salud.
Marcia	La salud es lo mas importante, primordial. La situación no es la misma que antes pero en salud, la atiendo y se priva en otras cosas	Tengo la obra social, pago rigurosamente, mi salud no descuido. Aparte tengo miopía de alto riesgo, glaucoma y no puedo dejarlo las gotas me cuestan mas de \$ 100 por mes. Ante cualquier dolencia inmediatamente concurre al medico. Mi problema es genético. Hago caminatas tres veces a la semana y otras actividades de recreación, salir en grupo viajar.	No porque siempre puse a la salud en primer lugar.	Siempre me he atendido en servicios privados, pero no estoy conforme con los servicios de salud, porque los médicos dejan mucho que desear no se especializan, no hacen cursos. Y cuando tenemos que recurrir a un buen medico tenemos que salir de la provincia. Tengo conocimientos que en otros países hay una estricto control de la natalidad, aquí no hay asistencia social.

Matriz de datos

NOMBRE	CAMBIOS ACONTECIDOS EN SALUD – CENTROS DE SALUD	DEMANDA DE SERVICIOS AFECCIONES MAS FRECUENTES
<p>Dra. Patricia. Hospital Regional</p>	<p>Se atiende muchas personas del PAMI, jubilados de administración públicas (IOSEP), esto se debe a que mediante la autogestión, se le cobra la consulta y los estudios se los hacen gratis. A los consultorios como a la sala de emergencia, es estresante trabajar en emergencia por la cantidad de personas que concurren, la gente concurre buscando una solución inmediata a su problema. Las situación económica ha afecta a todos, repercute en toda la sociedad se ve mucho mas pobres, muchas necesidades.</p>	<p>En los últimos tiempos la demanda es mayor antes estos grupos no concurrían a los hospitales, se ve mucha pobreza y uno tiene que ver que medicarles porque los remedios, van desde los \$5 pesos a \$30 y tienen que tomar mas de uno en muchas oportunidades y hay gente que debe tomar de por vida” “Cada paciente que se atiende viene con todo su entorno a cuesta, problemas de toda clase, económico, de angustia, soledad. Están agresivos, no es fácil. Los problemas por los que concurren son hipertensión, stress, resfríos, cirugías, intoxicaciones, abortos inconclusos, etc. Llegan casos de promiscuidad, embarazos adolescentes. Las políticas de salud no son buenas, falta educación y concientización, falta de difusión también desde los hospitales, la gente desconoce la existencia de servicios de planificación familiar, lo que debería ser difundido.</p>
<p>Dr. Witold. Hospital Independencia.</p>	<p>Los que sufren son los viejos, el PAMI cuando tiene que autorizar no lo hace en tiempo y forma, produciendo una demora que repercute directamente en los pacientes, empeorando su cuadro y en algunos casos de muerte. Generalmente se atiende problemas de toda clase pero, cuando concurren por traumatismos, es cuando mas padecen no tan solo los pacientes, sino uno también por la impotencia que crea el sistema, las demoras en las entregas de prótesis. Los parientes que los dejan no tienen quienes lo cuiden, los viejos no le sirven al Estado y a la sociedad. Las obras sociales dejan mucho que desear, no pagan pasan meses,</p>	<p>Los fines de semana es cuando se ve el mayor incremento y también en los días que la mayoría de la gente percibe los sueldos. A diario se reciben pacientes que han sufrido lesiones en accidentes de transito y que muchas veces tienen secuelas y años permanentes, en edades productivas.</p>

Matriz de datos

	esto se va al carajo no hay mejoras, no las veo.	
Dr. Rico. Hospital de Niños.	<p>Si bien tenemos salas que están muy bien equipadas, podría decir que con aparatos únicos a nivel provincia y centros privados, también hay salas que están en malas condiciones falta infraestructura, insumos y personal. Neonatología, es la que mejor esta, también a nivel provincia, equipada y con recursos humanos. Se atiende, a gente que tiene obra social, esto antes no se daba, lo que pasa es que todos los estudios son gratis solo, se recibe la orden. Y hay diferencias cuando deben realizarse estudios de alta complejidad o internación, porque si estos lo realizan en un centro privado deben abonar la autorización de los estudios, mas el plus que algunos cobran y se encárese. Se advierte necesidades, ante el hospital era exclusivo de los que no tenían obra social, hoy no, la situación económica si esta relacionada con esto y trajo muchos problemas y a todos.</p>	<p>En cuanto a los problemas de salud siguen siendo los mismos, desnutrición, siguen las madres adolescentes, padres abuelos, esto sigue igual. Algunos sectores funcionan bien se debe al esfuerzo de un grupo, porque las políticas de salud a nivel planificación son excelentes, pero no funcionan bien, falta de coordinación y compromiso. Hay intereses creados.</p>

Matriz de datos

Matriz de datos- Sectores medios declinados, vulnerables y en transición según variable socio-económicas-demográficas.

Declinados							
Edad del jefe	Condición laboral	Nivel educativo	Hijos	Tipo de familia	Sostén del hogar	Trabajo del cónyuge	Ingreso familiar
38	Remisero	Sec. Completo	2	Nuclear	Compartido	Cocinera	660
38	Vendedor ambulante	Universitario incompleto	4	Nuclear	Único		700

Vulnerables

Edad del jefe	Condición laboral	Nivel educativo	Hijos	Tipo de familia	Sostén del hogar	Trabajo del cónyuge	Ingreso familiar
54	Empleado administrativo	Universitario completo	2	Nuclear incompleta	Único		1250
45	Vive de una indemnización	Universitario completo	3	Nuclear	Único		
39	Dueño de un	Secundario	2	Nuclear	Compartido	Empleada	950

Matriz de datos

	lavadero	incompleto				administrativa	
43	Empleado administrativo	Secundario completo	3	Nuclear	Único		990
35	Docente	Terciario completo	1	Nuclear incompleta	Único		1000
26	Empleado administrativo	Terciario incompleto	2	Nuclear	Compartido	Empleada administrativa	1.100
47	Mecánico	Secundario completo	2	Nuclear	Compartido	Empleada administrativa	1.400
32	Sargento, en actividad	Terciario completo	2	Extendida	Único		1000
37	Maestra particular	Terciario completo	1	Extendida	Compartido	Comerciante	900
30	Empleado	Terciario incompleto	2	Nuclear	Compartido	Docente	920
31	Vendedor, en un comercio	Secundario completo	3	Nuclear	Único		920
38	Empleado administrativo	Secundario completo		Nuclear incompleto	Único		920
43	Profesor	Terciario completo	2	Nuclear	Único		1.100
35	Peluquera	Secundario completo	2	Extendida	Compartido		900
47	Tejedora	Secundario completo	2	Nuclear	Único		1.100
65	Ama de casa	Secundario incompleto	1	Extendida	Único	(trabaja su hija)	900
30	Administrativo	Universitario incompleto		Unipersonal	Único		920

Matriz de datos

Transición

55	Comerciante (librería)	Universitario completo	2	Nuclear	Compartido	Docente	2.000
50	Empleado administrativo	Universitario completo	3	Nuclear	Compartido	Empleada	2.400
62	Trabajador (por cuenta propia) dueño de un video	Universitario completo	2	Extendida	Compartido	Jubilada y peluquera	2.800
46	Contador	Universitario completo	2	Nuclear	Compartido	Comerciante	2.300
40	Empleado administrativo	Terciario completo	4	Nuclear	Compartido	Docente	2.400
50	Empleado	Secundario completo	3	Nuclear	Compartido	Docente	2.200
40	Comerciante	Terciario completo		Nuclear	Compartido	Comerciante	2.600
33	Empleado administrativo	Secundario incompleto	4	Nuclear	Compartido	Empleada administrativa	2.400

Matriz de datos

58	Jubilado	Primario completo	2	Nuclear	Compartido	Directora de escuela	2.500
45	Capataz de cuadrilla	Secundario completo		Extendida	Compartido		2.550
54	Emp. Adm. Y docente	Universitario completo	1	Nuclear	Compartido	Docente	2.700
36	Medico	Universitario completo	2	Nuclear	Único		2.800
54	Jefa de personal	Secundario completo	1	Nuclear incompleta	Único		2.720
57	Técnico en refrigeración	Universitario completo	3	Nuclear	Compartido	Profesora	2.800
45	Docente	Universitario completo	3	Nuclear incompleta	Único		2.650
46	Empleado	Secundario completo	2	Nuclear incompleta	Único		2.600
47	Oficial inspector	Secundario completo	4	Nuclear	Compartido	Modista	2.200
53	Comerciante	Secundario completo	3	Nuclear	Compartido	Vende ropa	2.180
38	Constructor	Universitario completo	3	Nuclear	Compartido	Empleada administrativa	2.400
55	Docente	Universitario completo	2	Nuclear	Compartido	Viajante	2.800
53	Comerciante	Secundario incompleto	3	Nuclear	Único		1.800
47	Mediano empresario	Universitario completo	3	Nuclear	Único		3.000