



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL DE LA SALUD**

**SECRETARÍA DE GESTIÓN DEL TRABAJO Y DE  
EDUCACIÓN EN SALUD**

**UNIVERSIDAD FEDERAL DE MINAS GERAIS / NESCON**

**TALLER  
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DEFINICIÓN DE  
ESTRATEGIAS  
“INVESTIGACIÓN: TRABAJO DECENTE EN HOSPITALES”**

**31 de agosto al 2 de septiembre del 2010  
Montevideo, Uruguay**

# TALLER DE ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS “INVESTIGACIÓN: TRABAJO DECENTE EN HOSPITALES”

31 de agosto - 2 de septiembre, 2010  
Montevideo, Uruguay

## Introducción

Los procesos de reforma en la región, tendentes a la disminución del gasto, a la descentralización de las funciones de ejecución y a la separación entre la financiación y la prestación, iniciaron un conjunto de procesos y dinámicas que, de hecho se superpusieron a las vigentes en los modelos estatales “burocráticos”. Dado que la mayoría de los procesos de reforma carecieron de integralidad, los marcos regulatorios, en muchos casos se superpusieron a sistemas previos, no siempre homogéneos o claros.

Los procesos de reforma en el sector salud han introducido un nuevo elemento que son las modalidades de contratación precarias que han predominado –y siguen siendo muy extendidas– en los últimos años. Los mercados de trabajo en general, y los latinoamericanos en particular han dado lugar junto a la expansión de las formas asalariadas, a la extensión de formas precarias de trabajo asalariado, sea por la desprotección, por el encubrimiento de trabajo asalariado bajo formas supuestamente autónomas mercantiles o civiles, o por la fugacidad de las relaciones establecidas. Esta flexibilidad del mercado de trabajo en el sector salud se produce tanto en el sector público como en el privado, en países desarrollados como en regiones o países pobres, emergentes o en vías de desarrollo. (Brito et al, 2000). En América Latina, en el sector salud se han identificado situaciones de contratación muy heterogénea, que incluyen relaciones contractuales diversas pero unificadas por menor protección para los trabajadores del sector. Este fenómeno, que sobre todo se expandió de manera considerable en casi todos los países de la región (Argentina, Brasil, Perú, entre otros) implica la coexistencia para tareas similares, de modalidades de contratación y por ende de protección diferentes. Diferentes estudios dan cuenta de esto (Trabajo Brasil SUS, Brito, et al, 2003; Galin, 2002).

El avance de la precariedad, el aumento de contratos de fuerte vulnerabilidad laboral, el deterioro de las condiciones de trabajo signados por la extensión de jornada, por el aumento en la intensidad de trabajo, por la desintegración de los equipos de salud, constituyen un conjunto de problemas que afecta a la gestión en salud ya que dificultan el cumplimiento de los objetivos de salud de la población, por el deterioro que se produce en las prácticas, en la calidad de atención, etc. En esta línea de análisis se encuentran los procesos de tercerización que si bien, al inicio se centraban en el área de servicios generales, actualmente incluye otros servicios profesionales, mediante la contratación de cooperativas médicas, organizaciones de enfermería para cuidado a domicilio, rehabilitación, entre otros. Para el caso de Brasil, el país sobre el que hay más información, en 1997 el 49% de la mano de obra de los hospitales grandes (151 a 300 camas) se encontraba subcontratado, 38% en hospitales de más de 500 camas, 10% en aquellos medianos (51 a 150 camas) y solamente 3% en hospitales pequeños<sup>1</sup> (Novick, Rosales, 2006).

---

<sup>1</sup> Cherchiglia, M, Terceirizacao nos servicios de saúde: Alguns Aspectos conceituales, legais e pragmáticos en: Lima, JC, Santana, JP (orgs) Especializacao em desenvolvimento de Recursos humanos en saude, CADRHU, Natal OPS/OMS, p367-385, nov 1999.

Otra situación muy generalizada en América Latina es la vinculada con el pluriempleo en especial en la Argentina<sup>2</sup>, Brasil, Uruguay, Perú y, en menor medida, Chile<sup>3</sup>. En el caso de Perú, un estudio<sup>4</sup>, detectó que el 71% del personal médico tiene dos o más relaciones laborales. En Uruguay, desde principios de los años 90, a pesar del incremento en el número de profesionales, se mantiene un promedio de 2,6 trabajos por profesional<sup>5</sup>, y entre odontólogos del 2,26. El tema del pluriempleo fue detectado también en Panamá y El Salvador<sup>6</sup>.

La indagación realizada en el marco del TC 41 por la Organización Panamericana de la Salud en los Talleres organizados en torno a este tema (Buenos Aires 2005, Ouro Preto 2006, Costa Rica 2007, Belo Horizonte 2008), mostraron que la atención a la salud de los trabajadores de la salud es insuficiente, producto, entre otras, de falta de información sistemática y permanente y, los escasos estudios que hay son incipientes (Nescon, 2008), y aún menores en el sector público que en el privado. Sin embargo, la literatura científica ha mostrado resultados convergentes, producto de estudios puntuales, que muestran la baja prevalencia de vacunación en el conjunto de trabajadores de la salud, alta prevalencia de problemas músculo-esqueléticos en grupos específicos de trabajadores y disturbios mentales asociados con la naturaleza de las tareas.

A su vez, la realidad evidenciada por los diferentes Ministerios de Salud de la Región si bien muestran avances y líneas de desprecuarización, la problemática de las modalidades de contratación, el multiempleo y bajos salarios (o inadecuados regionalmente) muestran un panorama preocupante que es necesario indagar en profundidad. El Observatorio de Recursos humanos en Salud ha avanzado considerablemente en mostrar los principales datos de algunos países, aunque no han sido lo suficientemente analizados aún para establecer su relación con la calidad de atención.

En esta nueva etapa se requiere con premura, planificación y articulación entre los modelos de atención en salud, las prioridades establecidas para el corto, mediano o largo plazo, para poder planificar –aunque de manera flexible– los recursos humanos, las calificaciones requeridas, los equipos de salud a organizar, y sus condiciones de trabajo y salud para lograr avanzar en el logro de una mayor accesibilidad y equidad en materia de atención de salud.

La importancia que el recurso humano tiene en el sector, tanto en materia de calidad de atención, como en importancia presupuestaria, obliga a avanzar en una mejora de sus condiciones de trabajo y de salud, para garantizar tanto la calidad de atención como para evitar procesos migratorios importantes que muchas veces son provocados por altas cargas de trabajo, como por riesgos laborales de diferente orden (físicos, mentales y sociales). Ello es un complemento de una premisa básica por la cual el trabajo no puede alterar la salud y seguridad de los sujetos que en el mismo se desempeñan.

---

<sup>2</sup> Novick, M; Galin, P, (libro OPS 2003).

<sup>3</sup> Universidad de Chile, “Mercado de trabajo en el sector salud en Chile” Informe final, 1996.

<sup>4</sup> Brito, P; Lip, Cesar y Lazo, O, “El trabajo médico en el Perú”, Lima, OPS/OMS, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.

<sup>5</sup> Rigoli, F, La economía política de los Recursos Humanos, Montevideo, 1999.

<sup>6</sup> Brito Quintana, P: Impactos, 2000 (op cit).

## Objetivos

1. Conocer los resultados obtenidos de la investigación sobre las condiciones de trabajo en Hospitales de Argentina, Brasil, Perú y Costa Rica.
2. Analizar las dificultades y temas críticos a profundizar en estudios posteriores en establecimientos de salud.
3. Identificar las principales áreas críticas susceptibles de cooperación técnica en el ámbito regional y nacional.
4. Organizar una propuesta de agenda de trabajo regional.

## Agenda Tentativa

31 de agosto	1 de septiembre	2 de septiembre
<p>9:00am. Inauguración <i>Dres. Eduardo Levcovitz y Carlos Rosales</i></p> <p>9:15am. Presentación de los Resultados de la investigación por país:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Argentina</li> <li>• Brasil</li> <li>• Perú</li> <li>• Costa Rica</li> </ul> <p>(Presentación por parte del equipo central de investigación. Comentarios por parte de los participantes de los países involucrados)</p>	<p>9:00am. Principales obstáculos en el desarrollo de la investigación (metodológico y operativo). Trabajo grupal.</p> <p><i>Coordinación: José Manuel Valverde</i></p> <p>11:00am. Principales Hallazgos y tendencias en la gestión del trabajo, trabajo decente y precarización de la fuerza de trabajo</p> <p><i>Coordinación: María Helena Machado</i></p>	<p>9:00am. Análisis de estrategias nacionales y regionales para la profundización del proceso de fortalecimiento de la calidad del trabajo en salud</p> <p><i>Coordinación: Marta Novick</i></p> <p>11:00am. Análisis de líneas estratégicas de intervención en la gestión del trabajo, salud y seguridad de los trabajadores de la salud</p> <p><i>Coordinación: Carlos Rosales</i></p>
1:00pm. Almuerzo	1:00pm. Almuerzo	1:00pm. Almuerzo
<p>2:00pm. Análisis de los Resultados desde una perspectiva Regional</p> <p><i>Dres. Carlos Rosales y Marta Novick</i></p> <p>5:00pm. Cierre de la Sesión</p>	<p>2:00pm. Continuación</p> <p>3:00pm. Análisis de principales líneas de investigación y/o intervención desde la gestión</p> <p><i>Coordinación: Mónica Padilla</i></p> <p>5:00pm. Cierre de la Sesión</p>	<p>2:00pm. Organización de propuesta de plan de trabajo en el ámbito Regional</p> <p><i>Coordinación: Judith Sullivan</i></p> <p>4:00p.m. Cierre del Taller</p>

## Participantes

Este taller es de análisis y discusión de resultados con los diferentes profesionales que participaron activamente de la investigación así como los coordinadores del estudio. Posterior a los ajustes de la investigación y a la definición del plan de trabajo a seguir, se realizará una actividad de presentación de resultados, en el ámbito regional.

1. Dra. Marta Novick, Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Bs.As., Argentina
2. Dra. Silvia Pozzan, Coordinadora General de la Investigación Cualitativa, CONICET, Bs.As, Argentina
3. Dra. Ana Catalano, Coordinadora Técnica – Encuesta Nacional de Protección Social, Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Bs.As., Argentina
4. Dra. Kumiko Eiguchi, Directora General – Dirección General de Docencia e Investigación, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina
5. Dra. Isabel Duré, Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina
6. Lic. María Elizabeth Casas Sulca, Asesora del Colegio de Enfermeros del Perú – CR III, Docente, Consultora de Recursos Humanos, Lima, Perú
7. NESCON, Brasil (a determinar)
8. Dra. Ana Bordón, Directora General de Desarrollo de Servicios de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción, Paraguay
9. Dra. Maria Helena Machado, Subsecretaria de Gestión de Trabajo en Salud, SGTES, Ministerio de Salud, Brasil
10. Msc José Manuel Valverde, Investigador Universidad de Costa Rica
11. Dra. Mónica Padilla, Consultora Subregional RHUS-OPS/OMS Centroamérica
12. Dra. Judith Sullivan, Consultora Subregional RHUS- OPS/OMS Cono Sur
13. Dr. Carlos Rosales, Consultor Regional RHUS- OPS/OMS
14. Lic. Gustavo Picado, Director de Recursos Humanos, Caja Costarricense de Seguro Social – CCSS, Costa Rica
15. Dra. Maritza Tennessee, PAHO/WDC (a confirmar)
16. Dr. Fernando Tomasina, Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay
17. Dr. Gabriel Acevedo, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.