

# Serie

## DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

39

PANORAMA DE LA FUERZA  
DE TRABAJO EN ENFERMERÍA  
EN AMÉRICA LATINA



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional para el Americas de la  
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HR)  
Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HGG)



---

**Serie  
HR**

---

**39**

PANORAMA DE LA FUERZA  
DE TRABAJO EN ENFERMERÍA  
EN AMÉRICA LATINA

Silvina María Malvárez,  
Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EUA

María Consuelo Castrillón Agudelo  
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Washington, D.C.  
Noviembre de 2005

El presente documento se realizó con carácter de contribución de la OPS/OMS  
al Proyecto *Iniciativa Mundial para la Revisión de la Enfermería* del CIE



**Consejo Internacional de Enfermeras**

**Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (HR)**  
Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SHD)  
Oficina de Gerencia de Programas (DPM)



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

**Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente**

Malvárez, Silvina María  
Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina.  
Washington, D.C: OPS, © 2005.  
(OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No. 39)

ISBN 92 75 32611 8

I. Título II. Serie  
III. Castrillón Agudelo, María Consuelo

1. ENFERMERÍA
2. FUERZA DE TRABAJO
3. RECURSOS HUMANOS EN SALUD
4. EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA
5. AMÉRICA LATINA

NLM WY 18

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

*El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.*

# ÍNDICE

---

---

<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>V</b>
<b>1. EL TRABAJO EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA.....</b>	<b>1</b>
1.1. LA GESTIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA .....	1
1.2. COMPOSICIÓN Y DINÁMICA DE LA FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA (FTE) .....	4
1.3. CONDICIONES DE TRABAJO EN ENFERMERÍA .....	12
1.4. LOS SALARIOS DE LAS ENFERMERAS.....	14
1.5. MIGRACIÓN PROFESIONAL Y ESCASEZ DE ENFERMERAS .....	16
1.6. REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA .....	22
1.7. IMPLICANCIAS DE LAS REFORMAS EN SALUD PARA LA FUERZA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA .....	25
<b>2. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA EN AMERICA LATINA .....</b>	<b>29</b>
2.1. LOS PROGRAMAS DE PRE-GRADO .....	29
2.2. LOS PROGRAMAS DE POST-GRADO.....	33
2.3. ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS ACADÉMICOS DE ENFERMERÍA .....	34
<b>3. PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA .....</b>	<b>37</b>
3.1. EL CONTEXTO DE CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA EN AMÉRICA LATINA.....	37
3.2. SOCIALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO.....	37
3.3. ÁREAS TEMÁTICAS Y ENFOQUES TEÓRICO METODOLÓGICOS.....	38
3.4. EDUCACIÓN, CIENCIA Y FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA .....	40
<b>4. ORGANIZACIONES DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA .....</b>	<b>41</b>
<b>5. POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA .....</b>	<b>45</b>
5.1. INICIATIVAS DE DESARROLLO DE ENFERMERÍA CON APOYO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL .....	45
5.2. POLÍTICAS Y PLANES DE DESARROLLO DE ENFERMERÍA .....	48
5.3. LÍNEAS ACTUALES DE COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS .....	52
<i>Para el desarrollo de los servicios.....</i>	<i>52</i>
<i>Para el desarrollo de recursos humanos de enfermería.....</i>	<i>52</i>
<b>6. GRANDES TEMAS Y DESAFIOS .....</b>	<b>55</b>
<b>7. REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>



## PRESENTACIÓN

---

En los últimos años la salud ha adquirido un lugar privilegiado en la agenda global al entenderse como cuestión central del desarrollo. El aumento de la pobreza y las inequidades en el mundo globalizado, el aumento de los riesgos debido a los cambios ecológicos, demográficos y socio-económicos, la comprensión de los macro determinantes, los efectos negativos de las reformas y su impacto en la salud pública, han determinado esta prioridad y la generación de alianzas globales para el desarrollo social, el control de enfermedades y una renovada acción a favor de la atención primaria de salud.

En ese contexto, adquieren también relevancia los recursos humanos en salud, aspecto desfavorecido por las reformas sectoriales, cuya desatención en los últimos diez años provocó consecuencias negativas en el desarrollo de la atención de salud. Actualmente, tanto en el mundo como en las Américas, la situación de recursos humanos en salud atraviesa por una triple problemática que reúne viejos problemas, junto a los derivados de la Reforma de los '90 y los consecuentes de la globalización. En estas definiciones se inscribe la denominada crisis de la fuerza de trabajo en enfermería que, atravesada por dificultades de toda índole, demanda análisis complejos, sinergias y alianzas para pronunciarse e intervenir políticamente identificando cuestiones centrales y orientando rumbos estratégicos de transformación a favor de asegurar servicios de enfermería a las poblaciones.

El presente documento incluye una visión panorámica de la **fuerza de trabajo en enfermería en América Latina** y ha sido elaborado por la Organización Panamericana de la Salud como base para el análisis de esta importante dimensión de la salud en la Región. Así mismo, representa una contribución al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para obtener una mirada global sobre la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo de la enfermería en el mundo.

El análisis de la fuerza de trabajo en enfermería que se ha realizado, toma como marco la concepción del Programa de Recursos Humanos de la OPS/OMS (OPS/OMS, 2002) de *campo de recursos humanos en salud* entendiendo que aquella estructura y dinamiza el campo en todas sus dimensiones activando procesos, tensiones y conflictos en orden a la entrega del servicio de salud. Las cuatro dimensiones centrales están constituidas por el *trabajo* (contexto, naturaleza organización y condiciones), la *educación* (producción y transferencia de conocimientos), el *mercado laboral* y los *procesos de profesionalización*. Dichas variables están, a su vez, sujetas a y son productoras de políticas, regulaciones y mecanismos de gestión, dinámicas todas en las que participan activa o pasivamente actores sociales con diversos intereses, capacidades y grados de poder en el contexto de la dinámica social y de salud.

El estudio se refiere a la categoría “enfermeras”, que según el país, se reconocen con denominaciones diferentes (licenciadas o enfermeras) y hace también alusión al grupo de auxiliares y técnicos medios en enfermería.

Los datos cuantitativos incluidos en este informe corresponden fundamentalmente a información oficial de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo, el Banco Interamericano de Desarrollo y los Ministerios de Salud de los países. Información complementaria proviene de resultados de investigaciones publicadas y en proceso de publicación en revistas científicas, tesis doctorales y memorias de eventos científicos referenciadas en las bases de datos de BIREME – LILACS (OPS/OMS) y revelan aspectos cualitativos tales como las condiciones de trabajo, el impacto de las

cuestiones relacionadas a la reforma sectorial, la cultura, las migraciones y el proceso de trabajo en enfermería.

Se consultaron informes de reuniones de expertos en enfermería publicados y en proceso de publicación por la Unidad de Recursos Humanos de la OPS; informes sobre política, regulación y planificación de los recursos humanos en salud de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Observatorio de Recursos Humanos de la OPS en Washington los que se encuentran disponibles en Internet o pueden ser solicitados. Se visitaron portales de instituciones y organizaciones de enfermería. Aspectos referidos a salarios fueron consultados a miembros de los Consejos Directivos de Colegios de Enfermeras y Asociaciones Académicas y Gremiales de la Región y a los Observatorios de Recursos Humanos de la OPS de los países. Artículos de prensa y de revistas de salud disponibles en Internet y en papel, sirvieron para conocer situaciones específicas en países y regiones sobre problemas como la escasez de enfermeras, conflictos laborales, impactos de las reformas de salud y migraciones.

La búsqueda de información confirma carencias, insuficiencias, subregistro en variables fundamentales y a menudo disparidad en los años de información. Esta situación evidencia la importancia de monitorear la dinámica de la fuerza de trabajo de enfermería y de producir evidencias relacionadas a dimensiones clave sobre las cuales existe poca o ninguna información sistematizada; entre ellas la oferta anual de profesionales, la dinámica de aspirantes y matriculados; el número de vinculados a las instituciones públicas y privadas, cargos vacantes, migración, desertión y desempleo.

El documento presenta la primera parte sobre trabajo y fuerza de trabajo en enfermería, la segunda sobre educación, la tercera sobre ciencia, la cuarta sobre organizaciones profesionales de enfermería y la quinta sobre políticas de enfermería. Concluye con los principales desafíos a enfrentar en los próximos años para abordar deficiencias y producir reorientaciones a favor de la salud de los pueblos de América Latina.

Un especial reconocimiento y gratitud dejamos expresados a las bibliotecólogas del Centro de Documentación y Búsqueda Bibliográfica de la Biblioteca de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia y a los estudiantes de Ingeniería de Sistemas Elvira Cuartas e Ingeniería Industrial Andrés Serna de la misma Universidad que colaboraron con la búsqueda de datos, cálculos y diseño de tablas y gráficos.



# 1. EL TRABAJO EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA

---

## 1.1. LA GESTIÓN DEL SERVICIO Y DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La enfermería es un servicio público que contribuye a preservar la vida y la salud de las personas desde las perspectivas, humana, ética, interpersonal y terapéutica. Según Kerouac, (1996) la característica singular de la práctica enfermera es el cuidado de la persona (individuo, familia, grupo, comunidad y sociedad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. Requiere escoger acertadamente acciones pensadas que respondan a necesidades particulares de las personas y los grupos humanos.

El cuidado comprende aspectos afectivos y humanistas relativos a la actitud y compromiso con los usuarios, y aspectos instrumentales o técnicos que no pueden separarse de los primeros. Para crear cuidados personalizados es preciso recoger sobre el paciente, la familia o la comunidad y sobre su entorno y hacer análisis reflexivos para producir diagnósticos enfermeros y desarrollar el proceso de atención de enfermería fundamentado en concepciones de la disciplina<sup>1</sup>. Más recientemente se da el movimiento de la Enfermería Basada en Evidencia que busca generar y aplicar de manera contextualizada la mejor evidencia disponible en las prácticas cuidantes<sup>2</sup>.

Muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles (Collière, 1993), ejemplos de estas acciones son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros.

Si se comprenden las características de la práctica de la enfermería enunciadas, entonces la discusión sobre la gestión del cuidado tiene que girar alrededor del saber enfermero. Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Implica además, el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos cuidados (ALADEFE 2003).

*“El futuro del cuidado de la salud para la gente de América Latina y el Caribe depende del rol fundamental que jueguen la enfermería y las enfermeras. Sin enfermeras y enfermería, y sin importar cuántos médicos existen, es imposible lograr un cuidado de salud adecuado en cantidad y calidad. Sin enfermeras los sistemas se tornan desorganizados, espasmódicos e inaccesibles para la mayoría de la gente. Las enfermeras son la goma que mantiene las piezas del sistema pegadas y bien colocadas, de manera que la prestación de los servicios realmente sirva a la gente”. (Grace H., 2000).*

La gestión da cuenta del impacto y resultados del cuidado y monitorea la percepción del cuidado como elemento fundamental de la calidad del servicio. Por ello, el desarrollo de sistemas de información en enfermería facilita la evaluación de los procesos de cuidado mediante el análisis de los indicadores de gestión de calidad.

---

<sup>1</sup> Escuela de las necesidades (Virginia Henderson); Escuela de la interacción (Hildegard Peplau); Escuela de los cuidados humanizados (Jean Watson); Escuela de los efectos deseables (Calixto Roy), Enfoques de las relaciones salud – sociedad para el trabajo en salud pública y enfermería comunitaria.

<sup>2</sup> Ver portal de la Fundación INDEX <http://www.index-f.com>

Esta caracterización de la práctica enfermera demanda el encuentro entre el profesional y el usuario de los servicios. Sin embargo, en América Latina, según diversas investigadoras, la división de trabajo en salud, la introducción de tecnología y de especializaciones médicas, exacerbaron la demanda a las enfermeras sobre asuntos de la organización de servicios y de supervisión del personal auxiliar (Silva, Ribas y Anselmo 1993); las mismas autoras consideran que las diferencias entre asistencia directa de cuidado de enfermería y actividades gerenciales en enfermería relacionadas con la organización de los servicios de enfermería y salud hacen parte de un todo que dividió la academia y que crea una brecha entre la formación y el ejercicio profesional.

Lo cierto es que en América Latina cada vez más, los profesionales de enfermería se ocupan en primer lugar de las actividades de administración hospitalaria que del cuidado. Una investigación multicéntrica en cinco países confirman estos resultados en la Región (Guevara y Mendias, 2001); el estudio refiere que en la actualidad, las enfermeras están desarrollando trámites administrativos que disminuyen el tiempo para cuidar a los pacientes, situación que se agrava con la escasez de profesionales. Igual situación se encontró en la investigación sobre calidad de atención de enfermería en salas de trabajo de parto realizada en instituciones de salud del departamento de Antioquia (Colombia), donde las madres relatan la ausencia de profesionales de enfermería (Escobar, Castrillón y Pulido, 1992).

Los ámbitos y puestos de trabajo de las enfermeras en el sistema de salud son diversos en América Latina. Algunas investigadoras brasileras, como María Cecilia Puntel de Almeida, vienen estudiando el proceso de trabajo en enfermería y aportan elementos importantes para comprender lo heterogéneo del ámbito laboral. Por su parte, el estudio sobre el trabajo de las enfermeras en un centro quirúrgico, concluye que la práctica de la enfermería en dicho centro está dirigida principalmente a los aspectos de gerencia (Partezani Rodríguez y Faleiros Sousa, 1993).

La información emerge como elemento central de la actividad de las enfermeras para responder a exigencias del trabajo y se evidencia en tres momentos del cuidado: la admisión del paciente, la entrega de turno y el alta del paciente o su transferencia a otra unidad de hospitalización. En cada uno de estos momentos se necesita el intercambio de información entre enfermeras/os para garantizar la continuidad en los cuidados.

Grinspun (1997) subraya que los hospitales con un nivel más alto de enfermeras profesionales y con un número más alto de enfermeras profesionales por usuario tuvo menores niveles de mortalidad en comparación con hospitales con niveles más bajos de enfermeras profesionales. En 1994, un estudio conducido por Aiken en 244 hospitales demostró una reducción de hasta un 5% en los niveles de mortalidad entre personas hospitalizadas en los llamados hospitales imanes – magnet hospitals– en comparación con los restantes 195 hospitales. La misma autora dice que la tendencia de muchos hospitales es a solucionar los problemas de costo reduciendo el número de enfermeras profesionales; esta decisión es errónea y perjudicial tanto desde el punto de vista de la calidad como también desde el punto de vista del costo. Es una salida rápida que trae consecuencias negativas. Menos personal preparado en el área de calidad de cuidado, en las áreas de educación en salud, promoción de la salud, consejería, etc. asegura peores resultados en la salud de personas/grupos y poblaciones.

En el ámbito comunitario, en especial después de la reunión de Alma Ata en 1978, se priorizó la estrategia de atención primaria que fomentó el trabajo interdisciplinar e intersectorial en salud. Durante los decenios del 70 hasta mediados de los 90 del Siglo XX la enfermería amplió su rol en el nivel primario de atención en salud. Según Lana et al (2000) enfermería incorporó a su práctica la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la gestión de programas prioritarios de salud.

Un estudio recientemente publicado por OPS indica que “las enfermeras han jugado un papel importante en las actividades comunitarias de salud en la Región de las Américas y han constituido una fuerza de trabajo principal en el desarrollo de diversos programas que toman en cuenta las necesidades de salud de las poblaciones. Las enfermeras tienen también una larga tradición de alianzas con una variedad de proveedores de salud y grupos comunitarios en respuesta a sus necesidades” (Mc Elmury, 2002). Mediante la implementación de la APS, las enfermeras contribuyeron a la extensión de cobertura, brindaron atención esencial, aportaron al control de enfermedades y a la promoción del crecimiento y desarrollo infantil, trabajaron para la salud escolar, ayudaron a reducir la mortalidad materna, se hicieron cargo del programa ampliado de inmunizaciones, enseñaron a las mujeres a detectar el cáncer de mama, identificaron factores de riesgo, movilizaron comunidades y participación social, cooperaron con el aprendizaje del auto cuidado, generaron procesos de desarrollo sostenible en comunidades carenciadas, promovieron el establecimiento de redes sociales solidarias y ayudaron a vincular a la población con el sector salud.

En la mayoría de los países de América Latina las enfermeras de atención primaria llevan a cabo los programas dirigidos a la población sana y realizan variados procedimientos diagnósticos y terapéuticos como toma de muestras de exámenes de laboratorio, control de signos vitales, espirometrías y curaciones. El auto cuidado en salud se fomenta como parte de los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y se desarrollan mediante educación, desarrollo de proyectos de desarrollo social, programas de sensibilización que orientan a la población en mayor conocimiento tanto de sus problemas de salud, como de los factores de riesgo y los protectores, así como en el uso de los servicios de salud. El personal de enfermería realiza actividades grupales con enfermos crónicos, madres adolescentes, escolares, mujeres mastectomizadas, ancianos, cuidadores familiares de pacientes con demencias, cáncer y procesos terminales y crónicos. Realizan visitas domiciliarias, detectan contactos para enfermedades infecciosas, realizan estudios de vigilancia epidemiológica y participan en acciones de mejoramiento ambiental y comunitario. Es en esta área donde se ha debilitado el modelo biomédico y se observa más claramente el enfoque social (Lange I et al. 2000).

Los profesionales de enfermería han realizado esfuerzos por desarrollar modelos de atención en salud más integrales, en especial en centros ambulatorios que sirven de referencia como campos docentes<sup>3</sup>. En Colombia, Brasil y Chile existen modelos de Centros de Salud que enfatizan los cuidados de promoción de la salud, la identificación de factores protectores y para la salud mediante proceso participativos con la comunidad que buscan instalar estilos de vida sanos. No obstante el estudio sobre la reforma del sector salud y su impacto en la práctica de enfermería, en el caso colombiano reporto el desmantelamiento de los programas comunitarios y la movilización de enfermeras de este sector a los servicios clínico asistenciales (Castrillón MC et al 1999)

Las enfermeras en América Latina también están vinculadas a centros educativos orientando cátedras relacionadas con salud en la educación primaria y secundaria; forman personal de salud en las universidades; trabajan en cargos de salud ocupacional en las fábricas, dirigen casas de reposo y de cuidados paliativos para enfermos terminales y albergues para ancianos. Igualmente en la promoción de equipamiento médico, hospitalario y productos farmacéuticos; en la administración de entidades de salud, de seguros y de acreditación de servicios para la

---

<sup>3</sup> Ver experiencias del proyecto AIMIDEC en la Universidad Nacional de Colombia o el de Integración docencia asistencia en la Universidad de Antioquia del mismo país o la sistematización de la experiencia con los proyectos UNI impulsados por la Fundación W.K. Kellogg.

contratación con instituciones prestadoras o aseguradoras de servicios de salud y en el campo de la informática.

Es así como surgen roles emergentes según Lange y colaboradoras (2000), para responder tanto a los desafíos planteados por las reformas de salud realizadas a finales del Siglo XX en los países latinoamericanos, al comportamiento epidemiológico de las enfermedades como a necesidades sociales e intereses individuales de los profesionales que no siempre encuentran condiciones de trabajo satisfactorias en el sector salud.

Estadísticas del Banco Mundial muestran que la enfermería sigue siendo pilar en los servicios de salud: el 90% de los servicios de pediatría y cuidado del niño sano en Chile y de salud mental en Belice son prestados por personal de enfermería. En Río Coco, en la costa atlántica de Nicaragua, el 88% de las consultas ambulatorias son prestadas por enfermeras.

Sin embargo, la extensión y complejidad de los problemas de salud de la Región y las limitaciones impuestas por las propias políticas de salud, por las Reformas y su consecuente organización de sistemas y servicios, ocasionan que la potencialidad de desarrollo de la estrategia de APS a manos de las enfermeras, se vea en ocasiones debilitada y requiera de una especial atención en función de su aprovechamiento. El estudio sobre la reforma del sector salud y su impacto en la práctica de enfermería, en el caso colombiano reportó el desmantelamiento de los programas comunitarios y la movilización de enfermeras de este sector a los servicios clínico asistenciales (Castrillón MC et al 1999).

## **1.2. COMPOSICIÓN Y DINÁMICA DE LA FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA (FTE)**

La composición y dinámica de la fuerza de trabajo esta dada por la oferta y la demanda. Los factores relacionados con la oferta de profesionales de enfermería son: número de aspirantes a la formación universitaria, ingreso y egreso en la formación de pregrado, disponibilidad y oferta de posgrados, reglamentación y control del ejercicio profesional; procesos de certificación y recertificación.

Los factores relacionados con la demanda son: organización del sector salud; oferta de empleos y distribución territorial e institucional; formas de contratación; sistemas de remuneración y estímulos.

La FTE en América Latina está estructurada en niveles de formación diversos, con títulos variables entre países y predominio de mujeres. El Estado fue el mayor empleador hasta las recientes reformas sectoriales cuando comienza a observarse un movimiento hacia las instituciones privadas (Guevara y Mendias, 2001). Al profesional de enfermería se le responsabiliza de la organización, distribución y control del trabajo del equipo de enfermería, se espera que desarrolle relaciones de complementariedad entre su práctica y el conjunto de prácticas asistenciales en salud, para garantizar la integralidad y continuidad de la atención en salud" (Castrillón, 1997).

Desde la década de los ochenta del siglo XX se ha observado el predominio de la práctica hospitalaria urbana (Verderese, 1979), y del empleo hospitalario urbano en instituciones públicas (Manfredi M. y Souza A., 1986). En las últimas décadas se observa escasa participación en el primer nivel de atención (Chompré, Lange y Monterrossa, 1991). La mayor absorción de los enfermeros por las instituciones públicas, ha sido la característica histórica en el mercado de trabajo en salud y ha sido afectado por las políticas de ajuste que se vienen implementando desde

la década del noventa y que se caracterizan por la reducción del gasto público, particularmente en los sectores sociales y que afectan el empleo público en general y el de los enfermeros en particular, así como sus salarios, promueven el subempleo y multiempleo (Vieira, 1998 y Castrillón, C., Orrego S. y Nájera R.M., 2000).

Proliferan desde el decenio de los 90 los contratos por servicios prestados y por servicios temporales y se pasa a la terciarización generalizada y a las cooperativas quienes mayormente ofrecen mano de obra inclusive para el sector público.

El indicador enfermeras por 10,000 habitantes muestra en el plano macro de los países rangos entre 1,1 en Haití y 97 en los Estados Unidos de América (ver Cuadro No.1).

**Tabla 1: Población total y enfermeras por 10000 habitantes en países de América Continental e Insular, 2003**

País	Población 2003 en millones	Enf/10000 hab. 2000
Argentina	38.428	5,9
Bolivia	8.808	1,6
Brasil	178.470	5.2 (2001)
Chile	15.805	6.7 (2002)
Colombia	44.222	5.7
Costa Rica	4.173	3.2
Cuba	11.300	75 (2002)
Ecuador	13.003	4.6
El Salvador	6.638	8.1(2002)
Guatemala	12.347	4.1(2002)
Honduras	6.941	3.2
México	103.457	10.8
Nicaragua	5.466	3.3
Panamá	3.120	10.8
Paraguay	5.878	1.2
Perú	27.167	6.7
República Dominicana	8.745	3
Uruguay	3.415	9 (2002)
Venezuela	25.699	7.9
Canadá	31.510	74.8
Estados Unidos	294.043	97.2
Haití	8.326	1.1
Jamaica	2.651	16.5 (2002)
Puerto Rico	3.879	42.5

Fuente OPS/OMS disponible en Internet <http://www.paho.org>

La variabilidad entre regiones de un mismo país muestra una alta concentración en la zona urbana y, especialmente en las capitales, escasa presencia en ciudades pequeñas del interior, regiones apartadas, zonas limítrofes entre países y regiones rurales. Según el Ministerio de Salud del Ecuador: “La atención de enfermería en el Ecuador está concentrada en los grandes centros urbanos según el análisis de la OPS/OMS sobre enfermería en el Región tanto la cantidad de personal de enfermería por 10.000 habitantes como la proporción de enfermeros entre enfermeros profesionales y personal auxiliar es bajo, lo que indica que los niveles de cobertura son bajos y hay elementos que propician riesgos en la atención” (Tabla No.2).

**Tabla 2: Heterogeneidad en la distribución de enfermeras en algunos países de América Latina**

Año	País	Distribución de enfermeras	Fuente
1993	Uruguay	Montevideo: 77.6% Resto del país: 22.4 % Montevideo: 14,6 enf./10.000 hab. Resto del país: 2,5 enf./10.000 hab. Razón general: 8,7 enf./10.000 hab.	INE/CEDU, 1995  Cálculo propio Cálculo propio
1994	Paraguay	Asunción: 70.8% Resto del país: 29.2% Asunción: 7,2 enf./10.000 hab. Resto del país: 1,3 enf./10.000 hab. Razón general: 2.2 enf./10.000 hab.	República de Paraguay, Censo Nacional de población y vivienda, 1994. Observatorio de recursos humanos en Salud. OPS/OMS. <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp">http://www.lachsr.org/observatorio/esp</a>
2001	Ecuador	Imbabura y Pichincha: 6.4 enf./10.000 hab. Amazonía: 3.6 enf./10.000 hab. Razón general: 4.6 enf./10.000 hab.	Velasco y Granda, 2002
2004	Perú	Moquegua: 19,7 enf./10.000 hab. Arequipa: 14,9 enf./10.000 hab. Lima: 11,7 enf./10.000 hab. San Martín: 2,8 enf./10.000 hab. Loreto: 2,8 enf./10.000 hab. Razon general: 8 enf./10.000 hab.	Chavez de Lock, N. (2004) Migración y escasez de enfermeras en Perú. Conferencia. II Simposio Internacional de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería. Lima

Fuente: Elaboración propia

Si reducimos el denominador del indicador a enfermeras por mil habitantes (Cuadro No.3) encontramos que con excepción de Canadá, Estados Unidos, Cuba, Puerto Rico y México, ningún otro alcanza a contar con una enfermera por mil habitantes. Justamente aquellos que exhiben las cifras más deprimidas de partos atendidos por personal sanitario especializado, cuentan con los indicadores más bajos en relación enfermera por mil habitantes: (Haití, Guatemala, Honduras, Bolivia, Ecuador, Colombia).

**Tabla 3: Enfermeras y médicos por 1000 habitantes, partos atendidos por personal sanitario, camas y egresos hospitalarios – Región de las Américas**

País	Población (En millones) 2003	Enf/1000 hab. 2000	Md./1000 hab. 2000	Partos atendidos por personal sanitario especializado (% 1995-2002)*	Camas hospitalarias/1000 hab.2000	Egresos hospitalarios/1000 hab. 2000
<b>Norteamérica</b>						
Canadá	31,510	7.48	1.87	98	3.8 l	93.9
Estados Unidos	294,043	9.72	2.79	99	3.6	111.2
México	103,457	1.08	1.56	86	1.1	58.2
<b>Centroamérica</b>						
Costa Rica	4,173	0.32	1.27	98	1.6 b	81.5
El Salvador	6,638	0.81	1.26	90	0.8 a	..
Guatemala	12,347	0.41	1.09	41	0.5 a	22
Honduras	6,941	0.32	0.87	56	4.1 a	32.7
Nicaragua	5,466	0.33	0.62	67	1a	57.4
Panamá	3,120	1.08	1.21	90	2.1	103.7
<b>Caribe Latino</b>						
Cuba	11,300	7.5	5.96	100	5	119
Haití	8,326	0.11	0.25	24	0.8 d	..
Puerto Rico	3,879	4.25	1.75	..	3.2 b	38
Rep. Dominicana	8,745	0.3	1.9	98	2 b	..
<b>Región Andina</b>						
Bolivia	8,808	0.16	0.33	69	0.8 a	32.1
Colombia	44,222	0.57	0.94	86	1.6 a	123.2
Ecuador	13,003	0.5	1.45	69	1.5	53.1
Perú	27,167	0.67	1.03	59	1.8 c	44.5
Venezuela	25,699	0.79	2	94	2 b	..
<b>Cono Sur</b>						
Argentina	38,428	0.59	3.04	98	4.1	60.6
Brasil	178,470	0.52	2.06	88	2.9 b	70.2
Chile	15,805	0.67	1.15	100	2.7	107.5
Paraguay	5,878	0.12	0.49	71	0.7	24.2
Uruguay	3,415	0.9	3.87	100	4.4 c	46.1
<b>Caribe no Latino</b>						
	En miles					
Anguila	12	3.13	0.9		3a	98.3
Antigua y barbuda	73	3.32	1.05	100	2.6 a	82.6
Aruba	100	..	1.28		3.3 a	119.5
Bahamas	314	2.34	1.63	99	3.5	75.8
Barbados	270	5.12	1.37	91	2.1 a	..
Dominica	79	4.16	0.49	100	3.8	118.5
Granada	80	1.95	0.81	99	6.2	78.2
Guadalupe	440	2.99	1.38		3.7	174.5
Guayana Francesa	178	8.6	1.39		3.6	177.2
Guyana	765	0.86	0.26	66	1.4	50.7
Jamaica	2,651	1.65	0.85	95	1.5 a	67.3
Islas Caimán	40	5.3	2.15		3.4a	189.4
Trinidad y Tobago	1303	2.87	0.75	96	3.3	91.2

\* Fuente: Informe sobre desarrollo humano 2004 fundamentado a su vez de OMS. Se presenta el dato más reciente dentro del período.

Fuente: Indicadores básicos OPS/OMS , 2000 y 2003. Los datos se pasaron de 10000 a 1000. a: 2001 b: 1999 c: 1996 d: 1998.

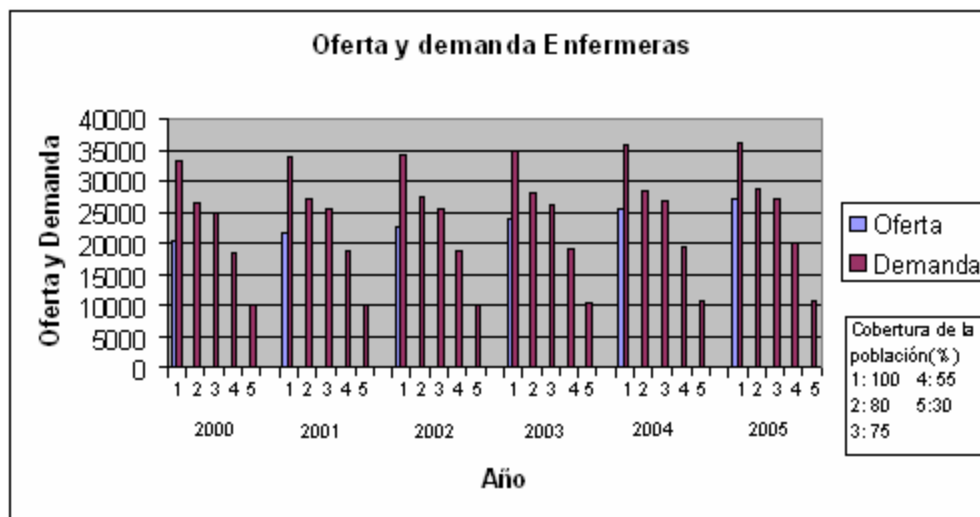
De acuerdo con el estudio Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995, (OPS/OMS, 1995), la enfermería argentina presentaba rasgos críticos de tipo cualitativo y cuantitativo tanto en la formación como en la práctica así como en la oferta y demanda de servicios. El 65 % del personal de enfermería trabaja en el sector público.

En el plano institucional son diversos los criterios para definir las plantas de cargo y no se cuenta con instrumentos sistematizados para la asignación de número de enfermeras y personal auxiliar de acuerdo a la complejidad de los servicios (Pérez, L, 1997). La OPS se encuentra desarrollando actualmente dos iniciativas a este respecto: un método de análisis y cálculo de personal y una compilación de métodos para cálculo de dotación de personal de enfermería en los servicios de salud utilizados en los países de la Región.

Un estudio sobre carga de trabajo y mortalidad hospitalaria muestra que, tomando como base una carga de trabajo óptima de cuatro pacientes para una enfermera en unidades de mediana complejidad, si esa relación aumenta a seis, aumenta también en un 14% las probabilidades de que sus pacientes mueran dentro de los 30 días siguientes a su admisión. Cuando la carga de trabajo es de ocho en vez de cuatro, la mortalidad aumenta a un 31%. (Aiken L. et al, 2002, citado por el CIE).

En el marco del Observatorio de Recurso Humanos de la OPS se están realizando estudios de proyecciones que facilitaran la planeación de recursos humanos. Algunos países como Ecuador están desarrollando análisis de tendencias en materia de oferta de profesionales de salud, que incluye enfermeras. Un estudio que avanza en la creación de sistemas de información sobre recursos humanos en salud, es el de Colombia (González, G., et Al, 2003) que aporta métodos para la planeación de la oferta y demanda de personal de salud. En las proyecciones de este estudio puede observarse cómo la oferta de enfermeras será cada vez menor a la demanda si se desea coberturas de salud para el 80 al 100% de la población. (ver Gráfico No.1 y Tabla 4).

**Gráfico No.1: Escenarios de oferta y demanda de profesionales y auxiliares en salud para Colombia, 2000/2005**



Fuente: Elaborado a partir de los datos del estudio de oferta y demanda de recurso humanos en salud para Colombia 2000-2005, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. González, G. Et al, (2003).



**Tabla 4: Escenarios de oferta y demanda de profesionales y auxiliares en salud para Colombia, 2000/2005**

Año	Población	Cobertura %	Enfermeras	
			Oferta	Demanda
2000	42299301	100	20308	33245
	33839441	80		26596
	31724476	75		24933
	23264616	55		18284
	12689790	30		9973
2001	43035394	100	21515	33823
	34428315	80		27058
	32276546	75		25367
	23669467	55		18603
	12910618	30		10147
2002	43775839	100	22730	34405
	35020671	80		27524
	32831879	75		25804
	24076711	55		18923
	13132434	30		10322
2003	44531434	100	24037	34999
	35625147	80		27999
	33398576	75		26249
	24492289	55		19249
	13359430	30		10500
2004	45294953	100	25461	35599
	36235962	80		28479
	33971215	75		26699
	24912224	55		19579
	13588486	30		10680
2005	46045109	100	27034	36189
	36836087	80		28951
	34533832	75		27141
	25324810	55		19904
	13813533	30		10857

Fuente: Estudio de oferta y demanda de recurso humanos en salud para Colombia 2000-2005, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. González Germán et al (2003)

Según la reunión de expertos de enfermería cuyas conclusiones se recogen en el documento Enfermería en la Región de las Américas (OPS/OMS 1999) “El reto inmediato para los países es hacer el mejor uso de los recursos limitados para proporcionar atención segura, mientras que a mediano y largo plazo es mejorar la calidad con una fuerza laboral de enfermería que esté mejor preparada”. Por otra parte, el documento Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería en las Américas (OPS/OMS, 2003) indica que esta mejora deberá estar fundada centralmente en el impulso y la potenciación integral de la profesionalización de recursos humanos de enfermería en la Región. Esta estrategia, ya iniciada y con fuertes desarrollos, supondrá esfuerzos compartidos para acelerar e intensificar la escolarización media de auxiliares de enfermería, la calificación técnico-profesional de los mismos, la profesionalización de los

técnicos y la especialización de los profesionales. La siguiente tabla muestra la composición de la FTE.

**Tabla 5: Composición de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina  
Años diversos entre 1998 y 2004**

Zona	País	Total	Enfermeras <sup>4</sup>		Auxiliares <sup>5</sup>		Año	Fuente
			Total	%	Total	%		
CONO SUR	Argentina	86.000	29.000	33,7	57.000	62,3	1998	OPS/OMS. La Salud de las Américas. 2002
	Brasil	475.370	77.000	16,2	398.370	83,8	1999	OPS/OMS. La Salud de las Américas. 2002 Ministerio da Saúde. PROFAE Educação Profissional em Saúde e Cidadania. 1999
	Chile		18.000	—	S/I	—	1998	OPS/OMS. La Salud de las Américas. 2002
	Uruguay	20.500	2.500	12,2	18.000	87,8	2003	Colegio de Enfermeras del Uruguay. Situación Actual de Enfermería en el Uruguay. 2003
	Paraguay	11.400	2.900	25,4	8.500	74,6	2000	Presentación. La Situación de Enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentina de Enfermería. Rosario, Argentina, 2004
ANDINA	Bolivia	4.019	1.067	26,6	2.952	73,4	2000	Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Bolivia. <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp">http://www.lachsr.org/observatorio/esp</a>
	Perú		35.119	—	S/I	—	2002	Colegio de Enfermeras del Perú. Información Básica sobre las Enfermeras. 2002
	Colombia	105.469	23.063	21,9	82.406	78,1	2000	Ministerio de Salud. Universidad de Antioquia. Recursos Humanos en Salud en Colombia 2003
	Ecuador	19.549	6.320	32,3	13.229	67,7	2000	OPS/OMS. El personal de Salud del Ecuador a Inicio del S. XXI. 2004
	Venezuela	30.768	8.754	28,4	22.014	71,6	2001	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>

<sup>4</sup> Incluye enfermeros y licenciados en enfermería.

<sup>5</sup> Incluye auxiliares de enfermería.

Zona	País	Total	Enfermeras <sup>4</sup>		Auxiliares <sup>5</sup>		Año	Fuente
			Total	%	Total	%		
CENTRO AMÉRICA, CARIBE LATINO y MÉXICO	Panamá	10.169	5.244	51,6	4.925	48,4	2004	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
	Costa Rica	17.900	6.100	34,1	11.800	65,9	2004	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
	Honduras	9.213	1.957	21,2	7.256	78,8	2000	OPS/OMS. La Salud de las Américas. 2002
	Nicaragua	5.862	1.539	26,3	4.323	73,7	2003	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>
	Guatemala	7.133	S/I	18,0	S/I	82,0	2004	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
	El Salvador	13.527	6.395	47,3	7.132	52,7	2003	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>
	Cuba	84.232	S/I	—	S/I	—	2001	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>
	República Dominicana	15.621	2.872	18,4	12.749	81,6	2000	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>
	Puerto Rico	26.968	15.711	58,3	11.257	41,7	2001	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>
	México	152.157	S/I	61,5	S/I	39,5	1999	OPS/OMS. La Salud de las Américas. 2002 Salas, S et al. Aportaciones de la enfermería en el Sistema de Salud. México 2002

Fuente: Elaboración propia en base a informaciones indicadas en la tabla

La composición de la FTE en América Latina mostrada en la anterior tabla, exhibe que el país con mas alta proporción de profesionales de enfermería es México (61.5%) siendo Uruguay el de mas baja proporción (12.2%). En los países del Cono Sur, la proporción de auxiliares de enfermería varía en un rango de 62,3 en Argentina a 87,8 % a 87,8 en Uruguay. En la Zona Andina este rango va de 67,7 en Ecuador a 78,1 en Colombia y Centro América, Caribe Latino y México muestran la mayor disparidad yendo desde 39,5 % en México a 82,0 % en Guatemala. La media por sub-

regiones es la siguiente: Cono Sur 77 % de auxiliares de enfermería, Región Andina 72 % y Centro América 70 %.

Este panorama remite al análisis de la calificación del personal que entrega los servicios de enfermería y la mayor parte de los servicios de salud y permite pensar que en América Latina las necesidades de atención de enfermería a las poblaciones se encuentran predominantemente a cargo de personal con formación elemental. En tal sentido, debe mencionarse que hace en los últimos 20 años, los países de esta parte de las Américas vienen realizando esfuerzos y desarrollando iniciativas intensas y creativas en favor de la calificación de la FTE que han mejorado estos indicadores en buena proporción, transformando en auxiliares de enfermería a un gran grupo de agentes que solo disponían de entrenamiento en servicio, en técnicos de enfermería a un gran grupo de auxiliares de enfermería y en profesionales a otro gran conjunto de auxiliares y técnicos. El estudio realizado por la OPS/OMS (2004) indica que entre Argentina, Colombia, Guatemala, México, Nicaragua, Honduras y Venezuela profesionalizaron más de 20.000 auxiliares de enfermería en los últimos años llevándolos a enfermeros y que Brasil formó 115.000 auxiliares de enfermería que anteriormente eran asistentes y trabajaban sin educación formal.

Estas iniciativas han implicado procesos crecientes de escolarización básica y media, de tecnificación de prácticos, de profesionalización de auxiliares y técnicos, de especialización de profesionales en la mayoría de los países. Y se han realizado con el concurso de líderes de enfermería de servicio, docencia y gremio, con la participación de Ministerios de Salud, Ministerios de Educación, organizaciones profesionales y académicas de enfermería, universidades y ONGs con el apoyo de organizaciones internacionales, particularmente la OPS y otras como la Fundación Kellogg, sobre las cuales luego se detalla.

Sin embargo, la necesidad de garantizar la calidad de la educación, la complejidad de los procesos que estas iniciativas suponen y la capacidad variable de los países para sostenerlos y para modificar el modelo predominantemente auxiliar de atención de enfermería, indica que los mismos deben revisarse, recrearse y profundizarse.

### **1.3. CONDICIONES DE TRABAJO EN ENFERMERÍA**

Por condiciones de trabajo se entiende el conjunto de factores que actúan sobre el individuo en el medio laboral. Existen condiciones materiales entre ellas las de higiene, seguridad y comodidad que se relacionan con políticas institucionales, horario, salario y estabilidad laboral. Otras son de orden psicosocial y corresponden a las características del trabajo en relaciones horizontales y verticales de autoridad y canales de comunicación (Castrillón, M. C., 1997).

El trabajo hospitalario es intenso en carga física y mental, y extenso en horarios, particularmente en servicios como urgencias, cuidados intensivos, servicios de recuperación quirúrgica, salas de trabajo de parto, servicios de psiquiatría. En todos los servicios se combina una gran responsabilidad y una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos, de sus familias y del personal de salud que en su conjunto son generadoras de estrés emocional y fatiga (Gestal, O.J., 1993 citado por Enciso, 1997). Se trabaja al límite en instituciones jerarquizadas que muchas veces obstaculizan el trabajo. La jornada laboral de enfermería más difundida es de 8 horas diarias y 45 semanales con una variación de 6 horas diarias y 30 semanales a 9 horas diarias y más de 50 semanales.

Las condiciones de trabajo de las enfermeras se caracterizan por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, carga

psicológica por el manejo de situaciones críticas. Es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para la salud. En el estado del arte de investigaciones presentadas en los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería se concluye que las investigaciones sobre salud ocupacional de las enfermeras reportan como principales problemas de salud identificados los osteomusculares y articulares, los producidos por lesiones con instrumentos cortopunzantes y las alteraciones del patrón de sueño (Orrego, S. Castrillón MC y Nájera RM 2000).

Silvia Magally en Cimacnoticias<sup>6</sup> advierte que según una investigación de la UNAM de México D.F. las enfermeras nocturnas son las más golpeadas por la precarización. Dada su importancia para este documento, se transcribe a continuación:

Una investigación sobre las condiciones de trabajo de las enfermeras nocturnas efectuada en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza (HRGIZ) con 50 enfermeras, indica que las trabajadoras de la jornada nocturna tienen mayor carga laboral, responsabilidades y tareas. El trabajo nocturno conlleva importantes consecuencias sobre el ámbito laboral, y el bienestar físico de las enfermeras que se traduce en menor rendimiento, mayor ausentismo, fatiga y trastornos del sueño. La investigación difundida en “¿Esto es cosa de hombres?”, una de las últimas publicaciones del Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) de la UNAM, advierte que las enfermeras enfrentan riesgos derivados del contacto con elementos que pueden ser infecto-contagiosos y un ambiente de estrés constante, rutinas parcializadas y especializadas. La investigación se realizó con 50 enfermeras de un total de 755 en el HRGIZ. La mayoría de ellas casadas, con hijos y responsabilidades laborales y domésticas. 44 enfermeras estudiaron en escuelas públicas, lo que refleja su extracción popular. Ante estas carencias --señala el texto-- la noche se convierte en factor de riesgo, porque se labora en contra del sueño natural, lo que implica mayor fatiga y exposición a sufrir un accidente.

Las carencias institucionales en recursos humanos y materiales, en suministros y mantenimiento oportuno de equipos que deterioran progresivamente los servicios de salud, en especial los estatales, generan insatisfacción en el trabajo. Estas condiciones fueron la causa de renuncias al trabajo de enfermeras en hospitales de Ribeirao Preto en 1990 (Anselmo, Angerami y Gómez, 1997). Este estudio encontró que las condiciones de trabajo en sus diferentes componentes como salarios, beneficios, volumen de actividades, horarios y turnos de trabajo están presentes en todos los relatos de los trabajadores y se constituye en una de las razones para renunciar al empleo. Iguales razones encuentra otro estudio realizado en Colombia (Correa, Palacio y Serna (2001). Un estudio realizado en el Ecuador sobre condiciones de trabajo y práctica del personal de enfermería que incluyó en su muestra 708 enfermeras y 1.255 auxiliares de enfermería (Santamaría R. et al., 1990) concluye que el personal de enfermería cubre jornadas intensivas de trabajo que sobrepasan las cuarenta horas semanales y están expuestas a riesgos profesionales.

La insatisfacción de las enfermeras es una constante en diferentes investigaciones revisadas (Silva, Ribas y Anselmo, 1993; Enciso 1997) que documentan la tensión que generan las difíciles condiciones de trabajo en los hospitales. La expresión “malestar de la enfermera” refleja la dificultad creciente de soportar una carga a menudo muy pesada y unos horarios particularmente constrictivos. Autores como Esteban, A (1991), Aguirre (1990) y Donabedian (1984) vinculan la insatisfacción del personal como factor determinante en la calidad del servicio que se presta a los usuarios en las instituciones de salud.

---

<sup>6</sup> periodismo con perspectiva de género, consultado el 26 de septiembre de 2004 en <http://www.cimacnoticias.com/noticias> .

Otro estudio (Carrasco, A. y Espejo de Viñas, R, 2000), investigó las condiciones de trabajo y la salud de las enfermeras en Argentina y Uruguay. El estudio muestra en Argentina la relación existente entre el turno de trabajo y los riesgos y daños sufridos por el personal de enfermería mostrando que el turno mañana expone en alta proporción a las enfermeras a sufrir heridas, golpes, caídas, radiaciones, electrocución, contacto y efectos de gases inflamables, quemaduras e inhalación de gases tóxicos. Mientras tanto, el turno noche provoca cansancio excesivo, perturbación del sueño, alteración de la visión, trastornos gástricos y digestivos, irritabilidad, desgano y abulia.

También se estudió la relación entre el número de pacientes asignados y los accidentes sufridos mostrándose que el grupo con mayor número de pacientes (más de 30) es el que presenta mayor número de accidentes. En referencia al servicio o unidad donde se desempeñan los trabajadores de enfermería, el estudio indica que los servicios de cirugía constituyen los de más alto riesgo laboral para los mismos, seguidos por los servicios de clínica médica y pediatría. Por su parte en Uruguay el estudio mostró que el 35 % de los trabajadores de enfermería habían sufrido algún tipo de accidentes de trabajo encontrándose que solo el 33 % habían declarado el accidente según las normas vigentes y el 64 % no había dado ningún paso al respecto. Así mismo, dio como resultado que los factores que aumentan la incidencia de riesgo en la salud de los trabajadores de enfermería son: la edad (45-50 años), los años trabajados (20 – 30), el doble empleo y otros.

#### 1.4. LOS SALARIOS DE LAS ENFERMERAS

Los salarios en general son bajos y variables por países: alrededor de los U\$ 100 en Nicaragua y los US 1.100 en Costa Rica para una enfermera que se desempeñe en hospitales públicos. La tabla siguiente muestra algunos datos reunidos. Las mayorías de las enfermeras goza de los siguientes beneficios sociales y salariales: seguro médico, incentivos de distintos tipos como por zona geográfica desfavorable, por trabajo riesgoso, antigüedad, título profesional y otros.

**Tabla 6: Salarios mensuales de enfermeras y auxiliares de enfermería en algunos países de América Latina - Años Variados 1999-2004 (expresados en dólares estadounidenses)**

País	Enfermeras	Auxiliares	Año	Fuente
México	234,00	146,00	2002	Salas, S et al. Aportaciones de la enfermería en el Sistema de Salud. México 2002
Costa Rica	1.117,90	495,23	1999	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>
El Salvador	613,98	426,60	2003	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>
R. Dominicana	415,43	237,38	2000	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>
Venezuela	210,00	200,00	2001	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. <a href="http://www.lachsr.org/observatorio/esp/">http://www.lachsr.org/observatorio/esp/</a>

País	Enfermeras	Auxiliares	Año	Fuente
Ecuador	338,26	414,93	2000	OPS/OMS. El personal de Salud del Ecuador a Inicio del S. XXI. 2004
Panamá	580,00	S/i	2004	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Nicaragua	120,00	100,00	2004	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Brasil	830,00	280,00	2002	Negri, et al. Recursos Humanos en Salud: Política, Desarrollo y Mercado de Trabajo. Unicamp. Campañas 2002
Colombia	Entre 400 y 700	S/i	2004	Tablas oficiales de salarios según escalafón
Peru	Entre 500 y 670	S/i	2004	Colegio de Enfermeras del Perú. Situación Laboral de las Enfermeras
Honduras	Entre 500 y 800	S/i	2004	Consulta telefónica propia
Argentina	Entre 230 y 415	S/i	2004	Presentación. Situación de Enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentino de Enfermería. Rosario, Argentina. 2004

Fuente: elaboración propia en base a informaciones indicadas en la tabla

La demanda de las enfermeras por salarios justos recorre la América continental e insular. Solo revisando artículos recientes de prensa se encuentran testimonios como los que a continuación se presentan.

Roberto Pérez Solís en La Prensa Nicaragüense del 12 de mayo de 2004 dice que los salarios de las enfermeras son magros y no se ajustan para mantener el hogar señalando que “el salario de la enfermera se acerca a los 100 dólares, unos mil 600 córdobas. Somos los salarios más bajos de Centroamérica.” El mismo diario del 28 de febrero de 2004 señala que el salario de las enfermeras es pobre y no ayuda a satisfacer necesidades básicas, se trata de una carrera como otras de 5 años de estudio y ganan mucho menos que otros profesionales.

El Vocero del Pueblo (Puerto Rico) Edición del 28 de agosto de 2004, presenta una radiografía casi generalizable a la situación de las enfermeras en los hospitales públicos; el título de la columna es: *Válido el reclamo de los profesionales de la enfermería*, y señala: “Las enfermeras están mal pagadas para las extensas jornadas de trabajo que todos los días enfrentan y lo delicadas de sus responsabilidades en la prestación de servicios de salud.”.

La Jornada de México DF del jueves 22 de julio de 2004 presenta un titular de Patricia Muñoz Ríos que dice: *Grandes diferencias entre empleados de base y directivos en el tabulador del IMSS*. Entre otras comparaciones presenta grandes diferencias entre salarios de los directivos y el personal de salud. En abril del 2004 las enfermeras de Honduras decidieron entrar en paro y huelga de hambre buscando reivindicaciones salariales. Así lo publicó el Diario La Prensa de ese país el día 19 de Abril. En Uruguay la situación no es diferente, el Colegio de Enfermeras en el periódico El Espectador de este país denuncia sobrecarga de trabajo y falta de recursos en el día internacional de la enfermera. En El Salvador algunas enfermeras reciben salarios un poco más arriba del mínimo, con jornadas de 12 horas, indicaba el Diario del 24 de junio de 2004 en su columna

sobre los problemas del Hospital Migueleño. Los salarios precarios son una de las razones más fuertes que estimulan la migración de las enfermeras.

La prensa de la mayoría de los países documenta una situación común sobre salarios y reivindicaciones y muestra en la práctica los resultados de un modelo basado en la idea de minimizar los medios para maximizar los resultados, desde la racionalidad económica transplantada al mundo de servicios esenciales como lo son los de salud. Usar los mínimos como dice el rector de la Universidad Bolivariana de Chile, Antonio Elizalde<sup>7</sup>, para obtener los máximos, es un problema de ética, de sustentabilidad en salud. Hoy necesitamos de otras formas de explicar el mundo y de una ética fundada en el compromiso con la vida de la gente que recibe el impacto de las carencias de personal calificado en los servicios de salud. Esto requiere, utilizando las palabras del doctor Elizalde, de una civilización con amor a la vida, a todas las formas de vida, que nos permita generar políticas y prácticas en salud que ayuden a que la vida sea mejor, la vida de quienes requieren servicios de salud y de cuidados profesionales y la vida de quienes prodigan dichos cuidados: las y los enfermeros.

“La masa salarial de los trabajadores del sector público de salud es objetivo central de los planes de equilibrio fiscal, al mismo tiempo que los niveles salariales provocan emigración a otras áreas de la economía, migración internacional y altas tasas de ausentismo y recambio, sin contar la conflictividad permanente” (OPS/OMS, 2001).

La situación económica de las instituciones de la salud cada día es más difícil, por lo que se ha impuesto el ahorro y la búsqueda de la optimización del rendimiento. Pero el funcionamiento de las instituciones de salud se basa esencialmente en el recurso humano, por ello hoy pasa por un nuevo planteamiento de la organización del trabajo y por consiguiente de las condiciones en que se realiza (Enciso, 1997).

Hoy a las instituciones de salud les preocupa primordialmente la actualización tecnológica para ser competitivas, pero preocupa poco el hecho de que sin recurso humano de todo tipo, entre otros, enfermeras profesionales, de nada servirá la tecnología para alcanzar niveles satisfactorios de calidad en la atención, ni para minimizar los riesgos que la misma tecnología puede generar en la población.

En el mismo sentido, en la introducción al Informe de Naciones Unidas sobre Desarrollo Humano 2004, Mark Malloch Brown plantea que de no mediar un cambio en la cultura política – es decir, en el modo en que los ciudadanos piensan, sienten y actúan para dar genuina cabida a las necesidades y las aspiraciones de los demás– el cambio nunca será real. Por ello no son suficientes las leyes y las normas. La incapacidad de hacer frente al sufrimiento de los grupos excluidos genera algo más que injusticia; origina problemas reales para el futuro, tales como el desempleo, una juventud desencantada, la ira en contra del *status quo* y exigencias de cambio, a menudo violentas.

## **1.5. MIGRACIÓN PROFESIONAL Y ESCASEZ DE ENFERMERAS**

El cuerpo de conocimientos sobre el tema de las migraciones y la escasez de personal de salud demanda la intervención de varias disciplinas, entre ellas la psicología, politología, sociología, economía, demografía y antropología.

---

<sup>7</sup> En la Conferencia Ética de Sustentabilidad en Salud. Dictada durante la conmemoración de los 10 años de la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. Septiembre 23 de 2004, Facultad de Enfermería.



Las principales causas que motivan la decisión de emigrar según la OIT (2002) son económicas, asociadas con las expectativas de los trabajadores de obtener mayores ingresos en el extranjero que en su país de origen. Sin embargo, también inciden otras variables de naturaleza diferente, como los conflictos bélicos, la discriminación racial, social o cultural, y la persecución política en el país de origen. La elección del país de destino suele estar influida por la existencia de redes de familiares y de amigos que emigraron con anterioridad al mismo lugar. Portes (1997 citado por Vieira) propone para el análisis la distinción de los factores determinantes en tres niveles: primario o internacional, secundario o estructural interno y terciario o individual.

Los factores primarios corresponden a diferencias socioeconómicas entre los países de altos, medianos y bajos ingresos. Los primeros ofrecen ventajas tales como un mayor ingreso económico y mejores condiciones de vida. Los factores secundarios se dan en el país de origen de los migrantes, por el desequilibrio entre producir recursos humanos calificados y la capacidad de vincularlos al sistema en salud. No siempre se trata de un superávit de recurso humano calificado sino, también, de limitaciones en el sistema productivo o de servicios para emplearlos. Paradójicamente esto ocurre en áreas de vital importancia como los servicios de salud y de investigación científica y tecnológica que son fundamentales para el desarrollo económico y social de un país. "La migración de profesionales y técnicos significa la pérdida para el país de origen de recurso humano de alto costo, indispensable para el desarrollo científico, tecnológico, cultural y para la mejoría de la calidad de la prestación de servicios, entre ellos los de salud" (Vieira, 1998). Los factores terciarios ocurren en el ámbito individual y estimulan la decisión de emigrar, dependen tanto del estado civil, de la edad, y de las responsabilidades familiares como de los estímulos ofrecidos al profesional, entre los que se destacan la remuneración y las posibilidades de desarrollo. El deseo de emigrar sobrepasa la búsqueda de oportunidades de empleo y de nuevas formas de mejores condiciones de vida.

La migración internacional no es un fenómeno reciente, sin embargo, en el marco de la economía globalizada, constituye un fenómeno creciente y cada vez más complejo (OIT, 2002). Para finales del siglo XIX y principios del XX los europeos migraban a las Américas huyendo de las pésimas condiciones de trabajo (Vieira, 1998). Entre los años 30 y 40 del Siglo XX huían de la guerra y sus consecuencias. Después de la Segunda Guerra las migraciones están relacionadas a la internacionalización de la economía.

En la actualidad los gobiernos europeos y de los Estados Unidos consideran a la migración como una cuestión de seguridad. Los nuevos migrantes, (OIT, 2002) están expuestos a abusos en bajos salarios, condiciones de trabajo deficientes, ausencia de protección social, denegación de la libertad sindical y de los derechos de los trabajadores, discriminación, xenofobia y exclusión social. En el caso de migrantes irregulares se suma el abuso sexual y físico, la servidumbre por deudas, la retención de documentos de identidad y las amenazas de denunciarlos a las autoridades.

En el sector salud, la migración constituye un tema prioritario para el establecimiento de políticas de retención y repatriación por las repercusiones sociales tanto en el sistema de educación que forma este recurso, como en el que presta servicios de salud en los países involucrados. Obliga a enfrentar cuestiones como: política de migración, formación y utilización de los enfermeros, homologación curricular, reglamentación y control profesional, además de cuestiones que tocan con legislación laboral.

Agencias privadas de reclutamiento que cobran honorarios, intervienen cada vez más en las migraciones internacionales y algunas recurren a prácticas de dudosa ética y que pueden contribuir a la migración irregular, causando perjuicios a las personas migrantes.

En las agendas de los programas de integración subregional, está previsto el desarrollo de conciencia ciudadana favorable a la integración, la armonización de los sistemas educativos de los países con medidas que favorezcan la movilidad de docentes y de técnicos en los procesos de capacitación de recurso humano, así como la creación de mecanismos que permitan el reconocimiento de los estudios y la homologación de títulos contenidos en los diferentes países<sup>8</sup>. Sin embargo, las asimetrías en la educación en enfermería entre países muestran brechas en cuanto a modelos de formación, duración de estudios (3, 4 y 5 años), horas teóricas y prácticas (entre 3500 y 10000 horas) y exigencias tanto para el ingreso como para la obtención del título (Castrillón y Lopera, 2004).

Las preocupaciones comienzan cuando se identifican las asimetrías de los sistemas educativos y el papel de las universidades en el proceso de integración; el desigual desarrollo de los postgrados en enfermería en América Latina con consecuencias en la calificación del cuerpo profesoral a nivel superior, las barreras de transferencia de créditos de un país a otro<sup>9</sup>, la diversidad de la regulación profesional y de la educación superior de pregrado (Castrillón y Lopera, 2004). Para subsanar el problema se están implantando sistemas de control de calidad en las universidades, de homologación en el valor crédito académico, sistemas de acreditación y obligatoriedad de segunda lengua (inglés)<sup>10</sup>.

Algunas referencias informales no sistemáticas sobre migración de enfermeras en América Latina se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 7: Migración de enfermeras en América Latina en los últimos años**

Países	Referencias de migración de enfermeras	Fuentes
Costa Rica	"En los últimos dos años mas de 100 enfermeras emigraron a Estados unidos"	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Honduras	"En los últimos años mas de 50 enfermeras emigraron a otros países."	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Nicaragua	"Solo en el año 2004, 87 enfermeras emigraron a Belice atraídas por empresas y contratos beneficiosos". "En los últimos años mas de 150 enfermeras emigraron a otros países. Los mas elegidos son Belice, Gran Cayman, Jamaica y Estados Unidos"	Consulta propia por e-mail  Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Panama	"En la decada de los '80 unas 2000 enfermeras se fueron a trabajar a Costa Rica, Italia y Estados Unidos"	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004

<sup>8</sup> Ver Plan Trienal para el sector de educación en el proceso de integración del MERCOSUR, 1992 citado por Vieira).

<sup>9</sup> Ver el caso de MERCOSUR en la tesis doctoral de Vieira, 1998.

<sup>10</sup> Ver políticas de Educación Superior generales y particulares de las Universidades de Colombia, Chile, México y Brasil.

Países	Referencias de migración de enfermeras	Fuentes
Guatemala	“No se observa emigración de enfermeras”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
R. Dominicana	“Se observa poca migración de enfermeras”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Cuba	“Existen actualmente 538 enfermeras en 34 países que migraron en el marco de convenios de cooperación internacional y asistencia técnica”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Ecuador	Existen estudios realizados que muestran gran emigración de enfermeras ecuatorianas hacia Chile	Consulta propia
Puerto Rico	“En el 2003 casi 2000 enfermeras emigraron a Estados Unidos”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Argentina	“En el país existen empresas italianas que reclutan enfermeras profesionales y las contratan para trabajar en Italia. Existen ofertas de trabajo de Estados Unidos, Canadá y Australia que atraen a las enfermeras argentinas. También se conocen algunas enfermeras uruguayas que inmigraron a Argentina. Y muchas estudiantes de Bolivia, Perú y Paraguay vienen a estudiar y se quedan”	Presentación. La situación de enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentina de Enfermería. Rosario, Argentina, 2004  Consulta propia
Uruguay	“Muchas enfermeras han comenzado a migrar a España, Italia, Estados Unidos y Canadá. Aquellas que se trasladan a Italia lo hacen a menudo contratadas por empresas italianas que las buscan. Lo mismo sucede con los demás países”	Presentación. La Situación de Enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentina de Enfermería. Rosario, Argentina, 2004
Perú	“Informes realizados por los medios y consultas informales indican que enfermeras peruanas están emigrando a otros países, atraídas por empresas y contratos internacionales. Un país elegido es Italia”	Consulta propia
México	“La emigración de enfermeras a Estados Unidos es grande, a menudo dificultosa y en condiciones laborales no favorables. Existen organismos de enfermería de los Estados Unidos que facilitan la emigración de enfermeras mexicanas a ese país”	Consulta propia

Países	Referencias de migración de enfermeras	Fuentes
Paraguay	“Hay migración masiva de enfermeras a España, Italia y otros países de Europa. En el 2004 hemos conocido 25 enfermeras que migraron a Europa”	Presentación. La Situación de Enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentina de Enfermería. Rosario, Argentina, 2004

Fuente: elaboración propia en base a informaciones indicadas en la Tabla

Una investigación realizada por Lowell y citada por Siantz (2004) contabilizó las enfermeras de América Latina inmigrantes en Estados Unidos, sobre la base del análisis del censo de ese país y relacionó esas cifras con las cantidades totales de enfermeras en sus países de origen. Los resultados fueron alarmantes: mientras que Argentina perdió solamente el 2,3 % del total de sus enfermeras y Brasil el 2,8 % a favor de Estados Unidos, Guatemala perdió el 34 %, Honduras el 32,2 %, El Salvador el 60% y Panamá el 46,8 %.

Otro análisis (Chavez de Lock, N, 2004) muestra que en el Colegio de Enfermeras del Perú registra 5120 enfermeras emigradas a España, Italia y Estados Unidos en los últimos años. Esta cifra significa una pérdida para el país del 15% de sus enfermeras. De ellas el 57,19 % emigró a Italia, el 35,86 % a Estados Unidos u el 6,95 % a España.

La crisis social y económica de muchos países ha tenido efectos importantes en las migraciones: en el caso del Ecuador “se alerta sobre el incremento de número de médicos y enfermeras que emigran del país por falta de incentivos económicos y reconocimiento social de su trabajo siendo Chile el país de preferencia” (Velasco M. y Granda E., 2002). Estos autores señalan como uno de los desafíos de esta época buscar estrategias para retener en ese país a una fuerza de trabajo que al no encontrar satisfacción a sus expectativas ha comenzado a migrar cada vez más en busca de mejores oportunidades de trabajo.

El MERCOSUR constituye la propuesta latinoamericana de integración de países del Cono Sur a partir del año 2006 y presupone el libre tránsito de fuerza de trabajo entre sus países miembros: Brasil, Argentina, Uruguay, Paraguay. En Marzo 26 de 1991 se firmó el Tratado de Asunción donde se definieron parámetros básicos del mercado común en el Cono Sur y la posibilidad de acuerdos sectoriales, incluido el sector salud, que prevé la libre circulación de profesionales (Vieira, 1998).

Según un artículo de Tony Deyall en la Revista Perspectiva en Salud (2003) cada día en el Caribe aumenta el número de enfermeras que se marchan a ejercer su profesión a otros países. Las enfermeras caribeñas emigran al medio Oriente, Europa, Canadá y los Estados Unidos de América. Las agencias de contratación de personal de estos y otros países envían a sus representantes quienes intentan captar a las enfermeras directamente en los hospitales. La proyección del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de los Estados Unidos calcula que la demanda de enfermeras en ese país para el 2010 será 275.000 y para el 2020 de 800.000 enfermeras colegiadas (US Department of Health and Human Services, 2002).

Una noticia de la agencia EFE publicada en el boletín electrónico SENTIDO COMÚN de México, periódico de información económica y financiera del domingo 26 de septiembre de 2004 (Disponible en <http://www.sentidocomun.com.mx/>):

“El Paso, Texas, 23 de septiembre – La gran escasez de enfermeras en Estados Unidos y los bajos salarios en México están provocando que éstas y doctores abandonen los hospitales mexicanos en la frontera norte del país para buscar un certificado de enfermería y una visa que les permita emplearse en Estados Unidos”.

Según la Organización Mundial de la Salud “para los países pequeños, la pérdida de incluso un profesional sanitario capacitado puede provocar una escasez absoluta y la incapacidad para mantener los servicios básicos” (OMS, 2004). El mismo informe dice que: “La migración del personal de salud también menoscaba la capacidad de los países de cumplir con los compromisos mundiales, regionales y nacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los datos sobre la magnitud y las repercusiones de la migración son incompletos y a menudo anecdóticos y no logran arrojar luz sobre las causas, entre ellas las altas tasas de desempleo, las malas condiciones de trabajo y los bajos sueldos”.

La OPS se encuentra preparando un estudio regional de migración de enfermeras con énfasis en el análisis del problema en los países de América Latina. El estudio está siendo preparado en tres etapas: la primera es exploratoria y conducirá a definir variables, universo, fuentes y diseño general; la segunda es descriptiva y será aplicada a conformar un panorama de la movilidad de las enfermeras en América Latina; la tercera es analítica y procurará establecer relaciones entre los procesos vinculados a la migración de enfermeras y las consecuencias laborales, familiares y de salud de enfrentan las enfermeras migrantes.

Según la OIT (1998) los Estados Unidos de América es uno de los países receptores más importantes y estima que a principios de los años noventa del Siglo XX había unos 80.000 inmigrantes trabajando como personal de enfermería en dicho país.

Migraciones y escasez de enfermeras constituyen dos fenómenos estrecha aunque no exclusivamente vinculados.

La escasez de enfermeras no es un fenómeno de los países más desarrollados; en países como Cuba donde la relación de enfermeras por 10.000 habitantes es diez veces mayor que en los demás países de América Latina y Caribe, el presidente Fidel Castro se refería al problema durante la graduación de los primeros egresados del programa de Formación Emergente de Enfermería en agosto del 2002.

En Estados Unidos, el envejecimiento del personal de enfermería es uno de los problemas más importantes: se calcula que para el año 2010 el 50% de las enfermeras que hoy trabaja estará fuera del mercado laboral, lo cual “posiblemente influirá en la migración de enfermeras de los países menos desarrollados”.

El Ministerio de Salud de Haití reconoce que la falta de recursos en el Ministerio, no permite crear nuevas plazas de enfermeras, muchos de estos profesionales prefieren ingresar a la actividad privada y otros prefieren emigrar. El de Aruba reporta que no tiene suficiente personal de enfermería por lo que en los últimos años se ha contratado en el exterior especialmente en Filipinas donde la educación en enfermería es similar a la de Aruba. La mayoría de aspirantes de dicho país van a Curazao o a los Países Bajos en Europa. El gobierno de Barbados reporta la escasez de enfermeras causada en el decenio de los noventa, por lo cual comenzaron a capacitar 120 enfermeras por año en el Colegio Comunitario. En Dominica se ha conseguido cierto personal de salud mediante programas de asistencia de los Gobiernos de Francia, Cuba y Nigeria. A Granada, Cuba le proporciona enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud. Guyana reporta que la falta de personal oscila entre 24% y 50% en todas las categorías, continuamente se pierde personal porque se traslada del sector público al privado o emigra al extranjero<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Datos oficiales disponibles en Internet <http://www.paho.org>, acceso el 30 de agosto de 2004.

Con todo, en los países de América Latina poco se habla de escasez de enfermeras. Situaciones diversas determinan que el término “escasez” no sea frecuentemente utilizado ni esté presente en las agendas de los sistemas y políticas de salud. Entre ellas puede mencionarse:

- Se están recién iniciando estudios sistemáticos sobre oferta y demanda de enfermeras como en Colombia y Ecuador. La casi inexistencia de tales estudios, impide definir con precisión la escasez o sobre oferta de profesionales de enfermería. Una información que contribuirá grandemente a este análisis en los próximos años será el estudio de matrícula y egreso de enfermeras que ya se ha comenzado.
- Existen países como Panamá y El Salvador, en los cuales el sistema educativo forma cantidades considerables de enfermeras aunque las mismas emigran rápidamente.
- Existen otros países en que, aun cuando la producción de enfermeras es baja, las mismas no son absorbidas por los sistemas de salud en razón de la baja capacidad económica y de sustentabilidad de los mismos, tal el caso de Nicaragua.
- En la mayoría, la producción de profesionales de enfermería no alcanza a cubrir la demanda de profesionales, de modo tal que no existe prácticamente desocupación en el sector. Esta condición ha aumentado en los últimos 10 años vinculada a programas de calidad de los servicios generados por la Reforma. Mientras tanto, se emplean cantidades de auxiliares de enfermería en nuevos puestos o en puestos de profesionales convertidos, como varias jurisdicciones provinciales en Argentina.
- En la mayoría de los países, como se ha visto, predomina la categoría auxiliar en la composición de la fuerza de trabajo en enfermería. Esta condición, dadas las circunstancias expuestas, podría considerarse como un modelo elegido de provisión de servicios de enfermería (a nuestro juicio un distorsionado “skill-mix”); podría también considerarse como un estadio en la evolución de la profesionalización integral de la enfermería y por último, podría entenderse como una expresión de la poca capacidad económica de los países de afrontar el costo de personal calificado.
- La distribución desigual e inequitativa de personal de enfermería es casi una constante en América Latina, concentrándose los profesionales en las áreas económicamente más favorecidas, en las zonas urbanas, en los servicios hospitalarios mayormente públicos y de alta complejidad (cuidados coronarios, intensivos, etc), en el sector educativo y en los puestos de conducción en enfermería. Se infiere así que las áreas desfavorecidas, las zonas rurales, los servicios comunitarios y la atención directa a los usuarios en general, se encuentra predominantemente a cargo de personal auxiliar con educación elemental. Esto abre una vertiente de análisis ordenada a vincular la “escasez” de profesionales con condiciones geográficas, económicas, políticas y laborales, entre otras.

En cualquier caso, el problema de los desequilibrios en la generación, provisión y mantenimiento de personal de enfermería calificado constituye una situación estratégica a ser estudiada e informada, exige rigurosos y complejos análisis de contexto y se impone como una exigencia con el objeto de proveer a la toma de decisiones en materia de salud.

## **1.6. REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA**

“El Estado moderno ha compartido con la sociedad civil, y frecuentemente con las asociaciones profesionales, la responsabilidad de regular el ejercicio de las profesiones de salud,

como una de las funciones de fomento de la calidad y de protección del público. Sin embargo esta función ha sido crecientemente cuestionada por la opinión pública por una parte (a partir de una reducción de la asimetría de informaciones entre profesionales y usuarios) y, por otra, por la influencia de los mecanismos de mercado y empresariales, a través de sistemas de atención gerenciada, que convierten al profesional en un agente de su empleador, con eventuales consecuencias en la calidad del servicio. Por esta razón se debe analizar en profundidad el marco legal y normativo, el sistema de funcionamiento de las asociaciones profesionales y el rol de regulación de la práctica que debe cumplir el Estado en esa compleja relación entre proveedores y usuarios de servicios. Generalmente este rol se desempeña a través del el registro de los profesionales, la certificación y recertificación y el control ético” (OPS/OMS, 2001).

En el aspecto regulatorio, los países de la región, han empezado procesos de acreditación de la educación en enfermería y de certificación profesional. Mediante convenios firmados entre grupos subregionales, se ha iniciado el establecimiento de estándares comunes para facilitar la movilidad académica estudiantil y profesional. Como ejemplo se puede citar la iniciativa trilateral entre Canadá, Estados Unidos y México con el Tratado de Libre Comercio, y el MERCOSUR entre Brasil, Argentina, Uruguay y Paraguay.

Los marcos regulatorios del ejercicio profesional existen en muchos países contándose con legislación específica en enfermería. Sin embargo, los términos aprobados en la legislación profesional aunque vigentes, no son comúnmente respetados ni vigilados por las instituciones de salud ni por las organizaciones profesionales de enfermería. El salario de las enfermeras, las jornadas laborales, el ámbito de sus responsabilidades están mayormente desregulados. Las condiciones de empleo se regulan en su mayoría por reglamentaciones nacionales y/o jurisdiccionales que comprenden en general a los trabajadores de la salud. El siguiente cuadro presenta información sobre algunos países.

**Tabla 7: Legislación del ejercicio de la enfermería en países de América Latina**

País	Legislación del ejercicio profesional de la enfermería
Argentina	Existe la Ley nacional de ejercicio profesional (Ley 24.004) que sirve de marco jurídico en todo el territorio nacional. La ley esta reglamentada y varias jurisdicciones provinciales han adscripto a la misma. Se encuentran también en vigencia las Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería para los Establecimientos de Atención Medica, resolución del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, con idéntico carácter. La matrícula profesional para el ingreso al trabajo se inscribe en y es regulada por los Ministerios de Salud en la mayoría de las provincias argentinas (ATSA, 2003)
Brasil	Existe Ley del Ejercicio Profesional siendo el Consejo Federal de Enfermería el órgano encargado de la vigilancia del ejercicio de la práctica profesional en todo el territorio nacional, a través de los Consejos Regionales de Enfermería, todos los profesionales deben estar registrados. El registro consiste en la verificación de los créditos profesionales, grados, etc. mantienen un listado de los profesionales. Además, el Consejo es encargado de vigilar el cumplimiento de la legislación del ejercicio por parte de las Instituciones de Salud y los Profesionales y Personal de Enfermería y puede aplicar las sanciones de suspensión o otras del ejercicio de acuerdo con la legislación vigente ( <a href="http://www.portalcofen.com.br">http://www.portalcofen.com.br</a> ).

País	Legislación del ejercicio profesional de la enfermería
Chile	<p>El Colegio de Enfermeras de Chile es la institución definida por ley específica para el registro profesional y control del ejercicio profesional. (Ley N° 11.161 de 1953). El Colegio fomenta la cohesión profesional, la representación de la profesión en los distintos foros nacionales e internacionales y la orientación de la formación en enfermería. (<a href="http://www.colegioenfermeras.cl">http://www.colegioenfermeras.cl</a>).</p> <p>El Código Sanitario Chileno, incorporó la profesión de Enfermera en diciembre de 1997, reconociendo el rol de la profesión Enfermera y fijando su ámbito de acción como profesión autónoma y no solo como colaboración médica como lo era hasta esa fecha.</p>
Costa Rica	<p>La Legislación No.2343 de 1959 mediante el Colegio de Enfermeras de Costa Rica, garantiza servicio con calidad a los colegiados, regulando el ejercicio y la ética profesional, para permitir el fortalecimiento permanente de la profesión de enfermería, por medio de la intervención activa en los diferentes procesos, que aseguren la salud de la población. El Estatuto de Servicios de Enfermería –Ley 7.085/87 regula la organización de los servicios</p>
El Salvador	<p>La Asociación Nacional de Enfermeras ha promulgado el Código de Ética</p>
Panamá	<p>El país cuenta con leyes que regulan la Carrera de Enfermería, las funciones del profesional y el auxiliar, el escalafón de enfermería y la representación de la enfermería en el Consejo de Salud</p>
Colombia	<p>El 26 de enero de 1996 fue promulgada la ley que reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia. La ley define los objetivos y los principios de la práctica profesional, la naturaleza y el ámbito del ejercicio, establece un Consejo Técnico Nacional de Enfermería, define un Tribunal de Ética de Enfermería, especifica los principios para el registro profesional y define las competencias, responsabilidades, criterios de calidad de la atención y los derechos de los profesionales. La reglamentación para definir la responsabilidad ética y disciplinaria de la práctica profesional de enfermería se encuentra en fase de estudio y aprobación en el Congreso de la República.</p>
México	<p>Legislación específica que regula el ejercicio de la profesión a través de la legislación general de las profesiones y es obligatorio el registro.</p>
Perú	<p>El título de enfermero y la matrícula en el Colegio de enfermeros del Perú son obligatorios para el ejercicio de la profesión. En el Perú existen un promedio de 33,000 enfermeras registradas.</p>

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la regulación deontológica, el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras y el de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, constituyen marcos reconocidos por las enfermeras de todos los países de América Latina. A su vez, el Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR ha promulgado el suyo propio y se encuentra en ese proceso, el Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe. En muchos países las organizaciones profesionales de enfermeras también los enuncian. Es importante señalar, sin embargo, que los mecanismos de vigilancia de la ética profesional en enfermería son muy débiles y se encuentran poco instrumentados, aun cuando los Consejos de Ética de las organizaciones mencionadas están constituidos; sus desarrollos se vinculan más con funciones educativas sobre la ética profesional.



La regulación de la enfermería constituye una dimensión de significativa influencia en la estructura y dinámica de la FTE. América Latina exhibe un avance importante en materia de promulgación de leyes y normas que regulan la profesión, sin embargo, con igual énfasis, las enfermeras refieren que no existen, en la mayoría de los casos, mecanismos establecidos y funcionantes de vigilancia de esas normas, tanto de aquellas cuya responsabilidad recae en el Estado, cuanto de las normas cuya vigilancia se encuentra a cargo de las organizaciones profesionales.

La regulación de las condiciones de empleo y trabajo constituye el marco para su exigencia y reclamo, pero las organizaciones de enfermería, como se dice más adelante, tienen en el panorama continental el más bajo nivel de conflictividad sindical.

La regulación del ingreso a la profesión está a cargo en algunos países, del Estado y en otros de las organizaciones profesionales. Esta norma tiene vigencia y se cumple la mayoría de las veces, sin embargo, las alteraciones en la incorporación de personal sin capacitación formal o sólo con certificado de auxiliar de enfermería, en función de la voluntad política, de los niveles de desarrollo y de la capacidad de afrontamiento de los gobiernos, debilita la provisión de servicios de calidad que es a lo que la norma provee.

La regulación deontológica está a cargo de las organizaciones profesionales, prioriza acciones para adoptar, formular y poner en vigencia códigos de ética, pero muy poco para realizar su vigilancia.

La regulación de la educación auxiliar y técnica es prominente en la mayoría de los países y la acreditación y certificación de la educación superior está recién comenzando.

En la medida en que las distintas dimensiones de regulación profesional no se desarrollan, la actividad no supera el nivel de oficio y, en consecuencia, ello se expresa en la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo de ese sector.

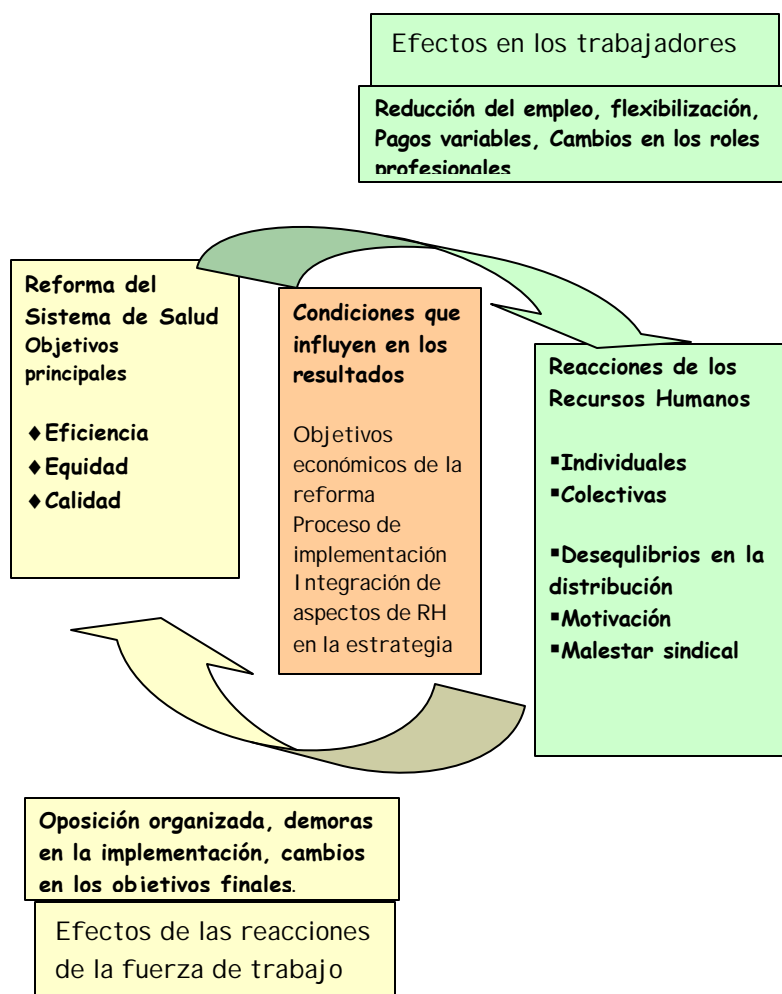
## **1.7. IMPLICANCIAS DE LAS REFORMAS EN SALUD PARA LA FUERZA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA**

Las reformas en salud realizadas en la mayor parte de los países de América Latina durante el último decenio del Siglo XX, se enmarcaron en el objetivo de disminuir los costos y el tamaño del Estado y mejorar la eficiencia y calidad de servicios y la cobertura. Entre las estrategias está la descentralización administrativa y financiera del sistema de salud, la separación de cuentas entre salud y pensiones y entre las entidades que prestan servicios y las aseguradoras. A las reformas en el sector salud se sumaron otras reformas estatales como la reforma fiscal, la educativa y la laboral; estos procesos en conjunto modificaron las condiciones de trabajo del personal de salud, las formas de contratación, los salarios; introdujeron nuevas responsabilidades en la gestión de los servicios y de costos. Se impactó la forma cómo las enfermeras desempeñan sus funciones en el ámbito hospitalario y comunitario alterando la continuidad en el cuidado de los pacientes. Flexibilizó el empleo, generó intermediaciones en la contratación de servicios e insatisfacción laboral en todo el equipo de salud. La moral y motivación de las enfermeras mermó considerablemente, así lo expresaron en las entrevistas enfermeras de cinco países que vivieron directamente el proceso de reformas (Guevara E. y Mendias E., 2000). Las mismas enfermeras perciben que el valor social de la profesión no es apreciado ni reconocido socialmente.

“Los trabajadores no médicos tienen un menor grado de autonomía para determinar la composición de sus servicios, por lo que la respuesta a los cambios en sus condiciones laborales se traducen en mayores niveles de estrés, ausentismo, acciones colectivas, resultando en una reducción global de la productividad. La aceleración de la tasa de recambio de personal, el aumento de ausentismo por enfermedad y las frecuentes huelgas y demostraciones colectivas en los hospitales públicos muestran que los cambios orientados al control de costos que afectan el empleo y el salario de los trabajadores no son aceptados en forma fluida” (Dussault G. y Rigoli F. 2002).

Una síntesis de las características de las reformas y sus efectos en el personal se muestra en la Figura 1 diseñada por Dussault y Rigoli (2002).

**Figura 1: Dimensiones laborales de las reformas de sistemas de salud**



El estudio citado de Guevara y Mendias (2001), consultó la opinión de las enfermeras acerca del valor social de la enfermería y los cambios percibidos a partir de las reformas en salud, las respuestas señalan que los cambios laborales y en el sistema de salud realizados durante el decenio de los 90 en los países analizados, incidieron en la práctica de la enfermería afectando la composición y el número de personal en el equipo de trabajo; generó restricciones organizativas a los servicios de enfermería, desaparición de las instancias de dirección y organización de la enfermería en las instituciones. Por déficit de personal en busca de disminuir costos institucionales, ahora las enfermeras realizan más trabajo con menos personal, atienden a pacientes más enfermos en tiempos más cortos, con limitaciones de material, equipo y servicios de apoyo.

Las formas de contratación laboral se caracterizan por la flexibilidad, inestabilidad y precarización en el empleo. La rotatividad de las enfermeras es muy alta; la seguridad social intermitente de acuerdo con los contratos; los salarios bajos obligan al multiempleo o a la vinculación a la denominada economía informal. Se terciariza el empleo mediante subcontratación de servicios. Los profesionales recién egresados están forzados a vincularse a cooperativas que sirvan de intermediarias con las instituciones de salud.

Los cambios acelerados en los sistemas de salud, en los modelos de atención, así como la introducción de tecnología sofisticada para responder a las demandas del mercado y a las características de la población, requieren actualización permanente del personal de enfermería, paradójicamente las instituciones empleadoras se han ocupado poco de la educación continua y de facilitar la formación del personal.

En síntesis, la nueva agenda para quienes trabajan en el campo de la salud y en este caso para las enfermeras, tiene que ver con el desarrollo de capacidades que les permita: competitividad y productividad, calidad de la atención, disminución de costos, ejercicio de la ciudadanía, satisfacción de los usuarios, participación en las decisiones, desarrollo humano y adaptación a las innovaciones tecnológicas y a los nuevos paradigmas epistemológicos, culturales, ideológicos y políticos del actual contexto.

El estudio sostenido sobre las consecuencias negativas de la Reforma Sectorial en América Latina ha determinado que la OPS y muchos países de la Región inauguren una etapa de revisión y acción en favor de promover políticas y sistemas de salud ordenadas a las necesidades poblacionales.



## 2. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA EN AMERICA LATINA

En América Latina la formación universitaria en enfermería comenzó a vincularse a las universidades en la década de los 30 del Siglo XX. Las licenciaturas se desarrollaron alrededor de los años 60; los programas de post-grado comenzaron con especialidades y maestrías en los 80. Brasil cuenta con 20 años de experiencia en formación doctoral en enfermería. Argentina, Colombia, Chile, México y Venezuela inician los doctorados a finales del Siglo XX y comienzos del XXI (Castrillón, MC 2003).

### 2.1. LOS PROGRAMAS DE PRE-GRADO

De acuerdo con estudios auspiciados por la OPS sobre la formación de personal de enfermería en América Latina y el último reportado por ALADEFE, el comportamiento de programas universitarios de pre-grado en la Región ha sido el siguiente:

**Tabla 8: Evolución de programas de grado en Enfermería en América Latina**

Año	No. de programas	Fuente
1949	294	Encuesta OPS/1949
1980	425	OPS/1982
1996	635	OPS/1996 (Región de las Américas)
2004	723	ALADEFE 2004 (en 15 países )

Fuente: Castrillón y Lopera. Regulación de la educación universitaria de enfermeras en América Latina, 2004

En 1980 el 52% de los programas estaban vinculados a Universidades y el 47% a otras instituciones (Ministerio de Educación 21%; Ministerio de Salud 19% y otros 7%) (OPS/1999). En 1996 en 50,2 % eran del primer tipo y 49,8 %, del segundo. El estudio del 2004 realizado por ALADEFE con datos actualizados al momento de algunos países, reporta 55,1 % de programas vinculados a las universidades y 44,9 % vinculados a otras instituciones (Castrillón, M.C. y Lopera, C. 2004). Según estos datos, el crecimiento de programas en instituciones no universitarias para 1996 podría obedecer a la proliferación de programas técnicos y de diplomas en enfermería probablemente relacionados a los primeros procesos de reforma y desregulación educativa. Sin embargo, para el 2004 la tendencia se revierte y vuelven a aumentar los programas universitarios mientras disminuyen los no universitarios aunque un país todavía reporta para el 2004, 35 programas vinculados a hospitales. Este cambio de tendencia podría relacionarse al comienzo de procesos de acreditación siendo los programas universitarios los primeros y también a innovadores modos de articulación entre instituciones universitarias y no universitarias. Un ejemplo se da en Argentina donde la Universidad de Buenos Aires articula 11 escuelas de enfermería de nivel superior no universitario y la Universidad de Quilmes mas de 20 pasando ellas a otorgar títulos universitarios de enfermera y licenciada en enfermería.

Estos datos comparativos de los años 1980-1996 y 2004 sobre programas de enfermería se presentan en la Tabla 9.

**Tabla 9: Programas de Formación en Enfermería en América Latina 1980, 1996, 2004**

Subregión - País	Programas de Enfermería					
	1980*		1996*		2004**	
	Universitarios	Otros	Universitarios	Otros	Universitarios	Otros
<b>Zona Andina</b>	<b>40</b>	<b>54</b>	<b>78</b>	<b>3</b>	<b>130</b>	<b>18</b>
Bolivia	3	2	10	0	20	0
Colombia	13	9	21	0	38	1
Ecuador	7	0	10	0	15	1
Perú	14	11	30	0	47	0
Venezuela	3	32	7	3	10	16
<b>Cono Sur</b>	<b>29</b>	<b>58</b>	<b>41</b>	<b>75</b>	<b>91</b>	<b>60</b>
Argentina	12	57	25	75	***35	***54
Chile	14	0	12	0	49	0
Paraguay	2	1	3	0	****5	****6
Uruguay	1	0	1	0	2	..
<b>Brasil</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>125</b>	<b>0</b>	<b>416</b>	<b>..</b>
<b>Centro América</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>34</b>	<b>14</b>
Costa Rica	1	1	3	0	*****7	0
El Salvador	1	2	5	1	5	2
Guatemala	0	3	2	1	*****3	*****4
Honduras	2	1	3	0	7	5
Nicaragua	0	4	2	5	*****9	..
Panamá	1	1	1	0	3	*****3
<b>México</b>	<b>99</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>230</b>	<b>289</b>	<b>695</b>
<b>Caribe Latino</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>17</b>
Cuba	1	28	24	0	21	17
R. Dominicana	2	0	9	0	7	0
Haití	0	3	2	1	..	..
<b>Total reportados</b>	<b>230</b>	<b>195</b>	<b>319</b>	<b>316</b>	<b>988</b>	<b>804</b>
<b>Totales</b>		<b>425</b>		<b>635</b>		<b>1792</b>

.. Sin información

\* Fuente: OPS La Enfermería en la Región de las Américas, 1999 pág.52.

\*\* Fuentes:

Estudios sobre regulación de la educación universitaria de enfermeras en América Latina, UdeA / ALADEFE

\*\*\*ACETERA. Escuelas de Enfermería en Argentina. Presentación. XVII Congreso Argentino de Enfermería. Rosario, 2004.

\*\*\*\*APE. Situación de Enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentino de Enfermería. Rosario, 2004.

\*\*\*\*\*Presentación. III Simposio Internacional de Políticas de Recursos Humanos de Enfermería. Panamá, Agosto 2004.

**Nota:** Para el 2004 según el estudio referido se reportan programas de formación en: 35 hospitales privados en México. 207 Instituciones técnicas y politécnicas (Colombia 1; Ecuador 1; Venezuela 18; México 168; Cuba 17; El Salvador 2). 528 son reportados como otros programas.

“La enfermería como sistema de enseñanza varía entre los países. El nivel universitario puede ser el más homogéneo de toda la Región, con dos o tres programas distintos: “Licenciatura, en el que se otorga un título de educación superior (en programas de 4 a 5 años); diploma (programas de 2 y medio a 3 años) y enfermería de nivel técnico (programas de 2 años, principalmente en Estados Unidos). Algunos países tienen un programa de técnicos expertos en enfermería. Estos programas forman parte de la educación secundaria técnica y ofrecen 2 o 3 años de adiestramiento específico. Brasil, Cuba, Nicaragua y Venezuela han establecido esta clase de programas” (OPS/1999).

El panorama para el 2004 es heterogéneo en: denominación de las unidades académicas (facultad, escuela, programa, carrera, departamento), en tipos de programas de pregrado (Tabla 3), en modalidades de formación (profesionalización de auxiliares y técnicos medios, reconversión de prácticos, complementación de licenciatura), en duración de los programas (2, 3, 4, 5 años). Tres países reportan sólo 4 años de formación secundaria como requisito de admisión al programa; los requisitos de ingreso y egreso son poco exigentes en algunas escuelas, y, como se dijo, se identifica un movimiento por la acreditación de los programas en países como México, Colombia, Perú y Chile (Castrillón y Lopera 2004).

**Tabla 10: Tipos de programas de pre-grado en los países**

País	Profesional	Licenciatura	Técnico	Tecnólogo
México	X	X	X	X
Costa rica	X	X		
R. Dominicana		X	X	X
Cuba		X	X	X
Panama		X		
Brasil	X	X		
Ecuador		X	X	X
Chile		X		
Peru		X		
Bolivia		X		
El salvador		X	X	X
Argentina		X	X	
Colombia	X			X
Venezuela	X	X	X	
Paraguay		X	X	

Fuente: Castrillón y Lopera. Regulación de la educación universitaria de enfermeras en América Latina, 2004

La gran mayoría de los países desarrolla cursos de formación de auxiliares de enfermería en cantidad, regularmente vinculados a instituciones no universitarias, con requisitos de ingreso variados (primario completo, primer tramo de secundario y secundario completo) y de entre 6 y 18 meses de duración. Existen también programas de bachilleratos técnicos (segundo tramo de la escuela media orientada a enfermería), habitualmente denominados “técnicos medios” a diferencia de los “técnicos superiores” que exigen la escuela secundaria completa.

Muchos programas de enfermería, continúan centrados en el modelo biomédico, aunque hace unos diez años los planes de estudio comenzaron a transformarse significativamente incluyendo fuertes componentes de salud pública, ciencias sociales y centrados en los cuidados enfermeros. Este iniciado cambio se expresa, por ejemplo, en las denominaciones de las asignaturas de enfermería.

El profesorado universitario de la mayor parte de escuelas en la región no alcanza niveles de formación de maestrías y doctorado para soportar las exigencias contemporáneas de la vida universitaria en el desarrollo de las funciones esenciales: docencia, investigación y extensión y las demandas de productividad académica en que se basan los sistemas de escalafón del profesorado.

**Tabla 11: Distribución porcentual de las enfermeras docentes en nueve escuelas y facultades de enfermería de ALADEFE según formación**

Formación Académica de Grado	%
Sólo título de enfermera	0,2
Licenciado en Enfermería	99,8

Fuente: Behn, Jara y Nájera 2002

**Tabla 12: Distribución porcentual de las enfermeras docentes en nueve escuelas y facultades de enfermería de ALADEFE según formación de post-gradó**

Formación de post-gradó	%
Especialidad de Enfermería	27,6
Maestría	43,8
Doctorado	12,1*

\* Rango de presencia de doctoras en la Unidades Académicas: 0-41  
Fuente: Innovación en la formación del licenciado en enfermería 2001  
Tomado de Behn, Jara y Nájera 2002

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 1996), la preparación del profesorado, su formación disciplinar e interdisciplinar, así como su experiencia en las prácticas asistencial y de investigación son factores determinantes de la calidad de la educación y pueden constituirse en obstáculo para el avance. Al carecer de experiencia, los profesores transmiten información pero no son facilitadores del aprendizaje ni articuladores de la investigación, la docencia y la práctica de la enfermería.

El difícil acceso a bibliografía actualizada y a revistas indexadas, por razones tanto físicas como de limitaciones en el dominio de una segunda lengua y la baja visibilidad de la producción intelectual de las enfermeras latinoamericanas, son barreras para la modernización académica de los currícula y para aspirar a credenciales internacionales.

Pero no toda la situación es negativa. Se cuenta también con importantes centros de formación con trayectoria y formación de docentes en niveles de postgrado *strictu sensu*, programas acreditados en Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México, entre otros países; y programas de doctorado en seis países.



Con relación a los alumnos, estudios realizados en el marco de los Observatorios de Recursos Humanos (OPS/OMS) muestran que la matrícula de estudiantes de enfermería en las universidades, los institutos y centros no universitarios y los programas de auxiliares de enfermería, se encuentra en aumento sostenido en los últimos 10 años; en Argentina, por ejemplo, la matrícula creció progresivamente hasta cuatro veces en algunas universidades, en El Salvador aumento un 30 %. Lo mismo sucede con el número de egresados. La mayoría de los líderes de enfermería de los países indican que la producción de egresados no aumenta lo suficiente para cubrir la demanda de profesionales de enfermería.

## 2.2. LOS PROGRAMAS DE POST-GRADO

Los programas de post-grado buscan la formación avanzada para el desarrollo de la profesión, la disciplina y la formación de investigadores. Los antecedentes de los programas de educación avanzada en enfermería en la Región de las Américas se pueden encontrar desde la década de los años 30 del Siglo XX cuando se inicia la búsqueda de una definición oficial que destaque la función única o específica de la enfermería dentro del equipo de salud. La mayor tradición en este nivel de formación la tienen los programas de enfermería de los Estados Unidos. Brasil cuenta con siete programas de doctorado; Venezuela, Chile, México y Colombia recientemente han iniciado la educación doctoral y varios países como Argentina y Perú se preparan para hacerlo (Ketefian, 2003:112). Argentina cuenta con un programa de doctorado en enfermería y tres programas de doctorado interdisciplinarios que otorgan a las enfermeras que los cursan título de doctor con orientación en enfermería.

Las maestrías tienen una trayectoria de más de 20 años y se ofrecen en las escuelas con mayores desarrollos en investigación que cuentan con más del 40% de su profesorado con formación en maestría o doctorado. Hoy los Sistemas de Educación Superior exigen para la apertura de los post-grados *Strictu Sensu*, que las unidades académicas cuenten con un equipo profesoral calificado en formación y trayectoria investigativa, con grupos y líneas de investigación consolidados y conectados a pares nacionales y extranjeros con quienes comparten preocupaciones investigativas en campos relacionados.

Buena parte de las escuelas universitarias ofrecen programas de especialización cuyo objetivo es continuar la preparación profesional y el desarrollo de competencias y habilidades asistenciales, de salud pública y de gerencia de servicios de enfermería y salud.

Una caracterización de los post-grados en la Región se recoge en el cuadro siguiente:

**Tabla 13: Caracterización de los programas de post-grado en enfermería en América Latina**

Especialización	Maestría	Doctorado
Especificidad en un campo	Amplitud temática	Producción de conocimientos nuevos de frontera
Aplicabilidad a la solución de problemas del ejercicio profesional	Principios generales de las disciplinas. Programas interdisciplinarios	Centrado en Investigación y en la profundización teórica
Contenidos delimitados	Aprendizaje tutorial y en seminarios modulares	Formación tutorial
Comprensión de idiomas para obtener información	Entrenamiento en las metodologías	Dominio de idiomas para la comunicación de resultados

Especialización	Maestría	Doctorado
Trabajo final: Monografía (profundización en un tema)	de la investigación Inicio de la investigación para la solución de problemas Conocimiento de idiomas para obtener información y redactar resultados Trabajo final: una investigación rigurosa	Trabajo final: Tesis Doctoral

Fuente: Castrillón y Lopera. Regulación de la educación universitaria de enfermeras en América Latina, 2004.

Es indiscutible el aporte de los post-grados en enfermería al desarrollo de la investigación. Se evidencia, tanto en la formación de investigadores, como en la producción de investigaciones y en su difusión en eventos académicos. La organización de los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería ha estado a cargo de unidades académicas en los países donde se han realizado, y la mayor parte de las publicaciones de enfermería de América Latina son administradas por facultades o escuelas de enfermería. Estados Unidos ha tenido una historia más larga en educación doctoral y ofrece hoy más de 80 programas de este nivel.

### 2.3. ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS ACADÉMICOS DE ENFERMERÍA

Durante el Primer Seminario Internacional de Educación Superior: Calidad y Acreditación celebrado en Cartagena Colombia, en julio de 2002, se mostró cómo el proceso de globalización ha significado para la educación superior en América Latina, un aumento notorio en las posibilidades de oferta de programas académicos, no solo presenciales, sino también a distancia y virtuales. Esto ha llevado a la proliferación de instituciones de educación superior no siempre de calidad académica debido a intereses económicos que definen muchas de estas iniciativas y al escaso control del Estado.

La función de la acreditación es la de dar fe pública sobre las calidades académicas de las instituciones de educación superior, con relación a estándares que permitan efectivamente de ellas lo que anuncian. La acreditación así entendida, constituye un proceso social de interés público y no solamente de autoridades administrativas, ni de clientes nacionales o extranjeros interesados en el mercado educativo. Constituye un instrumento de rectoría del Estado en cuanto a defender a los usuarios de la educación superior de ser engañados por instituciones pendientes del negocio.

Entre las conclusiones del Seminario mencionado, se destaca que la calidad de la educación superior debe atender las cuestiones de:

- **Equidad** en el acceso y en la cobertura
- **Cooperación** en tanto proceso de inclusión de otros, de las diferencias y de los diferentes como participación de todos en la formación de la cultura
- **Interculturalidad** que conlleva el dialogo de pares, de culturas y de saberes
- **Pertinencia** con las realidades sociales de nuestros países y en ello tener en cuenta que la educación es más un espacio de la ética que del mercado

- **Compromiso** del Estado, de las autoridades y de la comunidad académica en el mejoramiento de los programas y
- Calidad como **saber responsable** más que como un proceso técnico cuantificable donde se aprende comunicando, relacionándose y reconociéndose.

Un estudio que recoge las principales características de los sistemas de evaluación y acreditación en el ámbito iberoamericano (CNA: 2002) señala que se aprecia heterogeneidad en el origen, objeto, naturaleza y formas de organización. Existen aproximaciones, discrepancias y desarrollos desiguales. No siempre la evaluación conduce a la expedición de la acreditación como expresión formal del reconocimiento de la calidad; en muchos casos termina en la expedición de una autorización para la apertura de programas académicos o de instituciones de educación superior, expresando que existe calidad para seguir operando o recomendando su mejoramiento.

El mismo estudio encontró formas gubernamentales y también no gubernamentales de acreditación. Priman los sistemas impulsados por actos de gobierno, la mayoría trabajan sobre estándares básicos (Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguay, Venezuela, Ecuador y España) y solo dos sobre alta calidad (Colombia y México) en ocasiones con la colaboración de Comités Técnicos o validados por las comunidades académicas nacionales.

La creación de los organismos de acreditación es reciente en la Región:

- Chile 1990
- Colombia 1992
- Argentina 1995
- Uruguay 1995
- Chile 1999
- Costa Rica 1999
- México 2000
- Ecuador 2000

Tres etapas caracterizan los procesos: *evaluación interna o autoevaluación* siguiendo las orientaciones generales del organismo que acredita, *evaluación externa* realizada por pares evaluadores y *evaluación final* a cargo del ente que conduce la acreditación. Para la evaluación externa a veces se incorporan, además de académicos, profesionales de alto reconocimiento, expertos en educación superior y académicos de otras nacionalidades designados por los Consejos y Comisiones de Acreditación. En todos los casos se ha incorporado una orientación metodológica o de capacitación para facilitar la labor de los equipos de evaluación externa.

Las áreas que se consideran objeto de evaluación en el proceso de acreditación en los distintos sistemas se refieren con mayor o menor énfasis a la misión y proyecto institucional; los estudiantes y los profesores; la docencia, la investigación y la extensión; los egresados, el influjo sobre el medio; auto evaluación y autorregulación administrativa; organización, recursos físicos y financieros. En países como Colombia, México y Chile se contempla el bienestar universitario.

La regulación de la educación superior en enfermería es heterogénea en los países de América Latina, en cuanto a requisitos de admisión a los programas, duración, contenidos en la formación básica y profesional, orientaciones prácticas y competencias profesionales (Castrillón y Lopera

2004). Los procesos de acreditación de escuelas y programas de enfermería se han iniciado en muchos países de América Latina. En el año 1998 la Organización Panamericana de la Salud realizó una reunión regional sobre Acreditación de Programas de Enfermería en las Américas que permitió visualizar grados de avance, similitudes y diferencias y capacidades nacionales para impulsar los procesos referidos.

El CIE considera que “la acreditación puede ser la manera en que la formación en enfermería comunique clara y objetivamente lo que los programas de enfermería hacen y en qué medida lo hacen bien. Esta función de la acreditación es especialmente importante cuando los cambios que están sucediendo en los cuidados de la salud exigen mayor responsabilidad y rendición de cuentas” (CIE 1999). La acreditación además de determinar si las instituciones y los programas cumplen o superan los criterios de calidad declarados, fomenta la calidad por cuanto orienta a las instituciones para seguir mejorando.

### **3. PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA**

---

#### **3.1. EL CONTEXTO DE CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA EN AMÉRICA LATINA**

A partir de la mitad de la década de los 60 y particularmente en la década de los 70, estimulados por recomendaciones de conferencias auspiciadas por UNESCO y OEA, diversos países crearon organismos de ciencia y tecnología. En esa época surgió también el interés en buscar la coordinación entre las distintas instituciones de Ciencia y Tecnología que actúan en el campo en la Región. Se expresa así de manera más orgánica la preocupación por promover y fortalecer la capacidad de investigación científica. Organismos estatales son creados con este fin en países como Argentina y Brasil, en respuesta a iniciativas de los científicos. Se comienza a fortalecer la capacidad de la investigación, mediante becas y subvenciones a proyectos, teniendo como preocupación central la calidad científica de los mismos. (Pellegrini, de Almeida y Trostle, 2000).

El campo de la ciencia y tecnología en salud ya no se limita a la investigación desarrollada por médicos de los servicios de salud o las escuelas de medicina. La "desmedicalización" de la investigación en salud se acompaña de la ampliación del universo de problemas y de la diversificación de disciplinas, de enfoques, de tipos de investigación, de formación profesional de los investigadores, del ámbito institucional de las investigaciones, de los mecanismos de disseminación y transferencia de conocimientos y tecnología.

La organización de la investigación en enfermería en grupos, líneas y centros de investigación es reciente, con excepción del Brasil y algunas facultades de Venezuela y Colombia con mayor trayectoria. En el sistema de C&T tanto de Brasil como de Colombia son reconocidos grupos y líneas de investigación de enfermería y ellos, así como sus publicaciones y nexos o redes existentes constituyen información de países como Brasil, Colombia y Chile y se pueden consultar en la web.

La producción científica está fuertemente relacionada con la formación universitaria. Específicamente la formación en post-gradados que favorecen la formación de investigadores y la constitución de masa crítica capaz de generar conocimiento nuevo.

El estudio sobre el Estado del Arte de la Investigación en Enfermería presentada en los Coloquios celebrados entre 1989 y 1998 (Orrego S; Castrillón MC y Nájera RM 2000), mostró que el mayor número de investigadores (52.8%) procede de la docencia. Contrario a las instituciones de servicio (con un porcentaje de procedencia del 13.1%).

#### **3.2. SOCIALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO**

La producción investigativa en enfermería se visibiliza desde los años setenta con la creación de diferentes medios de difusión como revistas, edición de libros y memorias de eventos científicos. La Organización Panamericana de la Salud se encuentra actualmente desarrollando un directorio libre de revistas científicas de enfermería de América Latina con el objeto de relevar su existencia y características, hacerlas accesibles a los usuarios, promover mejoras en su calidad científica y editorial y apoyar procesos de indexación internacional. El directorio cuenta ya con 65 revistas de enfermería editadas y en circulación; de entre ellas, aproximadamente un 20 % están

registradas en diferentes índices internacionales como CINHALL, LILACS y el INDEX CUIDEN, entre otros.

Según ello puede afirmarse que, se han fortalecido las publicaciones periódicas nacionales, en muchos países y especialmente en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba y México. No obstante la publicación internacional de alto rigor científico de investigaciones en español y portugués es aun débil, razón por la cual los aportes al conocimiento producidos en la región latinoamericana es prácticamente invisible. Los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería han jugado un papel importante en el estímulo al desarrollo investigativo y han promovido la creación de redes y la integración norte-sur, al igual que la participación de enfermeras en eventos nacionales e internacionales de diferentes disciplinas. Iniciativas como BIREME, la de la Biblioteca Virtual de Salud y la base LILACS de la OPS y otras específicas de enfermería como la Fundación INDEX para levantar y hacer visible la producción iberoamericana de enfermería, constituyen una esperanza de socialización a mayor escala.

### 3.3. ÁREAS TEMÁTICAS Y ENFOQUES TEÓRICO METODOLÓGICOS

Las categorías de áreas de investigación propuestas en Brasil fueron: profesional, asistencial y organizacional, dentro de las cuales se identifican líneas de investigación como se muestra en la tabla 14.

**Tabla 14: Áreas temáticas de la investigación en enfermería en América Latina**

Profesional	Asistencial	Organizacional
1. Fundamentos del cuidar en enfermería	1. Proceso de Cuidar en Enfermería (niños, adolescentes, mujeres, adultos, ancianos y familia)	1. Políticas y prácticas en salud y enfermería
2. Concepciones Teórico-Filosóficas de Enfermería	2. Cuidar en Enfermería en el proceso salud enfermedad	2. Políticas y prácticas de educación enfermería
3. Tecnologías de Enfermería	3. Determinantes de calidad de vida y de salud enfermedad	3. Producción en salud y trabajo en enfermería
4. Ética en Salud y Enfermería		4. Gestión de los servicios de salud y de enfermería
5. Historia da Enfermería		5. Información/comunicación y enfermería

La investigación en enfermería comprende fundamentos del cuidado de enfermería, concepciones teórico filosóficas de la enfermería, tecnología en enfermería, ética e historia de la enfermería y otras; algunas de ellas son áreas que en América Latina comienzan a explorarse en las últimas décadas del siglo XX solamente en pocas escuelas y con mayor importancia en Brasil, como producto de la actividad investigativa de los doctorados.

La investigación en el área de la asistencia con un 13.7% comprende estudios dirigidos a procedimientos y procesos diagnósticos y terapéuticos; de admisión, estadía y egreso de pacientes tanto en el ámbito hospitalario como de consultorios y centros de salud. Su mayor énfasis está en la patología desde una mirada biomédica. Allí se clasifican según etapas del crecimiento y desarrollo en investigaciones referidas al cuidado de: niños, adolescentes, adultos, ancianos o según género. En el área organizacional (34.6%) que comprende: administración (11%) y recursos humanos (23.6%). En este último, el 54% corresponden a educación en enfermería y hacen referencia a rendimiento académico, evaluación de campos de práctica, deserción de la carrera, evaluación de pruebas, diseño de micro currículo y modelos o estrategias educativas.

En el Estado del Arte de la Investigación presentada en los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería (CPIE) la clasificación se hace en las siguientes áreas:

- Investigación sobre el cuidado de enfermería: estudios relacionados con el objeto de conocimiento de la disciplina.
- Investigación clínica: centrada en los aspectos biomédicos de las enfermedades.
- Investigación en salud pública: enfocada en el proceso salud-enfermedad, las respuestas sociales en salud y las prácticas en salud.
- Investigación en el campo de recursos humanos: estudios centrados en la formación, distribución, regulación, utilización y mercado de trabajo del personal de salud.
- Investigación en administración: enfocada en el acto administrativo: planeación, organización, evaluación, calidad y personal e instituciones de salud.
- Investigación sobre producción científica: referida a la producción, difusión, utilización, métodos e instrumentos de investigación.
- Investigación sobre aspectos ético-legales: relacionada con la responsabilidad y deberes profesionales de los actos de enfermería, incluyendo el campo de la bioética.
- Investigación histórica: se ocupa de los procesos de constitución y organización del conocimiento, las instituciones, las prácticas, y el desarrollo del conocimiento en salud y enfermería.
- Estudios cualitativos: son investigaciones con enfoque interpretativo que recogen las vivencias, significados, percepciones y representaciones de los sujetos cuidados, de sus familias y cuidadores.

De acuerdo con el estudio citado, hasta el decenio de los 80, la mirada privilegió las patologías con enfoques medicalizados. A partir de los 90 se observa mayor tendencia a estudiar los sujetos del cuidado (salud de las mujeres, salud del niño, salud del adulto, salud del anciano, salud de los adolescentes) y de los cuidadores; desde mediados de los 90 hay interés por comprender la vivencia de los sujetos sobre sus procesos vitales.

El mayor avance reciente es el movimiento por desarrollar más conciencia sobre la complejidad de la dimensión humana en las prácticas de cuidado. La mirada desde enfoques cualitativos enriquece la construcción disciplinar y cuestiona con argumentos el dogma positivista de la verdad anidada en el meta análisis. Sin embargo, se necesita un mayor esfuerzo en rigurosidad, en estudios multicéntricos y alianzas entre grupos de investigación para avanzar en el conocimiento de cuestiones fundamentales de enfermería y salud.

### **3.4. EDUCACIÓN, CIENCIA Y FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA**

La producción y transferencia de conocimientos a través de la educación, representan dinámicas que participan de la estructura constitutiva de la fuerza de trabajo en enfermería. La condición esencial de esta determinación está dada en el aporte a los procesos de racionalización del saber, condición de la profesionalización de cualquier actividad humana.

De modo tal que, si la educación y la investigación se potencias en todas sus dimensiones, contribuirán a acelerar y calificar los procesos de profesionalización de la FTE.

La llamada explosión educativa y científica de la enfermería en esta parte del mundo en los últimos 20 años, ha aportado grandemente a estos avances, pero no lo suficiente como para formalizar una enfermería predominantemente profesional como lo hicieran otros países del mundo.

La predominancia de la práctica no profesional de enfermería en América Latina y la ubicación de la mayoría de los profesionales en puestos de conducción y de enseñanza, constituyen señales de lo que falta aún por evolucionar y del papel central que tienen la ciencia y la educación en enfermería para la composición y dinámica de la fuerza de trabajo.

Es imprescindible, en tal sentido que investigadores y educadores de enfermería potencien los desarrollos intrínsecos de ambos procesos pero, particularmente, presten atención especial tanto a los macro determinantes como a las necesidades y demandas de salud y servicios a las cuales sirven. Sin un análisis agudo y complejo de contexto y productividad de la ciencia y la educación en enfermería, que articule sus procesos internos con demandas y resultados en la fuerza de trabajo, y sin medidas concretas de intervención ordenadas a dichas necesidades, es posible que no se vean consecuencias positivas prontas. Hace falta más que las enfermeras abogando solas; hace falta la voluntad política y la intervención decidida de gobiernos, de instituciones educativas, de organismos de ciencia y tecnología y de organizaciones internacionales, para que la calificación de la FTE en América Latina se potencie y se realice a favor de la mejor atención de salud.



## 4. ORGANIZACIONES DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA

---

La enfermería en la Región de las Américas cuenta con un desarrollo de organizaciones profesionales amplio y activo. El estudio sobre *Panorama de las Organizaciones de Profesionales Trabajadores de la Salud en la Región de las Américas* de la OPS<sup>12</sup> resalta que “esta categoría de profesionales del equipo de salud es la única presente en todos los países de la Región e indica que los grupos de profesionales de enfermería muestran una tendencia a integrarse a estructuras internacionales, desarrollan activas campañas a favor de la dignificación de la profesión y enfrentan desafíos ante las demandas de mayor tecnificación de las organizaciones de personal no profesional”. En su mayoría, estas organizaciones son parte del Consejo Internacional de Enfermeras y 19 de ellas integran la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

En el marco del análisis de temáticas y conflictos, el estudio continua señalando que “enfermería es un recurso humano de alta demanda en los países desarrollados y a la vez enfrenta situaciones de deslaboralización, disminución de ingresos salariales, recorte del pago de trabajos suplementarios, eliminación de los departamentos de enfermería de nivel de gobierno, ausencia de medidas de seguridad en el trabajo, pérdida de autonomía profesional y sobrecarga de trabajo”. “No obstante, estas organizaciones aparecen con un perfil menos beligerante que el resto, es creciente su participación en movilizaciones desde mediados del 2002, en las que buscan mejoras salariales en un marco general de oposición a las reformas de los sistemas de salud, resulta llamativa”.

También indica que “las diferencias entre las organizaciones de licenciadas y los sindicatos de auxiliares de enfermería han sido motivo de conflicto. Esta es una tensión interna en la que parecen influir aspectos referidos a la cultura organizacional de cada agrupación y el temor a la competencia laboral de los auxiliares. Aparte de los temas que comparten con el resto, las organizaciones de enfermería parecen interesadas en aspectos de formación y calificación profesional y en la formación de nuevos recursos profesionales”.

Un recuento ligero de las organizaciones de profesionales de enfermería en América Latina permite señalar que:

- 1) Existen asociaciones nacionales de profesionales de enfermería en todos los países de América Latina
- 2) En muchos países estas organizaciones tienen rama de auxiliares y estudiantes
- 3) Los auxiliares de enfermería bien organizan su propio sindicato o pertenecen a sindicatos generales de trabajadores de la salud
- 4) Existen asociaciones de educación en enfermería en siete países de AL:
  - ACHIEEN en Chile
  - ACOFAEN en Colombia
  - AEUERA en Argentina (escuelas universitarias)
  - ACETERA en Argentina (escuelas no universitarias)

---

<sup>12</sup> Scavino, J. Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas. Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 35. OPS/OMS, 2004

- FEMAFEE en México
  - ASPEFEN en Perú
  - ASOVESE en Venezuela y
  - ASEDEFE en Ecuador
  - Bolivia emprende actualmente la iniciativa de formar su asociación de escuelas de enfermería
- 5) Existen tres organizaciones internacionales de enfermería en América Latina y tres grupos de integración regional:
- ALADEFE – Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería
  - FEPPEN – Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería
  - CIEN – Centro Internacional de Investigación en Enfermería
  - Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe
  - Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR
  - Grupo Profesionales de Enfermería la Región Andina, en proceso de constitución
- 6) Todas las organizaciones de enfermería mencionadas participan activamente de procesos intersectoriales de desarrollo de la enfermería, conjuntamente con organismos gubernamentales, entidades educacionales y organismos de cooperación internacional.

Por su importancia estratégica y por su capacidad de inserción en grupos o ramas de salud de las organizaciones de integración regional de América Latina, interesa presentar una caracterización somera de los grupos de integración regional de enfermería.

**Tabla 15: Características de grupos de integración regional de enfermería en AL**

Denominación	Características
<b>Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe</b>	El Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe está integrado por enfermeras de: El Salvador, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá, presentaron su experiencia de trabajo para mejorar la Gerencia. El propósito de dicho organismo es trabajar con el equipo de salud y otros sectores para lograr el desarrollo integral de enfermería y mejorar así la calidad. Las líneas de acción que se encuentran desarrollando son: enfermería y reformas en salud; enfermería y medio ambiente; funciones de enfermería; liderazgo en enfermería; investigación en enfermería; desarrollo de recursos humanos; calidad en la prestación; y Fortalecimiento de los valores. A la fecha los logros obtenidos son la elaboración de estándares de enfermería, protocolos hospitalarios y comunitarios, capacitación en de calidad, elaboración y difusión de un código de ética, la aplicación del Proceso de de Enfermería en las instituciones de Salud y aportaciones a la curricula de las escuelas de enfermería. En términos generales se ha fortalecido el proceso de integración docencia-servicio y gremio (Salas, S y Zárate R. 1999)
<b>Consejo Regional de Enfermería del</b>	En el Cono Sur se aprobó el Estatuto del Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR (CREM). Organismo internacional de carácter civil sin

Denominación	Características
<b>MERCOSUR (CREM).</b>	fines de lucro para la entre los Estados Miembros del MERCOSUR en los campos de la educación, la ciencia, la tecnología y la cultura. Está constituido por: Argentina – F.A.E. (Federación Argentina de Enfermería); Brasil, C.O.F.E.N. (Consejo Federal de Enfermería); - Paraguay – A.P.E. (Asociación Paraguaya de Enfermería); Uruguay – C.E.D.U. (Colegio de Enfermeras del Uruguay). Su Misión: Contribuir al fortalecimiento de un espacio político de intercambio profesional, educativo y de investigación en enfermería en la región. Conformar un organismo de referencia frente a otros, nacionales e e internacionales de diferente naturaleza donde se requiera representar a la enfermería de los países del MERCOSUR. Contribuir con la difusión de las lenguas española y portuguesa, así como del perfeccionamiento de los métodos y técnicas de su enseñanza, mediante la inclusión de la educación bilingüe para preservar la identidad de los pueblos de América Latina. Promover y realizar programas de cooperación horizontal entre los Estados Miembros y de éstos con los Estados e instituciones de otras regiones, procurando asegurar técnicamente el libre tránsito del profesionales de Enfermería.
<b>Grupo de Profesionales de Enfermería de la Comunidad Andina de Naciones</b> (en proceso de constitución)	Promovido por la OPS, en el año 2003 y precedido de algunas reuniones aproximativas en años anteriores, se reunieron líderes de enfermería de los países andinos pertenecientes a organizaciones profesionales y académicas y a niveles de gobierno de los países andinos para estudiar la viabilidad y necesidad de conformación del grupo. Todos los participantes manifestaron la necesidad de unirse y se previeron instancias posteriores de trabajo de análisis de situación, debilidades, fortalezas y capacidades de cooperación. La formación del grupo se encuentra en ciernes animado por las entidades de enfermería y la OPS y planea próximas reuniones de constitución y vinculación con el organismo de salud de la Comunidad Andina

Fuente: elaboración propia



## **5. POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA**

---

### **5.1. INICIATIVAS DE DESARROLLO DE ENFERMERÍA CON APOYO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL**

El intenso proceso de formulación de políticas y planes de desarrollo de enfermería en las Américas sobre el cual nos referiremos en el próximo apartado, no es un episodio puntual, en cambio, recoge la historia de desenvolvimientos de los últimos 20 años en que las organizaciones profesionales y académicas, las estructuras de enfermería de nivel de gobierno y de servicios y las agencias de cooperación internacional han confluído en un proceso sostenido de generación de iniciativas y desarrollos que han mudado la enfermería en la Región. La mayoría de esas iniciativas se llevaron a cabo en el marco de voluntarios y deliberados procesos de planificación e intervención con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de enfermería y contribuir a mejorar la atención de salud de las poblaciones.

En ellas han sido actores de importancia las fundaciones, en particular la Kellogg y Rockefeller y otros como FUDEN de España, los organismos internacionales, especialmente la OPS y la OEA, las asociaciones profesionales y académicas de enfermeras, las internacionales de educación en enfermería (ALADEFE), los grupos de integración regional y los Centros Colaborativos de la OMS/OPS, como el de Ribeirao Preto, Brasil, en investigación y de divulgación del conocimiento en la *Revista Latinoamericana de Educación en Enfermería*, el de ACOFAEN, Colombia, en materia de educación y ética en enfermería (Castrillón, 2003) y desarrollo de prácticas basadas en evidencias y el de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, México en desarrollo de liderazgo y profesionalización de recursos humanos de enfermería.

En décadas pasadas muchas escuelas participaron en programas y proyectos desarrollados por la Fundación Kellogg dirigidos a mejorar la cantidad y calidad de oportunidades de formación para el personal de enfermería (De Sena y Duran, 2000). Se estableció la red de escuelas. El desarrollo de 21 proyectos UNI (Una Nueva Iniciativa) ha suministrado liderazgo multidisciplinario (Grace, H. 2000). Similar papel jugaron los proyectos del Consejo Internacional de Enfermeras, con iniciativas para desarrollar la Clasificación Internacional de Diagnósticos, Prácticas y Resultados de Enfermería, mediante investigaciones en Brasil, Chile, Colombia y México y con el proyecto Liderazgo para el Cambio.

La experiencia de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud mediante el análisis del desarrollo de recursos humanos de enfermería, el apoyo al desarrollo de escuelas y programas de enfermería, la capacitación de líderes, profesores y expertos en salud internacional, el programa de libros de texto, las reuniones de expertos sobre problemas prioritarios, los estudios multicéntricos y el apoyo a la investigación y a su divulgación a través de los Coloquios Panamericanos, entre otras iniciativas, han hecho aportes al mejoramiento de la calidad de la formación en enfermería en América Latina. Los programas de profesionalización y de educación a distancia han hecho posible que ayudantes y auxiliares de enfermería logren mejorar su capacitación hasta obtener la licenciatura y ellos se han extendido por el continente.

Así, la capacidad de los programas educativos de enfermería en la región se ha expandido en forma amplia. Los programas de graduación para impulsar la formación de docentes, gerentes y líderes para el futuro, son una realidad. Se esta comenzando a fortalecer la educación doctoral, disminuyendo así la dependencia de las instituciones norteamericanas para la obtención de títulos de doctorado y logrando poner al alcance de las enfermeras la educación post-básica, al hacerla

más accesible. Se han establecido Centros Bibliográficos y se publican series periódicas de enfermería. Se han generado procesos de mejora de la calidad del cuidado y de los servicios, de desarrollo de las estructuras de enfermería de nivel de gobierno, de liderazgo de enfermería y de reorientación de la educación básica y permanente en servicio como base para la gestión.

El listado siguiente muestra algunos de los más importantes emprendimientos:

- PRODENS: Proyectos de Desarrollo de la Enseñanza de la Enfermería
  - Cali, Universidad del Valle, Colombia
  - Belo Horizonte, Universidad Federal de Mina Gerais, Brasil.
  - Santiago, Universidad Católica, Chile.
  - Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
  - Bireme, Sao Paulo, Brasil.
- Programas de APS: Programas de Atención Primaria de Salud
  - Bello Horizonte, Brasil.
  - Valdivia, Chile.
  - Bogotá, Colombia.
  - Monterrey, México.
- Programas Materno-Infantiles
  - La Paz, Bolivia.
  - Tegucigalpa, Honduras.
  - Quito, Ecuador.
  - Asunción, Paraguay.
  - Santo Domingo, República Dominicana.
  - Caracas, Venezuela.
- Proyectos de Desarrollo de la Enfermería
  - Liderazgo para el cambio: Islas Vírgenes Inglesas, Grenada, Guyana, Trinidad y Tobago, Barbados, St Lucia, Jamaica, Bahamas, Bolivia, Ecuador, Colombia, Paraguay, Venezuela, Chile, Argentina, Brasil, Costa Rica, El Salvador, México, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Republica Dominicana.
  - CIPE: Clasificación Internacional de las Practicas de Enfermería en Bogotá, Santiago, Brasilia y México
  - PRODEC: Programa de Desarrollo de Enfermería en Centro América y el Caribe.
  - Bases de datos no convencionales: Universidad Federal de Mina Gerais, Universidad Nacional de Bogotá, Universidad Católica de Chile.
  - REAL: Red de Enfermería de América Latina
  - LAS CASAS: Programa de Fortalecimiento de la Enfermería basada en Evidencias – Fundación INDEX, España y ALADEFE (Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería)
  - Programa Piloto de Escuelas de Enfermería para la Prevención y el Control de la Droga (mas de diez países) - OEA
- Algunas Publicaciones Científicas de Enfermería Indexadas en Diferentes Bases de Datos (CINAHL, INDEX, LILACS, BVS)
  - Revista Latinoamericana de Enfermería, Riberao Preto, Brasil.
  - Investigación y Educación en Enfermería, Antioquia, Colombia
  - Avances de Enfermería, Bogota, Colombia

- Revista brasileira de Enfermagem, Sao Paulo, Brasil
- Acta Paulista de Enfermagem
- Texto y Contexto en Enfermagem, Santa Catarina, Brasil
- Temas Actualizados de Enfermería, Buenos Aires, Argentina
- Revista de Enfermería del Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina
- Revista de Enfermera del Instituto Mexicano de Seguro Social, México
- Programas de educación a distancia con metodologías innovadoras
  - Los ángeles, California, Estados Unidos.
  - Rosario, Comodoro Rivadavia, Córdoba, Salta, Misiones, Río Negro, Santiago del Estero, Argentina.
  - Cali y Bogotá, Colombia.
  - Monterrey, México.
  - Maracaibo, Venezuela.
  - Bello Horizonte y Florianópolis, Brasil.
- Articulación de escuelas de enfermería no universitarias a Universidades Nacionales
  - Universidad de Buenos Aires. Articula 11 escuelas no universitarias. Buenos Aires, Argentina
  - Universidad Nacional de Quilmes. Articula 21 escuelas no universitarias. Buenos Aires, Argentina
- Transformación de auxiliares en técnicos de enfermería
  - Uruguay
  - Argentina
  - Chile
  - Perú
  - Cuba
  - Brasil
- Profesionalización de auxiliares de enfermería
  - Argentina
  - Colombia
  - Venezuela
  - Guatemala
  - México
  - Republica Dominicana
  - Costa Rica
  - Honduras
  - Nicaragua
  - Ecuador
  - Brasil
  - El Salvador
- Realización de reuniones internacionales
  - Reuniones de expertos en enfermería de la OPS/OMS (numerosas).
  - Simposios de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería (3).
  - Conferencias Iberoamericanas de educación en enfermería (7).
  - Encuentros sobre postgrados, Bogotá y Monterrey (3).
  - Coloquios Panamericanos de investigación en enfermería (11).

- Congresos Panamericanos de Enfermería (9)
- Reuniones del Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR
- Reuniones del Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe
- Congreso de Enfermería de Centro América y el Caribe
- Conformación de grupos de integración regional
  - Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe
  - Consejo Regional de Enfermería de los Países del MERCOSUR (CREM).
  - Grupo de Profesionales de Enfermería de la Comunidad Andina de Naciones
  - Consejo de Organización de Profesionales de Enfermería del Caribe Ingles

## 5.2. POLÍTICAS Y PLANES DE DESARROLLO DE ENFERMERÍA

Una política sanitaria es satisfactoria, cuando genera mejores condiciones de salud, satisfacción de los usuarios, mayor equidad y menores costos. Se logra igualdad en la atención a la salud cuando a igualdad de necesidades se da igual acceso e igual utilización de la atención existente, con la misma calidad de servicios para todos. (Banco Mundial. Citado por Laurel, A.C. 1994:30-31).

Por su parte, Mario Testa, en su libro *Pensar en Salud* (OPS/OMS Argentina, 1988) define a la política como *una propuesta de distribución de poder* (poder cotidiano, poder técnico, poder político, poder administrativo) que permite mirar al campo de la salud y de los recursos humanos en salud, como campos de fuerza y de tensión entre actores e intereses cuya relación compleja se vincula por movimientos de determinación y condicionamiento y se puede expresar en conflictos y contradicciones.

Así definida la política, puede pensarse que los recursos humanos de enfermería participan activamente de la dinámica del poder en salud y sus organizaciones, emprendimientos e ideología facilitan, potencian u obstaculizan los objetivos sanitarios nacionales y regionales contribuyendo de diversos modos al logro de la salud para todos.

La importancia de los conceptos de *equidad en salud*, por un lado y la comprensión de la *dinámica del poder en salud*, por el otro, destacan la importancia de analizar las políticas de recursos humanos de enfermería en América Latina.

En los últimos 20 años, el desarrollo de la enfermería en las Américas ha transitado por un explosivo proceso de despegue hacia la profesionalización, la constitución como actor social influyente y el progreso hacia el status de disciplina científica. Innumerables evidencias dan cuentas de ello a lo ancho del continente. La globalización, la reforma educativa, la reforma del sector salud, los progresos científico-técnicos, comunicacionales e informáticos han servido de marco y determinación al mencionado fenómeno.

Uno de los componentes del mismo radica en la conformación de grupos intersectoriales de decisión en enfermería en la mayoría de los países y las subregiones, que se han reunido para realizar análisis contextualizados, enunciar y promover políticas de enfermería y diseñar y gestionar planes de desarrollo. Sin embargo, una cierta debilidad se advierte en los mismos: en varios países existe poca capacidad de vinculación de dichos planes a las políticas públicas y aparecen las dificultades para instalar las mencionadas propuestas en las agendas políticas del Estado.



En el marco de los Lineamientos de Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería, la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, ha establecido una línea de trabajo orientada a favorecer el desarrollo de políticas y regulación de recursos humanos de enfermería que, articulada con el Observatorio de Recursos Humanos, se inició con la realización de reuniones subregionales. Se han realizado hasta el momento tres Simposios Internacionales de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería que reunieron a líderes de enfermería de nivel de gobierno, de asociaciones profesionales y académicas: el primero se realizó en Asunción en 2003 y reunió a los países del Cono Sur, el segundo se realizó en Medellín, en el 2003 y reunió a enfermeras de países de la Región Andina y el tercero se realizó en 2004 en Panamá reuniendo a los países de Centro América y el Caribe Latino. Los análisis y recomendaciones de dichas reuniones se encuentran en proceso de edición y publicación y han nutrido el presente informe.

Simultáneamente se inició también un estudio regional orientado a *analizar las áreas críticas, las políticas y los planes de desarrollo de enfermería* en los países de la Región, cuyos primeros resultados se muestran en este resumen<sup>13</sup>. El estudio se encuentra en marcha y viene mostrando la manera como las enfermeras organizadas definen prioridades y proponen agendas de trabajo que influyen las decisiones en materia de salud.

Hasta el momento se han estudiado 22 documentos conteniendo análisis, políticas y planes de desarrollo de enfermería de 19 países (Argentina, Paraguay, Brasil, Cuba, México, Ecuador, Colombia, Bolivia, Perú, Panamá, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Costa Rica, Guatemala, República Dominicana, Canadá y Estados Unidos), tres grupos de integración regional (Cono Sur, Centro América y el Caribe Inglés) y dos latinoamericanos.

Los primeros hallazgos indican que en los 19 países existen políticas y/o planes de desarrollo de enfermería. Los mismos son formulados e implementados por las unidades de enfermería del gobierno, en aquellos países donde existen conjuntamente con las asociaciones nacionales de enfermería y/o las asociaciones o instituciones académicas de enfermería. Se observó también que tanto los grupos de integración regional como las organizaciones internacionales de enfermería los presentaban. De este modo, puede decirse que el análisis y los lineamientos para el desarrollo de enfermería en la Región de las Américas tiene una fuerte presencia en la preocupación e intervención de las enfermeras a favor de la calificación de la fuerza de trabajo y el servicio de enfermería. Esta tendencia se visualiza en las siguientes expresiones:

- 1) Existen planes y/o políticas de desarrollo de recursos humanos y servicios de enfermería en la mayoría de los países y sub-regiones del continente
- 2) Todos los documentos estudiados, con variaciones de denominación, incluyen los siguientes apartados principales: contexto social y de salud del país, análisis de la situación de enfermería, identificación de problemas o áreas críticas, principales lineamientos y estrategias de acción
- 3) La mayoría de los documentos han sido elaborados, independientemente de su inserción institucional, por líderes de enfermería de servicio y nivel de gobierno, de docencia y asociaciones profesionales trabajando conjuntamente.

---

<sup>13</sup> Malvarez, S. (2004) Prioridades en las agendas de enfermería de las Américas. Estudio en curso. OPS/OMS.

**Tabla 16: Áreas críticas y prioridades en las agendas de desarrollo de enfermería en las Américas**

Categoría	Áreas Críticas	Prioridades de desarrollo
<b>1. Procesos de cambio</b>	Crecientes y acelerados cambios en el contexto, en el ejercicio, la educación y la administración de servicios de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de análisis permanente del impacto de la globalización y las reformas en la salud, la educación y el trabajo para diseñar políticas y establecer planes de enfermería</li> </ul>
<b>2. Sistemas de información</b>	Baja producción y sistematización de información sobre fuerza de trabajo en enfermería, regulación, ejercicio y educación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación y potenciación de bases de datos y sistemas de información en enfermería</li> <li>• Creación y fortalecimiento de redes</li> </ul>
<b>3. Investigación</b>	Debilidad en la producción, vinculación y diseminación de conocimiento científico de enfermería, incremento de la literatura gris y baja capacidad de investigación de las enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de políticas y líneas de investigación</li> <li>• Promoción de la recuperación, captación, vinculación y diseminación del conocimiento</li> <li>• Mejoramiento de la capacidad de investigación en cuanto a rigor metodológico, complejidad científica y producción</li> <li>• Fortalecimiento de la formación de investigadores</li> </ul>
<b>4. Capacidad política</b>	Debilidad política de las enfermeras como actores sociales y baja capacidad de influencia en las decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión de asuntos de enfermería en las políticas públicas</li> <li>• Inclusión de la perspectiva de enfermería en los análisis y decisiones de las políticas sociales</li> <li>• Inclusión de enfermeras en los niveles de decisión</li> <li>• Fortalecimiento de la imagen pública de la enfermería</li> <li>• Construcción y fortalecimiento de alianzas</li> </ul>
<b>5. Educación básica</b>	Inconsistencia educativa, desarticulación con las necesidades de salud y los nuevos servicios. Paradigmas conceptuales y pedagógicos en discusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de modelos educativos y reorientación de los planes de estudio hacia modelos sociales complejos</li> <li>• Orientación de los programas a las necesidades de salud y nuevos servicios</li> <li>• Definición de directrices curriculares</li> <li>• Potenciación de la enseñanza de la salud pública y la APS</li> <li>• Reforzamiento de la enseñanza de la ética</li> <li>• Promoción del pensamiento “crítico”</li> <li>• Revisión de los modelos pedagógicos y reorientación hacia la pedagogía</li> </ul>

Categoría	Áreas Críticas	Prioridades de desarrollo
		<p>constructivista y crítica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la educación a distancia</li> </ul>
<b>6. Educación continua</b>	Debilidad en la educación continua de las enfermeras, desactualización de los profesores y gerentes de enfermería. Debilidad y dispersión en la formación de post-grado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y fortalecimiento de la educación continua y de la educación permanente en servicio</li> <li>• Formación de profesores y gerentes en nuevos paradigmas educacionales</li> <li>• Definición de políticas efectivas de post-graduación</li> </ul>
<b>7. Dinámica de la fuerza de trabajo</b>	Escasez / exceso de profesionales de enfermería, desbalances de distribución, creciente e intensa dinámica migratoria, ausencia / debilidad de planificación de RHEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresivos programas de reclutamiento</li> <li>• Programas de retención</li> <li>• Programas de administración de migraciones</li> </ul>
<b>8. Categorías ocupacionales y educativas</b>	Diversidad de categorías ocupacionales, niveles, aparición de nuevos perfiles ocupacionales de enfermería sin formación, diversidad de programas, instituciones educativas y títulos, Indefinición de funciones por nivel. Alta proporción de personal de enfermería con bajo nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de perfiles ocupacionales</li> <li>• Definición de perfiles educativos y equiparación de títulos</li> <li>• Regulación de programas</li> <li>• Acreditación de instituciones</li> <li>• Certificación de profesionales</li> <li>• Profesionalización de auxiliares y técnicos de enfermería</li> </ul>
<b>9. Marcos regulatorios</b>	Ausencia / debilidad en la vigilancia de marcos regulatorios de la enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar y promover la regulación del ingreso, el ejercicio, la educación, la ética de la enfermería</li> </ul>
<b>10. Gestión</b>	<p>Cambios en el sistema de salud y en los modelos de gestión</p> <p>Rigidez y desactualización de la gestión de servicios y de recursos humanos de enfermería</p> <p>Desactualización de procesos de educación en servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de cambios en la organización del trabajo</li> <li>• Vigilancia y mejora de las CyMAT en enfermería</li> <li>• Fortalecimiento del liderazgo.</li> <li>• Renovación de los programas de educación en servicio y articulación de los mismos con la práctica de enfermería para mejorar la calidad</li> </ul>

### Países y grupos de interacción regional incluidos en la consulta hasta el presente

Argentina	Perú	Nicaragua	Guatemala
Paraguay	Ecuador	Costa Rica	República Dominicana
Bolivia	Colombia	Honduras	Cuba
Brasil	Panamá	El Salvador	México
Canadá	Estados Unidos	Grupo Caribe Inglés	Grupo Centro América
	Grupo Cono Sur	ALADEFE	

La continuación de este estudio y su complementación con los resultados de los Simposios Internacionales de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería, permitirán contribuir a la definición y promoción de políticas públicas saludables con base en la promoción y reorientación de políticas de enfermería.

### **5.3. LÍNEAS ACTUALES DE COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS**

#### ***Para el desarrollo de los servicios***

Partiendo del análisis la situación de los servicios de enfermería en los países de la Región, las reformas en sistemas y servicios de salud y las necesidades de individuos y comunidades, en el año 2002 se diseñó un Plan de Mediano Plazo 2002-2005 fortalecer el desarrollo de los servicios de enfermería y contribuir al logro de las metas de salud. Este Plan involucra seis áreas estratégicas:

- *Posicionamiento de enfermería en instancias de decisión* de diferentes niveles del sistema de salud y de organismos territoriales e internacionales que permitan la participación de esta disciplina en la definición, ejecución y evaluación de políticas de salud y en la toma de decisiones sobre el sistema y los servicios.
- *Fortalecimiento de los servicios de enfermería comunitaria urbana, urbano – marginal, rural y especializados* acorde a las necesidades de grupos de personas y avances de la tecnología, que propicie los procesos de desarrollo integral.
- *Adecuación de programas de formación y educación continuada* de personal de enfermería que den respuesta a las necesidades de la población y los servicios de salud con modelos de atención, y de participación, adecuados a las condiciones económicas, políticas, sociales, y a las proyecciones de los mismos.
- *Diferenciación de perfiles y funciones* dentro del equipo de enfermería y con otros profesionales, considerando los recursos locales disponibles y fortalecimiento de la participación equitativa y proactiva de enfermería en los equipos de salud.
- *Desarrollo de un sistema de información de enfermería unificado* a nivel nacional y compatible entre países cuando sea posible, que de soporte a la gestión de los servicios de enfermería y la investigación, en los diferentes niveles, para la toma de decisiones y mejoramiento de la práctica.
- *Fortalecimiento de servicios de enfermería especializados* en las diferentes áreas, acorde con los avances tecnológicos, las necesidades de los individuos, las comunidades y los modelos de atención.

El desarrollo de estas líneas estratégicas contribuye al redimensionamiento del rol de enfermería en la red de servicios, en su gestión, en la salud comunitaria, la salud familiar y en la atención especializada. En cada una de las líneas, la OPS, a través de la Unidad de Servicios de Salud, desarrolla actividades específicas de cooperación que se nutren entre sí.

#### ***Para el desarrollo de recursos humanos de enfermería***

En consecuencia de los estudios regionales realizados y atendiendo a la situación de la fuerza de trabajo en enfermería, la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, diseñó también en el año 2002, un programa de cooperación regional para el periodo 2002-2007 que

incluye cinco componentes estratégicos y encuadran las actividades de apoyo en actual proceso de realización. A saber:

- *Políticas, planes y regulación de RHE:* Promoción y orientación de la realización de análisis estratégicos y la definición y desenvolvimiento de políticas, planes y proyectos estratégicos de desarrollo de recursos humanos de enfermería, resaltando las estrategias de planificación de recursos humanos en el contexto de la escasez y los movimientos migratorios.
- *Profesionalización de recursos humanos de enfermería:* Promoción y mejoramiento de la calificación educacional del personal de enfermería que se encuentra al cuidado directo de personas y grupos, especialmente de aquel con bajos niveles de educación formal, conduciéndolo, al logro del nivel técnico y de grado, según su preparación y apoyo a la especialización en sus diferentes modalidades.
- *Educación básica para la salud pública:* Orientación de la educación en enfermería hacia las necesidades de salud de la población y los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y APS, en particular en las áreas de salud mental, materna e infanto juvenil, de lucha contra el SIDA, la pobreza y la exclusión social; actualización y enriquecimiento de los modelos pedagógicos, formación de profesores y apoyo a los procesos de regulación de la educación. La mayor cooperación esta dirigida a la transformación y convergencia curricular de nivel básico, la educación virtual y a distancia.
- *Gestión de RHE:* Modernización de la gestión de RHE incluyendo estudio y mejora de las condiciones y medio ambiente de trabajo de las enfermeras; modernización de los sistemas de dotación y distribución de personal; análisis y administración de migraciones; generación de cambios conceptuales y pedagógicos, aumento de la pertinencia y mejora de la gestión de la educación permanente en salud orientada a la mejora continua de la calidad de la atención de enfermería.
- *Generación y diseminación de información y conocimientos:* Estimulo y apoyo a la generación, sistematización y vinculación de información referida al desarrollo de recursos humanos de enfermería y su relación con el mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de los servicios. Recuperación, producción y diseminación de teorías y evidencias que permitan explicar la dinámica de los recursos humanos de enfermería y tomar decisiones, que nutran la edición de nuevos textos para la educación en enfermería orientados a la salud pública y que contribuyan a enriquecer la base científica de la enfermería y la educación de las enfermeras.

Los anteriores componentes se desenvuelven en múltiples actividades que estimulan el desarrollo y la adecuación de recursos humanos de enfermería en la Región con la participación conjunta de enfermeras de nivel de gobierno, de servicio, educación y organizaciones profesionales.



## 6. GRANDES TEMAS Y DESAFIOS

---

El futuro del cuidado de la salud en América Latina depende mucho del rol que jueguen las enfermeras. Sin enfermeras y enfermería, será imposible lograr una atención adecuada en cantidad y calidad (Grace, H. 2000). La enfermería ha obtenido grandes logros en los últimos 20 años, sin embargo, en materia de recursos humanos, participa de una triple problemática integrada por los problemas tradicionales, los devenidos de las reformas y los emergentes de la era de la globalización. En conjunto, ellos configuran un complejo panorama que podría resumirse en las siguientes áreas críticas y desafíos:

- Análisis estratégico, políticas y planificación de recursos humanos de enfermería: el camino ganado aunque grande, no es aun suficiente; se requiere redoblar esfuerzos y agudizar ideas para ordenar los análisis hacia una visión estratégica compleja de la salud, de la dinámica social y de la articulación orgánica de la enfermería en ellos, visión que permita entender la capacidad de impacto de las enfermeras en la salud e intervenir políticamente con un norte claro y distinto a favor del desarrollo de las condiciones científicas, educacionales, laborales y profesionales de la enfermería. Entender esto significará incluir la categoría “poder” en la explicación del desarrollo/subdesarrollo de la enfermería, accionar en favor de la inclusión del problema de la enfermería en las políticas de salud, promover la participación de las enfermeras en la toma de decisiones sobre la salud, delinear y ejecutar políticas, planificación y programas específicos de desarrollo de recursos humanos de enfermería.
- Composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería. Esta dimensión exhibe características preocupantes que merecen atención urgente y sostenida. La fuerza de trabajo en enfermería en esta parte del mundo se mantiene desbalanceada con relación a su composición y escasa e inequitativa con relación a su distribución en función de las necesidades de salud de las poblaciones. Los índices de enfermeras por habitantes son bajos, existe un número muy alto de ayudantes y auxiliares de enfermería responsables por casi la totalidad del cuidado directo, hay muy pocas profesionales preparadas para la atención primaria y las enfermeras se ubican en posiciones administrativas, en servicios de alta complejidad y baja cobertura y en instituciones educativas. Este modelo exige ser repensado y establecidos los criterios, las políticas y las estrategias para proveer a América Latina de un conjunto suficiente y calificado de enfermeras que presten servicios de calidad, equitativos y oportunos. Existen evidencias y experiencias suficientes que respaldan la necesidad de multiplicar acciones a favor de la profesionalización general de la fuerza de trabajo en enfermería.
- Dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería: de acuerdo a los estudios, la escasez de enfermeras en América Latina guarda estrecha relación con procesos tales como la movilidad poblacional creciente, las condiciones de desarrollo de los países, las políticas de recursos humanos en salud, los modelos elegidos de composición de la fuerza de trabajo en enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y las dificultades en la educación de enfermeras, entre otros. Esto trae como consecuencia procesos tales como un aumento sostenido de la migración de enfermeras, el desinterés por cursar estudios de enfermería profesional, la pérdida de estudiantes y el doble empleo, entre otros. Este aspecto requiere esfuerzos en los países para adecuar las políticas, mejorar las

condiciones de trabajo de las enfermeras, modernizar, calificar y administrar mejor los programas educativos y desarrollar programas bilaterales de administración de migraciones. Algunas iniciativas pueden incluir:

- Programas de repatriación de profesionales como el desarrollado por el Instituto de Ciencia y Tecnología de Colombia (Conciencias) durante el decenio de los noventa, para recuperar los investigadores y profesionales con formación de doctorado que trabajaban en el exterior
- En el marco de las negociaciones bilaterales, los países que se benefician con las migraciones podrían invertir en la formación de personal en el país de origen. Esta iniciativa complementada con oferta de becas que hagan atractivo el ingreso a la formación universitaria de enfermería, podría estimular a la vez la demanda por esta carrera en países donde ha disminuido la demanda por la profesión.
- Se pueden desarrollar campañas dirigidas a promover la imagen social de la enfermería y la información al público sobre el valor social del servicio que prestan las enfermeras, como lo están haciendo las enfermeras del Caribe Inglés.
- La motivación y las estrategias de retención son también esenciales: la revisión periódica de los sueldos, la actualización de la legislación donde aun no se ha hecho y la aplicación de las existentes; la preocupación genuina por elevar la calidad de la educación formal; por calificar al personal docente de las escuelas de formación y por integrar a estos profesionales al diálogo social y a la definición de políticas públicas en materia de salud, y en la autorregulación de su ejercicio profesional, constituyen principios esenciales para contener las migraciones masivas y aumentar las demandas por la formación en la Región.
- La Organización Mundial de la Salud (2004) recomienda a cada país hacer esfuerzos concertados a fin de ocuparse de estos factores y buscar apoyo para aquellos que más lo necesitan. Las estrategias y políticas gubernamentales pueden influir en la capacidad de cada país para retener al personal de salud. Es más importante y más eficaz a largo plazo reducir o desalentar la migración que aumentar el personal sanitario capacitado según algunas opiniones.
- De la gestión de recursos humanos de enfermería: las siguientes cuestiones vinculadas con este ítem requieren revisión:
  - El *modelo organizacional de la enfermería* en función del cual se sostienen estructuras normativas delineadas en diversas jerarquías educacionales, técnicas, administrativas, funcionales y valorativas, articulan un cerrado sistema de fuerzas que condiciona el desarrollo. En el Taller Internacional de Gerencia en Enfermería (México, agosto de 1999) existió consenso en la necesidad de fortalecer y modernizar la estructura y dinámica funcional de los servicios de enfermería hacia un enfoque gerencial de carácter horizontal cooperativo que favorezca las relaciones de carácter profesional, la conducción participativa y el trabajo en equipo." (Salas, S y Zárate R 1999).
  - La *dotación de personal y asignación del trabajo* en enfermería conserva en muchos países modelos tradicionales, rígidos poco adecuados al contexto que obstaculizan la entrega calificada de servicios y empeoran las condiciones de trabajo del personal. Es necesario idear participativamente nuevos métodos adecuados al contexto que



beneficien el cuidado de salud, generen sentido profesional y mejoren las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras. Establecer procesos dirigidos a definir criterios e indicadores para la dotación de personal de enfermería en las instituciones de salud y articular este proceso a los de acreditación institucional y recertificación profesional.

- ♦ Los *estilos de educación en servicio* se mantienen en buena medida desarticulados de la práctica, requieren ser revisados y orientados a procesos y modelos de educación permanente basados en pedagogías críticas que vinculen educación y trabajo para la mejora continua de la calidad de los servicios y estímulo y motivación a las enfermeras
- ♦ Las *condiciones de empleo y trabajo de las enfermeras*, en el marco de la flexibilización y precarización laboral, requieren urgentes medidas de abordaje en el sentido de salarios, jornada laboral, beneficios sociales, estímulos, apoyo al progreso y garantía de seguridad para el personal de enfermería
- Los temas y desafíos en educación: la educación juega un papel central en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de capacidad institucional en salud. Pero la educación en enfermería necesita transformaciones que se convierten en desafíos:
  - ♦ *El desafío disciplinar.* Desde la segunda mitad del siglo XX se ha venido ampliando y profundizando el cuerpo propio de conocimientos de enfermería que se caracteriza por ser plural y multiparadigmático. Sin embargo, los desarrollos teóricos aun no se reflejan en la formación, la investigación y la práctica. El desafío entonces, es desmedicalizar los programas de formación en enfermería (Medina JL 1999) y generar evidencia de buenas prácticas de cuidado, divulgar el conocimiento producido y mostrar, la diferencia entre ofrecer cuidados genéricos y cuidados profesionales enfermeros. (ALADEFE/UdeA, 2003). El desafío disciplinar supone también que los programas se basen en las necesidades de salud de las poblaciones y se orienten hacia las mismas, haciendo énfasis en la salud pública y la atención primaria y contemplen la perspectiva multiprofesional (Malvárez, 2003).
  - ♦ *El desafío pedagógico* supone (Malvarez, 2003):
    - Repensar y sustituir los extensos programas “bancarios” y “academicistas” de enfermería por programas de contenidos esenciales, pertinentes a las realidades sociales y de salud de los países, y a las posibilidades de los estudiantes, flexibles, de opciones múltiples y que articulen los distintos niveles e instituciones educativas
    - Desarrollar pedagogías que consideren las condiciones de aprendizaje de los adultos, que integren la teoría y la práctica y que promuevan el pensamiento crítico, la formación ciudadana y el trabajo interdisciplinario
    - Idear e implementar estrategias de educación a distancia y aprovechar las innumerables oportunidades que ofrecen las tecnologías de información y comunicación para enfermería
  - ♦ *El desafío político*, es la formación de ciudadanos. La educación ejerce una labor política cuando forma a la persona en el contexto de ciudadanía, es decir, para la participación democrática, y desarrolla el sentido cívico y la capacidad de practicar el juicio político (Bárcena, 1997). Se necesitan escuelas de enfermería institucionalmente

articuladas y comprometidas con la realidad social y orientadas a educar profesionales con capacidades para deliberar sobre lo público, para formarse juicios políticos y comprometerse con la defensa de los usuarios, con el bienestar de las comunidades y aportar a la construcción de políticas públicas de salud y enfermería. Esta es una estrategia importante para contar con líderes capaces de incluir en las agendas de política sanitaria, el cuidado profesional de enfermería como un asunto de interés público, que levante la conciencia sobre el derecho a recibir tales cuidados y demuestre sus beneficios para la salud y el bienestar de las personas. La formación de juicio político en la educación de los profesionales de enfermería, constituye una estrategia central para fortalecer el concepto de justicia sanitaria, para superar la exclusión que enfrentan numerosos grupos poblacionales y para garantizar atención calificada de salud para todos

- *El desafío económico* tiene a las escuelas de formación de enfermeras al igual que a las universidades, en condiciones de sobrevivencia en medio del ajuste y de las carencias. Las instituciones públicas enfrentan serios problemas por el déficit presupuestal que se acumula año tras año. Se necesitan políticas de apoyo y búsqueda de nuevas alternativas de financiación, comprometiendo al Estado a cumplir su función de financiar la educación pública, a cambio de mostrar excelencia en la calidad de los programas académicos y transparencia en el manejo presupuestal (Restrepo J 1998)
- En un mundo globalizado es necesaria *la internacionalización en la formación de enfermeras*, particularmente en el marco de los procesos de integración regional; esto exige formar profesionales competitivos y lograr en el educando tanto el dominio de la disciplina, como el de tecnología avanzada, de idiomas extranjeros y de asuntos éticos y legales (Gallegos, 1997). Se plantea el reto del trabajo en red, mediante convenios de cooperación que permitan aprovechar desarrollos académicos, movilizar profesores y estudiantes y fortalecer la investigación y las publicaciones. El desafío supone primariamente la articulación de las instituciones de educación en enfermería al interior de los países y luego en el ámbito internacional.
- Tres aspectos de la *gestión académica*, son inaplazables en las agendas de las directivas universitarias y de las escuelas de enfermería: *calidad de la educación, cobertura y pertinencia* (Castrillón 2000): la *calidad de la educación* depende de quienes producen, transforman y transmiten el saber, es decir, de los docentes e investigadores encargados de la formación universitaria y de las condiciones de realización de la educación de la cual hemos hablado. La formación continua de los docentes es un desafío ineludible y ha de hacer especial énfasis en el perfeccionamiento técnico-profesional, en el ámbito de la ética, de la pedagogía y de las tecnologías de información y comunicación. Por otra parte, para lograr *cobertura* los centros de formación y los gobiernos requieren generar estrategias para aumentar la oferta de profesionales. La *pertinencia* en relación con los temas enseñados y los problemas que se abordan en la formación, debe también diversificar la formación de profesionales, para responder a demandas sociales.
- *Los temas y desafíos de la investigación en enfermería:* una dimensión central del desarrollo de recursos humanos en enfermería es el desarrollo de la investigación pues es el proceso de nacionalización del saber lo que principalmente nutre los progresos hacia la profesionalización y es por el conocimiento pertinente, singular y oportunamente

entregado que una profesión adquiere relevancia social. El enorme progreso de la investigación en enfermería, sin embargo, necesita de un esfuerzo mayor que la aclare y posicione frente a las ciencias, al conocimiento universal y a la salud. En tal sentido, se requieren iniciativas y mayores esfuerzos para (Malvarez, 2002):

- *Aclarar la finalidad y establecer la base ético-política de la investigación en enfermería* y definir su contribución al desarrollo nacional y regional, identificar cuál es su aporte a la ciencia y entenderla como aporte y parte de la salud de los pueblos.
- *Potenciar los esfuerzos para definir el objeto de estudio de la enfermería y definir líneas de investigación:* Se necesita de una reflexión epistemológica rigurosa y consistente, de la apelación, articulación y creación de marcos teóricos que expliquen y redireccionen lo que las enfermeras piensan y hacen a favor de las poblaciones. Y líneas investigativas relevantes que permitan explicar y transformar positivamente los procesos de salud y enfermedad.
- *Ampliar y profundizar métodos complejos de investigación:* se debe ingresar críticamente en el desarrollo del sistema de evidencias científicas, vigilarlo con cuidado y prestar atención a sus productos, entendiéndolo que el mismo admite al menos una doble lectura: como recurso de acceso al cúmulo, dispersión y complejidad de la información y como justificación de las prácticas técnicas y políticas; es necesario analizar quiénes, para qué y para quiénes se producen las evidencias científicas que luego serán utilizadas y utilizarlas sin perder el conocimiento y la preocupación por el contexto social. Es necesario combinar métodos que descuenten de las dimensiones subjetivas, culturales, económico políticas y demográficas de la enfermería.
- *Mejorar e incrementar las condiciones de realización y productividad de la investigación en enfermería* supone intervenir sobre los determinantes estratégicos del status de la investigación en enfermería e incluye:
  - Potenciar el desarrollo socio-profesional
  - Desarrollar políticas explícitas de investigación en enfermería
  - Desarrollar la infraestructura de ciencia y tecnología para enfermería



## 7. REFLEXIONES FINALES

---

En la presentación de las Orientaciones Estratégicas de la OMS para Enfermería y Partería 2002 – 2008, la Directora de la OMS indicó que la falta de disponibilidad de enfermeras y parteras para prestar servicios de salud básicos, el éxodo de este personal, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios, tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención en salud (Ginebra, 2002). Sin profesionales de enfermería suficientes en calidad y cantidad, serán expresiones retóricas los Objetivos de Milenio y la Salud para Todos.

La situación de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina enfrenta en la actualidad una compleja problemática integrada por condiciones de naturaleza y desarrollo de la propia enfermería, antiguos y persistentes problemas de recursos humanos (hasta el '90), aquellos derivados de las Reformas de los '90 y los actuales devenidos de la globalización y sus consecuencias.

El proceso de formulación de políticas es central para la constitución de una fuerza de trabajo de enfermería calificada y pertinente en América Latina. Es preciso una intensa acción de sensibilización sobre el problema, en términos del impacto para la vida y la salud de la gente y para la seguridad de las personas hospitalizadas. Dicha acción debe cubrir un amplio rango de actores, el mas importante de ellos es la población para generar opinión pública y demanda de mejores servicios, los gobiernos, ministerios y alta gerencia de los servicios de salud, seguridad social, educación, trabajo y economía, los organismos internacionales, las agencias multilaterales y de cooperación internacional y las organizaciones de enfermería.

Luego es preciso promover alianzas y establecer una agenda estratégica conjunta entre actores para generar procesos de cambio dirigidos a intervenir planificadamente en el bajo nivel de profesionalización de la enfermería, en la inequitativa distribución de enfermeras por regiones e instituciones, en el problema de las riesgosas condiciones de trabajo, para modernizar los sistemas de gestión de recursos humanos, para idear mecanismos de administración de migraciones, para potenciar la acción social de las organizaciones profesionales de enfermería y para alinear la educación y la investigación en enfermería a las necesidades de salud y desarrollo de los pueblos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Aguirre-gas H. (1990) Evaluación de la calidad de la atención médica: Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. En: Salud Pública de México; 32 (2):170-180. México.
2. Aiken L. H.; Smith H. L. y Lake E. T. (1994) Lower medicare mortality among a set of hospital known for good nursing care. En: Medical care. 32, (28), 771–787 (Citados por Grinspun, 1997)
3. Aiken, L., Et al, (2002) Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA. 288:1987-1993.
4. ALADEFE, (2003) Memorias VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Conclusiones del Simposio sobre la enseñanza de la gestión en enfermería. Universidad de Antioquia, Medellín
5. ALADEFE/Universidad de Antioquia, (2003). VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería: Conclusiones Simposio: Enseñanza de la disciplina de la Enfermería. Medellín, Colombia. Disponible en CD.
6. Anselmio M. L.; Angerami EL y Gomez, E. 1997. Rotatividade e condições de trabalho m enfermagem nos hospitais do municipio de Ribeirao Preto. En : revista Brasileira de Salud Ocupacional. 23; 85/86: 31-41
7. Arocena R y Sutz J. (2001) La Universidad Latinoamericana del Futuro: Tendencias, Escenarios, Alternativas. (Colección UDUAL 11). México DF
8. Arriagada, J et al (2000). Recurso de Enfermería: Contribución al proceso de desarrollo. W.K Kellogg/ Real; Bogotá.
9. ATSA, Buenos Aires. (2003) Leyes Reglamentaciones y Normas de Enfermería Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina. Buenos Aires,
10. Badger K. (1998). Patient care report cards: an analysis Outcome Manag Nurs Pract, 2(1): 29-36.
11. Bárcena, F. (1997). El oficio de la ciudadanía: Introducción a la educación política. Paidós, Barcelona
12. Behn V, Jara P y Nájera RM. (2002). Innovaciones en la formación del licenciado en enfermería en Latinoamérica al inicio del Siglo XXI. En Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XX No 2
13. Castrillón, M.C. (1997). La dimensión social de la práctica de la enfermería. Universidad de Antioquia, Medellín.
14. Castrillón MC et al (1999). La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. En: Investigación y Educación en Enfermería XVII (1):13-33.
15. Castrillón M. C.; Orrego S. y Nájera R. M. (2000). La práctica de la educación y la regulación de enfermería en el contexto de las reformas al sector salud en Colombia. En: Memorias VIII Coloquio PanAmericano de Investigación en Enfermería. ACOFAEN, Bogotá.
16. Castrillón, M.C. (2000). Gestión de los procesos de formación de personal de salud en lo relacionado con su situación actual: Desafíos y perspectivas. Ponencia: VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. La Habana
17. Castrillón, M.C. (2003). El apoyo de la Organización Panamericana de la Salud para el avance de la investigación en enfermería en América Latina. En: CICAD. Los nuevos programas de doctorado en enfermería y su contribución en la reducción de la demanda de las drogas en América Latina: Retos y Perspectivas. UNANL/OEA/CICAD Monterrey
18. Castrillón M. C. y Lopera C. (2004) La regulación de la formación universitaria de pregrado en enfermería en América Latina. Universidad de Antioquia; Medellín.

19. Castro M. G. (1994). "Latinos nos Estados Unidos: Unindo Américas, Fazendo a América de Lá ou perdendo a nossa América?". En: *Integração Região e Regionalismo*. Org. Layinas, L. ; Carleial, L.M.F.; Nabuco, M.R. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
20. Chávez de Lock, N. (2004) Migración y escasez de enfermeras en Perú. II Simposio Internacional de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería. Lima
21. Chompré, R., Lange I. y Monterrossa E., (1991). *Enfermería del siglo XXI en América Latina*. Fundación W. K. Kellogg, Technicolor Ltda., Nueva York.
22. Colegio de Enfermeras del Perú. (2004) *Situación Laboral de las Enfermeras*. Montevideo
23. Collière M. F. (1993). *Promover la vida: de las prácticas de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Interamericana, McGraw-Hill; Madrid.
24. Consejo Internacional de Enfermeras CIE (1993). *La formación en Enfermería: Pasado y Presente. Vol I : Tendencias actuales y Futuras, una perspectiva del CIE*. Ginebra, (Suiza)
25. Consejo Internacional de Enfermeras CIE. 1996. *La formación en Enfermería: pasado y presente*. Ginebra, Suiza.
26. Consejo Nacional de Acreditación Colombia (2002). *Memorias del Primer Seminario Internacional de Educación Superior, Calidad y Acreditación. Ponencias y Documentos de Análisis CNA* (Disponible en CD). Cartagena, Colombia
27. Correa A.; Palacio M. y Serna L. (2001). *Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud del Municipio de Medellín*. En: *Investigación y Educación en Enfermería XIX* (2): 10-25, Medellín.
28. De Sena R y Durán M. M (2000). *Introducción*. En *Recurso de Enfermería: Contribuciones al proceso de desarrollo*. Kellogg Foundation - REAL; Bogota
29. De la Cuesta C. *Investigación cualitativa y enfermería*. En: *Index de enfermería*. Año IX (28-29). Pp 7-8.
30. Deyall, T. (2003) *Hasta la vista paraíso*. En: *Revista Perspectivas de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud*. 8(2), Washington. Disponible en Internet [www.paho.org](http://www.paho.org)
31. Donabedian, A (1984). *La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación*. La Prensa Médica Mexicana S.A. México.
32. Do Prado, M. L. y Gelbecke, F. L. (2000) *Produção do Cohecimento em Enfermagem na América Latina: O Estado da Arte*. Santa Catarina: UFSC, 2000. Presentado en la Reunión Internacional: "Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe" en Belo Horizonte, Septiembre de.
33. Dussault G. y Rigoli F. (2002). *Dimensiones laborales de las reformas sectoriales en salud: sus relaciones con eficiencia, equidad y calidad*. En: *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, No 15.
34. Enciso, V. (1997) *Género y trabajo: La enfermería*. En: *La Viñeta*, 6, 182-189.
35. Erdmann, A.L.; Gonçalves Pinheiro, P. I. (1998) *Gerenciamento do Cuidado em Enfermagem: Questionando Estratégias*. *Cogitare Enfermagem*, 3,1, 89-96, Sao Paulo.
36. Escobar, I. Castrillón M. C. y Pulido S. (1992) *Calidad de atención de enfermería en salas de trabajo de parto*. En: *Investigación y Educación en Enfermería*. X (2):65-78, Medellín.
37. Esteban, A. (1991) *Perspectivas de los programas de calidad de asistencia*. En: *Todo hospital* (80): 13-16. Barcelona.
38. Federación Argentina de Enfermería. (2004) *Situación de enfermería en el MERCOSUR*. Panel. XVII Congreso Argentino de Enfermería. Rosario.



39. Gallegos, E. (2000). Formación de recursos en enfermería: Una estrategia clave. En: Recursos de enfermería: Contribuciones al proceso de desarrollo. Bogotá: Kellogg Foundation - REAL 2000:30.
40. Gestal O. J. (1993) Concepto importancia y clasificación. En: Riesgos del trabajo en el personal sanitario. InterAmérica McGraw Hill. Nueva York. (Citado por Grinspun 1997)
41. Garzón Alarcon, N.. (1988) Investigación en enfermería: Orientaciones internacionales. En: Memorias del Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá:
42. Guevara, E.B. y Mendias, E. (2001) "La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países". Programa de Recursos Humanos (HSR), Serie 27 OPS/OMS, Washington
43. González de León D. (1990) Las mujeres médicas en las profesiones en México. En: Mujeres y Medicina 3; UAM-X; México.
44. González G. et al (2003) Estudio de oferta y demanda de recursos humanos. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; Medellín. Disponible en Internet <http://www.minsalud.gov.co/>
45. Grace, H. (2000) Reflexiones de nuestro viaje. En: Recursos de enfermería: contribuciones al proceso de desarrollo. Pág.36-37. W.K. Kellogg. Bogotá.
46. Grinspun, D. (1994) Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico: Oportunidades y desafíos para enfermería. En: VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México. P. 6.
47. Grinspun, D. (1997). La investigación centrada en la administración: Situación actual y desafío futuro. En: Investigación y Educación en Enfermería, 15 (1), Medellín.
48. Gutiérrez, M. L. La participación social para el desarrollo de la salud. Un compromiso para la enfermería. En: Enfermería en las Américas. Publicación Científica 571. Washington: OPS/OMS, 1999. Pp. 13-27.
49. Hartz, A. et al. (1998). Hospital characteristics and mortality rates. En: The New England Journal of Medicine. 321 (25), 1720-1725.
50. INE/CEDU (1995). Instituto Nacional de Enfermería; Colegio de enfermeras del Uruguay, 1er Censo nacional de enfermería profesional, Diciembre de 1993, Montevideo.
51. Kats y Miranda (1994). Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación.
52. Kerouac, S. et al. (1996). El pensamiento enfermero. Cap. 4. Barcelona: Masson.
53. Ketefian, Sh. (2003). Una visión panorámica de los programas de doctorado en enfermería en el mundo. En: CICAD. Los nuevos programas de doctorado en enfermería y su contribución en la reducción de la demanda de las drogas en América Latina: Retos y Perspectivas. UNANL/OEA/CICAD Monterrey
54. Lange I. et al (2000). La práctica de enfermería en América Latina. Documento preparado para la reunión Internacional de la Fundación W. K. Kellogg y OPS "Impacto de Enfermería en Salud de América Latina y el Caribe". Universidad Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte.
55. Lara M.A.; López EK y Fernández M. (1996) Efectos del estatus laboral de la madre sobre su salud emocional y sobre los patrones de apego de los/as hijos/as. En: Stern, C (Comp.) El papel del trabajo femenino en la salud infantil: Contribuciones al debate de las ciencias sociales. The Population Council, Colegio de México. México.
56. Lecaros de Cossio A, (2004). Los retos de la inserción del Perú en el contexto internacional y el importante rol de Europa en el Campo de la Cooperación. Ministerio de Relaciones Exteriores. <http://www.rree.gob.pe/portal/enlaces.nsf/0/8dfe145e9b1238d905256ef40059f713?OpenDocument>
57. Licha, I (1996). La Investigación y la Universidades Latinoamericanas en el Umbral del Siglo XXI: Los desafíos de la Globalización. (Colección UDUAL 7) México DF

58. López J. G. (2004). Oferta y Demanda del Recursos Humanos en Salud. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Marzo de 2004, 22, (número especial): III Congreso Internacional de Salud Pública, Medellín.
59. Malvarez, S.. (1999) Construcción de un nuevo paradigma de salud mental: La experiencia Argentina. En: Enfermería en las Américas. Publicación Científica 571. Washington: OPS/OMS,. Pp. 75-87.
60. Malvarez, S. (2000) Interrogación a los fundamentos. Conferencia. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogota.
61. Malvarez, S. (2002) Contexto de la práctica centrada en los cuidados: multideterminación, crisis y complejidad. Memorias del XVI Congreso Argentino de Enfermería Córdoba.
62. Malvarez, S. (2002) La investigación en enfermería en el contexto de la salud mundial. Conferencia. VIII Coloquio Panamericano de Enfermería. México
63. Malvarez, S. (2003). Necesidades y demandas para la formación de enfermeras. Conferencia. VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Medellín.
64. Malvarez, S. (2004) Políticas de desarrollo de recursos humanos de enfermería. III Congreso Centroamericano de Enfermería. Panamá
65. Malvarez, S. (2004). Elementos iniciales para el análisis de la ética en las organizaciones de salud. Revista Argentina de Enfermería. No. 35. Buenos Aires.
66. Malvarez, S. (2004) Situación de enfermería en las Américas. XVII Conferencia. Congreso Argentino de Enfermería. Rosario.
67. Malvárez, S. Heredia, AM y Espino, S. (2004) Profesionalización de auxiliares de enfermería en América Latina. Serie Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. N° 13. En prensa. OPS/OMS. Washington DC.
68. Manfredi, M. y Souza, A. (1986). Educación en enfermería en América Latina. En Educación Médica y Salud 20 (4) OPS/OMS: Washington.
69. Mc Elmurry, B. Et al. (2002) Primary health care in the Américas: framework, experiences, challenges and perspectives. N° 25. Series Organization and Management of Health Systems and Services. PAHO/WHO. Washington
70. Medina, J.L. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermeras. Barcelona: Laertes, p 60-61. Medina, J.L. (1999). La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermeras. Barcelona: Laertes, p 60-61.
71. Minayo, M. C. (1992) El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Sao Paulo, Río de Janeiro: Hucitec-Abrasco,. 269 p.
72. Ministerio de Salud. Universidad de Antioquia. (2003) Recursos Humanos en Salud en Colombia . Medellín.
73. Molina, M. E. (2000) La ética en la formación del profesional de enfermería en la Universidad de Antioquia. En: Memorias del Curso Internacional Itinerante: La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Medellín: Universidad de Antioquia,. Pp. 517-546.
74. Molina, G. (1999) En Salas, S y Zárata R. (1999) Informe Final del Taller Internacional de Gerencia en Enfermería en los Servicios de Salud. ENEO-UNAM Centro Colaborador de la OMS/OPS para el desarrollo de la Enfermería Profesional. México D.F.
75. Morales J. M. (2004) Investigación de resultados en enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. En Index de Enfermería, XIII (44-45): 37-41, Granada.

76. Moura Pinho, D.L. ; Abrahão, J.I.; Ferreira, M.C. (2003) As Estratégias Operatórias e a Gestão da Informação no Trabalho de Enfermagem, No Contexto Hospitalar. Revista Latino – Americana de Enfermagem, 11, (2), 168-176.
77. Naciones Unidas (2004). Informe Mundial de Desarrollo Humano: La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Mundiprensa; Madrid.
78. Nájera, R. M. y Castrillón MC. (2001) Propuesta para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería en América Latina y el Caribe. Documento de trabajo, contribución de ALADEFE al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS. México DF.
79. Negri, et al. (2002) Recursos Humanos en Salud: Política, Desarrollo y Mercado de Trabajo. Unicamp. Campiñas
80. Oficina Internacional del Trabajo OIT (2002). Panorama Laboral: América Latina y el Caribe migraciones internacionales y mercado de trabajo global. OIT; Ginebra.
81. Oficina Internacional del Trabajo OIT (1998). Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, informe para el debate de la reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud. OIT; Ginebra; Págs. 43-44
82. Organización Mundial de la Salud OMS (2002). Servicios de enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008, Ginebra.
83. Organización Mundial de la Salud OMS (2004). Contratación del personal de salud del mundo en desarrollo. Informe de la Secretaría para el Consejo Ejecutivo 114ª reunión. Punto 4.3 del orden del día provisional. Disponible en Internet Sitio <http://www.who.org> 19 de abril de 2004 EB114/5
84. Organización Panamericana de la Salud (2002). La Salud Pública en las Américas. Washington DC. P: 301
85. Organización Panamericana de la Salud (2003). Cooperación Técnica para el Desarrollo de Recursos Humanos de Enfermería. Washington. (Sin publicar)
86. Organización Panamericana de la Salud.(2004). Sitio Web <http://www.paho.org>
87. Organización Panamericana de la Salud (1994) Las condiciones de salud de las Américas. Publicación científica, 549; Washington.
88. Organización Panamericana de la Salud (1999). La Enfermería en la Región de la Américas. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), Serie 16 OPS/OMS, Washington
89. Organización Panamericana de la Salud (2001). Análisis de los recursos humanos en los procesos de reforma. En: Seminario sobre recursos humanos. Brasilia. Disponible en Internet <http://seminario-brasilia.tripod.com/seminario/id4.html>, consultado en Septiembre 02 del 2004.
90. Organización Panamericana de la Salud (2001). Desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos en el sector salud. En: 43 ER Consejo Directivo, Punto 4.5 del orden del día. Washington DC.
91. Organización Panamericana de la Salud (1973). Seminario sobre la enseñanza de la enfermería a nivel universitario, informe final. Publicación científica No.259, Washington.
92. Organización Panamericana de la Salud (2000). Informe del taller sobre proceso de acreditación para la educación en enfermería. Serie HSR 24. Ottawa.
93. Organización Panamericana de la Salud (2003). Informe del I Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Asunción. (Sin publicar)
94. Organización Panamericana de la Salud (2004). Informe del II Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Medellín. (Sin publicar)

95. Organización Panamericana de la Salud (2004). Informe del III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Panamá. (Sin publicar)
96. Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe de la I Jornada Internacional de de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería. México. (Sin publicar)
97. Organización Panamericana de la Salud (2004). Áreas críticas y prioridades en el desarrollo de enfermería en las Américas. Informe de avance de investigación. Washington. (Sin publicar)
98. Organización Panamericana de la Salud (2004). Observatorio de Recursos Humanos en Salud. <http://www.lachsr.org/observatorio/esp/>
99. Organización Panamericana de la Salud (2002). Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad y la calidad en los servicios de salud. Plan de mediano plazo 2002-2005. Washington
100. Orrego, S; Castrillón M.C. y Nájera, R.M. (2000) Estado del Arte de la Investigación presentada en Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería 1989-1998. En: *Investigação em Enfermagem*, Cantabria.
101. Partezani Rodriguez, R.A.; Emm Faleiros Sousa, F.A. (1993) O Trabalho da Enfermeira em Centro Cirúrgico Análise de Depoimentos. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 2, 1, 21-34, Riberao Preto.
102. Pérez, L. et al (1997). Diseño de instrumento para el estudio de dotación de personal de enfermería profesional y auxiliar del área médico quirúrgica en siete instituciones de salud privadas de Medellín, Colombia. En: *Investigación y Educación en Enfermería XV* (1):35-44, Medellín.
103. Pizarro, J. M. (1993). Migración intrarregional de mano de obra calificada. *Revista de la CEPAL*. No.50. Agosto.
104. Portes, A. (1997). Los determinantes de la emigración profesional. *Revista paraguaya de Sociología*. Año 14. (39/40). Asunción.
105. República del Paraguay; Centro Nacional de Población y Vivienda, (1994). Secretaría Técnica de Planificación. Dirección general de estadísticas, encuestas y censos. Asunción.
106. Salas, S et al. (2002) Aportaciones de la enfermería en el Sistema de Salud. México
107. Salas, S y Zárate R. (1999) Informe Final del Taller Internacional de Gerencia en Enfermería en los Servicios de Salud. ENEO-UNAM Centro Colaborador de la OMS/OPS para el desarrollo de la Enfermería Profesional. México D.F.
108. Santamaría R et al. (1990). Reflexiones sobre las condiciones de trabajo y práctica del personal de enfermería en el Ecuador. En: *Memorias Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. México DF.
109. Santos, C. E. (2000) Rescatando a trayectoria Professional do enfermeiro do sexo masculino: um enfoque fenomenológico. En: *Rev. Bras. Enfermagem*; 53, (2), 183-191
110. Scavino, J. (2004) Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas. Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud No. 35. OPS/OMS, Washington.
111. Siantz, ML (2004). Migración de enfermeras en América Latina. Conferencia. IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Lima.
112. Silva, E.M.; Ribas Gomes E.L. ; Anselmi, M.L. (1993) Enfermagem: Realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 1, (1), 59-63, Riberao Preto.
113. Smith, G, (2000). Prólogo En: Arriagada Jana et. al. *Recurso de Enfermería: Contribuciones al proceso de desarrollo*. Bogota: W.K. Kellogg –REAL p. XII.

114. Tünnermann C (2003). La Universidad Latinoamericana ante lo retos del Siglo XXI. (Colección UDUAL 13) México DF
115. US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. Bureau of Health Professions. National Center for Health Workforce Analysis. (2002) Projected Supply, Demand and Shortage of Registered Nurses:– 2020. Washington.
116. Velasco M. y Granda E. (2002). Los recursos humanos en el campo de la salud y su evolución histórica: La distribución de los recursos humanos en el Ecuador. En: OPS/OMS. El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí: La OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del siglo XX, Quito.
117. Verderese, O (1979). Análisis de la enfermería en América Latina. En: Educación Médica y Salud, 13 (4): 315. Washington.
118. Vieira, A. L. (1998). Os enfermeros nos países do Mercosul: Estudo comparativo da inmovilidade profissional no mercado de trabalho em saúde. Tesis para optar al grado de doctor en la Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro.
119. Wright M. G. Garzón N (1999). Análisis crítico holístico de los programas de posgrado en enfermería en América Latina. En: Enfermería en las Américas. OPS Publicación científica 571; Washington.