

Regímenes laborales en Enfermería y calidad de atención¹

Nursing working policies and quality in assistance

ANA LUISA VELANDIA MORA²

Resumen

En primer lugar, se hace un análisis somero de las reformas sanitarias en la región de las Américas. Seguidamente, se presenta el impacto de la reforma del sector salud en enfermería, las tendencias en los regímenes laborales para enfermería en los países de la región y se analizan las nuevas condiciones de trabajo de las enfermeras y su relación con la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios. Finalmente, se presentan algunos comentarios y sugerencias tendientes a aportar a la discusión regional sobre el tema.

Palabras clave: *enfermería, trabajo, sistema de salud.*

Abstract

In first instance there is a narrow analysis of the sanitary reforms in the area of the Américas. Immediately there is an analysis of the impact in the health sector, particularly in the nursing profession as consequence of the reform, the tendencies in the working policies for nurses in the countries of the area and there is also a view of the new working conditions for nurses and its relationship with the quality of the assistance and people's satisfaction. Finally, there are some comments and suggestions in order to add ideas to the regional discussion about the subject.

Key words: *nursing, work, health system.*

¹ Conferencia por invitación de la OPS en el Taller de Lanzamiento del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, en Montevideo, Uruguay, diciembre 4 y 5 de 2001.

² Licenciada en Enfermería, Master en Administración, Ph. D. en Ciencias Médicas.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS REFORMAS SANITARIAS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Las reformas sanitarias se desarrollaron en el concierto del nuevo orden mundial dominado por el mercado, las comunicaciones y el desarrollo tecnológico que determinó procesos de transformación global e involucraron todos los órdenes de las sociedades contemporáneas. El proyecto neoliberal mundial de reorganización de las sociedades entendió, en ese contexto, que la salud constituía un bien privado y podía ingresar en el mercado como un bien de cambio. Se trataba de separar, en el sector salud, el financiamiento —que debía ser privado—, de la acción (que debía ser mixta) y de la regulación del sistema —que le correspondía al Estado—. (Malvárez, 2000).

De manera que hoy existe un modelo hegemónico claro, de corte neoliberal que ha venido desarrollando estrategias de incorporación y adaptación en cada país. Sus aspectos centrales son la mercan-

tilización de los servicios de salud, el desarrollo de mecanismos por parte del Estado de subsidio a la demanda, mediante estrategias de focalización de los servicios públicos para los “pobres”, dejando para los que pueden pagar los servicios privados de salud; y a la oferta por los aportes fiscales a estos seguros privados; todo lo anterior en el marco del ajuste fiscal de los Estados. Esto provoca una dualidad en los servicios de salud: los mejores y más financiados para la minoría de la población que puede pagar; y los peores y menos financiados para la mayoría de la población que no puede pagar y que además tiene más problemas de salud. (Tabares, 2000).

El desarrollo de las políticas de salud y seguridad social en el mundo se constituye en uno de los indicadores más importantes de bienestar social de la población. (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, octubre 2001). Se puede afirmar que el neoliberalismo como política imperante en el mundo, no ha organizado la economía en torno a la producción de bienes y servicios de carácter solidario, creativo y participativo, sino una economía para generar lucro y ganancia para unos pocos, el gran capital.

Entre finales de la década de los ochenta y comienzo de los noventa, prácticamente todos los países latinoamericanos adoptaron programas de ajuste estructural prescritos por el Fondo Monetario Internacional. Estos programas están personificados en la apertura de las economías a los mercados y al capital internacional, recorte del gasto público y eliminación de los subsidios estatales, privatización de los servicios públicos y de los servicios sociales. La reforma a la salud y a la seguridad social en los países latinoamericanos acoge los criterios recomendados por el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) y el Banco Mundial sobre la forma de afrontar la crisis del sector, representados en los siguientes criterios: el primero estaba relacionado con la des-institucionalización de la salud, transfiriéndola a las unidades familiares; el segundo se orienta a poner en práctica criterios de focalización y de costo-eficiencia, y el tercer criterio, tiene que ver con la mayor diversidad y competencia que debe darse al sector privado en la prestación de servicios de salud.



El proceso de descentralización trasladó competencias del gobierno central a las entidades territoriales en materia de atención de salud, saneamiento ambiental, manejo del acueducto y alcantarillado; buscando afianzar los sistemas locales de salud, con el consecuente deterioro de estos servicios, aspecto que ha sido cuestionado por el mismo Banco Mundial quien señala que esta delegación, sin los recursos financieros ni la capacidad institucional, puede ser contraproducente y agravar la ineficiencia y la falta de equidad del sistema de atención de salud. (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, octubre 2001).

EL IMPACTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN ENFERMERÍA, TENDENCIAS EN LOS REGÍMENES LABORALES PARA ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA



Argentina

La constitución del sistema sanitario argentino se había desarrollado predominantemente en el sector público en la década de los 40, con la organización de las obras sociales en los 50 y la introducción de los seguros privados de salud en la década de los 70. Estos tres subsectores funcionaron de manera superpuesta, fragmentada y con poca o ninguna integración, con tendencia global a la medicina privada de altos costos y la baja eficiencia y calidad. Es así que a finales de los 80 el sistema exhibía un gasto creciente no ligado a mejoras, un fuerte aumento de la demanda, sobreprestaciones, insatisfacción de los usuarios, alto grado de inequidad, recursos humanos numerosos, personal mal pago, hospitales públicos devastados, obras sociales con severos problemas financieros y una precaria capacidad instalada y sobreoferta privada de servicios. Se propuso una reforma bajo supuestos que llevaron a proponer como principios de la reforma: equidad, eficiencia y cobertura global, “que se llevaría a cabo mejorando la accesibilidad, aumentando la promoción y protección de la salud, la complementariedad y la co-

bertura”. De tal modo, las estrategias globales fueron: descentralización, privatización y focalización de los servicios. A mediados de la década de los noventa se produjo el desembarco de capitales privados extranjeros, todos los cuales se constituyeron en grupos empresariales interesados en inversiones a gran escala en el mercado de salud en Argentina y otros países de América Latina.

Un somero análisis técnico permite afirmar que el gasto público se encuentra fijo, el desarrollo de autogestión de los hospitales no se ha expandido notablemente, el primer nivel de atención resuelve el 80% de los problemas y está destinado mayoritariamente a los sectores de menores recursos, mientras que el 10% corresponde a atención de alta complejidad y sirve a los sectores de mayores recursos. (Malvárez, 2000).

La información proporcionada por la Federación Argentina de Enfermería (http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/), consigna que en 1998 se desempeñaban 86.000 personas de las cuales 29.000 eran enfermeros, incluyendo licenciados, auxiliares de enfermería y empíricos. Con base en estos datos puede estimarse que en ese año se desempeñaban 23.8 enfermeros por cada 10.000 habitantes, de los cuales 8 eran licenciados. La relación enfermera por médico, sería de 0,8. La participación de la fuerza de trabajo en salud en la población económicamente activa (unas 15'500.000 personas) rondaría el 3%. El análisis integral de este resultado debería permitir valorar en su real dimensión el impacto sobre los recursos humanos de las reformas operadas en el sector, ya que la aparente disminución en la participación de este grupo en el mercado de trabajo, podría ser explicada por los cambios experimentados en la gestión de los servicios, en los procesos de trabajo y en las nuevas formas de contratación que estarían determinando el registro de parte de esta fuerza de trabajo en otros sectores del mercado.

Según una fuente directa (Malvárez, Silvina. Entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001), en la década del 70 y hasta el presente, Argentina fue objeto de un desarrollo enorme en enfermería que representó la operacionización de programas de profesionalización en todos los ni-

veles: escolarización media para muchos, formación como auxiliares para un enorme número de prácticos, profesionalización de unos 4.000 auxiliares, licenciatura para un gran número, maestrías y doctorados para un grupo significativo de profesionales de enfermería y programas de Educación Permanente en Servicios, ya generalizados.

La reforma del Estado y la reforma del sector salud impactó grandemente en el sector de enfermería de diversas maneras, en general muy negativas para el trabajo y neutras para la calidad de los servicios. La precarización del empleo se observa en los siguientes indicadores: inusitado aumento en la incorporación de enfermeras por la vía del contrato por un año y supresión de puestos estables y concursos para acceder a ellos; salario con disminuciones frecuentes y precario con relación a la canasta básica; jornada laboral sin muchas modificaciones. Varía de 6 a 8 horas diarias, con 5 ó 6 días semanales de trabajo y una licencia por vacación anual, excepto en áreas críticas como hospitales nosocomiales y terapias intensivas en que a veces se otorga una licencia sanitaria adicional; aumento de la movilidad de los puestos de trabajo entre instituciones y enorme movilidad entre turnos para cubrir servicios, sin distinción de intereses ni de competencias; aumento de profesionales en el sector privado y establecimiento de leyes de obligatoriedad para este sector en cuanto a exigencia de profesionales de enfermería; contratación de enfermeras por empresas de la industria hospitalaria como vendedoras o promotoras de productos y como enfermeras para cuidar pacientes que usan esos productos; amplio rango de salarios: hay enfermeras (las de las empresas) que llegan a percibir hasta USD 5.000 por mes, mientras que otras, generalmente de clínicas privadas perciben USD 200 por mes. El salario medio ronda los USD 400 al mes; incorporación de profesionales en puestos de auxiliares de enfermería con función profesional y salario de auxiliar; reescalafonamiento de personal que, habiendo sido auxiliar, se profesionalizó y ahora ejerce como enfermera.

Es notable el hecho, continúa diciendo Malvárez, que no hay desocupación en el grupo de profesionales, pero comienza a haberla en el grupo de auxilia-

res de enfermería. También cunde el doble empleo de manera que las enfermeras a menudo trabajan hasta 16 horas al día. En muy pocas instituciones se ha comenzado a diferenciar las funciones y tareas del personal, siendo la situación dominante la indiferenciación oficial entre auxiliares y profesionales, excepto en los puestos de conducción, en donde casi siempre hay profesionales de enfermería. Sólo en algunas instituciones privadas hay sistemas de incentivos y en muchas se promueve la profesionalización y la capacitación continua. Se observa que en la última década varias enfermeras han accedido a puestos de director de hospital, decanas de facultades de ciencias de la salud y asesoras de gobiernos provinciales y nacional.

No hay estudios sobre la variación de índices de infecciones y satisfacción de usuarios. Sin embargo, a través de la evaluación cualitativa del Programa Federal de Profesionalización se observan mejoras importantes.

Según otra enfermera argentina (Heredía, Ana María. Entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001), la situación cambia de semana a semana. El sector privado cambia permanentemente de dueños; por ejemplo, recientemente el grupo Exxel compró varios sanatorios y realizó "reingeniería" pero no había tocado al personal de enfermería. Ahora ese mismo grupo de sanatorios fue comprado por otro grupo y dentro de las medidas tomadas, una de las variables de ajuste fueron los sectores de conducción de enfermería, concretamente en este caso, las supervisoras. Se han cerrado en la ciudad de Buenos Aires algunos sanatorios importantes y ha quedado personal de enfermería sin trabajo, pero contradictoriamente se han abierto otros.

Se está viviendo una gran crisis a nivel general; la tasa de desempleo en octubre de 2001 subió casi tres puntos para quedar en 18. Es en el sector público donde el personal de enfermería tiene más "seguridad" relativa en su puesto de trabajo, es decir, hasta la fecha no se han producido despidos, pero tampoco se han creado nuevos puestos de trabajo. Pero también es cierto que en varias provincias, para mantener el famoso *déficit cero*, les han bajado un 13% el sueldo en los dos últimos meses y en 13 provincias les pagan parte del sueldo con bonos. Estos papeles

no en todas partes tienen el mismo valor que el peso, en algunos casos su valor es menos del 30% y con ellos no se pueden pagar, por ejemplo, los impuestos.

Con el objetivo de analizar los cambios observados en la práctica de enfermería a partir de la implementación de la reforma del sector salud, se llevó a cabo un estudio multicéntrico con el apoyo de la OPS y de las universidades participantes en cada país, en el cual se hizo un análisis comparativo de cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos.

El estudio en Argentina se aplicó en instituciones públicas de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, (Heredia y colaboradores, 2001) muestra que predomina el sexo femenino, la edad promedio era de 41 años, el promedio de antigüedad en la profesión era de 17 años y el 74% eran casados. El 76% trabajaba en turnos rotativos, durante 35 horas/semana los empleados municipales y durante 40 horas los provinciales.

Los entrevistados se manifestaron afectados por los cambios en sus condiciones de vida y de trabajo, se advierte una “desesperanza” al pensar en el futuro porque hay la sensación de que el “hospital público se derrumba”, falta motivación para seguir adelante. Sin embargo, no todas las apreciaciones fueron pesimistas. También aparecieron opiniones orientadas a aumentar la participación, la formación académica, los movimientos asociativos y el compromiso con la atención pública, equitativa, solidaria y de calidad. (Heredia, 2001).

En cuanto a los recursos humanos de enfermería, las medidas producto de la reforma repercutieron de la siguiente manera: no se cubren los cargos vacantes desde 1995, en consecuencia, hay pérdida de puestos de trabajo con una significativa disminución de las plantas de personal de las instituciones de salud; los salarios están deprimidos; la carrera sanitaria se encuentra interrumpida; se observa una escasa planificación del cuidado de enfermería; se privilegian los cuidados interdependientes frente a los cuidados independientes propios de enfermería; se elaboran escasos registros de las prestaciones; la organización de enfermería es vertical, con modelos rígidos de conducción y, en consecuencia, existe escasa participación del personal.

Por otra parte, las enfermeras expresan que la población acude a las instituciones cuando su salud se encuentra en un estado crítico y su vida en riesgo; poseen escasos recursos económicos y de cobertura social. Esto implica para el personal de enfermería un aumento en la complejidad del cuidado con mayores exigencias de tiempo, esfuerzo y recursos en la atención de cada paciente. Esto se enmarca en un contexto donde la relación enfermera-paciente es baja, porque hay menos enfermeras para atender más cantidad de pacientes; por la disminución en las plantas funcionales, porque no se cubren los puestos vacantes, lo cual ha aumentado más el histórico déficit de personal de enfermería.

Así mismo existe un desequilibrio enfermera-personal de enfermería. Esta situación entre otros determinantes y condiciones, contribuye a la disminución de la calidad de las prestaciones de enfermería y produce en el personal una excesiva carga de trabajo, estrés, desgaste mental, que llevan a un mayor ausentismo por enfermedad y conflictos interpersonales al interior del grupo de trabajo. En esta situación, un tanto adversa, continúa Heredia, se plantea a enfermería una marcada tendencia a aumentar los niveles de formación: los auxiliares de enfermería se incorporan a los programas de profesionalización, los enfermeros generales cursan la carrera de licenciatura y los licenciados acceden a niveles de postgrado. Se cree que esto se encuentra influenciado por la marcada competitividad laboral, las exigencias del mercado y la accesibilidad que tienen las distintas ofertas educativas, sin dejar de mencionar la iniciativa individual y los ideales de desarrollo en lo personal, lo profesional y la posibilidad de ascenso social y económico.



Brasil

Para el análisis de Brasil hay necesidad de delimitar bien dos tiempos históricos que configuraron dos propuestas de reforma sanitaria totalmente distintas una de la otra –Tabares, 2000–. La primera propuesta de reforma sanitaria se configura en el marco de la redemocratización del país en los años 80. A partir del inicio de los años 90, con la victoria de un

gobierno neoliberal, empieza el proceso más amplio de ajuste neoliberal en el ámbito económico —que es la base y el fundamento de todos los cambios—, y en el político institucional —en el marco de una reforma del Estado—.

El sector salud fue el que más resistió a pesar de un duro golpe en su financiamiento a partir del año 92, que se constituyó en el principal instrumento para el desmonte de toda el área social. Los resultados de ese “desmonte” no se hicieron esperar: una fuerte reducción de los salarios de los funcionarios públicos, generando una total desmotivación por parte de los trabajadores de la salud y una baja calidad en la prestación de los servicios; sin recursos, la mayoría de los hospitales públicos disminuyeron la oferta de camas hospitalarias y bajaron las posibilidades de acceso rápido y con calidad a sus servicios. El desmonte del sector público de salud provoca una “migración” de una parte de la clase media que puede pagar, a los seguros privados de salud, es el estímulo a la demanda para esos seguros privados que nombramos al inicio. (Tabares, 2000).

Dentro del espíritu de la “desregulación y flexibilización” de las relaciones de trabajo, los servicios de salud empiezan a hacer contratos precarios de trabajo, con la total extinción del vínculo con el servicio y de los derechos de los trabajadores. Esto ha provocado una baja de la calidad de los servicios, por una total ausencia de responsabilidades públicas de esos servicios y de sus trabajadores. Por otra parte, el sector público como el privado son llamados a hacer los “contratos de gestión” que los transforman en “organizaciones sociales” que pasan a ser de derecho privado pero financiadas con recursos públicos.

Por último, hay otra estrategia que es lo que Tabares denomina la descentralización destructiva o la municipalización irresponsable. Este tipo de descentralización viene generando un aumento en la inequidad de la prestación de los servicios de salud: los municipios que tienen más condiciones logran mantener redes de servicios funcionando; y aquellos que no tienen condiciones —los municipios más pobres y, por tanto, con la población más pobre y necesitada— poseen los servicios de salud más precarios en cantidad y calidad.

El estudio multicéntrico en el Brasil, (Ferraz y colaboradoras, 2001) se orientó a la caracterización de los sistemas de salud —público, privado y filantrópico— en torno a la atención del usuario, estructura y organización del trabajo, incorporación tecnológica y los procesos de decisiones.

Con respecto a la *atención a los usuarios*, la Red Básica de Atención Pública tiene mayor calidad en la atención; existe mayor acceso de la población a los servicios; tienen acciones preventivas de orientación que facilitan la rehabilitación del paciente y existe un mayor poder de presión y reivindicación de la población. En el sistema privado la calidad del cuidado va con las labores científicas, existe atención diferenciada para la clase I y alta y un mayor acceso a informaciones sobre salud a través de orientaciones y manuales ilustrativos.

En cuanto a la *Red Hospitalaria*, el sistema público prioriza la atención a los pacientes de mayor complejidad o tercer nivel de atención; se reduce la calidad de la atención y se incrementa la demanda atendida. En el sistema filantrópico existe disminución de camas disponibles para el Servicio Único de Salud pero hay aumento de camas de convenios y pago directo; reduce los procedimientos y cirugías para los pacientes del SUS y disminuye la calidad de la atención. El sistema privado expande convenios para las diferentes clases sociales; aumenta el número de hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos, y tiene mayor preocupación por la calidad de la atención mediante la exigencia de la clientela que paga.

En la *organización y estructura del trabajo*, el sistema de salud pública introduce la gerencia local; instala comisiones locales de salud; mejora la articulación en el desarrollo del trabajo; hay nuevas demandas de atención (AIDS, violencia); amplía las actividades preventivas e incrementa las acciones en esta área; tiene racionalización de los recursos con cambio en la estructura organizacional; incrementa los servicios especializados de alta complejidad y dificultades de contrarreferencia de los pacientes para la Red Básica.

En cuanto a enfermería (Ferraz, 2001), se tienen acciones de enfermería dirigidas para el control de costos y desperdicios del recurso; amplía los tratamientos especializados de costos elevados; monito-

rea la facturación de servicios para evitar la falencia financiera y el desempleo; racionalizan los recursos a través de protocolos de medicamentos y procedimientos; hay ampliación por la atención de las enfermeras. El sistema filantrópico invierte en la estructura física para adecuarla a los usuarios por convenio; existe profesionalización de la jefatura de enfermería para trabajar con convenios y también se presenta alta rotación del personal de enfermería, con valoración en un equipo multiprofesional. También el sistema público tiene inserción en el proceso de trabajo de diferentes profesionales de salud; sobrecarga de trabajo, con doble jornada, bajos salarios e insatisfacción profesional. El sistema filantrópico es un contingente grande de personal de enfermería sin habilitación profesional; doble jornada; bajos salarios e insatisfacción profesional. El sistema privado aumentó la cantidad de enfermeras y disminuyó el personal no habilitado; los salarios van de acuerdo con el costo de la vida.

En cuanto a la *implementación tecnológica*, en la Red Básica de Atención Pública se tiene información del sistema de registros y en la red privada se presenta con incrementos del sistema de información.

Según un enfermero colombiano, por ese entonces estudiante de doctorado en la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto (Eslava, Daniel Gonzalo. Entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001), respecto a los sistemas de trabajo, considera que se contrata en el sector público como en el privado, pero la mayor proporción de empleos es dada por el sector público donde se desarrolla la enfermera tanto en el área clínica como en el área comunitaria. En general, la labor es un tanto limitada a la cuestión administrativa. En el área comunitaria la enfermera orienta su acción al cumplimiento de los programas de salud establecidos por el Ministerio de Salud y es evaluada según el número de consultas, vacunas, charlas, etc. Ya en el área privada, los estándares de calidad aumentan la autonomía de la enfermera con respecto a la atención directa al paciente. Existe una creciente migración de las enfermeras hacia el área empresarial –laboratorios farmacéuticos– lo cual evidencia un cambio de rol, de cuidadoras a vendedoras; en algunos casos, asumen esta función en calidad de enfermeras de salud ocupacional.

Las jornadas de trabajo son generalmente las mismas, de ocho horas diarias en el área comunitaria y de seis horas en el área clínica, con turnos de 12 horas en fines de semana alternados. Según la misma fuente, es visible un proceso de “tercerización” en los hospitales, que consiste en contratar los servicios de enfermeras a través de otra empresa que es capaz de ofrecerlos; así el hospital queda libre de la carga que implica las cesantías, las pensiones y demás prestaciones.

Con respecto a los incentivos éstos son pocos, las enfermeras tanto del área pública como privada tienen pocas opciones de ver su trabajo recompensado, la excepción se da en el área educativa, en donde las universidades privadas pagan casi el triple de lo que paga la pública por las mismas horas de trabajo. En esta área si existe flexibilidad en el ámbito de las universidades privadas, donde se contrata por horas, por actividad u otros criterios de mercado.



En la universidad pública es posible mejorar el salario a medida que se avanza en el escalafón docente; por ejemplo, un profesor con maestría entra ganando unos US \$1.000 y puede conseguir más o menos US \$5.000 al llegar a la categoría de profesor titular. De todas maneras, los salarios en este sector están congelados hace unos 7 años.

En el área pública, la calidad de la atención deja mucho que desear, porque debido a la corrupción, se presenta una ausencia de materiales y se trabaja en condiciones laborales limitadas. En el área privada la salud se asume como una empresa y por consiguiente, para sustentar los altos costos de la prestación de los servicios y de los planes de salud (medicina prepagada) se asume que la calidad de la atención sea mejor, lo cual se intenta mejorando la administración del talento humano como del uso del dinero en beneficio de las mismas instituciones. Según la fuente citada, los índices de infección en las unidades de cuidado intensivo son altísimos y, aun cuando se hacen grandes esfuerzos, parece que los comités de infecciones nosocomiales aún no consiguen tener el impacto necesario para incidir de manera significativa en la disminución del problema. El principal problema es la falta de conciencia del riesgo que tiene el propio personal de salud.

La prensa no para de colocar en conocimiento del público los frecuentes errores médicos y de enfermería, en el diagnóstico como en la administración de medicamentos. Existen infinidad de procesos judiciales en este sentido. Con respecto a la satisfacción de los usuarios, éstos también se dividen en privados y públicos, los primeros reclaman por cuanto pagan altos costos para ser bien atendidos, y los segundos se conforman con lo poco que reciben. La mayor crítica consiste en la falta de humanización en el cuidado y la percepción del paciente como una patología, el fraccionamiento del cuerpo en partes y el sometimiento a las decisiones del médico y a las acciones de la enfermería. Pero en general, la población se queja casi en silencio, pero no reacciona, no actúa.

Canadá



El sistema de salud de Canadá fue creado en la década de los 60 y su intención era asegurar el acceso al cuidado hospitalario y médico basándose en cinco principios establecidos por ley, que según el Decreto de Salud de 1984 eran: accesibilidad, universalidad, integralidad, versatilidad y administración pública. Sin embargo, (May, 2000) en la medida en que los recursos financieros y los servicios se fueron recortando por los crecientes costos de la atención de salud, dichos cambios pasaron a ser más teóricos que reales, y las iniciativas de reforma se enfocaron primordialmente a reducir costos, sin avanzar mucho en los servicios.

El sistema de atención de salud del Canadá es un sistema de seguridad en salud financiado por la ciudadanía, que ofrece remuneración a proveedores particulares a cambio de la atención médica necesaria. Inicialmente, el sistema se creó para ofrecer un seguro para la hospitalización y la atención médica, pero al evolucionar, el alcance de los servicios ha sido ampliado. Sin embargo, sigue concentrado primordialmente en los seguros médicos y hospitalarios, y existe la preocupación de que ciertos servicios esenciales como el cuidado primario de salud, la atención domiciliaria, la rehabilitación y el cuidado a largo plazo, la salud pública, los medicamentos de prescripción médica y el cuidado odontológico, no están cubiertos totalmente.

Las organizaciones de enfermería comenzaron a señalar las siguientes tendencias preocupantes en la primera parte de la década de los 90: la disminución de aspirantes y de ingresos a los programas de educación en enfermería, que en gran parte obedecía a una inquietud generalizada acerca de la certeza de elegir a la enfermería como carrera, dado el cierre de los hospitales y el despido de miles de enfermeras en todo Canadá; la escasez de fondos para los programas de educación en enfermería relacionados con los drásticos recortes presupuestales en las provincias; y, por último, las condiciones deterioradas de los lugares de trabajo que entorpecían la formación de nuevas enfermeras y contribuía a la rápida desertión de la fuerza de trabajo de enfermería.

El Foro Nacional de Salud en 1997 produjo un informe de tres volúmenes que propendía por una reforma en salud basada sobre metas para el cuidado primario y la promoción en salud. Sin embargo, en lugar de tomar pasos definitivos para poner en acción un sistema más integral basado en un modelo de cuidado primario o de promoción de la salud, el gobierno fuertemente presionado por las fuerzas económicas que estaban en juego, redujo los servicios existentes. (May, 2000). Las acciones iniciales incluyeron esfuerzos costosos de reestructuración del sistema, recorte brusco de hospitales que produjo la pérdida significativa de plazas para enfermería y el deterioro de la proporción de personal profesional. La atención del público entre 1990 y 1995, comenzó a centrarse en el descontento de los trabajadores, y en las huelgas de las enfermeras y de personal de salud en la mayoría de provincias. Lo que es más, aún las medidas progresistas de reforma que se suponían mejorarían los resultados de salud dentro del sistema actual, han generado dudas acerca de la posibilidad de sostenerse.

Un artículo aparecido en el mes de octubre de 2000 en la página web de la Asociación de Enfermeras de Ontario, habla sobre la sutil privatización que se viene observando en los servicios de salud de Canadá, la cual representa un acceso inequitativo a los servicios de salud y una reducción del servicio para la mayoría de la población. Lo analizaron desde los indicadores de acceso y calidad, eficiencia y accesibilidad financiera y los datos recolectados mostraron que las personas pobres son mucho más excluidas de lo que se podría esperar. De la misma manera encontraron una correlación positiva entre el grado de privatización de los sistemas de cuidado de salud y los costos per cápita de estos sistemas, lo cual significa que la privatización los hace más costosos. (www.rnao.org)

Finalmente, la RNAO considera el impacto de esta reestructuración sobre la práctica de las enfermeras visitadoras. Según la evaluación de las enfermeras, esta reforma ha tenido un impacto negativo sobre la naturaleza y alcance de su práctica y directamente sobre la calidad del cuidado que ellas proveen en casa. Consistentemente con la posición de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario de

apoyar un acceso universal a un servicio de cuidado en casa, integral y basado en necesidades, el trabajo presenta 22 recomendaciones para el nivel federal como provincial a los CCACs (Centros Coordinadores para la prestación de servicios al hogar) y a las agencias proveedoras.

Al respecto, Doris Grinspun (Entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001), comenta: Este proceso competitivo (RTF) costo/calidad, junto al hecho de que los contratos son por 2 ó 3 años (las agencias proveedoras cambian), y de que los salarios de las enfermeras en salud comunitaria son 20% más bajos que en el sector hospitalario, ha creado muchísima inestabilidad en la prestación de servicios, especialmente en su continuidad

Chile

Según la información de la página web del Observatorio, en Chile no existe información unificada y confiable sobre la cantidad y otras características de la fuerza laboral formada y/o en ejercicio en el ámbito de la salud. Aunque previo al gobierno militar era necesario que los profesionales de la salud se registrasen debido a la obligatoriedad de la colegiatura, actualmente no existe registro obligatorio de los profesionales y no profesionales que laboran en el sector salud.

Resulta evidente un alto nivel de regulación de las relaciones laborales en el sector público de salud. Por otro lado, como resultado de la política estatal iniciada en los setenta, de no imponer un marco regulatorio fuerte a los privados, persiste un alto nivel de desregulación de los recursos humanos en el sector prestador privado, lo que ha generado diversos tipos de ineficiencia en la asignación de los recursos y descontento de los usuarios. En esencia, en el sector privado la gestión de recursos humanos en salud queda regulada por el Código Laboral para todos los empleadores de Chile, mientras que en el sector público las relaciones son mucho más formalizadas y reguladas mediante el Estatuto Administrativo y otras leyes y disposiciones oficiales.

Según Ilta Lange (Entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001), en el sec-

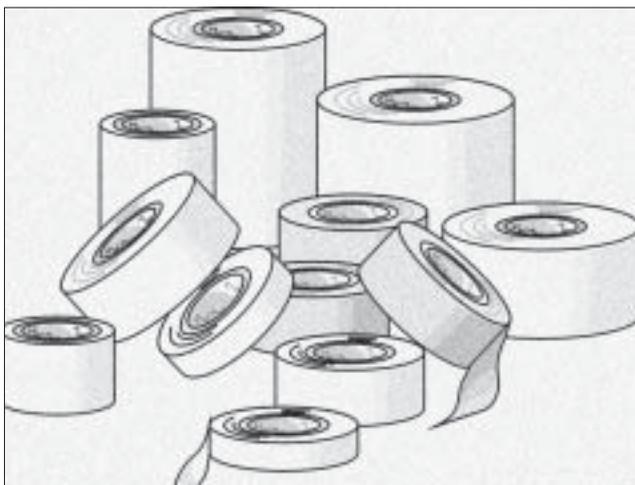
tor público no existe la flexibilidad para contratar al personal de enfermería por horas. A pesar de que se pueden contratar medias jornadas, nadie toma esta opción porque la remuneración no es la mitad de la jornada completa, sino un 75% menos, porque no se paga lo que se llama la “asignación profesional”.

No se tienen buenos registros de fuerza laboral de enfermería, no se sabe nada del sector público, tampoco sobre las enfermeras que trabajan en atención primaria y los registros más claros son acerca de las enfermeras que trabajan en los hospitales que dependen directamente del Ministerio de Salud. Se sabe que existe demasiado multiempleo y que un número no despreciable de enfermeras trabajan más de 52 horas semanales, que es el máximo que la ley autoriza. Desde 1980, cuando la inscripción en los Colegios Profesionales dejó de ser obligatoria, se perdió toda posibilidad de tener una base de datos de enfermeras profesionales.

Respecto a los turnos o jornadas, el sistema más usado es largo: 8–20 horas (noche–noche y libre–libre). *(Aquí se podría hablar de un turno compactado)*. Cada turno es de 12 horas y las horas nocturnas tienen el mismo valor de las horas diurnas. Si falta una enfermera, la saliente de noche o “de largo”, debe seguir en su turno y esas horas se pagan con un recargo. La jornada laboral es de 48 horas semanales, aun cuando acaba de salir una ley que establece que a partir de 2005 esta jornada será rebajada a 45 horas. Esta situación es la tradicional que se viene presentando desde hace años.

Según Luz Angélica Muñoz (Entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001), en la situación laboral de las enfermeras chilenas se advierte que no existen diferencias relevantes entre hospitales y clínicas en cuanto a horario, tipo de contrato y sistema de jubilación, ya que estas se rigen en forma similar en ambos tipos de institución. Se observa que las clínicas privadas otorgan un mayor número de beneficios e incentivos para trabajar en sistemas de turnos y mecanismos de flexibilidad en la jornada laboral, más favorables que en los hospitales públicos.

Los factores de salario y oportunidades de capacitación, presentan sólo una leve diferencia entre hospitales públicos y clínicas privadas, tendiendo a ser mayores en estas últimas. Los beneficios otorgados por hospitales y clínicas son: permiso con goce de sueldo, comisiones, sala cuna, colación, locomoción, bienestar y caja de compensación. Los incentivos son: bonificaciones en dinero, otras bonificaciones, días libres, uniforme/colación, servicio de bienestar y caja de compensación. El horario de trabajo de las enfermeras varía entre 41 y 50 horas y existe poca diferencia entre hospitales y clínicas. La mayor diferencia que presenta el tipo de contrato es que en las clínicas privadas el 86% de las enfermeras tiene contrato indefinido, mientras que en los hospitales públicos es sólo el 40%, y otro 42% cuenta con contrato renovable cada año. Existe un 10% de enfermeras con contratos por honorarios, todas pertenecientes a hospitales públicos. El 1% de la muestra estudiada trabaja sin contrato. En cuanto a satisfacción laboral, los factores que más influyen en ella, en orden decreciente son: salario, desarrollo profesional, relaciones laborales, jornada laboral, sistema de turnos, equipamientos e infraestructura y otros beneficios. (Weintraub, Hernández y Flores, 1999).



Colombia

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, mediante la cual se establece un nuevo Sistema de Seguridad Social en Colombia, definiendo un marco filosófico sustentado en los principios de universalidad, equidad,

calidad y solidaridad, que estructuralmente está diseñada para convertir la salud en una mercancía, se la sometió a la competencia desleal del sector privado, lo cual llevó a una total crisis de la Red Pública Hospitalaria y a las EPS (Empresas Promotoras de Salud) públicas. (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, junio 2001). Hoy, el sistema enfrenta su más profunda crisis, pues los colombianos tienen menores posibilidades de acceder a servicios de salud de calidad, con la paradoja de que cuando más recursos existen para atender la salud, los centros prestadores de los mismos, incluso los privados, se encuentran financieramente quebrados; quedando estos recursos en importante porcentaje en las empresas intermediarias.

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC (Junio 2001) realizó un estudio buscando profundizar en el conocimiento del impacto que las medidas de reestructuración aplicadas en la Red Hospitalaria, han tenido en las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras que laboran en este sector.

Las conclusiones obtenidas en este estudio fueron: el periodo de deterioro de las condiciones de vida y de trabajo, se profundiza con la implementación de la Ley 100 de 1993; en el campo de las relaciones laborales se presenta un cambio en el tipo de contratación, pasándose a sistemas más flexibles, como la provisionalidad (temporalidad) y la intermediación, lo cual representa pérdida de la estabilidad laboral y desprotección de la seguridad social y de prestaciones sociales; estas formas de vinculación desestimulan e impiden la participación de las enfermeras en diferentes tipos de organizaciones gremiales; situación que trae como consecuencia la cada vez más baja cobertura con los beneficios de los pactos y convenciones colectivas de trabajo; los niveles salariales se mantienen, especialmente en el grupo de contratación indefinida. Por la época del estudio (Junio 2001) la mayor parte de estas instituciones se encontraban en paro (cese de actividades) por sus deficientes condiciones laborales, por ejemplo, 6 meses de no pago de salarios; el desarrollo profesional dentro de estas instituciones aparentemente ha mejorado el ingreso a cargos directivos, pero en la modalidad de encargo (temporal o provisional), situación que no garantiza su estabilidad, y no le da participación en programas

de educación continua y bienestar social. La dirección del cuidado de enfermería a través de los Departamentos de Enfermería de las instituciones prácticamente se perdió, ya que las enfermeras han sido organizadas en Unidades Funcionales de Negocio que desintegran el cuidado de enfermería, el cual se cambia cada día más por actividades administrativas, delegando el cuidado directo en auxiliares de enfermería. No existe una política institucional de programas de calidad del cuidado de enfermería; la seguridad en el trabajo y la responsabilidad ético-legal, son dos variables que cada vez son objeto de menos atención por parte de los empleadores y del mismo trabajador, pues la superan en interés otras dificultades, como el desempleo.

Los resultados encontrados en el estudio multicéntrico apoyado por la OPS/OMS, en Colombia (Castrillón y Orrego, 2001), fueron los siguientes:

Cambios observados en las instituciones

Las enfermeras se caracterizan por tener unas condiciones imposibles o muy difíciles para su desempeño profesional con calidad, como es el aumento de la carga laboral por concentración de pacientes. Se deterioraron las condiciones de trabajo y la calidad de la atención. Aumentaron las formas de contratación civil con pérdida de derechos laborales, inestabilidad y deterioro en la seguridad social. En algunos lugares se ha hecho recorte de personal. Se generó una gran movilidad de personal de unos niveles de atención a otros y del ámbito comunitario-centros de salud al clínico.

La ley de reforma sanitaria exige la puesta en marcha de sistemas de control de calidad, sin embargo, se ha establecido una organización más burocrática que operativa y por ello no se ha logrado el impacto deseado. En estas condiciones, se realiza un trabajo a la defensiva por temor al paciente, que es un cliente más informado, más exigente y dispuesto a demandar legalmente.

Cambió el modelo de administración en la institución, los hospitales del sistema anterior pasaron a ser Empresas Sociales del Estado con serios problemas para autofinanciarse y disminuyeron las activi-

dades de promoción y de prevención. Se asigna una responsabilidad muy directa al municipio en asuntos de salud pública.

Reingeniería en las instituciones de salud

La reingeniería a que fueron sometidos los hospitales, llevó a trasladar personal de unos niveles de atención a otros y, en general, del ámbito comunitario a las Empresas Sociales del Estado. Generó cambios de contratación, de empleador y de perfil laboral en el personal de enfermería. Los Grupos de Trabajo Comunitario, ECOS y de programas de prevención y promoción de la salud desaparecieron, lo cual dificulta el cumplimiento de las metas de salud pública.

El exceso de trámites para el usuario y el personal de enfermería

El pensamiento financiero y la racionalización del gasto son los ordenadores de toda la actividad en los servicios de salud. El número de trámites a los cuales son sometidos los usuarios y el volumen de documentos que debe diligenciar el personal de enfermería, burocratizaron el sistema y el modelo de atención. Las Empresas Promotoras de Salud, EPS, según las personas entrevistadas (Castrillón y Orrego, 2001), compiten por cantidad y no por calidad; el

afán es afiliar cada día más y más personas y a su vez contener las plantas de personal.

Cambios en el perfil del usuario de los servicios

El cambio en el perfil epidemiológico y demográfico de los usuarios de los servicios en la mayoría de las instituciones, la movilización de profesionales dentro de la misma institución entre áreas y niveles de complejidad sin programas de educación en servicio, capacitación formal, inducción y reinducción, han generado terribles situaciones de estrés en el personal que seguramente están incidiendo en ausentismo laboral por incapacidades y licencias.

La participación y la autonomía en la toma de decisiones

Profesionales como auxiliares de enfermería consideran que todas las decisiones referentes a enfermería deben ser tomadas por enfermería. Consideran que deben participar en los comités institucionales. Algunas consideran que están participando efectivamente, pero lo que emerge es la marginalidad del personal de enfermería en la toma de decisiones y en la definición de políticas.

Influencia de la reforma en la práctica de enfermería

La reforma general de la seguridad social en salud en Colombia fue identificada como responsable de los cambios en la práctica de enfermería que se manifiestan en: insatisfacción del personal con la institución, deterioro en las condiciones de trabajo, aumento en la carga laboral, inestabilidad y baja remuneración. Además la responsabilidad civil se ha hecho más evidente con la reforma. Esto conlleva insatisfacción en su situación como empleados y como profesionales, parcela el campo de trabajo y dificulta el actuar en equipo; igualmente, obstaculiza la innovación porque los cambios necesitan el compromiso del personal con los objetivos de la Institución.



Las consideraciones finales acerca del impacto de la reforma de la salud en el mercado de trabajo de enfermería en Colombia, (Castrillón y Orrego, 2001) se hacen visibles en los principales cambios observados: surgen nuevos escenarios para el ejercicio profesional, nuevas formas de contratación y pago de servicios, diferentes formas de gestión del cuidado de enfermería, migración laboral, deterioro en las condiciones de trabajo y dilemas éticos.

Entre los resultados generales se destaca que la reforma del sector salud ha inducido a las enfermeras a incorporar un enfoque de productividad y a revisar los productos terminales del cuidado de enfermería. (Lange, 2000, citando a Castrillón).

Costa Rica



La información sobre los índices de crecimiento y composición de empleo según categorías ocupacionales, niveles de atención y subsector de pertenencia, sólo es posible obtenerla para los casos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud, pero no para las instituciones privadas de salud clínicas y hospitales. (http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/)

En Costa Rica, las relaciones laborales en el aparato estatal se han regulado por medio de dos instrumentos: el Estatuto del Servicio Civil que las regula el Poder Ejecutivo, y la legislación laboral ampliada por reglamentos autónomos y convenciones colectivas que se regulan desde las instituciones estatales. Desde 1979 se inicia la reinterpretación de la ley eliminando las convenciones colectivas. Actualmente no se reconoce derecho de huelga en el sector público, no obstante, se siguen dando en el sector movimientos huelguísticos. Igualmente, ya no existen convenios colectivos, sólo quedan vigentes los arreglos conciliatorios. [http:// observatori0_rh.tripod.com/observatorio-rh/](http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/)

Según la información presentada por Costa Rica en el Observatorio de Recursos Humanos de Chile, en 1999, la situación era la siguiente: la gran mayoría de profesionales y técnicos del sector salud trabaja en el sector público, aunque con una tendencia a aumentar su participación en el sector privado

como ocupación principal. Existe tradicionalmente mucha estabilidad laboral en el sector. Sin embargo, están surgiendo algunos fenómenos nuevos como los compromisos de gestión, que modifican los contratos porque establecen nuevas responsabilidades y modifican los criterios que determinan los ingresos, poniendo mayor énfasis en la producción y el rendimiento; la compra de servicios de salud a las cooperativas y otros proveedores, cuyos acuerdos con la CCSS permiten el uso de sus instalaciones, equipo y servicios.

Con respecto a la productividad del trabajo y calidad de los servicios se analizaron dos tópicos: en cuanto a la evaluación del desempeño, la mayoría de instituciones del sector continúa desarrollándose de forma tradicional, vinculada al análisis de los aspectos formales de la vida laboral del funcionario y se lleva a cabo de manera rutinaria como una función de la administración, con escasa o nula participación de los programas técnicos. En cuanto a los compromisos de gestión (en la CCSS), se procura aplicar un sistema en el cual se asignan recursos adicionales a partir del rendimiento y la productividad obtenidos en el periodo anterior. En estos compromisos se proponen tres niveles de evaluación: el institucional, el de equipo y el individual. En el Ministerio de Salud se ha iniciado un proceso tendiente a definir compromisos de gestión para la rectoría en el contexto del programa sectorial de mejoramiento continuo de la calidad.

El Salvador



Las enfermeras contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social representan el 72.21% de todas las enfermeras contratadas en las diferentes instituciones empleadoras; seguidas por las enfermeras contratadas por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que son un 19.38% del total. Respecto al personal técnico auxiliar de enfermería, en el Ministerio de Salud están contratadas el 65.51% y en el Seguro Social el 28.87%. El monto salarial mensual promedio es de US \$613.88 para las licenciadas en Enfermería y de US\$ 426.60 para los técnicos auxiliares de Enfermería. Enfermería todavía es con-

siderada tácitamente como un campo exclusivamente para personas del sexo femenino.

En general, en El Salvador existen dos grandes regímenes laborales: el público y el privado. Las diferentes profesiones de los trabajadores en salud se encuentran bajo un régimen laboral que regula estrechamente todo su quehacer. Sin embargo, existen diferencias importantes entre los salarios de los profesionales de salud que laboran en el Ministerio de Salud. El salario medio de un profesional médico u odontólogo es dos a tres veces mayor que el que gana un profesional licenciado en cualquiera de las otras áreas. La organización de los trabajadores de la salud es amplia, ya que incorpora a personal de diferentes subsectores (público y privado), registrando altos niveles de afiliación en sus asociaciones y sindicatos.

Estados Unidos, Estado de Texas



Dentro del estudio multicéntrico, se llevó a cabo un estudio en un hospital universitario y su sistema de clínica que sirve en un área de múltiples condados del Estado de Texas. La práctica de las enfermeras estudiadas iba de 3 a 33 años, con una media de 17 años de experiencia. El tiempo de trabajo en el lugar de estudio variaba de menos de un año a 17 años, con una media de casi 6 años. (Mendiaz, 2001).

En cuanto al impacto en la práctica de enfermería, los resultados encontrados fueron: aumento en la carga de trabajo por más tramitología, más papeleo, más delegación, incluyendo personal sin licencia; una actitud general de “tener que hacer más con menos recursos”, y disminución de los recursos de personal para la atención del paciente y de los suministros médicos. También se tiene menos tiempo para atender al paciente personalmente al lado de la cama y ésta es una preocupación muy importante ya que los pacientes cada vez están más graves o se requiere que los pacientes sean dados de alta mucho más rápido debido a las necesidades financieras; hay menos tiempo para atender al paciente ambulatorio y es necesario anticiparse a las necesidades del paciente y dentro de su enfermedad. Todo lo anterior

implica hacer énfasis en costos y efectividad; tener más eficiencia y una disminución del desperdicio.

Por la descentralización se ha enfocado el trabajo en equipo y existe un aumento en la delegación de actividades como una forma de reducir costos; las enfermeras tienen cada vez mayor responsabilidad y encuentran que se descentralizó la autoridad, que se ha delegado la toma de decisiones y que estos aspectos son muy importantes para su función profesional.

En conclusión, las enfermeras en los estudios realizados en Texas percibieron impactos positivos y negativos sobre su práctica y su ambiente de trabajo; también intentan responder en forma muy positiva a través de enfatizar la calidad del cuidado y el enfoque del cuidado integral de la enfermera, la eficiencia y costo-efectividad. Las enfermeras están informadas de que tienen que ser costo-efectivas o sus trabajos peligran.

México



El Sistema Nacional de Salud de México está integrado por diversos subsistemas, en principio las tres grandes áreas son: el sistema público, el de seguridad social y los servicios privados. La cobertura de población abierta es proporcionada por la Secretaría de Salud y el Programa del Instituto Mexicano de Seguros Sociales – IMSS Solidaridad y cubre aproximadamente un 30%, en tanto la seguridad social está cercana a un 50%. Existe superposición de coberturas entre los diversos subsistemas, los usuarios de la seguridad social utilizan frecuentemente los servicios privados o bien los servicios públicos.

Sobre la calidad de empleo y régimen laboral, los regímenes de contratación se basan en el artículo 123 constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Los tipos de contratación son de base o de planta, provisional, por tiempo determinado, por obra determinada y de confianza.

Las prestaciones que recibe el personal pueden ser en especie, en servicios, en seguros privados, en estímulos y compensaciones. La jornada laboral legalmente se establece con un máximo de 8 horas diarias durante 6 días a la semana. Para la burocracia es

de 6 a 7 horas durante cinco días a la semana. La jornada puede ser acumulada semanal o mensualmente.

Acerca de la productividad del trabajo y calidad de los servicios, la productividad es muy heterogénea, sin embargo, se destaca la tendencia que sigue el IMSS al medir en este renglón no sólo las acciones de consultas, partos, cirugía, etcétera, sino en medir los efectos como son la referencia de pacientes al segundo y tercer nivel y disminuir la presencia de enfermedades prevenibles por vacunación, así como el control de enfermedades crónico degenerativas.

En el sector privado como en el público no existen incentivos acordes a los principios modernos en la materia, los pocos que existen están dirigidos a niveles directivos y profesionales. El personal para equilibrar su presupuesto familiar tiene más de un empleo, lo cual permite soportar los descuentos económicos por ausentismo. La rotación es alta en los niveles altos y medios. En el sector público se realizan esfuerzos para establecer el Servicio Civil de Carrera.

La principal causa de conflicto e inconformidad son los bajos salarios del sector salud, las cartas de trabajo irregulares e inequitativas y la compactación de horarios, con lo que se perdió la opción de disponer de dos empleos en el turno diurno. La inseguridad en el puesto para los que han logrado nombramiento de planta es también importante. (http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/)

María Guadalupe Moreno (Entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001), quien está trabajando en un proyecto de satisfacción del usuario con el cuidado de enfermería, considera que actualmente se está dando mucha relevancia a los estudios de satisfacción por las altas incidencias de insatisfacción del usuario con los servicios de salud; incluso se ha establecido la cruzada nacional por la calidad, donde se enfatiza el trato amable al paciente y se busca ante todo su satisfacción con el servicio que recibe. Sin embargo, hasta el momento no se han realizado estudios de intervención en esta temática.

El estudio de la parte norte de México fue realizado en la ciudad de Monterrey, en instituciones de salud pública y privada de primer nivel de atención. (Paz Morales y Martínez de Dávila, 2001). Los entrevistados presentaron las siguientes características:

predominio del género femenino; las edades promedio están entre 25 y 35 años; el 88% trabaja en hospitales, predominantemente en las áreas de cuidado crítico y de cirugía general y, por último, los profesionales de enfermería tienen entre 5 y 10 años de experiencia.

Algunos de los cambios observados en el ambiente de trabajo de enfermería hacen énfasis sobre la atención a grupos de alto riesgo así como a la implementación de un paquete básico de servicios de salud, denominado PAB. También se encontraron cambios en las instituciones de salud, en los enfoques de la descentralización, autogestión, expansión de las áreas físicas e incorporación de equipo electromédico y computarizado. En estos cambios se destaca el incremento de las actividades administrativas y a su vez algunos cambios relacionados con las funciones y las responsabilidades.

Con relación a la práctica de enfermería, varios aspectos están interrelacionados: cambios en la estructura orgánica y sus categorías; delegación de funciones a otras disciplinas relacionadas, como es la atención del recién nacido y la instrumentación quirúrgica, y cambios en el enfoque de la atención al paciente crítico, quien a causa del incremento de la tecnología ha tenido menos contacto directo con el personal de salud. Algunas de las sugerencias por parte de las enfermeras(os) con respecto a los cambios en los sistemas de salud son: focalizar la atención de enfermería, definir responsabilidades, enfatizar el cuidado en función de las necesidades del paciente y fortalecer el rol de educador en el área administrativa.

Se seleccionó el Estado de México porque fue el primero en descentralizar sus sistemas de salud. Los lugares o centros seleccionados fueron un hospital general, un centro de salud urbano y un centro de salud rural, donde se encontraron las siguientes características comunes: el presupuesto proviene en su mayoría del gobierno general estatal y en un porcentaje menor de las cuotas de recuperación; enfermería no tiene responsabilidad en la planeación y manejo de los recursos humanos. Respecto a la utilización de los recursos humanos, el estudio destacó la congelación de la planta de personal de enfermería frente a una demanda que va en aumento.

En lo referente a materiales de trabajo se encontró que la participación de enfermería es limitada a pesar de que los materiales son suficientes. En cuanto a equipos, aunque son suficientes no están actualizados y existen equipos nuevos pero que no se han puesto en uso. En cuanto a las facilidades locativas, se encontró que las instalaciones son accesibles, modernas, apropiadas y funcionales; los centros estudiados están localizados en zonas accesibles, los horarios de atención para los usuarios son prolongados y los programas que se están desarrollando son permanentes.

Los resultados o efectos de la reforma observados fueron los siguientes: la descentralización de los servicios de salud ha sido uno de los mayores logros de la nueva política implementada en el país. Esto ha favorecido la extensión de cobertura y la regionalización permitiendo aun mayor número de población obtener estos servicios. Pero también se encontró, que de acuerdo con los indicadores de la reforma, que las enfermeras no participan activamente de los cambios originados por la reforma del sector, por lo cual no ha logrado impactar definitivamente su práctica profesional.

Enfermería tiene una saturación creciente de trabajo de atención a los pacientes como de trabajo administrativo y registro de formatos, entre otros. Se constató que la toma de decisiones es centralizada y que persiste el enfoque curativo. Sin embargo, otro indicador, la focalización, señala que el grupo de enfermería tiene un fuerte compromiso con la población suburbana y marginal, que se encuentra en condiciones difíciles.

El rol de enfermería se ha expandido en cuanto a la participación en la planeación, ejecución y evaluación de las acciones de los programas del primer nivel de cuidado de la salud. Se puede decir que la entrega (prestación) de los servicios básicos de salud está prácticamente referida a enfermería. En lo referente a la gerencia, hay un manejo limitado de los recursos humanos y económicos, existen serias desventajas en las posiciones directas y poca participación en los programas de calidad.

Las propuestas que se hacen frente a las implicaciones para enfermería, consideran que la movilidad de enfermería en los niveles directivos y man-

dos medios, requiere de un plan estratégico para que en el corto plazo incorpore a su rol aspectos gerenciales y toma de decisiones, referentes a las funciones y a la asignación de tareas en un marco de calidad.

Uruguay



En Uruguay (http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/), a pesar de contar con dificultades de información debido a las aperturas con las que trabaja la Dirección de Estadísticas, es posible comparar la evolución del sector a través de las tabulaciones de los Censos Económicos Nacionales de 1978 y 1988, con los datos obtenidos en el último censo –con diferente criterio de conteo–, que se presentan a continuación.

La creciente importancia de la enfermería profesional como recurso crítico en la prestación de los servicios, motiva en muchos contextos la revisión de su mercado laboral, afectado crónicamente por la escasez en Uruguay y en otros países de América latina, América anglosajona y Europa.

Las características de horario de los cargos de enfermería dificulta el multiempleo, lo que se refleja en un 65% de personas en un solo cargo, que aumenta a un 73% en las enfermeras del interior. Un punto a destacar es que el 78% de los puestos de trabajo se refieren a áreas de internación, lo cual abre un interrogante en vista de los movimientos hacia lo ambulatorio que experimentan los servicios de salud. La media de horas semanales de trabajo es de 45.7 horas, siendo de 46.6 para Montevideo y de 41.9 para el interior del país. Casi un 35% de las enfermeras de Montevideo manifiestan trabajar más de 50 horas semanales –la jornada máxima legal es de 48 horas–. Un 15% de las censadas aportan el 100% de los ingresos de su hogar, mientras que un 46% aportan entre el 40 y el 70% del total de los ingresos familiares.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Las repercusiones de las reformas del sector salud sobre los trabajadores difieren según el país y el grupo de países de que se trate. En términos generales,

las mujeres se han visto más afectadas que los hombres por la reducción del empleo a raíz del ajuste estructural y, en especial, las mujeres con un nivel de formación inferior al de los hombres.

La concentración de mujeres en los servicios comunitarios y sociales, específicamente en los sectores de salud y educación, las hacen vulnerables a los recortes de gastos impuestos en estos sectores dentro del contexto global de los programas de ajuste estructural. (Organización Internacional del Trabajo, 1998).

Los procesos de reforma acompañados de reducciones de los gastos suelen conducir a una reducción de personal. Los cambios en la estructura y el presupuesto suelen ir acompañados de recortes en la dotación de personal. Esto porque el sector de los cuidados de salud se basa en gran medida en la prestación de servicios y en la dotación de personal. Esas reducciones a menudo implican una combinación de varias medidas como despidos obligatorios por exceso de personal, congelación de vacantes, sustitución de empleos de tiempo completo por empleos de tiempo parcial, jubilación anticipada y otros programas voluntarios de reducción de personal, congelación de la contratación, readaptación profesional y otros métodos.

Según Grinspun (citada por Castrillón y Orrego, 2001), para que el cuidado sea de calidad y bajo riesgo debe ser continuo, integrado y comprensivo. Continuo, quiere decir que el enfermero debe tener un seguimiento por el mismo personal –profesional y auxiliar– por lo menos en los mismos turnos y no sufrir cambios permanentes que le generan inseguridad. Integrado, porque incorpora las complejidades biopsicosociales de las personas y considera sus necesidades en su mundo único, esto exige un profesional con conocimiento de la dimensión de lo humano; y comprensivo, porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando.

Sin embargo, a excepción de Canadá no se encontraron estudios que midieran el impacto de las medidas de la reforma sanitaria en la calidad de los servicios de salud, y menos aún, en la calidad del cuidado de enfermería. Se obtuvieron estudios sobre calidad del cuidado de enfermería, pero no relacionados con la reforma sanitaria como variable del mismo.

FUENTES PRIMARIAS

Eslava, Daniel Gonzalo, entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001.

Grinspun, Doris, entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001.

Heredia, Ana María, entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001.

Lange, Ilta, entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001.

Malvárez, Silvina, entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001.

Moreno Monsiváis, María Guadalupe, entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001.

Muñoz, Luz Angélica, entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001.

Sena, Rosení de, entrevista por Internet hecha por Ana Luisa Velandia, octubre de 2001.

BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS REGISTRADAS DE ONTARIO. www.rnao.org "Nursing Workforces Statistics", "Nurse Warn About Privatization", Reclaiming a Vision: Making Long – Term Care Community Services Work". Octubre 20 de 2001.

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA, "Impacto de las reformas del sector salud en las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras colombianas". Presentado al 22º Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermeras, Copenhague, Dinamarca, junio 11 al 15 de 2001.

CASTRILLÓN AGUDELO, María Consuelo, "La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud", en revista *Investigación y Educación*, 1999; (17)1:13-33.

CASTRILLÓN AGUDELO, María Consuelo y Orrego, Silvia, "La práctica, la regulación y la educación en enfermería –Colombia–." Intervención en el Panel: impacto de la reforma del sector salud en la práctica, la regulación y la educación de enfermería en América Latina. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias de las ponencias centrales y paneles*, Bogotá, Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, pp. 66–74.

FEDERACIÓN ARGENTINA DE ENFERMERÍA: http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/

FERRAZ, Clarice Aparecida y colaboradores. "La reforma en el sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación en enfermería –Brasil." Intervención en el Panel: impacto de la reforma del sec-

tor salud en la práctica, la regulación y la educación de enfermería en América Latina. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias de las ponencias centrales y páneles*, Bogotá: Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, pp. 65–66.

GUEVARA, Edilma y colaboradores. “Un estudio de tendencias de cuidado de la salud y su influencia en la práctica de enfermería. Análisis comparativo de los cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos”. Intervención en el Panel: impacto de la reforma del sector salud en la práctica, la regulación y la educación de enfermería en América Latina. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias de las ponencias centrales y páneles*. Bogotá, Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, pp. 80–85.

HEREDIA, Ana María y colaboradores. “La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica de la enfermería en el sector público –Argentina.” Intervención en el Panel: impacto de la reforma del sector salud en la práctica, la regulación y la educación de enfermería en América Latina. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias de las ponencias centrales y páneles*. Bogotá, Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, pp. 56–64.

LANGE, Ilta y otros, *La práctica de enfermería en América Latina*, presentado en la reunión internacional: Impacto de la enfermería en la salud: América Latina y el Caribe, Belo Horizonte, Brasil, agosto 27–septiembre 1, 2000.

MALVÁREZ, Silvina. “Análisis crítico de la reforma sanitaria en Argentina”. Intervención en el Panel: Análisis crítico de las Reformas Sanitarias en la Región de las Américas. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias de las ponencias centrales y páneles*, Bogotá, Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, pp. 37–38.

MAY, Katheryn A. “Análisis crítico de la reforma de atención de salud en el Canadá: perspectiva de una enfermera educadora.” Intervención en el Panel: Análisis crítico de las Reformas Sanitarias en la Región de las Américas. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias*

de las ponencias centrales y páneles, Bogotá, Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, pp. 43–49.

MENDIAZ, Elnora y colaboradoras. “Un estudio de tendencias de cuidado de la salud y su influencia en la práctica de enfermería en Texas –Estados Unidos.” Intervención en el Panel: impacto de la reforma del sector salud en la práctica, la regulación y la educación de enfermería en América Latina. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias de las ponencias centrales y páneles*, Bogotá, Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, pp. 75–76.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS, Observatorio de Recursos Humanos. http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/ Datos sobre recursos humanos en salud en: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Octubre 20 de 2001

PAZ MORALES, María de los Ángeles y Martínez de Dávila, María Guadalupe. “Un estudio de tendencias de cuidado de la salud y su influencia en la práctica de enfermería – estudio en la parte norte de México.” Intervención en el Panel: impacto de la reforma del sector salud en la práctica, la regulación y la educación de enfermería en América Latina. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias de las ponencias centrales y páneles*, Bogotá, Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, p. 77.

TABARES, Laura. “Un análisis crítico de la reforma en Brasil”. Intervención en el Panel: Análisis crítico de las Reformas Sanitarias en la Región de las Américas. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Bogotá, octubre 9 a 12 de 2000, en *Memorias de las ponencias centrales y páneles*, Bogotá, Acofaen, OPS, Universidad de Texas, Universidad de California, 2001, pp. 39–42.

VELANDIA MORA, Ana Luisa, *La enfermera en los sistemas de Salud*, (1999). Actualizaciones en Enfermería 2(4):16-22

WEINTRAUB, Marcela; HERNÁNDEZ, Teresa y FLORES, Verónica, *Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras de Santiago de Chile*, Santiago de Chile: Serie Políticas Sociales, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1999.