

INFORMACIÓN GENERAL

Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina

Primera parte

¹Malvárez Silvana María, ²Castrillón-Agudelo María Consuelo

¹Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA ²Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (HR), Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SHD), Oficina de Gerencia de Programas (DPM), Biblioteca Sede OPS

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 pro-*

fesionalización. 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 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.

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 tera-

péutica. 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.¹ 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.²

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).

1. 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.

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

“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.

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 hospita-

les demostró una reducción de 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 ambu-

latorios que sirven de referencia como campos docentes.³ 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 procesos 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 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).

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 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 cols (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: 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, 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

3. 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.

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 histórica en el mercado de trabajo en salud y ha sido afectado por las políticas de ajuste que 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 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 RM., 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 incluso 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 (cuadro I).

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

Cuadro I. 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	75.0(2002)
Ecuador	13.003	4.6
El Salvador	6.638	8.1(2002)
Guatemala	12.347	4.1(2002)
Honduras	6.94	13.2
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	3.0
Uruguay	3.415	9.0(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

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 aná-

lisis 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" (cuadro II).

Si reducimos el denominador del indicador a enfermeras por mil habitantes (cuadro III) 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 habitan-

tes: (Haití, Guatemala, Honduras, Bolivia, Ecuador, Colombia).

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 media-

Cuadro II. Heterogeneidad en la distribución de enfermeras en algunos países de América Latina

Año	País	Distribución de enfermeras	Fuente
1993	Uruguay		
	Montevideo:	77.6%	INE/CEDU, 1995
	Resto del país:	22.4%	
	Montevideo:	14.6 enf/10.000 hab.	Cálculo propio
	Resto del país:	2.5 enf/10.000 hab.	Cálculo propio
	Razón general:	8.7 enf/10.000 hab.	
1994	Paraguay		
	Asunción:	70.8%	República de Paraguay, Censo Nacional de población y vivienda, 1994.
	Resto del país:	29.2%	
	Asunción:	7.2 enf/10.000 hab.	Observatorio de recursos humanos en Salud. OPS/OMS. http://www.lachsr.org/observatorio/esp
	Resto del país:	1.3 enf/10.000 hab.	
	Razón general:	2.2 enf/10.000 hab.	
2001	Ecuador		
	Imbabura y Pichincha:	6.4 enf/10.000 hab.	Velasco y Granda, 2002
	Amazonía:	3.6 enf/10.000 hab.	
	Razón general:	4.6 enf/10.000 hab.	
2004	Perú		
	Moquegua:	19,7 enf/10.000 hab.	
	Arequipa:	14,9 enf/10.000 hab.	Chávez de Lock, N. (2004) Migración y escasez de enfermeras en Perú.
	Lima:	11,7 enf/10.000 hab.	
	San Martín:	2,8 enf/10.000 hab.	Conferencia. II Simposio Internacional de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería. Lima
	Loreto:	2,8 enf/10.000 hab.	
	Razón general:	8 enf/10.000 hab	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro III. Enfermeras y médicos por 1000 habitantes, partos atendidos por personal sanitario, camas y egresos hospitalarios
Región de las Américas

País	Población (millones) 2003	Enf/1000 hab. 2000	Md./1000 hab. 2000 sanitario	Partos atendidos por personal especializado (% 1995-2002)*	Camas hosp/1000 hab. 2000	Egresos hosp/1000 hab. 2000
Norteamérica						
Canadá	31,510	7.48	1.87	98	3.81	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
Centroamérica						
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	1.0 a	57.4
Panamá	3,120	1.08	1.21	90	2.1	103.7
Caribe Latino						
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	---
Región Andina						
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	---
Cono Sur						
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

Caribe no Latino	En miles					
Anguila	12	3.13	0.9		3.0 a	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.

na complejidad, si esa relación aumenta a seis, aumenta también en 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 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.

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.

La composición de la FTE en América Latina mostrada en el cuadro IV, exhibe que el país con más alta proporción de profesionales de enferme-

ría es México (61.5%) siendo Uruguay el de más 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% en Guatemala. La media por subregiones 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 crea-

Cuadro IV. Composición de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina
Años diversos entre 1998 y 2004

País	Total	Enfermeras ⁴		Auxiliares ⁵		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. http://www.lachsr.org/observatorio/esp
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 http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
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 http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
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 http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
Cuba	84.232	S/I	---	S/I	---	2001	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
República Dominicana	15.621	2.872	18.4	12.749	81.6	2000	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
Puerto Rico	26.968	15.711	58.3	11.257	41.7	2001	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
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

4. Incluye enfermeros y licenciados en enfermería

5. Incluye auxiliares de enfermería

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

tivas 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. 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 interven-

ción de varias disciplinas, entre ellas la psicología, politología, sociología, economía, demografía y antropología.

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 curri-

cular, 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.⁶

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,⁷ 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).⁸

Algunas referencias informales no sistemáticas sobre migración de en-

fermeras en América Latina se muestran en el cuadro V.

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 2.3% del total de sus enfermeras y Brasil 2.8% a favor de Estados Unidos, Guatemala perdió 34%, Honduras 32.2%, El Salvador 60% y Panamá 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 de 15% de sus enfermeras. De ellas 57.19% emigró a Italia, 35,86% a Estados Unidos y 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

6. Ver Plan Trienal para el sector de educación en el proceso de integración del MERCOSUR, 1992 citado por Vieira).

7. Ver el caso de MERCOSUR en la tesis doctoral de Vieira, 1998.

8. Ver políticas de Educación Superior generales y particulares de las Universidades de Colombia, Chile, México y Brasil.

Cuadro V. Migración de enfermeras en América Latina en los últimos años

Países	Referencias de migración de enfermeras	Fuentes
Costa Rica	En los últimos dos años más de 100 enfermeras emigraron a Estados Unidos	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Honduras	En los últimos años más 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 más de 150 enfermeras emigraron a otros países. Los más 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
Panamá	En la década 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
Guatemala	No se observa emigración de enfermeras	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
República 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 inmigran 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
Paraguay	Hay migración masiva de enfermeras a España, Italia y otros países de Europa. En 2004 se han 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

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 que 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 excluyentemente 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,

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.⁹

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 enfer-

mería. 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 profesio-

nales 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.

1.4. 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, 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 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.

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 Enfer-

mería 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 mas 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.

1.5. Implicancias de las reformas de 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

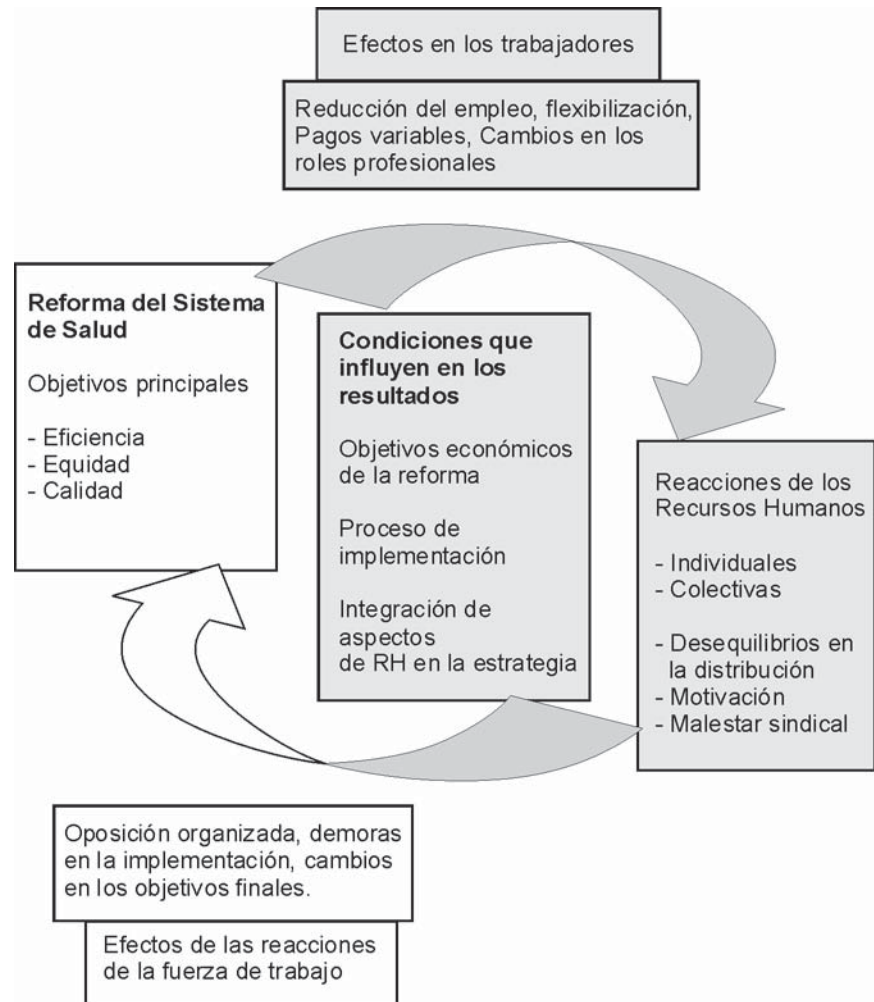
el equipo de salud. La moral y motivación de las enfermeras mermó considerablemente, así lo expresaron en las entrevistas enfermeras de cinco países que vivieron directamente el proceso de reformas (Guevara E. y Mendias E., 2000). Las mismas enfermeras perciben que el valor social de la profesión no 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



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. 