

LOS ESTUDIOS SOBRE FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA EN LAS AMÉRICAS

STUDIES ON THE NURSING WORKFORCE IN THE AMERICAS

OS ESTUDOS SOBRE A FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

María Consuelo Castrillón¹

RESUMEN

Estudio documental sobre la escasez de enfermeras, su irracional distribución y las deterioradas condiciones en que llevan a cabo su labor. Fue realizado a partir de fuentes secundarias en especial de datos oficiales disponibles en el observatorio de recursos humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la organización Internacional del Trabajo (OIT), los Informes sobre Desarrollo Humano de los años 2004 y 2006 y aportes de investigaciones realizadas en diferentes países. Se introduce el tema mostrando los problemas teóricos y de disponibilidad de datos confiables para el estudio de la fuerza de trabajo de enfermería. Identifica algunos de los enfoques empleados en estos estudios. Muestra diversas categorías que hacen referencia a los trabajadores de la salud deteniéndose en las dos más empleadas: *fuerza de trabajo y recursos humanos*. Destaca tres dimensiones en el contexto donde se sitúan las preguntas de investigación como son el desmantelamiento del estado de bienestar con las mutaciones en el sistema productivo y de la prestación de servicios; la reorganización del Estado y la feminización del empleo en salud. Se presentan datos del panorama de la fuerza de trabajo de enfermería en las Américas comparando entre países el indicador de enfermeras por 10.000 habitantes, la proporción de enfermeras y auxiliares, la concentración urbana de este recurso en contraste con indicadores de salud pública como partos atendidos por personal sanitario calificado, y las proyecciones en población mayor de 65 años para el año 2015. Se tipifican las condiciones de trabajo y la migración profesional.

Palabras clave: Enfermería; América Latina; Personal de Enfermería/provisión & distribución; Fuerza de Trabajo; Mercado de Trabajo; Condiciones de Trabajo

ABSTRACT

This is a study of documents on the shortage of nurses, their uneven distribution and the poor conditions in which they carry out their work. Secondary sources were used, especially official data available in the human resources observatory of the Pan-American Health Organization (PAHO), the International Work Organization, the Information on Human Development of 2004 and 2006 and contributions of research in different countries. The subject is introduced showing the theoretical problems and the issues of the availability of reliable data for the study of the nursing workforce. It identifies some of the approaches used in these studies. It shows various categories that refer to the health workers and discusses those most widely employed: workforce and human resources. It emphasizes three dimensions in the context of the research questions: the dismantling of the state of well-being with the changes in the production system and services; the reorganization of the State and the feminization of health employment. Data about the nursing workforce in the Americas are presented, making comparing countries by the indicators: number of nurses per 10,000 inhabitants, the proportion of nurses to auxiliaries, the urban concentration of health workers contrasted to public health indicators such as deliveries by qualified health personnel and projections for the population older than 65 in 2015. The working conditions and professional migration are also described.

Key words: Nursing; Latin America; Nursing Staff/supply & distribution; Labor Force; Job Market; Working Conditions

RESUMO

Trata-se de um estudo documentário sobre a escassez de enfermeiras, sua distribuição irracional e as más condições de trabalho a que se submetem. Este estudo foi realizado a partir de fontes secundárias, especialmente de dados oficiais disponíveis no observatório de recursos humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), da Organização Internacional do Trabalho (OIT), dos Relatórios sobre Desenvolvimento Humano dos anos 2004 e 2006 e de contribuições de pesquisas realizadas em diferentes países. O tema é introduzido mostrando-se problemas teóricos e de disponibilidade de dados confiáveis para o estudo da força de trabalho em enfermagem. Categorias que fazem referência aos trabalhadores da saúde são analisadas, enfatizando-se as duas mais empregadas: força de trabalho e recursos humanos. No contexto, destacam-se três dimensões onde se situam as perguntas de pesquisa as quais correspondem ao desmoronamento do estado de bem-estar devido as mutações no sistema produtivo e de prestação de serviços; a reorganização do Estado e a feminização do emprego em saúde. Apresentam-se dados do panorama da força de trabalho em enfermagem nas Américas, comparando-se o indicador de enfermeiras por 10.000 habitantes, a proporção de enfermeiras e auxiliares, a concentração urbana deste recurso em contraste com indicadores de saúde pública como partos atendidos por pessoal sanitário qualificado e as projeções na população maior de 65 anos para o ano de 2015. As condições de trabalho e a migração profissional são tipificadas.

Palavras-chave: Enfermagem; América Latina; Recursos Humanos de Enfermagem/ provisão & distribuição; Força de Trabalho; Mercado de Trabalho; Condições de Trabalho

¹Enfermera Magíster en Educación. Profesora Emérita Universidad de Antioquia, Colombia.

Grupo de Investigación: "La práctica de enfermería en el contexto social" GIPECS. Consultora ALADEFE

Endereço para correspondência: Calle 26 sur 43 A 41 Torre 7 Apartamento 701 Envigado, Antioquia, - Colômbia

E-mail: concastril@une.net.co

INTRODUCCIÓN

Ponencia presentada durante el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería realizado en Buenos Aires Argentina en noviembre de 2006. Elaborada con base en el estudio sobre “Fuerza de trabajo de enfermería en América Latina”⁽¹⁾ actualizado en lo referente al marco conceptual, datos recientes de algunos países y revisión de investigaciones sobre el tema. El objetivo es mostrar el panorama de escasez de enfermeras en la región, sus consecuencias en el panorama de la salud pública de los países y la necesidad de investigación rigurosa que oriente la planificación de este recurso humano en salud.

I. Los enfoques teóricos para el estudio sobre fuerza de trabajo en enfermería

Teniendo en cuenta que la construcción teórica del objeto de conocimiento articula un modo de pensar, es preciso mostrar diferentes miradas desde dónde se puede construir la categoría *fuerza de trabajo de enfermería*. En primer lugar el problema se sitúa en un dominio del conocimiento y la acción que corresponde al mundo del trabajo. Para la corriente de pensamiento *Medico Social*⁽²⁾ la construcción teórica del *trabajo* debe abordarse como un complejo proceso social y técnico, tal como lo hace el *materialismo histórico*. Desde esta perspectiva, el *trabajo* constituye el proceso social básico de toda sociedad, dado que en él se producen, bajo condiciones determinadas, los bienes y servicios necesarios para la vida social. En dicho proceso el humano se transforma a sí mismo mediante el uso del cuerpo y la mente que transforman objetos de diversa naturaleza.⁽³⁾

Aunque el *proceso de trabajo* es transhistórico, la doctora Asa Cristina Laurel⁽²⁾ aclara que sólo se concreta bajo formas históricas particulares. Es así como en las sociedades capitalistas como las de la mayoría de países de América Latina, la búsqueda de la ganancia se constituye en el principal motor tanto de la producción como de la prestación de servicios, mediante el denominado proceso de valorización en procesos laborales concretos, donde para comprender cómo se trabaja es preciso profundizar tanto en su base técnica, como en la organización y división del trabajo.

De otra parte, el carácter dinámico de los procesos de producción y de prestación de servicios, crean nuevas formas de organización, modernización tecnológica y contextos laborales. Es por eso que algunos autores, refiriéndose a dichos procesos, afirman Durán⁽⁴⁾ que uno de los dinamismos más profundos del progreso social tiene como fuente el factor cultural. Según Durán⁽⁴⁾, **el factor cultural** es un factor de primer orden y, en ocasiones históricas determinadas, el factor que más obstaculiza o que más acelera los cambios sociales y políticos y el desarrollo integral de una sociedad concreta.

En la **teoría de la organización** es universalmente aceptado que cada institución, tiene “una cultura organizacional” específica, independientemente de que dichas organizaciones o instituciones tengan fines u objetivos similares.

Existe una cultura del trabajo en general, que es la forma como lo ve y asume el conjunto de una sociedad determinada, el hecho del trabajo humano. Desde dicha

perspectiva podríamos preguntarnos ¿Cuál es la importancia que el conjunto de la sociedad le otorga al trabajo de enfermería?, ¿en qué escala de la jerarquía valorativa lo ubica?, ¿que actitudes y comportamientos prácticos se asumen frente al mismo?. Estas y otras preguntas están por responder en el caso de enfermería.

Pero hay otra forma de contemplar la *cultura del trabajo* y es la que se refiere a la cultura no ya como actitud y comportamiento del ser humano frente al trabajo, sino como un “sistema de valores”, es decir, sobre la jerarquía valorativa que una sociedad determinada le da al trabajo humano. Desde este punto de vista lo menos que se puede afirmar es que en nuestra sociedad latinoamericana hay dos culturas del trabajo perfectamente diferenciadas: La cultura economicista-materialista y la cultura humanista-espiritualista.

El trabajo humano valorado solamente en términos económicos y materiales, es la posición del capitalismo neoliberal que sólo reconoce en el trabajo su dimensión objetiva, es decir, prisionero de su economicismo y de su materialismo, sólo se interesa por lo que el trabajo produce y no por lo que el trabajo es, es decir, sobre valora el sentido objetivo y atropella y desconoce el sentido subjetivo, personal y humano, del trabajo.

Dicho en otros términos, esta concepción reduce el trabajo a su dimensión objetiva, considerando exclusivamente al trabajo humano como factor de producción de bienes y servicios, como factor de acumulación de capital y como mecanismo generador de tecnologías que a su vez, permiten producir más cosas y prestar más servicios acumulando más capital y generando tecnologías más sofisticadas. Esta posición “reduccionista” transforma fatalmente al trabajo humano en mercancía sujeta a las leyes del mercado. En dicho contexto a la enfermería se le cercenan los fundamentos valorativos sobre los cuales se construyó históricamente la profesión, es decir: las personas como el centro de su quehacer, y la necesaria *Inter – relación* con las personas cuidadas como condición necesaria para identificar y satisfacer necesidades de atención para el cuidado de la salud. Enfermería pasa a ser parte de la burocracia institucional que gestiona servicios pero no se ocupa del cuidado directo a las personas.

Otra concepción del trabajo, es la concepción que comparte y asume la CLAT (Central Latinoamericana del Trabajo <http://www.clat.org/portal/>), en la cual el trabajo no solo tiene como fin el producto, sino también y principalmente, la subsistencia, el perfeccionamiento y desarrollo del mismo trabajador, y es aquí donde radica la esencial dignidad del trabajo humano, su eticidad intrínseca y su índole creadora de cultura, es decir, de humanización del hombre, de la sociedad y aún del mundo.

En esta concepción, el trabajo no solo contribuye a la transformación de la naturaleza, la procura del pan cotidiano y del continuo progreso de las ciencias y de las técnicas, sino que también crea valores humanos, de cultura, de comunidad y contribuye, sobre todo, a la elevación cultural y moral de la sociedad. El trabajo en su sentido subjetivo, es decir, el hombre que trabaja, es creador privilegiado de cultura, es decir de humanización de sí mismo y de la sociedad y es precisamente por ésto que el desempleo tiene una dimensión no sólo económica, sino también cultural, pues los hombres y mujeres que no

trabajan, que no tienen empleo, son hombres y mujeres que no se realiza como seres humano y que no hacen su aporte al desarrollo cultural de la sociedad.

En otro terreno, el de la **sociología del empleo** son preocupaciones para la investigación actual: El mercado de trabajo y las transformaciones del empleo. Producción, empleo y estrategias empresariales de gestión de la fuerza de trabajo. Las grandes transformaciones en el mercado del trabajo. El despliegue de la idea de flexibilidad. Los cambios en los sectores de actividad económica. La actual importancia del sector terciario y su incidencia en el empleo. Las modificaciones en la estructura y en la composición de la población activa. Las segmentaciones del mercado, la proliferación de la temporalidad en el empleo. El desempleo y la crisis de la sociedad salarial. Los nuevos espacios para el empleo y los escenarios futuros del trabajo. Desde esta perspectiva enfermería no cuenta con estudios que permitan una cabal comprensión del problema.

2. Las categorías “fuerza de trabajo” y “recursos humanos” en el sector salud

Aunque esta presentación se circunscribe a la categoría fuerza de trabajo, no puede pasar sin hacer referencia al menos a dos de las categorías más empleadas en la literatura. Otras categorías son: personal de salud, profesionales de la salud, trabajadores de la salud, talento humano, cuidadores profesionales.

El doctor Roberto Passos Nogueira⁽⁵⁾, dice que existen dos formas distintas de considerar los profesionales empleados en el sector salud: como “fuerza de trabajo” y como “recursos humanos” conceptos que provienen de diferentes perspectivas teóricas. Las dos formas de abordaje están sustentadas en marcos teóricos irreconciliables.

Fuerza de trabajo es un concepto consagrado por la economía política ligado particularmente a la escuela clásica de Smith, Ricardo y Marx, que se presta a un uso tanto descriptivo como analítico, en el proceso de conocimiento de fenómenos demográficos y macroeconómicos, para describir e interpretar teóricamente la realidad del trabajo.⁽⁵⁾

Para Marx⁽³⁾ la fuerza de trabajo es el conjunto de condiciones físicas y espirituales que se dan en la personalidad viviente de un hombre y que ésta pone en acción al producir bienes de cualquier clase. En la sociedad capitalista, señala la teoría marxista, la fuerza de trabajo se transforma en mercancía. Esto se debe a que al no tener acceso a la propiedad de los medios de producción, el hombre, para subsistir, se ve obligado a vender su capacidad o fuerza de trabajo como mercancía. La fuerza de trabajo es una particular mercancía cuyo valor de uso es el trabajo y cuyo valor de cambio es el salario.⁽³⁾

Recursos humanos, por el contrario, surge de la teoría de sistemas, es una expresión originada en la ciencia de la administración, y de la planificación institucional de organizaciones públicas y privadas, para la acción de tipo gerencial.⁽⁵⁾

Cuando se habla de fuerza de trabajo se piensa en producción, empleo/desempleo, renta, salario, división del trabajo, sector de empleo. Por el contrario, cuando

se habla de recursos humanos se piensa en planificación, capacitación, selección, plan de cargos y salarios.⁽⁵⁾

Una de las diferencias fundamentales entre la teoría de sistemas y la visión marxista, es que la primera, al hacer abstracción de las relaciones sociales, concibe el trabajo humano como un elemento que contribuye a llevar a cabo un proceso físico que involucra diversos tipos de recursos que funcionan como insumos que conducen a obtener determinados productos.⁽⁵⁾ No analiza la producción material a partir de la especificidad del trabajo humano, porque la producción es considerada como relaciones de cambio y transformación entre las cosas; mientras que la economía política acentúa la naturaleza del proceso de trabajo en tanto las relaciones que se establecen entre los dueños de los medios de producción y quien vende su fuerza de trabajo y entre productores y compradores. Por lo anterior y sin entrar a profundizar en el análisis doctrinario de ambas perspectivas, la investigación que se realice desde una u otra perspectiva conducirá necesariamente a resultados diferentes.

En la práctica, continúa el doctor Passos Nogueira⁽⁵⁾, el abordaje gerencial es indispensable en cualquier sector de una sociedad moderna, y para quien tiene la responsabilidad de administrar y planificar, la fuerza de trabajo es necesariamente un recurso, es un valor de uso para la gerencia.

También es necesario diferenciar el mundo de la producción de bienes y el de la producción de servicios para no caer en enfoques que han homologado estas dos formas de trabajo cuya naturaleza y dinámica son diferentes. El resultado de la homologación ha mercantilizado servicios como los de la salud y la educación.

En la sociedad del trabajo, el sector terciario ha ampliado considerablemente su fuerza de trabajo y algunos economistas como el alemán Clauss Offe⁽⁶⁾ buscando una definición funcional del sector servicios, lo caracteriza como aquel dirigido a la seguridad, conservación, defensa, vigilancia, certificación de las formas históricas de circulación y de las condiciones funcionales de una sociedad y de sus sistemas. Su característica distintiva es la “mantención de algo”, mantienen las condiciones físico técnicas de la producción, su relación con la producción es más que todo reflexiva.

3. El contexto

3.1 Transformaciones en el régimen económico mundial: Según Marita Gonzáles⁽⁷⁾ – investigadora de la Universidad de Buenos Aires – desde hace tres décadas importantes transformaciones en el régimen económico mundial, desencadenaron el desmantelamiento del modelo basado en el pleno empleo y el trabajo formal y protegido. Las variables más importantes de mutación del sistema productivo son: la introducción de tecnologías ahorradoras de mano de obra en los sectores productivos más dinámicos de la economía, la reorganización de los procesos de trabajo en todos los sectores y la supresión de extensas líneas de producción. Según la misma autora “el pleno empleo se ha retirado para siempre de nuestras vidas y no hay posibilidades de retorno”⁽⁷⁾. Por otra parte los hechos empíricos verifican que la globalización ha exacerbado el dilema de la realización del hombre a través

del empleo y que este problema se acentúa en períodos de crisis. Las mutaciones que ha sufrido el mercado de trabajo pueden resumirse de acuerdo con González⁽⁷⁾.

- **Larelación entre crecimiento económico e desocupación.**
- **El desempleo**, que constituye un problema global que afecta a tres grupos vulnerables: mujeres, jóvenes, niños y migrantes. El desempleo sume en la pobreza extrema y ésta lleva a una figura denominada por los politólogos como “desafiliación social” Debilitamiento de los lazos sociales al sentirse expulsados de la producción, de los servicios, de protección social. Incapacidad de construir identidades colectivas, de ser reconocido y de reconocer la diversidad y particularmente de reconocer valores y normas.
- **Predominio de la terciarización productiva e informalidad**, donde predominan las acreencias de coberturas mínimas en seguridad social. Procesos cuya realización era hecha por trabajadores de la planta de personal hoy son contratados a terceros, así la empresa madre se desliga de responsabilidades laborales con dichos trabajadores
- **Ensanchamiento de la brecha salarial** con disminución muy significativa en los salarios medios y pauperización de los mínimos.
- **Precariedad laboral** al punto que ya se habla de déficit del trabajo decente. El “trabajo decente” según la OIT es aquel que goza de salario digno, con protección social y derechos como la libertad sindical, derecho a formación permanente, igualdad de trato de oportunidades y de género.
- **Precariedad en las condiciones de trabajo:** En el caso del sector salud, la precariedad en la situación económica de las instituciones de salud les ha impuesto el ahorro y por lo tanto la búsqueda de la optimización del rendimiento, cuyo funcionamiento se basa esencialmente en el recurso humano, y en la modernización tecnológica, que pasa hoy por un nuevo planteamiento de la organización del trabajo y, por consiguiente, de las condiciones en que se efectúa.

3.2 La reorganización del Estado: Según Pirantoni et al.⁽⁸⁾ el proceso de globalización estableció nuevas formas de organización del Estado y de los procesos de producción que se apoyan en tres grandes ejes: nuevas tecnologías, nuevas formas de organización del trabajo y de la producción y nuevas formas de gerenciamiento. La sociedad del capital necesita menos del trabajo estable y utiliza cada vez más formas diversificadas.

El Estado principal empleador de fuerza de trabajo en salud, se retira de la esfera de la producción y los servicios, emplea cada vez menos e invierte menos en asegurar derechos adquiridos. Las formas verticales de gerencia son transformadas en formas horizontales de gestión, desaparecen así las formas de jefatura para introducir sistemas más participativos y abiertos en la toma de decisiones. Según Pirantoni et al.⁽⁸⁾ “la fuerza de trabajo” pasa a ser sustituida por “la inteligencia del trabajo” que asume posición de gerencia y de monitoreo

pero sin autonomía, por estar plegada a los intereses del orden económico. Las empresas pasan a tener mayores exigencias en la calificación de quienes aspiran al empleo (más escolaridad, mayor polivalencia) mientras un excedente de trabajadores se encuentra sometido a formas precarias de vinculación laboral.

3.3 La feminización del trabajo en salud: Según Deyanira León⁽⁹⁾ la situación que vive la mujer en el área de la salud tiene una estrecha relación con las características de su integración al mercado laboral, con la rígida jerarquización de las distintas ocupaciones y profesiones incluidas en las instituciones de salud en función de una marcada división por clase social y género, de la cual se derivan problemas como el poco prestigio que socialmente se otorga a las ocupaciones mayoritariamente ejercidas por las mujeres y su subordinación a la medicina, o el predominio del poder médico masculino en un ámbito en el que éstas representan la mayor fuerza de trabajo.

La dimensión de género es una perspectiva necesaria para el análisis en la investigación sobre fuerza de trabajo de enfermería. En el sector salud y en concreto en los hospitales, hay una feminización del trabajo. Enfermeras, trabajadoras sociales, asistentes médicas, bacteriólogas, terapistas y secretarias. Éste es el caso del área de enfermería, la cual ha contado con un personal mayoritariamente femenino: 95% son mujeres.⁽¹⁰⁾ Vale advertir que aunque en la actualidad en los hospitales se han ido incorporando hombres a la enfermería, todavía se trata de un grupo minoritario.

4. Material y método

El presente es un estudio descriptivo documental, que hace parte de un documento mayor⁽¹¹⁾ donde se abordan otros temas como la educación, las organizaciones profesionales, el desarrollo científico y la fuerza de trabajo. Fue elaborado con la doctora Silvina Malvarez de Carlino, Enf Phd. Consultora de Enfermería para la Región de las Américas (OPS/OMS, Washington). El propósito para su elaboración fue contribuir al proyecto del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) de dar una mirada global a la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo de la enfermería en el mundo. Se presentó en la reciente Conferencia del CIE en Taiwán, y se encuentra publicada en inglés en el portal del CIE: (www.icn.ch/global/Issue6LatinAmerica.pdf) y en español en el del Observatorio de Recursos Humanos de OPS/OMS (<http://www.observatoriorh.org/esp/index.html>).

Los datos cuantitativos incluidos en este informe corresponden fundamentalmente a información oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y los Ministerios de Salud de los países, así como los informes sobre Desarrollo Humano 2004 y 2006. 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 tales como las condiciones de trabajo, el impacto de las cuestiones relacionadas a la reforma sectorial, la cultura

organizacional, las migraciones y el proceso de trabajo en enfermería.

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 confirmó carencias, insuficiencias, subregistro en variables fundamentales y a menudo disparidad en los años de información. Esta situación evidenció 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, deserción y desempleo.

5. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina

5.1 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: la organización del sector salud; la oferta de empleos y la distribución territorial e institucional; las formas de contratación; los sistemas de remuneración y los 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 reformas sectoriales de los años 90 cuando comenzó a presentarse un movimiento hacia las instituciones privadas.⁽¹¹⁾ Desde la década de los ochenta del siglo XX se observó el predominio de la práctica curativa en hospitales urbanos⁽¹²⁾, y el empleo de enfermeras en instituciones públicas.⁽¹³⁾ En los inicios del Siglo XXI se observa escasa participación de estos profesionales en el primer nivel de atención.⁽¹⁴⁾ La mayor absorción de las y los enfermeros por las instituciones públicas, ha sido la característica histórica en el mercado de trabajo en salud y ha sido afectado por las políticas de ajuste que se vienen implementando desde la década del noventa y que se caracterizan por la reducción del gasto público, particularmente en los sectores sociales y que afectan el empleo público en general y el de los enfermeros en particular, así como sus salarios, promueven el subempleo y multiempleo.^(15,16)

Proliferan desde el decenio de los 90 del Siglo XX los contratos por servicios prestados y por servicios temporales y se pasa a la terciarización generalizada con la intermediación de cooperativas. El indicador enfermeras por 10,000 habitantes muestra en el plano macro de los países, rangos entre 1,1 en Haití y 78.5 en los Estados Unidos de América (Tabla 1).

TABLA 1. POBLACIÓN TOTAL (2005) Y ENFERMERAS POR 10000 HABITANTES EN PAÍSES DE AMÉRICA CONTINENTAL E INSULAR AÑOS DIVERSOS 1999 - 2004

País	Población	Población de	Enf/10000	Enf/10.000
(Puesto Índice DH	2005	65 y más años	hab.	hab
2006)	en millones	2015	2000	1999 - 2004
		(info DH2006)		
Argentina (36)	38.747	11.1	5,9	3.8 (2001)
Bolivia (115)	9.182	5.2	1,6	3.2 (2001)
Brasil (69)	186.405	7.8	5.2 (2001)	5.2 (2001)
Chile (38))	16.295	10.5	6.7 (2002)	6.6 (2003)
Colombia (70)	45.600	6.5	5.7	6.1 (2003)
Costa Rica (48)	4.327	7.4	3.2	7.1 (2000)
Cuba (50)	11.269	14.4	75 (2002)	75.4 (2004)
Ecuador (83)	13.228	7.3	4.6	5.3 (2001)
El Salvador (101)	6.881	6.2	8.1(2002)	8.1 (2002)
Guatemala (118)	12.599	4.7	4.1(2002)	3.6 (2003)
Honduras (117)	7.205	4.5	3.2	3.2 (1999)
México (53)	107.029	7.1	10.8	10.8 (1999)
Nicaragua (112)	5.487	3.9	3.3	1.4 (2003)
Panamá (58)	3.232	7.5	10.8	11.2 (2003)
Paraguay (91)	6.158	4.3	1.2	2.8 (2004)
Perú (82)	27.968	6.5	6.7	8.0 (2000)
República Dominicana (94)	8.895	5.3	3	3.0 (1999)
Uruguay (43)	3.463	13.8	9 (2002)	8.7 (2003)
Venezuela (72)	25.749	6.8	7.9	7.9 (1999)
Canadá (6)	31.268	16.2	74.8	73.4 (2002)
Estados Unidos (8)	298.213	14.1	97.2	78.5 (2002)
Haití (154)	8.528	4.5	1.1	1.1 (1999)
Jamaica (104)	2.651	8.2	16.5 (2002)	16.5 (2003)
Puerto Rico (S/I)	3.956	S/I	42.5	42.5 (1999)

Fuente OPS/OMS disponible en internet <http://www.paho.org> e informe de Desarrollo humano UNDP 2006 <http://hdr.undp.org>

La variabilidad entre regiones de un mismo país muestra una alta concentración en la zona urbana y, es-

TABLA 2. HETEROGENEIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE ENFERMERAS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

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

pecialmente en las capitales, escasa presencia en ciudades pequeñas del interior, regiones apartadas, zonas limítrofes entre países y regiones rurales (Tabla 2).

Si reducimos el denominador del indicador, a enfermeras por mil habitantes (Tabla 3), encontramos que con excepción de Canadá, Estados Unidos, Cuba, Puerto Rico y

México, ningún otro alcanza a contar con una enfermera por mil habitantes. Justamente aquellos que exhiben las cifras más deprimidas de partos atendidos por personal sanitario especializado, cuentan con los indicadores más bajos en relación enfermera por mil habitantes: Haití, Guatemala, Honduras, Bolivia, Ecuador, Colombia. (Tablas 3 y 4)

TABLA 3. ENFERMERAS Y MÉDICOS POR 1000 HABITANTES

País	Población (En millones) 2003	Enf/1000 hab. 2000	Md./1000 hab. 2000	País	Población (En millones) 2003	Enf/1000 hab. 2000	Md./1000 hab. 2000
Norteamérica				Cono Sur			
Canadá	31,510	7.48	1.87	Argentina	38,428	0.59	3.04
Estados Unidos	294,043	9.72	2.79	Brasil	178,470	0.52	2.06
México	103,457	1.08	1.56	Chile	15,805	0.67	1.15
Centroamérica				Paraguay	5,878	0.12	0.49
Costa Rica	4,173	0.32	1.27	Uruguay	3,415	0.9	3.87
El Salvador	6,638	0.81	1.26	Caribe no Latino			
Guatemala	12,347	0.41	1.09	En miles			
Honduras	6,941	0.32	0.87	Anguila	12	3.13	0.9
Nicaragua	5,466	0.33	0.62	Antigua y barbuda	73	3.32	1.05
Panamá	3,120	1.08	1.21	Aruba	100	„	1.28
Caribe Latino				Bahamas	314	2.34	1.63
Cuba	11,300	7.5	5.96	Barbados	270	5.12	1.37
Haití	8,326	0.11	0.25	Dominica	79	4.16	0.49
Puerto Rico	3,879	4.25	1.75	Granada	80	1.95	0.81
Rep. Dominicana	8,745	0.3	1.9	Guadalupe	440	2.99	1.38
Región Andina				Guayana Francesa	178	8.6	1.39
Bolivia	8,808	0.16	0.33	Guyana	765	0.86	0.26
Colombia	44,222	0.57	0.94	Jamaica	2,651	1.65	0.85
Ecuador	13,003	0.5	1.45	Islas Caimán	40	5.3	2.15
Perú	27,167	0.67	1.03	Trinidad y Tobago	1303	2.87	0.75
Venezuela	25,699	0.79	2				

Fuente: Indicadores básicos OPS/OMS, 2000 y 2003. Los datos se pasaron del 0000 a 1000.

TABLA 4. ENFERMERAS/10000 HAB. MORTALIDAD MATERNA; PARTOS NO ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO Y POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS PROYECTADA AL 2015

País	Enfermeras por 10000 hab (años ver tabla 1)	Mortalidad Materna / 100.000 NV. Ajustada al 2000 Fuente: Info DH 2006	Partos no atendidos por personal sanitario	Población de 65 años y más al 2015
Norteamérica				
Canadá	73.4	6	2	16.2
Estados Unidos	78.5	17	0	14.1
México	10.8	83	5	7.1
Centroamérica				
Costa Rica	7.1	43	2	7.4
El Salvador	8.1	150	8	6.2
Guatemala	3.6	240	59	4.7
Honduras	3.2	110	44	4.5
Nicaragua	1.4	230	33	3.9
Panamá	11.2	160	7	7.5
Caribe Latino				
Cuba	75.4	33	0	14.4
Haití	1.1	523	66	4.5
Puerto Rico	42.5	S/I	S/I	s/i
Rep. Dominicana	3.0	150	1	5.3
Región Andina				
Bolivia	3.2	230	33	5.2
Colombia	6.1	130	14	6.5
Ecuador	5.3	130	31	7.3
Perú	8.0	410	41	6.5
Venezuela	7.9	96	6	6.8
Cono Sur				
Argentina	3.8	82	1	11.1
Brasil	5.2	260	4	5.2
Chile	6.6	31	0	6.6
Paraguay	2.8	170	23	2.8
Uruguay	8.7	27	0	8.7

OPS/OMS - Informe Desarrollo Humano 2006

Según la reunión de expertos de enfermería a finales de los noventa y cuyas conclusiones se recogen en el documento de la OPS/OMS⁽¹⁷⁾ *Enfermería en la Región de las Américas* “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⁽¹⁸⁾ (presentado durante el I Simposio Internacional de Políticas y Regu-

lación de Recursos Humanos de Enfermería realizado en Asunción, Paraguay) 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, supone esfuerzos compartidos para acelerar e intensificar la escolarización media de auxiliares de enfermería, la calificación técnico-profesional de los mismos, la profesionalización de los técnicos y la especialización de los profesionales. La siguiente tabla muestra la composición de la FTE.

TABLA 5. COMPOSICIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA AÑOS DIVERSOS ENTRE 1998 Y 2004

Zona	País	Total	Enfermeras ²		Auxiliares ³		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/
	R. 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

² Incluye enfermeros y licenciados en enfermería³ Incluye técnicos medios en enfermería y auxiliares de enfermería

La composición de la FTE en América Latina mostrada en la anterior tabla, exhibe que el país con mas alta proporción de profesionales de enfermería es México (61.5%) siendo Uruguay el de 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. Centro América, Caribe Latino y México muestran la mayor disparidad desde 39,5 % en México a 82,0 % en Guatemala. La media por sub-regiones es la siguiente: Cono Sur 77 % de auxiliares de enfermería, Región Andina 72 % y Centro América 70 %.

Este panorama remite al análisis de la calificación del personal que entrega los servicios de enfermería en 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 en los últimos 20 años, los países de esta parte de las Américas vienen realizando esfuerzos y desarrollando iniciativas intensas y creativas en favor de la calificación de la FTE que han mejorado estos indicadores en buena proporción, transformando en auxiliares de enfermería a un gran grupo de agentes que solo disponían de entrenamiento en servicio, en técnicos de enfermería a un gran grupo de auxiliares de enfermería y en profesionales a otro gran conjunto de auxiliares y técnicos. El estudio realizado por la OPS/OMS⁽¹⁹⁾ 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.

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.

5.2 Condiciones de trabajo en enfermería

Por condiciones de trabajo se entiende el conjunto de factores que actúan sobre el individuo en el medio laboral. Existen condiciones materiales entre ellas las de higiene, seguridad y comodidad que se relacionan con políticas institucionales, horario, salario y estabilidad laboral. Otras son de orden psicosocial y corresponden a las características del trabajo en relaciones horizontales y verticales de autoridad, canales de comunicación⁽²⁰⁾ y autonomía.

El trabajo hospitalario es intenso en carga física y mental, y extenso en horarios, particularmente en servicios como urgencias, cuidados intensivos, servicios de recuperación quirúrgica, salas de trabajo de parto, servicios de psiquiatría. En todos los servicios se combina una gran responsabilidad y una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos, de sus familias y del personal de salud que en su conjunto son generadoras de estrés emocional y fatiga Gestal O. J. 1993, citado por

Grinspun⁽²¹⁾. Se trabaja al límite en instituciones jerarquizadas que muchas veces obstaculizan el trabajo. La jornada laboral de enfermería más difundida es de 8 horas diarias y 45 semanales con una variación de 6 horas diarias y 30 semanales a 9 horas diarias y más de 50 semanales.

Las condiciones de trabajo de las enfermeras se caracterizan por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, carga psicológica por el manejo de situaciones críticas. Es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para la salud. En el estado del arte de investigaciones presentadas en los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería se concluye que las investigaciones sobre salud ocupacional de las enfermeras reportan como principales problemas de salud los osteomusculares y articulares, los producidos por lesiones con instrumentos cortopunzantes y las alteraciones del patrón de sueño.⁽¹⁶⁾ Silvia Magally⁽²²⁾ en Cimacnoticias advierte que según una investigación de la UNAM de México D.F. las enfermeras nocturnas son las más golpeadas por la precarización.

Las carencias institucionales en recursos humanos y materiales, en suministros y mantenimiento oportuno de equipos que deterioran progresivamente los servicios de salud, en especial los estatales, generan insatisfacción en el trabajo. Estas condiciones fueron la causa de renuncias al trabajo de enfermeras en hospitales de Ribeirao Preto en 1990.⁽²³⁾ Este estudio encontró que las condiciones de trabajo en sus diferentes componentes como salarios, beneficios, volumen de actividades, horarios y turnos de trabajo están presentes en todos los relatos de los trabajadores y se constituye en una de las razones para renunciar al empleo. Iguales razones encuentra otro estudio realizado en Colombia por Correa et al.⁽²⁴⁾ Un estudio realizado en el Ecuador sobre condiciones de trabajo y práctica del personal de enfermería que incluyó en su muestra 708 enfermeras y 1.255 auxiliares de enfermería⁽²⁵⁾ concluye que el personal de enfermería cubre jornadas intensivas de trabajo que sobrepasan las cuarenta horas semanales y están expuestas a riesgos profesionales.

En este contexto la insatisfacción de las enfermeras es una constante que se reporta en investigaciones^(26, 27) que documentan la tensión que generan las difíciles condiciones de trabajo en los hospitales. La expresión "malestar de la enfermera" refleja la dificultad creciente de soportar una carga a menudo muy pesada y unos horarios particularmente constrictivos. Autores como Esteban⁽²⁸⁾, Aguirre⁽²⁹⁾ y Donabedian⁽³⁰⁾ vinculan la insatisfacción del personal como factor determinante en la calidad del servicio que se presta a los usuarios en las instituciones de salud.

5.3 Los salarios de las enfermeras

Los salarios en general son bajos y variables por países: alrededor de los U\$ 100 en Nicaragua y los US 1.100 en Costa Rica para una enfermera que se desempeñe en hospitales públicos. La tabla 6 muestra algunos datos. Las mayorías de las enfermeras goza de los siguientes beneficios sociales y salariales: seguro médico, incentivos de distintos tipos como por zona geográfica desfavorable, por trabajo riesgoso, antigüedad, título profesional y otros.

TABLA 6. SALARIOS DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA - AÑOS VARIADOS 1999-2004 (EXPRESADOS EN DÓLARES ESTADOUNIDENSES)

País	Enfermeras	Auxiliares	Año	Fuente
México	234,00	146,00	2002	Salas, S et al. Aportaciones de la enfermería en el Sistema de Salud. México 2002
Costa Rica	1.117,90	495,23	1999	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
El Salvador	613,98	426,60	2003	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
R. Dominicana	415,43	237,38	2000	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
Venezuela	210,00	200,00	2001	OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. http://www.lachsr.org/observatorio/esp/
Ecuador	338,26	414,93	2000	OPS/OMS. El personal de Salud del Ecuador a Inicio del S. XXI. 2004
Panamá	580,00	S/I	2004	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Nicaragua	120,00	100,00	2004	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Brasil	830,00	280,00	2002	Negri, et al. Recursos Humanos en Salud: Política, Desarrollo y Mercado de Trabajo. Unicamp. Campiñas 2002
Colombia	Entre 400 y 700	S/i	2004	Tablas oficiales de salarios según escalafón
Perú	Entre 500 y 670	S/i	2004	Colegio de Enfermeras del Perú. Situación Laboral de las Enfermeras
Honduras	Entre 500 y 800	S/i	2004	Consulta telefónica propia
Argentina	Entre 230 y 415	S/i	2004	Presentación. Situación de Enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentino de Enfermería. Rosario, Argentina. 2004

La demanda de las enfermeras por salarios justos recorre la América continental e insular. Solo revisando artículos recientes de prensa se encuentran varios testimonios.

Según Escavino⁽³¹⁾ “el desarrollo de 64 huelgas de alcance nacional en 10 países de la región durante 2004, determinó un crecimiento de 72,97%, de la conflictividad respecto a las 37 huelgas realizadas en 2003. El 55,55% de las huelgas ocurrió en tres países de la región. El 81,25% de las 64 huelgas realizadas en 2004 tuvo como principal demanda el incremento de remuneraciones y de presupuesto para el sector salud. Tuvieron entre 24 horas y 35 días de duración y fueron convocadas mayoritariamente por organizaciones de trabajadores (48,40%). Las huelgas fueron convocadas por 31 organizaciones (12 de trabajadores, 10 de médicos, 6 de enfermeras y obstetras y 3 de otros profesionales de la salud). La conflictividad a nivel de regiones y centros asistenciales fue significativa en Argentina donde los trabajadores estatales, convocados principalmente por sindicatos de la Central de los Trabajadores Argentinos (CTA), se movilizaron en la mayoría de las provincias de ese país durante 2004.

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

5.4 Migración profesional y escasez de enfermeras

Las principales causas que motivan la decisión de emigrar según la OIT⁽³²⁾ 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.

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 internacional no es un fenómeno reciente, sin embargo, en el marco de la economía globalizada, constituye un fenómeno creciente y cada vez más complejo.⁽³²⁾ Para finales del siglo XIX y principios del XX los europeos migraban a las Américas huyendo de las pésimas condiciones de trabajo Vieira⁽¹⁵⁾. 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⁽³²⁾ están expuestos a abusos en bajos salarios, condiciones de trabajo deficientes, ausencia de protección social, denegación de la libertad sindical y de los derechos de los trabajadores, discriminación, xenofobia y exclusión social. En el caso de migrantes irregulares se suma el abuso sexual y físico, la servidumbre por deudas, la retención de documentos de identidad y las amenazas de denunciarlos a las autoridades.

En el sector salud, la migración constituye un tema prioritario para el establecimiento de políticas de retención y repatriación por las repercusiones sociales tanto en el

sistema de educación que forma este recurso, como en el que presta servicios de salud en los países involucrados. Obliga a enfrentar cuestiones como: política de migración, formación y utilización de los enfermeros, homologación curricular, reglamentación y control profesional, además de cuestiones que tocan con legislación laboral. Agencias privadas de reclutamiento que cobran honorarios, intervienen cada vez más en las migraciones internacionales y algunas recurren a prácticas de dudosa ética y que pueden contribuir a la migración irregular, causando perjuicios a las personas migrantes.

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 post-grados 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**, la diversidad de la regulación profesional y de la educación superior de pregrado.⁽³³⁾ 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)***.

Algunas referencias informales no sistemáticas sobre migración de enfermeras en América Latina se muestran en la tabla 7 elaborada por la doctora Silvina Malvarez, consultora de OPS/OMS:

TABLA 7. MIGRACIÓN DE ENFERMERAS EN AMÉRICA LATINA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Países	Referencias de migración de enfermeras	Fuentes
Costa Rica	“En los últimos dos años mas de 100 enfermeras emigraron a Estados Unidos”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Honduras	“En los últimos años mas de 50 enfermeras emigraron a otros países.”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Nicaragua	“Solo en el año 2004, 87 enfermeras emigraron a Belice atraídas por empresas y contratos beneficiosos”. “En los últimos años mas de 150 enfermeras emigraron a otros países. Los mas elegidos son Belice, Gran Cayman, Jamaica y Estados Unidos”	Consulta propia por e-mail Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
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
R. Dominicana	“Se observa poca migración de enfermeras”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Cuba	“Existen actualmente 538 enfermeras en 34 países que migraron en el marco de convenios de cooperación internacional y asistencia técnica”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Ecuador	Existen estudios realizados que muestran gran emigración de enfermeras ecuatorianas hacia Chile	Consulta propia
Puerto Rico	“En el 2003 casi 2000 enfermeras emigraron a Estados Unidos”	Presentación. III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de RHEN. Panamá 2004
Argentina	“En el país existen empresas italianas que reclutan enfermeras profesionales y las contratan para trabajar en Italia. Existen ofertas de trabajo de Estados Unidos, Canadá y Australia que atraen a las enfermeras argentinas. También se conocen algunas enfermeras uruguayas que inmigraron a Argentina. Y muchas estudiantes de Bolivia, Perú y Paraguay vienen a estudiar y se quedan”	Presentación. La situación de enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentina de Enfermería. Rosario, Argentina, 2004 Consulta propia
Uruguay	“Muchas enfermeras han comenzado a migrar a España, Italia, Estados Unidos y Canadá. Aquellas que se trasladan a Italia lo hacen a menudo contratadas por empresas italianas que las buscan. Lo mismo sucede con los demás países”	Presentación. La Situación de Enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentina de Enfermería. Rosario, Argentina, 2004
Perú	“Informes realizados por los medios y consultas informales indican que enfermeras peruanas están emigrando a otros países, atraídas por empresas y contratos internacionales. Un país elegido es Italia”	Consulta propia
México	“La emigración de enfermeras a Estados Unidos es grande, a menudo dificultosa y en condiciones laborales no favorables. Existen organismos de enfermería de los Estados Unidos que facilitan la emigración de enfermeras mexicanas a ese país”	Consulta propia
Paraguay	“Hay migración masiva de enfermeras a España, Italia y otros países de Europa. En el 2004 hemos conocido 25 enfermeras que migraron a Europa”	Presentación. La Situación de Enfermería en el MERCOSUR. XVII Congreso Argentina de Enfermería. Rosario, Argentina, 2004

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

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

Una investigación realizada por Siantz⁽³⁴⁾ contabilizó las enfermeras de América Latina inmigrantes en Estados Unidos, sobre la base del análisis del censo de ese país y relacionó esas cifras con las cantidades totales de enfermeras en sus países de origen. Los resultados fueron alarmantes: mientras que Argentina perdió solamente el 2,3 % del total de sus enfermeras y Brasil el 2,8 % a favor de Estados Unidos, Guatemala perdió el 34 %, Honduras el 32,2 %, El Salvador el 60% y Panamá el 46,8 %. En otro análisis, N. Chavez de Lock⁽³⁵⁾, muestra que en el Colegio de Enfermeras del Perú registra 5 120 enfermeras emigradas a España, Italia y Estados Unidos en los últimos años. Esta cifra significa una pérdida para el país del 15% de sus enfermeras. De ellas el 57,19 % emigró a Italia, el 35,86 % a Estados Unidos u el 6,95 % a España.

La crisis social y económica de muchos países ha tenido efectos importantes en las migraciones: en el caso del Ecuador “se alerta sobre el incremento de número de médicos y enfermeras que emigran del país por falta de incentivos económicos y reconocimiento social de su trabajo siendo Chile el país de preferencia”.⁽³⁶⁾ 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.

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”.⁽³⁷⁾ El mismo informe dice que: “La migración del personal de salud también menoscaba la capacidad de los países de cumplir con los compromisos mundiales, regionales y nacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los datos sobre la magnitud y las repercusiones de la migración son incompletos y a menudo anecdóticos y no logran arrojar luz sobre las causas, entre ellas las altas tasas de desempleo, las malas condiciones de trabajo y los bajos sueldos”.

Según la OIT⁽³⁸⁾ 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. En Estados Unidos, el envejecimiento del personal de enfermería es uno de los problemas más importantes: se calcula que para el año 2010 el 50% de las enfermeras que hoy trabaja estará fuera del mercado laboral, lo cual “posiblemente influirá en la migración de enfermeras de los países menos desarrollados”.

DISCUSIÓN

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:

1. Es reciente el inicio de estudios sistemáticos sobre oferta y demanda de enfermeras como en Colombia y Ecuador. La casi inexistencia de tales estudios, impide definir con precisión la escasez o sobre oferta de profesionales de enfermería. Una información que contribuirá grandemente a este

análisis en los próximos años será el estudio de matrícula y egreso de enfermeras que ya se ha comenzado.

2. Existen países como Panamá y El Salvador, en los cuales el sistema educativo forma cantidades considerables de enfermeras aunque las mismas emigran rápidamente.
3. Existen otros países donde 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.
4. 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.
5. En la mayoría de los países, 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.
6. La distribución desigual e inequitativa de personal de enfermería es casi una constante en América Latina, concentrándose los profesionales en las áreas económicamente más favorecidas, en las zonas urbanas, en los servicios hospitalarios mayormente públicos y de alta complejidad (cuidados coronarios, intensivos, etc), en el sector educativo y en los puestos de conducción en enfermería. Se infiere así que las áreas desfavorecidas, las zonas rurales, los servicios comunitarios y la atención directa a los usuarios en general, se encuentra predominantemente a cargo de personal auxiliar con educación elemental. Esto abre una vertiente de análisis ordenada a vincular la “escasez” de profesionales con condiciones geográficas, económicas, políticas y laborales, entre otras.

Finalmente, 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 información confiable para la toma de decisiones en materia de salud.

REFERÊNCIAS

1. Malvarez S, Castrillón MC. Overview of the nursing workforce in Latin America. The Global Nursing Review Initiative. Serie: Human Resources Development No. 39. Human Resource Development Unit. Strategic Health Development Area. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2005.
2. Laurel AC. La Construcción teórico - metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. In: Laurel AC. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie Paltex, Salud y Sociedad. Washington: OPS/OMS; 1993. p.13-35
3. Marx C. El Capital. México: Siglo XXI; 1975. Tomo I, Cap. 5
4. Durán VM. La perspectiva de los actores sociales: el punto de vista de los trabajadores. In: VI Congreso Venezolano de Sociología y Antropología. Cultura del trabajo y empleo. 2002. [Citado en 02 ago 2006]. Disponible en: <http://www.uta.org/empleo/2.htm#2>
5. Passos Nogueira R. La Fuerza de trabajo en salud. En Materiales de apoyo No 1. México: UAM-X: Área Educación y Salud. 1985. Trabajo presentado en el I Curso Internacional de Política y Administración de Salud para América Latina y el Caribe. Fundación Getulio Vargas. Rev Adm Pública 1983 jul/set.; 17 (3):61-70.
6. Offe C. Trabalho & Sociedade. Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989. Série No 85: Estudos Alemães.
7. Gonzáles M. Las transformaciones del mercado de trabajo. In: Lettieri A, director. Discutir el presente imaginar el futuro: la problemática del mundo actual. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2005. p.49 -71.
8. Pierantoni, C. (2002): A informação para a gestão local de RRHHS: O sistema de informação e gestão para RRHHS. EN: OBSERVATORIO DE RRHHS. Estudos e análises. OPAS/OMS. Brasília.
9. González de León D. Informe final y conclusiones. In: México. Universidad Nacional Autónoma de México. Aborto. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México; 1990. p.87-94.
10. Machado MH. La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas. ¿Hegemonía femenina?. In: OPS/OMS. Género, mujer y salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 1993. p. 277-85. Publicación Científica, 541.
11. Guevara E, Mendías E. La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio en cinco países. In: Organización Panamericana de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington DC: OPS/OMS; 2001. Serie 27 HSR.
12. Verderese O. Análisis de la enfermería en América Latina. Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1980. p.1-24. (OPS. Publicación Científica, 393)
13. Manfredi M, Souza A. Educación en enfermería en América Latina. Educ Méd Salud 1986; 20 (4): 473-84.
14. Chompré R, Lange I, Monterrossa E. Enfermería del siglo XXI en América Latina. Nueva York: Fundación W. K. Kellogg; 1991.
15. Vieira AL. Os enfermeiros nos países do Mercosul: estudo comparativo da imovidade profissional no mercado de trabalho em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ; 1998.
16. Orrego S, Castrillón MC, Nájera RM. Estado del Arte de la Investigación presentada en Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería 1989-1998. Cantabria: Investigación em Enfermagem; 2000.
17. Organización Panamericana de la Salud. La Enfermería en la Región de las Américas. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO), Washington: OPS; 1999. Serie 16 OPS/OMS.
18. Organización Panamericana de la Salud. Informe del I Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Asunción: OPS; 2003. (Sin publicar)
19. Organización Panamericana de la Salud. Informe del II Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Medellín: OPS; 2004. (Sin publicar)
20. Castrillón MC. El trabajo en Enfermería. In: La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997.
21. Grinspun D. La investigación centrada en la administración: Situación actual y desafío futuro. Invest Educ Enferm 1997; 15 (1): 67-79.
22. Magally S. Periodismo con perspectiva de género. 2004 [consultado EN 26 sept.2004] Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias>.
23. Anselmio ML, Angerami EL, Gomez E. Rotatividade e condições de trabalho m enfermagem nos hospitais do município de Ribeirao Preto. Rev Bras Saude Ocup 1997; 23 (85/86): 31-41.
24. Correa A, Palacio M, Serna L. Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud del Municipio de Medellín. Educ Enf 2001, 19 (2): 10-25.
25. Santamaría R. Reflexiones sobre las condiciones de trabajo y práctica del personal de enfermería en el Ecuador. In: Memorias Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. México (DF): 1990.
26. Silva EM, Ribas Gomes EL, Anselmi ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. Rev Latino-Am Enf 1993; 1, (1), 59-63.
27. Enciso V. Género y trabajo: La enfermería. La Viñeta 1997; 6: 182-9.
28. Esteban A. Perspectivas de los programas de calidad de asistencia. Todo Hospital 1991; (80): 13-6.
29. Aguirre GASH. Evaluación de la calidad de la atención médica: Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública Méx 1990; 32 (2):170-80.
30. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
31. Escavino J. Panorama de Organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud en las Américas: Documento técnico de diagnóstico y análisis. Montevideo: OPS/OMS; 2005.
32. Oficina Internacional del Trabajo OIT Panorama Laboral: América Latina y el Caribe migraciones internacionales y mercado de trabajo global. Ginebra: OIT; 2002.
33. Castrillón MC, Lopera C. La regulación de la formación universitaria de pregrado en enfermería en América Latina. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004.
34. Siantz ML. Migrant health. The Center of Excellence in Migrant Health at Georgetown University School of Nursing. WDC. Washington: Georgetown University; 2003.
35. Chavez de Lock N. Calidad del cuidado: Compromiso y desafío permanente de enfermería. In: XV Congreso Nacional y III Congreso Internacional de Enfermería. Lima: Colegio de Enfermeras del Perú; 2004. Ponencia Inaugural.
36. Velasco M, Granda E. Los recursos humanos en el campo de la salud y su evolución histórica: la distribución de los recursos humanos en el Ecuador. In: OPS/OMS. El Cóndor, la serpiente y el colibrí: La OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del siglo XX. Quito: OPS/OMS; 2002.
37. Organización Mundial de la Salud-OMS. Contratación del personal de salud del mundo en desarrollo. Informe de la Secretaría para el Consejo Ejecutivo 114ª reunión. Punto 4.3 del orden del día provisional. 2004. EB114/5. [Citado en 19 abr. 2004]. Disponible en: <http://www.who.org>
38. Oficina Internacional del Trabajo-OIT. Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, informe para el debate de la reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud. Ginebra: OIT; 1998. p. 43-44

Recebido em: 18/12/2006

Aprovado em: 26/01/2007