

DT 1/14

Censo Nacional de Enfermería - 2013

**Resumen y lectura
rápida de los
principales resultados
Setiembre 2014**



ÍNDICE

Introducción	1
I. Población Censada.....	1
II. Estructura por edad y sexo de la enfermería	2
III. Distribución de la enfermería por Departamentos	2
Dotación de enfermería por departamentos	3
Distribución de Licenciadas por zona según.....	4
Censos 1993 – 2013.....	4
Dotación de enfermería por departamentos según Censos de 1993 y 2013.....	4
IV. Condición de actividad de la enfermería.....	5
Número de trabajos declarados	6
Lugar de trabajo para los que trabajan solo dedicados a la enfermería	6
Razones por las que tiene más de un empleo.....	7
V. Formación de la enfermería	8
VI. Consideraciones Finales	9

Introducción

El “Censo Nacional de Enfermería 2013” es un trabajo interinstitucional, acordado como producto del encuentro regional para el desarrollo de la enfermería basado en Atención Primaria en Salud (APS), organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Blumenau Brasil 2010. Los acuerdos alcanzados para la región engloban: la necesidad de contar con un diagnóstico sobre la situación de enfermería (Censos Nacionales); contar con planes para el desarrollo de enfermería en el que se incluya la profesionalización de auxiliares; la reconversión de empíricos y el reperfilamiento de enfermería con base en la APS renovada.

La cooperación financiera del mismo se consiguió por vía de un TCC de apoyo al desarrollo de enfermería OPS-BRASIL.

El fin del Censo es contribuir a la formulación de políticas para el desarrollo del personal de enfermería, orientado a mejorar la calidad de la atención de salud de la población para el fortalecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

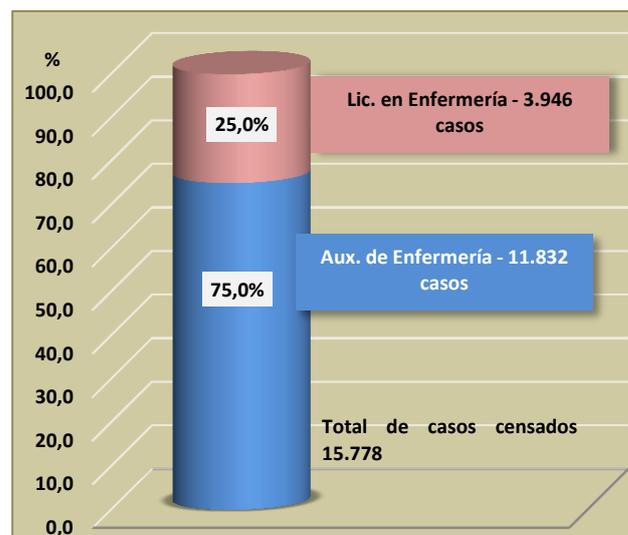
El propósito fundamental del Censo fue la obtención, actualizar y profundizar la información sobre la fuerza de trabajo de enfermería.

Este proceso fue llevado adelante por un comité técnico integrado por representante de la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE); División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA); Ministerio de Salud Pública (MSP); Facultad de Enfermería; Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

El presente informe constituye un resumen de los principales resultados del cuestionario auto-administrado vía web que consistió en la herramienta metodológica por la cual se realizó el Censo Nacional de toda la fuerza de trabajo de enfermería (auxiliares y licenciadas/os).

I. Población Censada

Gráfico 1



Fuente: Censo Nacional de enfermería 2013

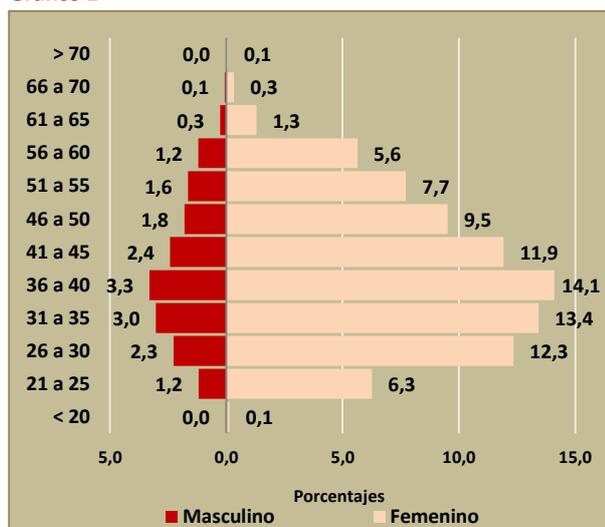
En términos absolutos se censaron 15.778 personas de las cuales un 75% se identifica como Auxiliar de enfermería, mientras que el restante porcentaje señaló ser Licenciada/o en enfermería.

Si se compara el número de casos Censados y los registros de habilitación del Ministerio de Salud Pública (MSP) recogidos por el Sistema de Habilitación y Registros de Profesionales de la Salud (SHARPS) año a año, se estima que la cobertura censal no logró alcanzar al 100% de la población de enfermería habilitada por el MSP.

De acuerdo a los registros del SHARPS y en comparación a este padrón la respuesta al Censo alcanzó coberturas diferentes entre Auxiliares propiamente dichas y Licenciadas. Para el caso de estas últimas se cubrió un 75% de la población; mientras que para las Auxiliares el porcentaje de cobertura se reduce al 62%. En términos generales, el 65% de la población de Enfermería realizó el Censo.

II. Estructura por edad y sexo de la enfermería

Gráfico 2



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

Ocho de cada diez de los censados es mujer, a la vez que el 74% de esta población tiene entre 26 y 50 años de edad. Si se analiza por separado Auxiliares y Licenciadas estas muestran mantener una estructura etaria muy semejante con promedios de edad casi iguales

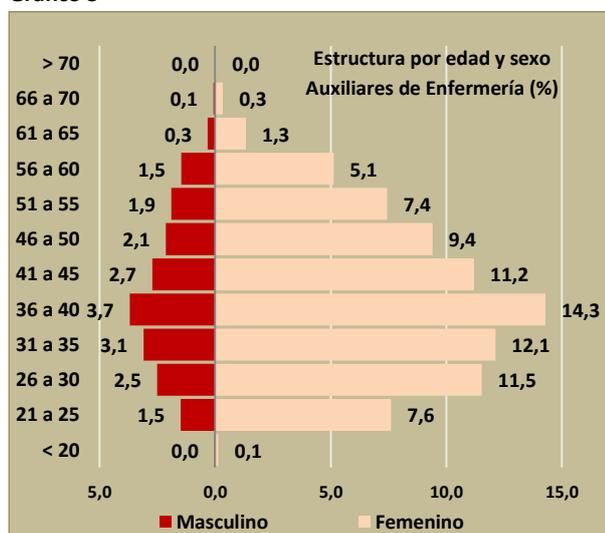
Tabla 1

Promedio de edad de la Enfermería	
Enfermería*	39,7
Auxiliar de Enfermería	39,6
Licenciadas en enfermería	40,2

Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

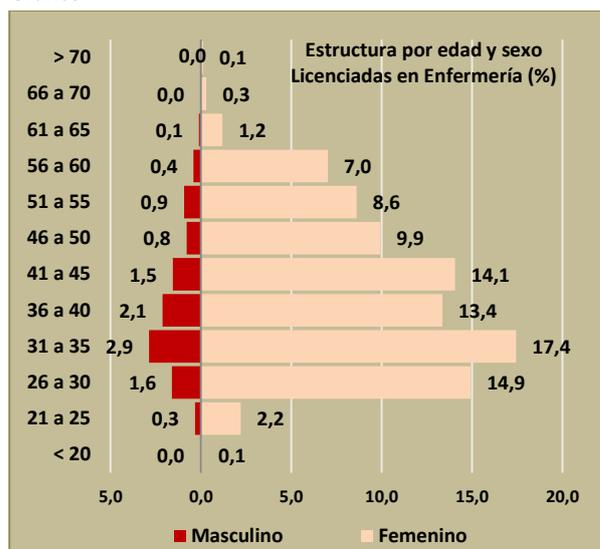
*La categoría **Enfermería** refiere a la sumatoria de Licenciadas y Auxiliares.

Gráfico 3



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

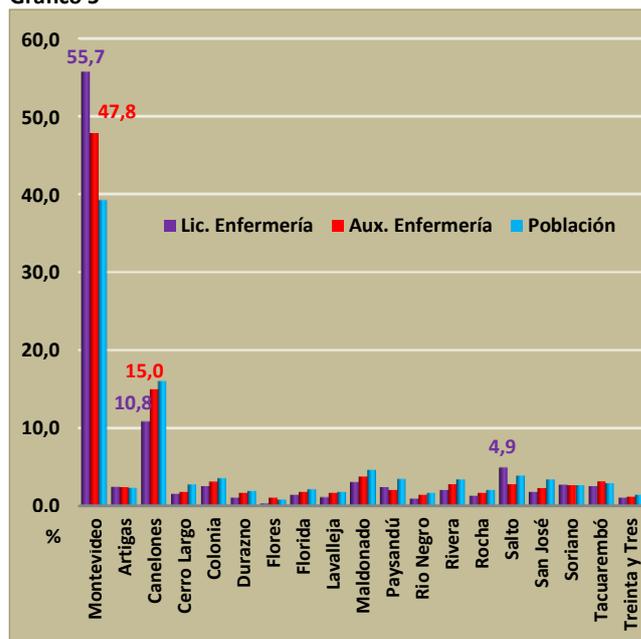
Gráfico 4



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

III. Distribución de la enfermería por departamentos

Gráfico 5



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013. INE Proyección de población

La distribución de la enfermería por departamento va acorde a las particularidades de la propia distribución de la población uruguaya en el territorio. No obstante esta distribución no es la excepción y tanto las Licenciadas como las Auxiliares residen en su mayoría en la capital del país. Igualmente cabe destacar los casos de Canelones con una alta concentración de la

enfermería en general y Salto en cuanto a la concentración de Licenciadas.

Específicamente el caso de Salto puede ser explicado en parte por la dimensión educativa. Una de las hipótesis manejadas para el logro de una mejor distribución de los RHS a nivel general pasa por la necesidad de descentralizar la educación, sobre todo a nivel universitario. Ciertamente la oportunidad de cursar la carrera de Licenciada de enfermería en el departamento de Salto haya repercutido positivamente en la radicación y permanencia de estos profesionales en esta zona. “Disponer de carreras educativas de nivel superior en todo el territorio puede ser entendido como un mecanismo de incentivo que influye positivamente para que las personas permanezcan en esa misma localidad cuando terminen sus estudios. Por supuesto que dentro de esta situación hipotética se conjugan una multiplicidad de otras circunstancias no menos relevantes, como las relacionadas al propio mercado de trabajo. Pero bien, concebir esta dimensión (educativa) como adjunta al proceso de incentivo de radicación de RHS a una zona específica, conlleva a visualizar a la salud de la población y la educación como un sistema único, en la cual el desequilibrio entre la oferta y la demanda de RHS debería ser resuelta a partir de un equilibrio entre las necesidades de la población, la demanda del sistema de salud por profesionales calificados y la provisión de los mismos por parte del sistema educativo”¹.

Dotación de enfermería por departamentos

Figura 1



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013. INE Proyección de población.

*La categoría **Enfermería** refiere a la sumatoria de Licenciadas y Auxiliares.

La figura 1 muestra la densidad o dotación de la enfermería cada 10.000 habitantes por departamento. En principio es oportuno recordar que para el cálculo de este indicador se utilizó la población de enfermería Censada, por lo que se estima que estos valores son superiores si se hubieran logrado una cobertura censal del 100%.

Igualmente es interesante observar como la densidad en algunos departamentos del norte del Uruguay y para el caso específico de las Licenciadas, muestran valores relativamente altos e iguales a la media nacional, sobresaliendo nuevamente Salto que expresa una dotación casi similar a la de Montevideo. Artigas y Tacuarembó presentan densidades que son altas en relación al resto de los departamentos, al igual que Soriano que también dispone de una dotación por encima de 10 Licenciadas cada 10.000 habitantes².

¹MSP. División de Recursos Humanos en Salud del SNIS, “Distribución de RRHH en Salud” <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/distribuci%C3%B3n-de-los-rhs-en-el-uruguay>

² En la actualidad Uruguay muestra valores muy por encima de los 25 RHS cada 10.000 habitantes, parámetro estipulado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como piso mínimo para logros sanitarios satisfactorios. La sumatoria de médicos, licenciadas en enfermería y parteras categorías profesionales referenciadas para configurar dicho indicador presenta valores que superan los 60 RHS cada 10.000 habitantes; estimándose que el incremento de la disponibilidad de estos recursos por habitante seguirá aumentando; esto se hace más visible si se tiene en cuenta

Pero bien, si se retoma la hipótesis de la descentralización de la educación como factor influyente en la distribución de los RHS, se observa y se puede inferir que en cierta medida la formación de Licenciadas de la Regional Norte de Salto impactó positivamente en la disponibilidad de estas profesionales en los departamentos cercanos como Artigas, Tacuarembó y en cierta medida también en Soriano; es decir se observa un efecto y un impacto regional de la descentralización formativa de la carrera de Licenciadas. Si se mantiene esta tendencia de la formación de las Licenciadas en los Centros Universitario de Rivera y Rocha, es de esperar que también se evidencie una mejora en la disponibilidad de estos RHS en estas regiones.

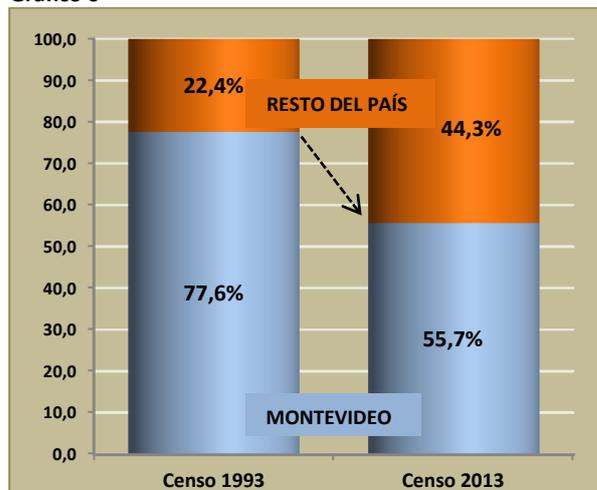
Por otra parte el gráfico 6 también, confirma lo planteado anteriormente, esto es, que la distribución de las enfermeras sigue las tendencias generales de la distribución de la población, dado que si bien persisten diferencias en la densidad de recursos entre departamentos, las mismas no son tan marcadas como las que se visualizan en la distribución general (gráfico 5).

Igualmente y en términos comparativos y específicamente para el caso de la Licenciadas se percibe una mejora distributiva de estos profesionales en el territorio. Si se comparan los datos de este último Censo con la información arrojada por el 1° Censo Nacional de Enfermería Profesional de 1993 cuya población de referencia eran las Enfermeras profesionales (Licenciadas), se infiere que la concentración en la capital del país era más marcada que la existente hoy.

que el ritmo de crecimiento de los RHS y sobre todo el de las Licenciadas en Enfermería será bastante más superior al previsto por la población uruguaya. Ver *“Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud Uruguay 2013”*. MSP. <http://www.msp.gub.uy/publicacion/C3%B3n/metas-regionales-de-recursos-humanos-para-la-salud2007-2015>

Distribución de licenciadas por zona según Censos 1993 – 2013

Gráfico 6

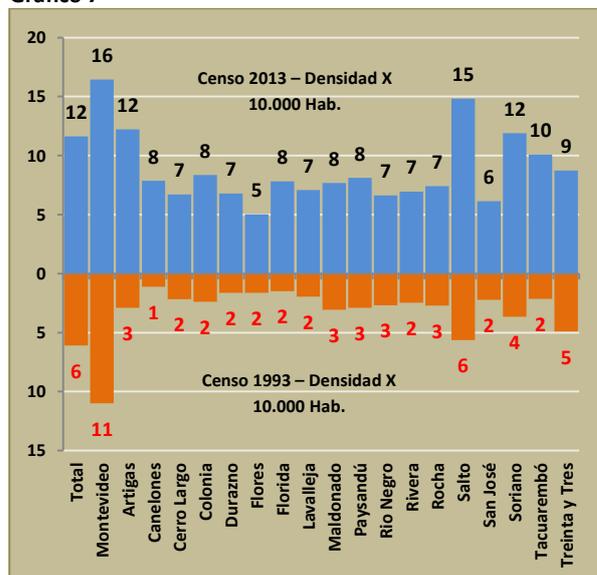


Fuente: 1° Censo Nacional de Enfermería Profesional 1993 y Censo Nacional de Enfermería 2013.

La gráfica muestra, que a lo largo de estos últimos 20 años la distribución de Licenciadas entre Montevideo y resto del país ha tendido a homogeneizarse y por ende no solo se observa una mejor distribución territorial de estos RHS, sino que también se evidencia un aumento considerable de la disponibilidad de Licenciadas por departamento, en la gráfica siguiente se ilustra la comparación de densidades entre los Censos de 1993 y 2013.

Dotación de enfermería por departamentos según Censos de 1993 y 2013

Gráfico 7



Fuente: 1° Censo Nacional de Enfermería Profesional 1993 y Censo Nacional de Enfermería 2013.

En todos los Departamentos la densidad cada 10.000 habitantes de Licenciadas ha aumentado cuantiosamente en relación al 1° Censo de 1993. A lo largo de este período la población general de Licenciadas más que se duplicó, evolucionando con una tasa anual de crecimiento del 4%. Si se analiza más detalladamente esta tendencia creciente, el departamento que mayor aumento experimentó en cuanto a disponibilidad de Licenciadas medido a partir de la densidad o dotación cada 10.000 habitantes fue Canelones, pasando de una licenciada en 1993 a ocho cada 10.000 habitantes en el 2013; Tacuarembó quintuplicó su dotación en el período de 1993 y 2013; a su vez Artigas cuadruplicó su dotación en estos últimos veinte años, estos fueron los tres departamentos que mayor crecimiento mostraron en relación a la disponibilidad de Licenciadas si se comparan los Censos de 1993 y 2013. Curiosamente el departamento que muestra una evolución menos marcada en cuanto a la disponibilidad de Licenciadas a lo largo de este período es Montevideo, que en términos porcentuales creció tan solo un 45% en estos últimos veinte años.

IV. Condición de actividad de la enfermería

Gráfico 8



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

El 98% de los Censados indicó estar trabajando; a la vez que casi 9 de cada 10 trabaja dedicado solo a la enfermería, mientras que un 2,5% trabaja en

otras actividades no relacionadas a la enfermería. Por su parte el porcentaje que señaló no trabajar representa tan solo el 1,7%. En otras palabras el desempleo para la rama de la enfermería es casi inexistente y la proporción que se desempeña como enfermera exclusivamente es muy alta, existiendo una correlación directa entre su formación y sus actividades laborales.

Tabla 2 Condición de actividad según categorías

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Auxiliares	Licenciadas
Trabajando solo de Aux. o solo de Lic.	87,2%	90,4%
Trabajando de Aux/Lic. y otra ocupación	7,7%	6,9%
Otro trabajo no relacionado con la enfermería	2,9%	1,4%
No trabajo	2,0%	0,8%
Jubilado/a	0,2%	0,5%

Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

A la hora de analizar la condición de actividad discriminando entre Auxiliares y Licenciadas, se deduce que las diferencias de respuestas que se pueden apreciar entre estas dos categorías de la enfermería no son estadísticamente significativas. El porcentaje de Auxiliares, así como de Licenciadas que se dedican específicamente a su profesión como fuente de ingreso es muy elevado, el 87,2% para el caso de las Auxiliares y un 90,4% para el caso de las Licenciadas. Porcentajes similares entre ambas categorías también se observan para aquellos que combinan la formación con otro empleo.

Las diferencias que se ven entre Auxiliares y Licenciadas están en la proporción que indicaron no ejercer su profesión como medio de trabajo y aquellos que indican no estar trabajando. Casi 3% de las Auxiliares mencionó estar dedicada a otra actividad diferente a la enfermería y un 2% señaló no estar trabajando. Para el caso de las Licenciadas estos porcentajes son un poco menores, 1,4% no se desempeña o no se dedica a la enfermería y menos de 1% no trabaja.

Cuales son los motivos por los que este porcentaje de la enfermería no trabaja se detallan en la tabla a continuación.

Tabla 3 Razones por la que no trabaja

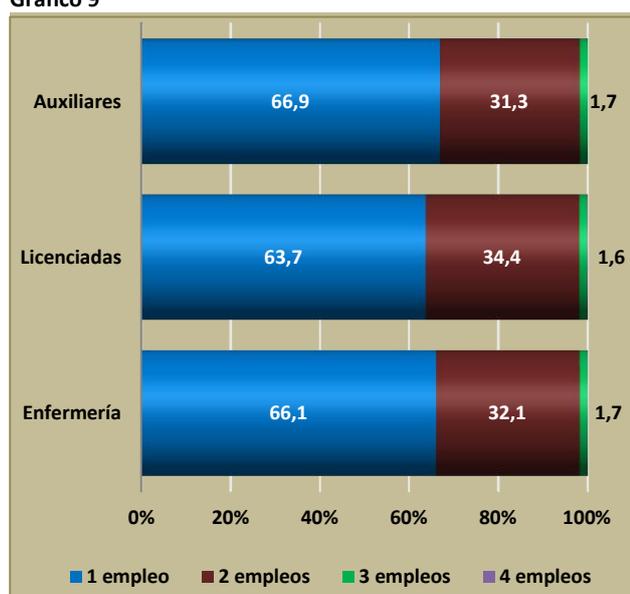
Cuál es la razón por la que no trabaja	Auxiliares	Licenciadas	Total
No consigue ningún trabajo	12,2%	14,3%	12,4%
No consigue trabajo de su profesión	26,5%	10,7%	24,8%
No le agrada/No le sirve el régimen de trabajo de su profesión	1,7%	0,0%	1,6%
No tiene tiempo por su trabajo doméstico, cuidado de niños o personas dependientes	6,1%	14,3%	7,0%
No tiene tiempo por estudios	30,4%	25,0%	29,8%
Se siente inseguro de realizar las tareas vinculadas a su profesión	1,7%	3,6%	1,9%
Ninguna razón en especial	21,3%	32,1%	22,5%

Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

El principal motivo a nivel general por el que no trabajan, tanto **Licenciadas** como **Auxiliares** está relacionado al tiempo que le dedican al estudio. Aunque para el caso de las **Auxiliares** se destaca también la dificultad de conseguir un trabajo acorde a su profesión, un 26,5% de las **Auxiliares** lo indicó como una de las principales razones por las que no trabaja. La categoría ninguna razón en especial también concentra porcentajes importantes de respuestas.

Número de trabajos declarados

Gráfico 9

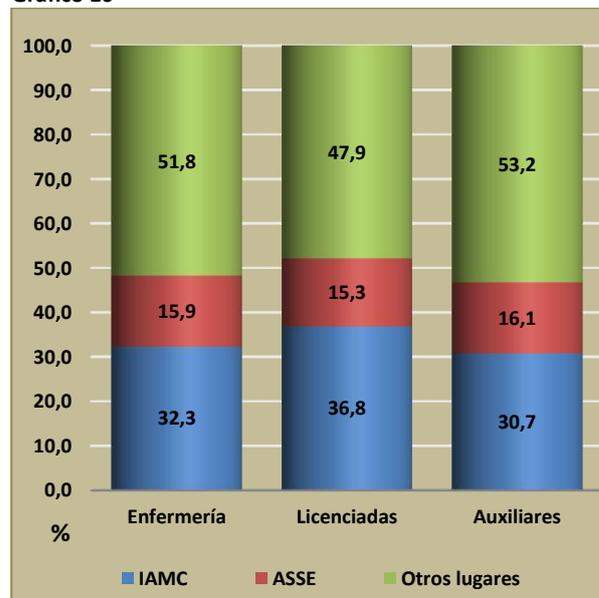


Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

Para la enfermería en su conjunto, el 66% declara tener solamente un trabajo. Si se analiza por separado **Auxiliares** y **Licenciadas** se observa una leve diferencia, aunque la interpretación es la misma, más de 6 de cada 10 enfermeras indica tener un solo empleo, se deriva pues de esto que en promedio el 30% de los censados tiene más de un trabajo. Si bien estas cifras de multiempleo parecen no ser tan bajas, tampoco pueden ser consideradas tan elevadas si se las compara con otras categorías de profesionales de la salud como pueden ser los propios médicos y otros técnicos de la salud, cuyo promedio de multiempleo supera el 50%.

Lugar de trabajo para los que trabajan solo dedicados a la enfermería

Gráfico 10



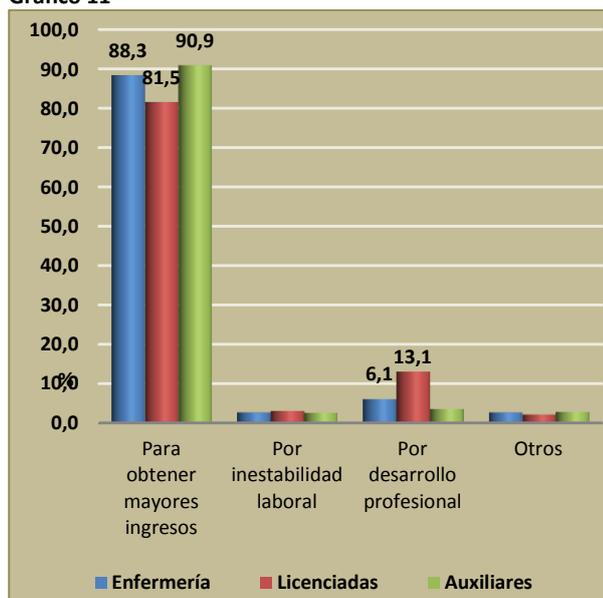
Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

Prácticamente no se visualizan diferencias entre **Auxiliares** y **Licenciadas** en relación al lugar que se desempeñan como enfermeras exclusivamente, en general confluye una uniformidad en cuanto a sus declaraciones de lugar laborable. Los datos en este caso confirman la información que surge de los registros administrativos del MSP, donde los principales prestadores integrales del SNIS no llegan a ocupar al 50% de las enfermeras³.

³ Los datos del gráfico refieren a la declaración del lugar laborable del primer trabajo, lo que significa que si también se considerará el

Razones por las que tiene más de un empleo

Gráfico 11



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

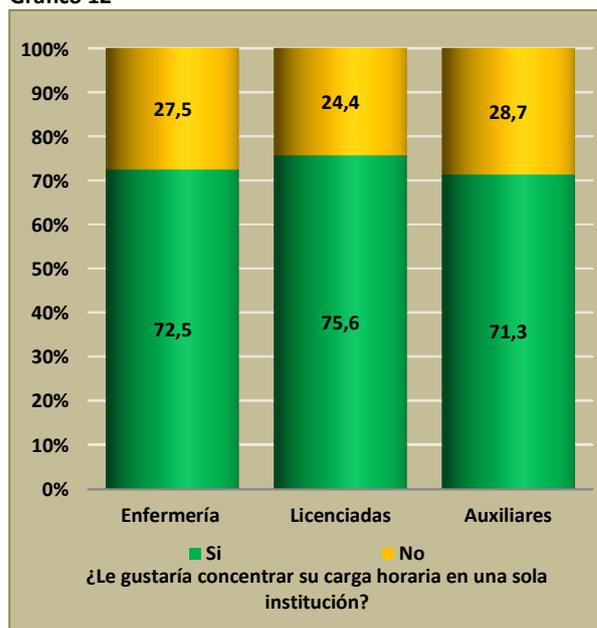
El motivo más importante por el cual Licenciadas y Auxiliares laboran en más de un trabajo es para incrementar sus ingresos. Aunque para el caso de las Licenciadas también se destaca el motivo de crecimiento profesional.

En términos comparativos, las Auxiliares muestran una tendencia más elevada de tener más de un trabajo que las Licenciadas como medio de incrementar sus ingresos, del mismo modo que estas últimas muestran una propensión más marcada que las Auxiliares de concentrar más de un trabajo por motivos de desarrollo profesional, lo que de cierto modo puede ser visto como algo positivo, si se considera que el desarrollo profesional es un rasgo fundamental para la mejora de las competencias de los recursos humanos.

Por otro lado frente a la interrogante, *de poder concentrar su carga horaria en una sola Institución*, las respuestas tanto de Auxiliares como de Licenciadas también son muy semejantes. Como se muestra en el gráfico siguiente y a nivel global más del 70% de la

enfermería respondió estar dispuesto a concentrar su trabajo en una sola Institución.

Gráfico 12



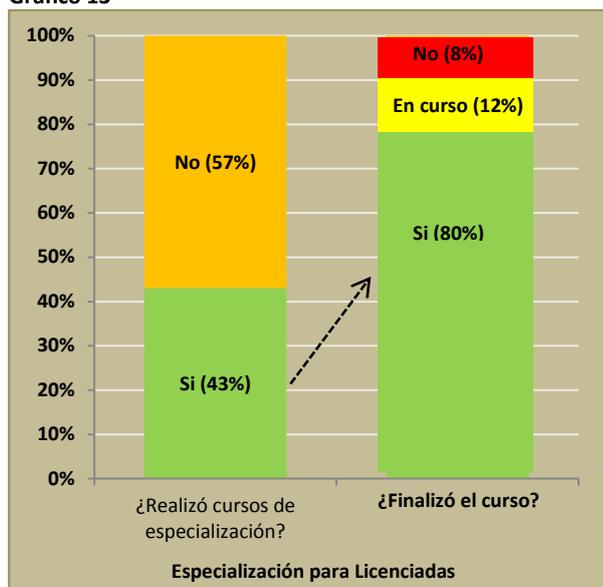
Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

Otra lectura que se puede arribar a partir de los datos del gráfico 12, es que el multiempleo como *opción de vida* es una elección de casi la cuarta parte de la enfermería. Se debería indagar cuales son los motivos por los que una parte no menor de Auxiliares y Licenciadas prefieren el multiempleo a la concentración de sus trabajos en una sola Institución. Una de las explicaciones podría estar en lo expuesto anteriormente, que la actividad laboral en más de una Institución es una oportunidad de desarrollo y crecimiento profesional, aspecto fundamental para desenvolverse en la vida, tanto a nivel profesional como a nivel social.

lugar laborable del segundo trabajo, los porcentajes a los que se llegan reafirmarían aún más lo planteado, "de que los principales prestadores del SNIS no ocupan al 50% de la enfermería".

V. Formación de la enfermería

Gráfico 13



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

Este gráfico muestra en términos porcentuales, la proporción de Licenciadas que han realizado al menos algún curso de especialización, 4 de cada 10 de estas profesionales menciona haber realizado cursos de especialización a largo de su vida; aunque como se observa en la segunda barra gráfica no todos han logrado finalizarlo. Un 8% señaló no haber culminado sus estudios de especialización, un 12% se encuentra cursando y el restante 80% si finalizó alguna especialización.

Tabla 4

ESPECIALIDADES MÁS FRECUENTES	
Especialista en enfermería cuidados intensivos	16,9%
Especialista en Administración (Gestión) de Servicios de Salud	11,3%
Especialista en enfermería en emergencias	5,25%
Especialista en enfermería en block quirúrgico	4,7%
Especialista en enfermería en diálisis	4,3%
Posgrado en Gestión de Servicios de Salud	4,3%
Especialista en enfermería en cuidado intensivo pediátrico	4,0%
Especialista en enfermería en infecciones intra-hospitalarias	4,0%
Especialista en enfermería en neonatología	3,4%
Especialista en enfermería comunitaria	2,9%

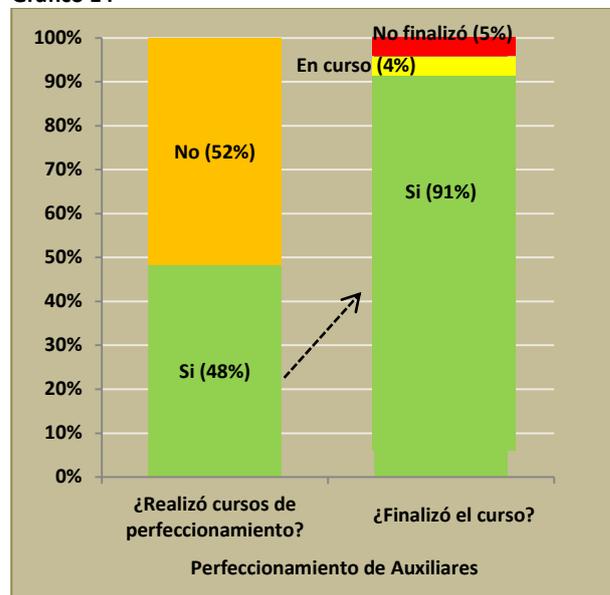
Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

La tabla anterior resume las diez especialidades de mayor frecuencia formativa de las Licenciadas. Prácticamente el 17% de estas profesionales menciona ser especialista en Cuidados Intensivos; un 11,3% posee especialización en

Administración y Gestión de Servicios de Salud. La tercera especialidad de mayor frecuencia es la enfermería en emergencias, las restantes especialidades de la tabla no superan el 5%. Específicamente la enfermería comunitaria como especialización de las Licenciadas representa tan solo el 2,9%, que en términos absolutos equivale a unas 49 Licenciadas con formación en el área comunitaria.

Un dato no menor a tener en cuenta a la hora de analizar la formación de posgrado de la Enfermería profesional, es observar la forma de obtención de estas especialidades. Entre los años 2009 y 2011 la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República expidió 963 reconocimientos, es decir una gran mayoría de estas especializaciones se obtienen por Competencia Notoria⁴. Según registros de las Estadísticas Básicas de la UdelaR, en este mismo período se registraron tan solo 16 egresos de posgrados de la Facultad de Enfermería de forma curricular y los mismos corresponden a Maestrías.

Gráfico 14



Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

⁴Se entiende por competencia notoria la capacitación en una disciplina de Enfermería, demostrada por la Actuación Profesional destacada en la Docencia, en la Investigación y en el conocimiento de los diversos medios y técnicas de la especialidad, así como en la continuidad en que ha cumplido el trabajo. REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA POR COMPETENCIA NOTORIA - (Ordenanza del Centro de Posgrado, art. 24 lit. b) Res. Nº 37 de C.E.D. de 8/III/9199 - Distr. 225/99 - D.O. 1/X/1999

Al igual que el anterior gráfico, este muestra la proporción de Auxiliares que han pasado por algún curso de perfeccionamiento a lo largo de su vida como enfermeras. Este porcentaje de Auxiliares con cursos de perfeccionamiento equivale al 48%; del cual el 91% finalizó su actividad formativa.

El curso de perfeccionamiento realizado más frecuentemente por las Auxiliares es el de Cuidados intensivos de adultos como se indica en la tabla 5, seguido por el de vacunación. A nivel general se concluye que de la amplia gama de cursos de perfeccionamiento para el caso de las Auxiliares y especialidades para el caso de las Licenciadas prevalece la formación dentro de los cuidados intensivos. En otras palabras, se percibe cierto perfil hacia la formación en el área de cuidados intensivos. Esto es así tanto para las Licenciadas como para las Auxiliares. En el caso de estas últimas, casi el 80% manifestó tener cursos en área de cuidados intensivos ya sea de adulto, pediátrico o general.

Tabla 5

CURSOS MÁS FRECUENTES	
Cuidados intensivos de adultos	21,0%
Vacunaciones	15,2%
Cuidados intensivos	13,8%
Block Quirúrgico e instrumentación	12,1%
Cuidados intensivos pediátricos	10,4%
Extensión materno infantil	9,5%
Cuidados intensivos de adultos y pediátricos	7,1%
Enfermería sanitaria	5,8%
Aparatos de yeso	1,9%
Enfermería rural	1,6%
Hemoterapia	1,5%

Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013.

VI. Consideraciones Finales

Los datos arrojados por el Censo, son de fundamental importancia para la planificación futura de la enfermería como fuerza de trabajo dentro de la estructura sanitaria del país.

Mediante este Censo se ha logrado recoger cierta información que posibilita interpretar de forma más precisa algunos aspectos que se han venido estudiando en base a los registros administrativos

del MSP (SCARH y SHARP) sobre la situación de la enfermería.

De acuerdo a la información primaria del censo, se puede concluir, que la enfermería nacional cuenta con un déficit estructural de Licenciadas que se ha venido mejorando en los últimos 20 años, pero que aún se encuentra por debajo de las necesidades que requiere el sistema para fortalecer el primer nivel de atención. En cuanto a las Auxiliares, se evidencia una disponibilidad, que en términos numéricos es adecuada triplicando la población de Licenciadas.

A nivel general, la enfermería uruguaya muestra ser una población relativamente joven con promedios de edad que oscila en los 40 años, donde ocho de cada diez de estos es mujer y en donde el problema del multiempleo afecta a un número importante de enfermeras. Pero este problema tiene una incidencia menor que en otras profesiones de la salud. La afirmación “todas las enfermeras trabajan por lo menos en dos lugares” no tiene evidencia empírica, pero sí se puede afirmar que un poco más del 30% de las enfermeras trabajan en más de un lugar.

Independientemente de esto es importante señalar, que el multiempleo en una profesión como la enfermería que para el cuidado de la salud exige una carga física y mental importante, que sumado a las tareas propias asignadas a la condición de género, agravan aún más la situación afectando a la propia salud de las/os trabajadores y la calidad y seguridad de los cuidados realizados. Si bien aún hoy no se cuenta con la información en las áreas o sectores en los que se concentra el multiempleo, es de esperar que si esta concentración de trabajos se ubicará en los sectores críticos la situación puede ser peor.

Por otro lado, se concluye que si bien hay una distribución dispar de las enfermeras en el territorio, la misma responde a la propia distribución de la población y a la localización de los centros asistenciales de referencia nacional en la capital del país y en las zonas urbanas del interior. De ahí que la planificación de la oferta y

la demanda de la enfermería en un sentido general deberían realizarse acorde a las exigencias de cada zona. Por otra parte, también se observa que los principales prestadores integrales del país (IAMC y ASSE), si bien generan un porcentaje de ocupación importante, el guarismo es menor al esperado y un poco más de la mitad de los puestos de trabajo son generados por otro tipo de instituciones prestadoras de servicios de salud.

Todos los aspectos desarrollados en este informe se van a poder analizar en mayor profundidad con los datos que surjan de la encuesta de enfermería, segunda etapa de este proceso de generación de información sobre la enfermería.

En síntesis, el proceder metodológico para lograr una planificación eficiente en el campo de la enfermería y de los RHS en general debería encerrar aspectos específicos de la realidad analizada. Estos aspectos son particularidades que no pueden ser extrapoladas de un contexto ajeno y diferente al de su origen. La elaboración de ciertos indicadores de salud basados en los RHS deben respetar las características poblacionales de los diferentes territorios y la organización propia del sistema de salud uruguayo, dichos indicadores deberían cimentarse en bases flexibles que permitan la incorporación de conceptos menos medibles cuantitativamente, lo que en cierta medida implica partir de una base de reconocimiento que la realidad en la cual están inmersos los RHS es una realidad en tránsito y no un contexto mecanizado de proceder que pueda ser recopilado por un método único.

Por último, si bien aquí no es posible analizar en profundidad la evolución positiva que ha venido atravesando la enfermería en cuanto a su disponibilidad como RH dentro del SNIS, parece oportuno indicar que a lo largo de esta última década el número de enfermeras y sobre todo de Licenciadas ha experimentado un crecimiento importante que tal vez sigue siendo insuficiente, pero en la medida que este incremento siga su ritmo se visualiza un futuro más prometedor,

pero en el cual e igualmente es necesario el desarrollo de estrategias que apunten a la mejora de la enfermería en el Uruguay.

Consideramos que este producto puede ser de interés y de importancia para la CONAE como insumo para la elaboración del Plan Nacional de desarrollo de la enfermería en Uruguay en el próximo decenio.

Prof. Lic. Pilar González - Adjunta Ministra de Salud Pública-MSP

Prof. Lic. Mercedes Pérez – Decana Fac. de Enfermería-UdelaR

Lic. Sergio D. Núñez – División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA)/DIGESNIS-MSP

