
Serie
HSR

27

La reforma del sector
salud y sus implicaciones
para la práctica, la
regulación y la educación
de enfermería: un estudio
de cinco países

Elaborado por:
Edilma B. Guevara, DrPH, MPH, BSN
y Elnora (Nonie) Mendias PhD, RN, CSFNP

Abril de 2001

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
(HSP)



Organización Panamericana
de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2001

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

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	III
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LOS CAMBIOS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: TEMAS EMERGENTES EN LOS CINCO PAÍSES	3
1.1 ANTECEDENTES	3
1.2 ETAPAS DE COLABORACIÓN INICIAL EN EL DISEÑO DEL PROYECTO MULTICÉNTRICO	4
1.3 METODOLOGÍA	7
1.4 RESULTADOS	8
1.5 DISCUSIÓN	32
1.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
1.7 REFERENCIAS	41
CAPÍTULO 2: LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN ARGENTINA	47
2.1 INTRODUCCIÓN	47
2.2 METODOLOGÍA	48
2.3 RESULTADOS	49
2.4 DISCUSIÓN	75
2.5 REFERENCIAS	79
CAPÍTULO 3: LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN BRASIL	83
3.1 INTRODUCCIÓN	83
3.2 METODOLOGÍA	84
3.3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	85
3.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	95
3.5 REFERENCIAS	95
CAPÍTULO 4: LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA	97
4.1 INTRODUCCIÓN	97
4.2 METODOLOGÍA	97
4.3 HALLAZGOS	98
4.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	106
4.5 REFERENCIAS	107
CAPÍTULO 5: LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL ESTADO DE MÉXICO	111
5.1 INTRODUCCIÓN	111
5.2 METODOLOGÍA	112
5.3 HALLAZGOS	114
5.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	118
5.5 REFERENCIA	120
CAPÍTULO 6: LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO	123
6.1 INTRODUCCIÓN	123
6.2 METODOLOGÍA	124
6.3 DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE ESTUDIO	125
6.4 SITUACIÓN DE SALUD	125
6.5 STEEPLE: MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO	126
6.6 CAMBIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE ENFERMERÍA DENTRO DEL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	128
6.7 HALLAZGOS	129
6.8 CARACTERÍSTICAS DE LOS SITIOS: INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS (MMMFFE)	129
6.9 DATOS NARRATIVOS DENTRO DEL CONTEXTO DE LA REFORMA	132
6.10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	134
6.11 REFERENCIAS	136

CAPÍTULO 7: LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN LOS ESTADOS UNIDOS.....	137
7.1 INTRODUCCIÓN	137
7.2 METODOLOGÍA.....	138
7.3 CARACTERÍSTICAS DEL SITIO DE ESTUDIO.....	138
7.4 HALLAZGOS	139
7.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	143
7.6 REFERENCIAS.....	144
ANEXO A: PARADIGMA DE INTERACCIÓN DINÁMICA (PHYLLIS GOINGS).....	145
ANEXO B: INDICADORES DE LA REFORMA DE SALUD (EDGAR BARILLAS).....	147
ANEXO C: GUÍA PARA LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA.....	149

RESUMEN EJECUTIVO

Esta publicación presenta los resultados de la investigación sobre la Reforma del Sector Salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación, y la educación de enfermería que se realizó en cinco países de las Américas: Brasil, Colombia, México y Estados Unidos.

La presente investigación cobra importancia pues se centra en el recurso humano, en este caso enfermería, como un factor importante y decisivo para el desarrollo de las reformas, tema ausente dentro de las agendas de las mismas, que han dado mayor énfasis a los resultados económicos tales como eficiencia, productividad y costo.

En 1997, se solicitó a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Texas en Galveston, Centro Colaborativo de la Organización Mundial de la Salud, coordinar y dirigir un estudio en colaboración con otros cuatro países de la Región sobre la reforma de salud y la práctica de enfermería. Esta decisión se tomó a raíz de una conferencia sobre reforma que se realizó en esa casa de estudios y después de algunos eventos sobre el mismo tema auspiciados por la OPS, específicamente a partir de un análisis sobre mercado de trabajo en enfermería. En el análisis se constató entre otras cosas, la inexistencia de información sobre la fuerza de trabajo en enfermería, las necesidades futuras de personal y el posible efecto de las reformas en la prestación de servicios en enfermería.

El estudio se desarrollará en dos etapas, en la primera fase se ha realizado un estudio cualitativo sobre las opiniones de las enfermeras acerca del valor social de enfermería, las definiciones de la práctica de enfermería y los cambios percibidos a raíz de las reformas en cada uno de los países, así como una descripción de los ambientes internos y externos de cada uno de los sitios de práctica seleccionados. La segunda fase incluirá un estudio cuantitativo de los resultados de la reorganización del sistema de salud, en términos de acceso (de acuerdo a la percepción de los usuarios de los servicios), y su influencia sobre cambios potenciales en el curriculum y la necesidad de educación permanente.

Para el desarrollo del protocolo se utilizó el Método de Cuestionamiento Naturalista (Lincoln y Guba, 1985), así como la adaptación del Modelo de Interacción Dinámica desarrollado por Goins. Se diseñaron guías para las entrevistas para obtener información proveniente de las enfermeras en los servicios seleccionados.

La población objeto del estudio incluyó a 125 enfermeros que se encontraban practicando en instituciones seleccionadas. Entre 10 y 42 enfermeros profesionales fueron entrevistados en cada uno de los sitios de estudio (Córdoba, Argentina; Riberão Preto, Brasil; Estado de México y Estado de Nuevo León, México; Texas, Estados Unidos). Además se entrevistaron a otros profesionales del área de la salud para obtener información sobre las características de las instituciones en estudio.

En el resultado del estudio se incluye información sobre el contexto donde se desarrolló el estudio, las opiniones de las enfermeras sobre el valor social de la enfermería como práctica, la definición multicultural de enfermería incluyendo actividades y funciones comunes, cambios recientes sobre dicha práctica en los sitios bajo estudio, la descripción de recursos de salud y los factores externos que afectan la práctica de enfermería en los países participantes.

El estudio muestra claramente como las reformas del sector salud han incidido en el personal de enfermería. La práctica de enfermería ha sido afectada por cambios en la composición y el número de personal, por los mecanismos de reembolso, y por las restricciones de los servicios de salud derivadas de las estructuras organizativas y de las características de la población a la que sirven. Las enfermeras realizan más trabajo con menos personal, atienden a pacientes más enfermos en tiempos más cortos, con limitaciones de material y equipo y/o servicio de apoyo.

En la actualidad, los enfermeros están desarrollando otras funciones y trámites administrativos que disminuye el tiempo del que disponen para cuidar al paciente. Los cambios acelerados en la tecnología de la salud y el uso de tecnología sofisticada para responder a las demandas del mercado y a las características de la población requieren actualización permanente. Las enfermeras también se están ajustando a otras formas de trabajo, ampliándose su campo de acción a otros lugares como son el domicilio, lugares de trabajo, escuelas, servicios cooperativos, o grupos de prácticas privadas que ofrecen servicios a instituciones.

Otro resultado importante del estudio es la descripción en las tendencias de la regulación en la práctica y la educación de enfermería. Con la tendencia a la globalización y la competencia económica, se crea la necesidad de compatibilizar los sistemas de credenciales con las nuevas condiciones del mercado de trabajo, lo cual amerita estudios comparativos del contexto en que se da la práctica con los perfiles de los egresados (académicos) y los perfiles laborales (ocupacionales) de los enfermeros. También muestra la necesidad de realizar estudios tendientes para armonizar el ejercicio profesional con la realidad socio económica del país y

la región, así como a establecer regulaciones que protejan la estabilidad laboral y las condiciones de trabajo del enfermero.

Aunque el estudio no profundizó mucho en el área de educación, hace referencia a la necesidad de reforzar la formación académica para responder a las demandas actuales como la adaptabilidad de los profesionales a nuevos escenarios de trabajo y a la aplicación de nuevos enfoques gerenciales adaptados a las nuevas exigencias de los servicios. En el aspecto regulatorio, los países participantes con excepción de EUA, que cuenta con mecanismos sólidos sobre el tema, han empezado procesos de acreditación y certificación de la educación en enfermería. A través de los convenios firmados entre grupos subregionales, se ha iniciado el establecimiento de estándares comunes para facilitar la movilidad académica estudiantil y profesional. Como ejemplo se puede citar la iniciativa trilateral entre Canadá, Estados Unidos y México.

En la segunda fase de este estudio se propone utilizar las definiciones de las variables obtenidas en la primera fase para medir los resultados de la reorganización del sistema de salud en términos de acceso al cuidado, de acuerdo a la percepción de los clientes/pacientes y de las necesidades educativas percibidas por los enfermeros y otro personal de salud.

INTRODUCCIÓN

La reforma del sector salud se ha convertido en un tema mundial con impactos substanciales, dramáticos, y quizá revolucionarios sobre los sistemas de atención de salud en los Estados Unidos (Bodenheimer & Sullivan, 1998) y otros países (Barillas, 1996). La reforma del sector salud ha resultado en la redistribución de recursos económicos y humanos, basada en: (a) la reducción de costos y aumento de la calidad de la atención, (b) el mejoramiento de la administración de la atención de salud, (c) la reorganización de los sistemas de salud, y (d) la medición de la productividad de la atención de salud.

La mayoría de los países en las Américas están tratando de responder a las demandas de la reforma del sector salud, mediante el énfasis en tres palabras claves: calidad, equidad, y eficiencia de costo (Manfredi, 1996). Este énfasis es consistente con el marco de referencia para la evaluación del progreso en el cumplimiento de las metas de la reforma del sector salud, proporcionado por la Organización Panamericana de Salud. Este marco está basado en cinco principios: equidad, calidad, eficiencia, sostenimiento, y participación social (OPS, 1997).

El costo y la calidad del cuidado dependen de la mezcla y características del personal, y en la región Panamericana, los enfermeros constituyen el mayor porcentaje del personal de salud (Manfredi, 1996). Al mismo tiempo, las iniciativas para mejorar la calidad están unidas al desarrollo de la concientización del consumidor sobre el cuidado de su salud, y los enfermeros están en una posición ideal para facilitar el desarrollo individual y de la comunidad para interactuar con el sistema de atención de salud. Debido a que la profesión de enfermería requiere mucha dedicación (labor física intensiva) y representa gran parte del presupuesto operativo de las instituciones de salud, la enfermería se ha convertido en el medio y el fin para disminuir costos, a la vez que se ha colocado un gran énfasis a la calidad y la productividad de enfermería como el medio de contener costos. Sin embargo, aunque muchas de las actividades de enfermería son medibles, el arte de enfermería también incluye actividades intangibles, las cuales son difíciles de medir (Guevara et al, 1998). Sobre todo, existe una dicotomía entre el alto valor social humanístico propio del cuidado de enfermería (lo cual constituye la esencia de enfermería) y las limitaciones impuestas por un modelo de salud basado en principios económicos. Mientras el ambiente de trabajo de enfermería sigue cambiando dramáticamente y los enfermeros experimentan expansión en sus roles y responsabilidades, el explorar la percepción de los enfermeros acerca de su práctica y el control sobre la misma se vuelve más crítico (Forbes, Bott, & Taunton, 1997).

Las investigaciones sobre la reforma del sector salud enfatizan resultados económicos, como eficiencia, productividad y costos; sin embargo, un análisis completo y exacto debe incluir la evaluación del impacto que las reformas del sector salud tienen sobre los recursos humanos para la atención de salud. Dado que los enfermeros representan gran parte de los recursos humanos en el sector salud, es esencial obtener información de los enfermeros sobre la práctica de enfermería, sus roles, y funciones, dentro del contexto de la reforma del sector salud (Guevara et al, 1998). Al mismo tiempo, el énfasis en la calidad y productividad de enfermería indica que los educadores, los administradores, y los investigadores de enfermería deberán ajustar las metas de educación, servicio, e investigación para poder participar activamente en la definición de la práctica de enfermería dentro de los nuevos enfoques originados por la reforma del sector salud (Manfredi, 1996). Además, los líderes de enfermería y los organismos reguladores deben asegurar tanto la calidad como el alcance de la práctica de enfermería.

Este documento presenta los hallazgos de un grupo de investigadores internacionales sobre la primera fase del Proyecto Multinacional “La Reforma en la Atención de Salud y sus Implicaciones sobre la Práctica, la Regulación y la Educación de Enfermería”, realizado en cinco países (Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos). El documento incluye seis capítulos. El capítulo uno comprende: (a) descripción del estudio; (b) resumen de los resultados del estudio en los cinco países; y (c) conclusiones. Los capítulos del 2 al 6 presentan una reseña de los hallazgos en cada país participante.

CAPÍTULO 1

LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LOS CAMBIOS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: TEMAS EMERGENTES EN LOS CINCO PAÍSES.

Este capítulo presenta los antecedentes del proyecto, las etapas de colaboración inicial para el diseño del proyecto multicéntrico, y la metodología del estudio.

1.1 ANTECEDENTES

Según Barillas (1996) pag. 11, el sistema de salud está experimentando una transformación radical como resultado de tres factores convergentes: político-ideológico, financiero y epidemiológico. El más importante, de acuerdo a Barillas, es el factor político-ideológico, que habla del papel del Estado en el cuidado de salud. En la mayoría de los procesos de la reforma, se le ha asignado al Estado el papel de financiar y regular, y su papel de servicio se ha limitado. El factor financiero implica invertir en capital humano (p. 11) para disminuir costos de producción, elevar productividad nacional (competitividad), y permitir el desarrollo completo del potencial de la creatividad humana. Los factores epidemiológicos incluyen cambios en el perfil de salud de los países, como el envejecimiento de la población, los problemas de salud relacionados con patologías sociales y epidemias nuevas.

Barillas (1996) lista seis tendencias en la reforma del sector salud: 1) El papel del gobierno ha cambiado de proveedor directo de servicios de salud a regulador de salud; 2) nuevas estrategias han sido incorporadas para la distribución y administración de recursos públicos; 3) el sector privado ha comenzado a participar en la provisión de servicios de salud pública; 4) los recursos del Estado se han dedicado a las intervenciones más efectivas en costo ("paquetes básicos"); 5) los recursos públicos han sido orientados hacia las poblaciones con mayor riesgo social o biológico, a través de tecnologías de bajo costo; 6) las instituciones públicas han descentralizado sus procesos administrativos y financieros. El resultado de estas tendencias es la reorganización de los sistemas de atención de salud, incluyendo los servicios de enfermería. De esta forma, la reforma del sector salud afecta los objetivos, la

administración, la medida de los resultados de la atención y la oferta de servicios de enfermería, como también el pago de los servicios de salud y del personal de enfermería.

1.2 ETAPAS DE COLABORACIÓN INICIAL EN EL DISEÑO DEL PROYECTO MULTICÉNTRICO

1.2.1 *Desarrollo del proyecto*

En 1995, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Texas en Galveston (SON-UTMB), y el Centro Colaborador de la Organización Mundial de Salud (OMS) para el Desarrollo de Enfermería/Obstetricia en la Atención Primaria de Salud, iniciaron este proyecto de colaboración como resultado de la participación de UTMB en una reunión de consulta con la OPS en Washington, DC. Esta reunión tuvo como objetivo discutir los cambios en el mercado de trabajo de enfermería derivados de la implementación de la reforma del sector salud en la región Panamericana. En esta reunión hubo consenso sobre la falta de información documentada sobre el exceso o escasez de enfermeras, las necesidades futuras de personal, y el impacto de la Reforma sobre la práctica de enfermería. Después de esta reunión, se escribió un documento de discusión para llamar la atención sobre la necesidad de información y generación de conocimientos acerca de la naturaleza del trabajo de los enfermeros en el contexto de la Reforma.

El inicio de la exploración del impacto de reforma del sector salud en los países panamericanos fue facilitado por la Conferencia "Reforma del Sector Salud en las Américas: Tendencias e Implicaciones" realizada en 1996 en Galveston, Texas. Investigadores de enfermería y expertos sobre la reforma de salud, se reunieron para discutir las implicaciones de la Reforma sobre la práctica de enfermería y para identificar los indicadores de reforma del sector salud asociados con los cambios en la práctica de enfermería.

Como resultado de la conferencia, surgió la necesidad de estudiar la definición de la práctica de enfermería y el valor social de enfermería, como un primer paso para el estudio del impacto de la reforma del sector salud en enfermería. Miembros de un equipo de investigadores de Argentina, Brasil, Colombia, México y los Estados Unidos fueron identificados en la conferencia. Este equipo se reunió posteriormente en Valencia, Venezuela en noviembre de 1996, para determinar el bosquejo del documento sobre la reforma del sector salud, que sería desarrollado por cada país participante, y planear el estudio multicéntrico. En 1997, el equipo investigador se reunió

nuevamente para desarrollar el protocolo cualitativo de la investigación.

Desde el principio, la filosofía del equipo de investigadores ha sido participativa e inclusiva, lo cual ha influenciado todas las etapas para planear, implementar y evaluar la investigación, así como para otros esfuerzos académicos. Todos los miembros del equipo son valorados por sus habilidades y contribuciones al propósito multicultural del estudio.

1.2.2 Definición del problema

Como se mencionó anteriormente, la falta de información concreta sobre los excesos, deficiencias, o necesidades futuras de personal de enfermería, y el impacto de la reforma sobre la práctica de enfermería fue establecida en la reunión de consulta de la OPS sobre el tipo de cambios observados en el mercado de trabajo de enfermería en la Región. En reuniones posteriores también se identificó la falta de información sobre los avances en la implementación de la reforma en los países y como éstos estaban afectando la práctica, la educación y la regulación de enfermería.

1.2.3 Objetivos

- 1) Analizar los cambios en la práctica, la regulación, y la educación de enfermería derivada del proceso de reforma del sector salud en los cinco países participantes.
- 2) Generar conocimiento para desarrollar estrategias orientadas a aumentar la participación de enfermería en la implementación de la reforma del sector salud.

1.2.4 Diseño

En Abril de 1997, los miembros del equipo investigativo se reunieron en Galveston, Texas, para diseñar el estudio multicéntrico sobre la reforma del sector salud, el cual incluye dos etapas. La primera fase del estudio comprendió un estudio cualitativo sobre las opiniones de los enfermeros acerca de su práctica y una descripción de los ambientes internos y externos de los sitios de práctica seleccionados. Como un efecto de la reforma del sector salud es el cambio en la práctica de enfermería, el equipo de investigadores reconoció la necesidad de identificar y obtener una definición válida de las variables de interés. Esta primera fase se considera de vital importancia para la selección de variables a ser cuantificadas durante la segunda etapa del estudio.

La segunda fase incluye un estudio cuantitativo de los resultados de la reorganización del sistema de salud, en términos de acceso a la atención (de acuerdo a la percepción de los clientes, pacientes y proveedores), cambios potenciales en curriculum, y la necesidad de educación continuada de los enfermeros en los cinco países.

1.2.5 Protocolo de investigación

Un protocolo cualitativo fue desarrollado para definir la práctica contemporánea de enfermería y examinar el valor social de la práctica de enfermería (variable dependiente), de acuerdo a la percepción de los enfermeros que se encuentran practicando en ambientes afectados por la Reforma. El protocolo también incluyó la identificación y el significado de variables independientes y modificadoras de la práctica de enfermería. El método de Cuestionamiento Naturalista (Lincoln y Guba, 1985) fue elegido para desarrollar el protocolo del estudio.

El desarrollo del protocolo comprendió: la adaptación del Modelo de Interacción Dinámica elaborado por Goins al propósito de la investigación, así como también el diseño de las guías de entrevista para la obtención de información sobre la práctica y el valor social de enfermería, la definición de enfermería, y los

cambios recientes en la práctica de enfermería. Además de la traducción de las guías del inglés, al español y al portugués, se acordó la metodología para la selección de los sitios a ser incluidos en el estudio.

1.3 METODOLOGÍA

Este es un estudio cualitativo orientado a: 1) explorar la opinión de los enfermeros sobre el valor social de enfermería, las definiciones de la práctica de enfermería y los cambios recientes en la práctica de enfermería; 2) identificar los cambios en la regulación de enfermería dentro del contexto de la reforma del sector salud. La población del estudio incluyó un total de 125 enfermeros que se encontraban practicando en las instituciones seleccionadas. Entre 10 y 42 enfermeros profesionales fueron entrevistadas en 1997, en cada uno de los sitios de estudio (Córdoba, Argentina; Ribeirao Preto, Brasil; Estado de México y Estado de Nuevo León, México; y Texas, Estados Unidos). Además, con el fin de obtener información sobre las características de la institución y el sitio de estudio se entrevistaron otros profesionales de salud en las instituciones bajo estudio.

El estudio utilizó el Paradigma de Interacción Dinámica (Goins, 1998a) como marco de referencia para el análisis del ambiente en donde se desarrolla la práctica de enfermería (Anexo A). El modelo de Goins permitió analizar los cambios en el sistema de salud y en enfermería, incluyendo la distribución del personal y recursos para el desempeño del trabajo asignado (factores internos) y las características de los sitios de estudio (factores externos). Además, fueron utilizados los indicadores de reforma del sector salud, definidos por Barillas (1995, 1996), para estimar el progreso de la implementación de la reforma del sector salud en los países participantes (Anexo B).

El equipo de investigación en cada país fue responsable de recolectar y analizar sus propios datos, mediante el uso de un protocolo estandarizado. Los datos narrativos fueron obtenidos a través de la guía de entrevista (Anexo C). Con el fin de mantener la calidad y consistencia de los datos, los investigadores revisaron las guías de entrevistas en el idioma apropiado (inglés, español y portugués) antes de su utilización. Los investigadores también recolectaron datos demográficos (edad, género, estado civil, nivel de enfermería y nivel educativo) de los enfermeros participantes en el estudio.

Los investigadores utilizaron el método de Cuestionamiento Naturalístico (Lincoln y Guba, 1985) para analizar los datos narrativos de cada país. La técnica de Cuestionamiento Naturalístico organiza los resultados por tema o categoría, de

acuerdo al marco de referencia conceptual. Las técnicas para analizar los datos incluyeron análisis de contenido, comparación constante, unificación y categorización de temas emergentes, como forma de definir categorías y generar la definición de la práctica de enfermería.

Los investigadores de UTMB fueron responsables de dirigir el análisis comparativo de los hallazgos reportados por los equipos de investigadores en cada país. Para asegurar consistencia en la metodología y confirmar los datos narrativos, el grupo internacional de investigadores se reunió en Galveston, Texas durante la semana del 20 al 24 de Abril de 1998. La confirmabilidad de los datos se determinó mediante el establecimiento de puntos de acuerdo entre los países para identificar las categorías y la estructura de los datos. Luego de describir los resultados preliminares de la entrevista y del análisis de factores internos y externos que afectan la práctica de enfermería en cada país, los investigadores establecieron la necesidad de determinar las similitudes y diferencias entre los países participantes, y evaluar la comparabilidad de los grupos bajo estudio, incluyendo los factores con potencial para modificar la opinión de los enfermeros sobre su práctica.

El grupo de investigadores se reunió de nuevo en Washington, DC en Octubre de 1998 para finalizar la comparación de los hallazgos cualitativos, descriptivos y demográficos entre países. La comparación de los resultados iniciales del estudio se presentó en la Reunión Anual de los Centros Colaboradores de la OMS para el Desarrollo Enfermería/Obstetricia en la Región Panamericana, en Octubre de 1998.

1.4 RESULTADOS

Esta sección presenta el resumen de los hallazgos en los cinco países, la cual incluye: a) descripción de la población y sitio del estudio; b) definición de la variable dependiente: opinión de los enfermeros sobre el valor social de enfermería, definición multicultural de enfermería (incluyendo actividades y funciones comunes), cambios recientes en la práctica de enfermería, y toma de decisiones sobre la práctica de enfermería en los sitios bajo estudio; c) definición de la variable independiente: descripción de los recursos de salud que afectan la práctica de enfermería en los países participantes y d) descripción de factores externos y fuerzas que afectan el ambiente de trabajo de los enfermeros (modificadores).

1.4.1 Población y sitios

Población: De los 125 enfermeros participantes en el estudio, la mayoría tenían entre 26 y 45 años (83,1%) y eran mujeres (94,5%). Mientras que en los Estados Unidos y Argentina casi dos tercios de los enfermeros tenían 45 o menos años de edad (70% y 60% respectivamente), casi todos los enfermeros en México (99%), en Brasil (90%) y en Colombia (90%) tenían 45 o menos años de edad. En cuanto al nivel educativo de los enfermeros, el 34,7% había obtenido un diploma en enfermería; 38,7 % tenía un título de licenciatura (cuatro años), y 4% tenía un postgrado (nivel de maestría). Sin embargo, solo el 22,6% de los enfermeros había obtenido preparación adicional a la de enfermería básica. La formación en enfermería varía de país a país. Los enfermeros diplomados representaron más del 60 % en Argentina y México. Por otro lado, el 56% de los enfermeros en Brasil; el 60% de Colombia y el 88 % en los Estados Unidos tenían un título de licenciatura o más.

La mayoría de los enfermeros tenía bastante tiempo de experiencia profesional. En general, un tercio (33,9%) contaban con 3 a 10 años de experiencia, otro tercio (32,3%) entre 11 y 15 años, y el resto (33,93%) con más de 16 años de experiencia. El grupo de enfermeros mexicanos tenía menos años de experiencia (75% con menos de 10 años). En contraste, 90% de los enfermeros de Argentina y Estados Unidos; 64,2% del grupo de Brasil, y 60% de los enfermeros colombianos tenía más de diez años de experiencia. Lo cual es un reflejo de la distribución de la edad de los enfermeros en los países participantes.

El grupo de los enfermeros entrevistados ha permanecido más o menos estable en su sitio de trabajo. Solo un quinto de la población (21,6%) ha trabajado menos de cinco años en el presente sitio de práctica, el resto lleva más de cinco años en los trabajos actuales. El grupo de Estados Unidos muestra el porcentaje más bajo de enfermeros con menos de cinco años en el sitio actual (53%), seguido por Colombia (40%), lo cual indica una alta movilidad de los enfermeros en estos dos países.

Sitios: En Argentina, el estudio fue realizado en dos instituciones públicas. En Argentina, los hospitales públicos son financiados por el Estado, los gobiernos municipales y el reembolso de *Obras Sociales* (mayor entidad financiadora de la atención en salud), y el cuidado subsidiado de la *Cooperadora*. Los sitios bajo estudio proporcionan servicios en la región a toda la población sin tomar en cuenta si el cliente puede pagar o no por los servicios recibidos. Sin embargo, debido a restricciones presupuestarias, la disponibilidad de medicinas y materiales ha disminuido, el personal de enfermería y sus salarios se han reducido, y el aumento de personal no está permitido (Heredia, et al., 1998).

En Brasil, el estudio se realizó en Ribeirao Preto, en instituciones públicas, privadas, y filantrópicas. Los hospitales y clínicas públicas de Brasil son financiados por los Gobiernos Federal, Estatal, y Municipal. Los servicios privados incluyen planes pre-pagados para individuos, familias, o grupos de seguros privados, y servicios de reembolso o pago después de recibir el servicio (Ferraz, et. al, 1998).

En Colombia, el estudio se realizó en una clínica ambulatoria para empleados/trabajadores y sus familias; en un hospital público de enseñanza, y en un sistema de clínicas ambulatorias para población municipal. En Colombia, los hospitales públicos reciben fondos nacionales y contribuciones del paciente por pago de los servicios. Debido a la crisis económica y política, la planta de personal se ha reducido, y el personal de enfermería es contratado por programas o proyectos financiados por algunas instituciones (Castrillon, et al. 1998).

En México, el estudio se realizó en dos sitios geográficamente diferentes: Toluca (Estado de México) y Monterrey (Estado de Nuevo León). Estos sitios fueron elegidos por representar las características de los servicios de salud en dos regiones diferentes centro y norte de México. La localidad central representa a México como país, mientras que la localidad nortea fue elegida por representar características específicas derivadas de las influencias del Tratado de Libre Comercio (TLC). En el Estado de México, el estudio se realizó en tres instituciones: un hospital público; una clínica urbana, y una clínica rural. En el Estado de México, los hospitales públicos son financiados por el Gobierno Federal y el Gobierno del Estado (Valdez, et al. 1998). En el Estado de Nuevo León, el estudio se realizo en tres instituciones: dos hospitales públicos y una clínica de seguro social. Los sitios del estudio en Nuevo León son financiados por el Gobierno Federal y el Gobierno del Estado, y por fuentes locales originadas a través de mecanismos de reembolso (Paz, et al. 1998).

En los Estados Unidos, el estudio se realizó en Texas, en un sistema amplio de clínicas y en un hospital público de enseñanza, el cual incluyó pacientes de consulta externa e interna. La institución es financiada por el Gobierno Federal y el Gobierno del Estado. Cubre un área de varios condados incluyendo pacientes sin recursos económicos, pacientes con servicio de ayuda médica (Medicaid o Medicare) y pacientes con seguro privado y pago particular (Goins, 1998).

Características de las instituciones observadas

Las instituciones observadas incluyeron hospitales/clínicas públicos y privados. Las instituciones privadas usan planes de pagos por servicio en Argentina y Brasil, o seguro privado y pago

privado en Argentina y Estados Unidos. La disponibilidad de equipo y materiales son variables entre los sitios bajo estudio. El uso de tecnología es mayor en los Estados Unidos, seguido por Brasil, Argentina, Colombia y México. Las clínicas privadas en Brasil utilizan equipos y procedimientos de alta tecnología, mientras las clínicas privadas en Argentina, Colombia y México reportan disponibilidad de algún equipo de alta tecnología. Con excepción de los Estados Unidos, las instalaciones públicas y su ambiente de trabajo reflejan la crisis económica de los países participantes. La renovación y el mantenimiento de las instalaciones públicas y de sus equipos han disminuido en la última década.

Los recursos humanos de enfermería varían mucho entre los sitios del estudio y entre instituciones públicas y privadas. Por países, los sitios de estudio en Estados Unidos y Brasil cuentan con más personal de enfermería que Argentina, Colombia y México. Con excepción de Estados Unidos, en todos los sitios del estudio, la proporción de los enfermeros profesionales en los hospitales públicos con títulos de cuatro años es muy baja, (entre 4,3% en México y 14,1% en Brasil). Sin embargo, las instituciones públicas emplean más enfermeros profesionales que las instituciones privadas.

En resumen, los sitios de estudio son diferentes en tamaño, tipo de población servida y organización del sistema de salud. Las características del sitio del estudio y el contexto de cada país, deben ser considerados al interpretar el ambiente de trabajo de los enfermeros y las características de su mercado de trabajo. Mientras el impacto de la crisis económica en los servicios de salud es muy obvio en Argentina, el impacto de la violencia en los servicios de salud es más evidente en Colombia. En Argentina, los enfermeros trabajan en dos o tres sitios diferentes para alcanzar a sostener la familia, una tendencia también presente en Colombia, México y Brasil. Sin embargo, a pesar de las diferencias en los países o sitios de estudio, los temas (surgidos del análisis de los datos narrativos) relacionados con la definición y el valor social de enfermería y con los cambios en la práctica de enfermería tienen más similitudes que diferencias. En general, los enfermeros siguen convencidos del valor del cuidado humanístico como pilar fundamental para la práctica de enfermería, a pesar del deterioro en las condiciones de trabajo.

1.4.2 Resumen de la percepción de los enfermeros

Esta sección presenta los hallazgos relacionados con la definición de las variables de interés. Las mayores variables dependientes fueron definidas como la práctica de enfermería y el ambiente de la práctica. Las variables independientes fueron definidas como: la reforma del sector salud, la organización de los servicios de salud y los cambios en el mercado de trabajo. Los

modificadores de las variables incluyen las tendencias en educación y en la práctica de enfermería y el contexto del país.

Los temas comunes y los ejemplos de los datos narrativos relacionados con la práctica y el ambiente de enfermería de todos los países se resumen a continuación. Los datos de cada país se presentan en sus capítulos individuales. La definición de la práctica de enfermería incluye la percepción del valor social de enfermería, una definición multicultural de la práctica de enfermería y la opinión acerca de los cambios recientes en la práctica de la misma.

Valor social de enfermería

Temas comunes en la percepción del valor social de enfermería en los cinco países incluyen:

- Ayudar a los demás
- Dar cuidado y servir a los demás
- Fomentar el desarrollo de los demás
- Relacionarse con los demás (interrelaciones humanas)
- Satisfacer las necesidades de otros
- Aliviar el dolor y el sufrimiento
- Promover el bienestar
- Tratar igual a los pacientes (sin discriminación)
- Hacer diferencia (afectiva y gratificante)
- Estatus profesional

La mayoría de estos temas (ayudar, preocuparse y servir a los demás, fomentar el desarrollo, satisfacer las necesidades, hacer diferencia, aliviar el dolor y sufrimiento de los demás), refleja la opinión de los enfermeros en el sentido que ellos están *en una profesión que presta un servicio muy valioso a la gente*: “La enfermería es una ciencia y un arte que trabaja para el bienestar de la persona, la familia, y la comunidad”; “la enfermería para mí es brindar cuidado, ...dar lo mejor que uno puede”; “yo puedo hacer algo por la comunidad, puedo servir a la gente...”; “la enfermería todavía es una profesión de cariño”.

Estos mismos temas de pronto reflejan *las recompensas recibidas por los enfermeros por su trabajo*: “La profesión de enfermería da satisfacción personal como resultado de trabajar con el paciente”; “lo que yo comencé a hacer es una contribución seria al bienestar de la gente, tener un impacto en sus vidas y generar una actitud diferente”; “la enfermería es un trabajo en donde me siento necesitado”; “la enfermería es muy importante y me hace sentir necesitado y querido”; “es importante para mí porque creo que podemos hacer una diferencia en la vida de ellos”.

Además, los enfermeros *reconocieron la importancia de ellos y de la enfermería en el cuidado a los pacientes*: “La enfermería hace crecer al profesional, mientras aprende nuevas cosas”; “la enfermería es muy importante, ...creo que es el centro del hospital. En mi vida profesional, es el centro... del cual depende el buen o mal cuidado recibido por el paciente, el cual afecta el... estado de salud del paciente cuando sale del hospital”.

Sin embargo, algunos enfermeros creen que a la *enfermería no se le reconoce su papel profesional*: “Siento que la profesión de enfermería todavía tiene un nivel de obediencia, que significa hacer, obedecer, correr siempre - siempre el mito de que el enfermero que corre es bueno”; “la enfermería es una profesión que no recibe la importancia que merece, es la profesión que cubre las necesidades humanas”.

Equidad es una preocupación visible - tratar a todos por igual. Algunos dicen: “La enfermería es un arte, sin prejuicio y discriminación”; “ser un enfermero es ser ... un defensor del cuidado de los pacientes”. Los enfermeros “dan atención a los pacientes que han recibido menos cuidado debido a las características del paciente o de la institución”; “dar atención al ser humano es dar apoyo, alegría y salud, yo siento que todos los humanos tienen una gran necesidad de este tipo de cuidado, independiente de nuestras creencias, todos necesitamos cuidado”.

En todos los países los enfermeros ven el *cuidado integral como el pilar fundamental de la enfermería*. Aunque algunos enfermeros perciben la falta de reconocimiento de la complejidad del trabajo de enfermería por otros profesionales y de la misma sociedad, la visión que los enfermeros entrevistados tienen de su propia profesión está basada en el valor social de enfermería. Aunque la importancia del trabajo de los enfermeros ha sido reconocida por organizaciones nacionales e internacionales (OPS, 1999b), las recompensas tangibles al trabajo de los enfermeros son escasas. Esta falta de reconocimiento puede ser explicada por diferentes factores. Primero que todo, la fuerza de trabajo de enfermería está compuesta en su mayoría por mujeres, quienes desarrollan o desempeñan un trabajo profesional y vocacional bajo un nombre

común: “enfermería”. La clasificación de la enfermería como una profesión femenina representa discriminación económica, pues en general el salario promedio de las mujeres es menor al salario promedio de los hombres. Además, el personal de enfermería tiene formación académica o vocacional diferente. En todos los países estudiados, los enfermeros vocacionales (quiénes representan la mayoría del personal de enfermería) no poseen una educación más allá de la escuela secundaria, o unos meses de entrenamiento en enfermería. Por lo tanto, la imagen pública de los enfermeros no corresponde a la imagen que los enfermeros profesionales tienen de ellos mismos. Además, los enfermeros tienen una larga historia de servilismo hacia los médicos, lo cual puede influenciar la forma como el público u otros profesionales de salud han percibido o todavía perciben el rol de los enfermeros.

A pesar de la imagen distorsionada del público o de las limitaciones en los sitios de trabajo, como resultado de la reforma del sector salud, los enfermeros continúan valorando el enfoque humanístico del cuidado al paciente/cliente. Por ejemplo, la actual reorganización del sistema de salud parece estar creando barreras al uso del enfoque humanístico durante las interacciones entre el proveedor y el cliente. Las restricciones de tiempo, y los trámites administrativos representan factores limitantes para dar cuidado directo. A su vez, la reducción en las oportunidades para brindar cuidado adecuado a los pacientes, como resultado de los requisitos exigidos por las compañías de seguros o las limitaciones de los servicios, está afectando la calidad del cuidado. El deterioro del ambiente en los servicios de salud, como es la disminución del apoyo institucional para facilitar una atención holística, también afecta las oportunidades de los enfermeros para ofrecer un cuidado con alta calidad.

Una alternativa para mejorar la productividad de enfermería sería la utilización de un enfoque que no amenazara los valores fundamentales de enfermería o la calidad de la atención. Esto se puede alcanzar mediante un análisis sistemático del impacto de los cambios en la oferta de servicios de salud sobre el trabajo y la productividad de los proveedores de salud, y sobre la calidad de atención que recibe la población que ellos sirven. En esta forma, la productividad de los proveedores de salud puede ser evaluada mediante el uso de indicadores cuantitativos y cualitativos, y la aplicación de enfoques humanísticos, los cuales pueden ser parte de la reorganización de los servicios de salud. El uso de ambientes que promueven la atención y la interacción humanísticas, podría facilitar el empoderamiento (capacitación para toma de decisiones informadas) por los proveedores y clientes de las instituciones de salud. Un resultado indirecto de la creación de ambientes humanísticos podría ser el aumento de la satisfacción de los pacientes.

Definición multicultural de la práctica de enfermería

La definición de la práctica de enfermería es el resultado de los temas identificados por los enfermeros en los cinco países del estudio. El análisis de los datos narrativos permitió la siguiente definición de enfermería: “la enfermería es una profesión humanística que a través de relaciones interpersonales promueve el bienestar de las personas, la familia y la comunidad. La enfermería se articula con otros profesionales y trabajadores de la salud para proporcionar un cuidado integral”.

Aunque esta definición representa temas comunes en los cinco países, algunas diferencias también fueron notadas. En Brasil, la enfermería no es una profesión liberal. En Brasil y México, la enfermería no es autónoma y depende de la prescripción del médico. En los Estados Unidos la definición de enfermería incluye funciones relacionadas con el cuidado gerenciado.

Esta definición de enfermería refleja que la enfermería es *una ocupación y un llamado*: “Enfermería es un servicio a la sociedad”; “enfermería es una profesión por la que uno tiene vocación”; “para ser honesto, inicialmente, yo quería hacer dinero, ...pero he aprendido a sentirme bien como enfermero y ahora quiero mucho a la profesión de enfermería”.

La definición de la práctica de enfermería refleja que la *enfermería es una ciencia y un arte*: “La enfermería es una profesión basada en ciencia”; “enfermería es ayudar a otros y es desarrollar estudios y técnicas para ayudar a los pacientes”; “en enfermería nosotros aplicamos todo lo que aprendimos, independiente de la universidad... algunas veces la medicación no es necesaria, algunas veces es solamente hablar con el paciente, estar cerca de él todo el tiempo”; “enfermería es una profesión con su propio cuerpo de conocimiento sobre el cuidado del individuo ... (utilizando) el conocimiento de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales... es una ciencia y un arte para el bienestar del individuo, la familia y la comunidad”.

Esta definición también indica que *la enfermería es una profesión humanística con una visión holística que promueve el bienestar*: “Primero que todo, enfermería es una profesión caracterizada por el compromiso y el cuidado integral al paciente con una visión holística del paciente como ser humano”; “enfermería es dar cuidado a la gente, holísticamente, en la forma que sea necesaria...”; “el enfermero está a cargo de ayudar a la recuperación de la salud del paciente con el fin de reintegrarlo a la sociedad”; “el trabajo de enfermería es ver que los pacientes se mejoren y salgan del hospital en buenas condiciones para que haya armonía”; “mi idea de enfermería es...holística...teniendo en cuenta las necesidades del paciente, el resultado, la atención espiritual,

todo...el resultado...es buena salud y prevención”; “yo creo que la enfermería no solo se relaciona con buena salud pero también con el aspecto espiritual, del cual uno debe ser consciente como un profesional, en tal forma que, si el paciente está listo, nosotros podamos ayudarlo, podemos estimularlo para que participe activamente en su cuidado”.

Finalmente, la definición incluye que la profesión de enfermería *depende de las relaciones interpersonales y del trabajo con otros profesionales de salud*. “El enfermero tiene que ser parte de un equipo, una elemento de unión...que trabaja todos los días con un grupo para beneficio del paciente, aunque el trabajo se haga bien, si no hay interacción, la satisfacción del paciente no va a ser tan alta”. “Somos parte de un equipo entero en un centro de salud o en un hospital, los médicos son importantes pero no pueden hacer el trabajo solos...la cosa más importante es que cada cosa y cada uno estén conectado con el resto del equipo”. “La enfermería no es solamente una profesión con conocimientos también incluye la capacidad de comunicación”. “Enfermería es [sic] el pegante que mantiene el cuidado del paciente unido”.

Los temas emergentes sobre la definición de la práctica de enfermería se presentan a continuación.

- Argentina: Ciencia y profesión con un cuerpo de conocimientos propios, científicos, humanísticos y éticos para atender a las personas. Implica asistencia, educación, investigación, y administración. Cuida y atiende con trato humanizado el bienestar de las personas.
- Brasil: Arte de cuidar holísticamente, establecer relaciones con las personas y prestar servicios. Profesión que se articula con los otros profesionales de la salud. Es ciencia, profesión humanitaria y autónoma en la organización de su trabajo. Profesión que implica dedicación.
- Colombia: Persona con formación para dar atención asistencial, liderar el equipo de enfermería y con una serie de características como la vocación, el amor y la entrega.
- México: Servicio y ayuda, ciencia y arte, profesión humana y vocación, carrera profesional y humanística que brinda apoyo y cuida de la salud de las gentes mediante la satisfacción de sus necesidades, colaboración, cuidado, y trabajo con vidas humanas.
- USA (Texas): Arte de ofrecer cuidado holístico a las personas, profesión humanitaria para ayudar, servir, cuidar, y educar

Funciones y actividades

Los enfermeros entrevistados reportaron gran similitud en sus funciones y actividades. Los temas comunes incluyen:

- Atención directa al paciente
 - Propocionar cuidado directo
 - Evaluación de necesidades, proporcionar cuidado higiénico básico y ofrecer comodidad
 - Planear y proporcionar cuidado complejo
 - Contribuir y desarrollar intervenciones interdisciplinarias
 - Propocionar apoyo psicológico
 - Relacionarse con el paciente, el cliente o la familia
 - Implementar estrategias de promoción de salud
 - Proporcionar atención de salud en casa
 - Controlar riesgos
 - Controlar infecciones hospitalarias
- Proporcionar educación
 - Enseñar estrategias de salud a los pacientes, sus familias y las comunidades
 - Ofrecer programas de educación y educación en servicio a los enfermeros
 - Asistir a otras disciplinas a través de la comunicación del conocimiento de enfermería.
- Desarrollar actividades administrativas
 - Administrar el personal, los materiales y el equipo
 - Organizar los servicios y distribuir las asignaciones al personal
 - Coordinar el cuidado.
 - Apoyar el trabajo de otros
 - Facilitar los trámites administrativos
 - Transportar los pacientes a otros departamentos

El cuidado directo y la educación de salud son las funciones mencionadas con mayor frecuencia. Las funciones de enfermería más comunes son las actividades que reflejan “las experiencias vividas” de los enfermeros entrevistados y no corresponden totalmente a la definición teórica de enfermería o a la definición de funciones de enfermería como un todo. Es importante anotar que muchos enfermeros reportaron responsabilidades adicionales o un aumento de responsabilidades como resultado de la reorganización del servicio de salud. Estas responsabilidades incluyen:

- Aumento del tiempo dedicado a colaborar en la realización de intervenciones interdisciplinarias, y apoyo al trabajo de otros (en todos los países).
- Aumento del cuidado en casa y manejo de riesgo con el nuevo modelo de prestación de servicios de salud (en los Estados Unidos, Brasil, y Colombia).
- Aumento de responsabilidades como “*triage*”/servicio de tamizaje (en los Estados Unidos y Colombia).
- Dirigir y supervisar personal inexperto (en los Estados Unidos)
- Cuidado gerenciado (en los Estados Unidos).
- Transportar pacientes a otros departamentos (en Argentina).
- Uso de computadoras y equipos sofisticados en hospitales (Brasil, Colombia, los Estados Unidos y México)

Los cambios en la práctica de enfermería son similares a través de los países. Sin embargo, la intensidad de los cambios varía entre los países, y las fuerzas generadoras de cambio pueden ser diferentes. Por ejemplo, “asistir a otro personal”, puede ser una consecuencia del aumento de la modalidad de trabajo en equipo (en los Estados Unidos), o la necesidad de personal multifacético (en Colombia y México), o disminución del personal de apoyo administrativo (en Argentina). El “facilitar los trámites administrativos” puede referirse a un aumento de requisitos de las compañías de seguros (HMO) en los Estados Unidos, o a la disminución de personal en todos los países. El “facilitar trámites administrativos” también está asociado con las nuevas demandas administrativas en Argentina y Colombia.

Cambios recientes en la práctica de enfermería

Esta sección presenta la percepción de los enfermeros sobre los cambios recientes en la práctica de enfermería, las razones para el cambio, y la toma de decisiones en enfermería en los sitios estudiados.

Los temas dominantes identificados en cada país incluyen:

- Argentina: Incremento en la carga de trabajo, disminución de la seguridad de trabajo, escasez de materiales, bajo salarios, demanda de conocimiento tecnológico y necesidad de mantener dos trabajos.

- Brasil: Reorientación de recursos, materiales, y tecnología hacia la atención ambulatoria a costa del cuidado hospitalario, una fuerza de trabajo más cohesiva, alta demanda de servicios, incremento de la carga de trabajo, insatisfacción con el trabajo hospitalario, salarios bajos, y necesidad de mantener dos trabajos. Además hay más “papeleo” en las instituciones privadas y menos materiales y equipos en hospitales públicos.
- Colombia: Incremento de la carga de trabajo, atención fragmentada, muy pocos enfermeros, malas condiciones de trabajo, bajos salarios, insatisfacción con el trabajo, incremento de responsabilidad ciudadana, y menos tiempo para cuidado directo.
- México: Menos tiempo para dar cuidado al paciente, aumento de responsabilidades, carga de trabajo excesivo, bajos salarios, insuficiente número de enfermeros en comparación con la demanda, incremento de papelería, aumento en la demanda de servicios, y más tecnología.
- Estados Unidos: Hacer más con menos, excesivo papeleo, más tiempo dedicado a administración y menos tiempo dedicado al paciente, más tiempo dirigiendo personal no calificado, insuficiente cantidad de materiales y cuidado gerenciado.

Las categorías de los cambios recientes en la práctica de enfermería descritas en todos los países incluyen:

- Más trabajo en menos tiempo con menos personal
- Más trámites administrativos
- Menos cuidado directo al paciente
- Disminución de materiales y equipos
- Aumento en la demanda de conocimiento tecnológico
- Clientes más informados, más educados y con mayores demandas
- Nuevos sitios de práctica

De acuerdo a estos temas, es evidente que los enfermeros *en todos los países sientan que tienen menos recursos* (más trabajo, menos tiempo, menos personal, menos equipo y menos materiales), lo cual crea dificultades: “Hay una acumulación de trabajo inmensa”. “ Hay presión en todo el mundo para hacer más con menos... parece que hay menos personal y tiempo...”. “Mi carga de trabajo ha aumentado

enormemente y no hay nadie quien me ayude”. Los enfermeros mencionan que hay una cantidad de papelería y otras responsabilidades que antes estaban asignadas a otros: “Nadie ha tomado las responsabilidades mías... ahora a nosotros nos toca hacer el trabajo que otra gente hacía antes.”

Algunos de los enfermeros reportan que *hay una disminución en el número de enfermeros, funciones diferentes, uso extensivo de personal auxiliar, o reducción en otros cargos lo cual afecta el desempeño de las actividades de enfermería*: “Más pacientes siguen llegando pero no hemos contratado a más enfermeros”. “Ahora tenemos menos enfermeros para atender a un número mayor de pacientes, en condiciones más críticas, más pobres, y con un aparente serio deterioro personal y nutricional”. “Hay un cambio bien grande, y las responsabilidades han aumentado”. “Usted tiene que supervisar varios trabajadores ahora”. Menos personal de apoyo y menos personal en general ha resultado en que los enfermeros tengan que “hacer citas y referencias”, “recibir sabanas”, y “coordinar el transporte de pacientes”.

Algunos comentarios acerca del personal auxiliar reflejan satisfacción: “Ayuda bastante porque usted no puede hacer todo y uno necesita una mano extra para aliviar la carga de trabajo”. Sin embargo, otros se quejan de la necesidad de supervisión constante a este personal debido a su inexperiencia: “Algunas veces no me siento segura porque no creo que puedo confiar mucho en ellos (ayudantes de enfermería), por lo cual hay que aumentar la supervisión”. “Uno tiene que trabajar y hablar mucho con ellos frecuentemente... generalmente los asistentes son inseguros; hablan mucho pero no conocen bien las técnicas”.

Algunas veces la dificultad es la *falta de recursos para dar servicios al paciente*: “Los materiales son muy escasos... ellos demandan una serie de cosas pero no entregan los elementos necesarios para cumplir el trabajo...lo único que esto crea es caos dentro del personal de todo el equipo de salud”. “Algunas veces no hay nada con que trabajar; ni materiales disponibles, ni ropa, ni medicinas, pero inauguran aparatos de última generación”. Los enfermeros comentaron que ocasionalmente se espera que los pacientes traigan sus propias jeringas u otros materiales, lo cual resulta en crisis eventuales: “Hubo un período de gran crisis, cuando una madre tuvo un bebé y no había nada para vestir al niño”.

Algunas instituciones de salud han tenido problemas para pagar al personal: “Algunos piensan que porque les pagan menos no deben trabajar tan duro... (el pago retardado ha creado condiciones donde) varios trabajadores de salud querían parar de trabajar... esto interfiere con la rutina y hace daño al paciente”.

Las restricciones para proporcionar servicios también se ven como un problema: “Algunas veces es difícil explicarle a un paciente que no hay cupo para verlo ese día. En la noche la clínica está cerrada, no se atiende a pacientes ¿a dónde van estos pacientes?” “Durante algunos períodos del año no podemos aceptar más gente porque estamos llenos”. La falta de servicios disponibles se ve como una situación que crea tensión en los pacientes y en los enfermeros: “La gente es rechazada sin un chance de ser vista por un enfermero o un médico porque no tienen acceso a nosotros...y cuando al final pueden ser atendidos ya están enojados”. “Algunas veces dicen que van a llamar a la estación de radio para quejarse y lo hacen, esto es muy estresante”.

También los enfermeros sienten *que hay menos tiempo para la atención al paciente* (más papeleo, menos atención directa), lo cual termina impactando la calidad de la atención de enfermería y la satisfacción de los pacientes y los enfermeros: “Todo el papeleo lo separa a uno del paciente, uno no puede atender al paciente. Nosotros que estamos preparados para tener contacto directo con el paciente, tenemos el mínimo contacto con los pacientes”. “Lo que yo siento es que cada año estoy más enterrado en el papeleo, en vez de estar con el paciente”. En los Estados Unidos hay un *aumento de responsabilidades de trabajo*: “Tenemos más responsabilidad por la administración delegada a nosotros lo cual toma mucho más tiempo”.

“Nosotros hacemos más tramites administrativos y menos atención al paciente. Ya no lo disfruto tanto como antes”. Los enfermeros creen que los pacientes sienten “que a nosotros ellos no nos importan mucho porque no les dedicamos tiempo para saber realmente lo que está pasando”.

Finalmente, los enfermeros en todos los países creen *que hay una demanda de conocimientos tecnológicos y de ajuste a nuevos sitios de trabajo, y de un continuo crecimiento profesional como una expectativa de la administración*. Algunas de los enfermeros en los Estados Unidos mencionaron el impacto de las computadoras: “Los médicos y los enfermeros están utilizando Windows 95... y tenemos que usar la computadora todo el tiempo, chequear órdenes e historias clínicas de esa forma”. “Uno tiene que mantenerse al día con los cambios en las computadoras y otros cambios en la medicina”. En Estados Unidos los enfermeros mencionaron expectativas de la administración: “Ellos esperan que uno siga estudiando (postgrado) y actualizándose en los aspectos teóricos y prácticos, todo es una innovación”. “Lo que pasa es que va a haber nuevas necesidades de capacitación, llámese una nueva técnica para el aparato ortopédico ‘X’, o para una nueva medicina”.

Fuerzas generadoras de cambio

A través de los cinco países, los temas emergentes relacionados con la percepción de los enfermeros sobre las fuerzas generadoras de cambio en la práctica de enfermería, son los siguientes:

- Demanda de servicios (cambios en cantidad de demandantes y en sus características)
- Enfermedades nuevas o re-emergentes
- Cambios en el enfoque de la atención de salud y restricciones en la prestación de servicios
- Fuerzas económicas
- Cambios en gobierno y en políticas
- Cambios en los planes de los seguros de salud
- Calidad

Los enfermeros identificaron diferentes fuerzas de presión sobre la práctica de enfermería. Una fuerza es *la demanda de servicio*. Algunas veces la demanda tiene que ver con la cantidad (cobertura a toda la población): “Ahora que todas las clínicas de salud tienen que atender a toda la población; el número de pacientes ha aumentado”. Otras veces las demandas tienen que ver con los *cambios en la población de pacientes*: “...la gente está empezando a entender su valor y sus necesidades. Somos más exigentes. El (el paciente) sabe lo que quiere y lo que puede recibir, hay una revolución interna, más acceso a información”. “Con la atención de salud costando más y con la gente viviendo más tiempo, ...hay más gente que cuidar con menos dinero con que hacerlo... toda la gente cree que merece lo mejor y eso es caro”. Otro cambio en la población a atender es *el aumento en la severidad de las enfermedades de los pacientes en tratamiento*. “Los pacientes llegan muy deteriorados, en un estado más crítico, y en muy pobres condiciones físicas y nutricionales”.

Algunos enfermeros, especialmente en Estados Unidos mencionaron como otra fuerza, *las enfermedades nuevas o re-emergentes*: “Nuevas enfermedades aparecen todos los días”. Otras veces los cambios en la demanda resultan del cambio en el énfasis de salud: “Ahora el énfasis es en prevenir y no en curar, esto trae mucho cambio en la evolución de cómo combatimos las enfermedades”. “Por las noches, cuando las clínicas están cerradas y no se pueden aceptar pacientes, ¿a dónde van esos pacientes?”

En todos los países, los enfermeros ven *las razones económicas como fuerzas generadoras de cambio*: “Las razones son financieras... como yo lo veo...es que la utilización de recursos es un componente mínimo (de mi papel)...”. “La raíz del cambio es el dinero...”. La provisión de servicios de salud está siendo muy afectada por el dinero: “La gente no tiene dinero... sino pagan, no se les hacen exámenes o los estudios de laboratorio”.

Algunos enfermeros creen *que el gobierno, las políticas o las compañías de seguros privadas o públicas son las fuerzas promotoras de cambio en su ambiente de trabajo*: “El gobierno es la fuerza de cambio”. “Tiene que ver con política y la administración. Alguien se está beneficiando de esta situación”. En Argentina, Brasil, Colombia y México, los enfermeros creen que la situación de salud está relacionada con las crisis nacionales: “Nuestro país está en una crisis grande: desempleo, salarios bajos, y alto costo de vida. Es la situación del país (la fuerza de cambio en atención de salud)”. Algunos enfermeros en Estados Unidos ven el control de costo como algo necesario: “(las compañías de seguros) también son negocios y necesitan mantener control sobre el dinero. Es un mal necesario”.

La calidad del cuidado es también vista como una fuerza promotora de cambio: Algunos enfermeros de los Estados Unidos mencionaron la necesidad de mejorar la calidad: “Esto tiene que ver con la necesidad de ofrecer al paciente un cuidado con calidad y también con el poder ser mejores para competir con el resto del mundo y mantener nuestras estadísticas altas. Es mantenerse competitivo y conseguir que nos paguen”. “Alguna gente no quiere aceptar el cambio, pero algunas veces es para el beneficio del paciente. Los cambios aquí en nuestra clínica han sido para el beneficio del paciente y de nosotras también”. Otros ven el cambio como ayuda: “Yo creo que hemos desperdiciado mucho en el pasado. (Ahora) hay presión en los hospitales para proporcionar menos servicio y todavía mantener una atención de calidad”.

Sin embargo, los enfermeros de todos los países consideran los cambios como algo más que perjudicial: “Las (fuerzas de cambio) están arruinando la profesión. Definitivamente se ha disminuido la calidad”.

En términos de personal requerido para ofrecer un cuidado de calidad, los enfermeros de Estados Unidos mencionaron preocupación relacionada con el personal sin licencia o certificación, porque son individuos que necesita más supervisión y entrenamiento para asegurar calidad. En Argentina, Brasil y Colombia, las preocupaciones de los enfermeros se refieren a la escasez de recursos y a la disminución de personal. Todos los países consideran que los materiales insuficientes, los trámites administrativos (“papeleo”), y otras actividades no relacionadas

con enfermería, disminuyen el tiempo con el paciente, lo cual está afectando la calidad de la atención de enfermería.

Las preguntas acerca de las oportunidades de los enfermeros para *tomar decisiones sobre la práctica de enfermería* no fueron respondidas por todos los participantes en el estudio. Sin embargo, a continuación se presentan los temas emergentes de los datos narrativos disponibles:

- Toma de decisiones en forma vertical.
- Diferentes niveles de autoridad para tomar decisiones, dependiendo del papel o cargo en consideración: administración de enfermería, jefes de servicios de enfermería, supervisores o coordinadores de programas, y los enfermeros de planta.
- Los enfermeros desean que las decisiones sobre la práctica de enfermería sean tomadas por los mismos enfermeros.

Los enfermeros todavía trabajan en instituciones que mantienen *la toma de decisiones en forma vertical*, reportándose a los superiores y supervisando a los que dependen de ellos. Algunos enfermeros reportan participación en la toma de decisiones: “La administración toma las decisiones, ...pero se dan muchas oportunidades al personal para que participe”. “Hasta...(los asistentes de enfermería) tienen participación en lo que pasa en la unidad”. “Nosotros funcionamos como un equipo”. “Tiene que ser un proceso colectivo que incluya al paciente, a la familia, al enfermero y al doctor, todos los miembros del equipo están allí para participar”. Otros creen que el sistema democrático no se sigue con frecuencia: “Algunas veces las órdenes llegan desde arriba, y esto no es bueno. Todo debe ser consultado y discutido. Estamos en una democracia”. Sin embargo, otros indican la necesidad de contar con una autoridad final y responsable por la toma de decisiones: “Una persona tiene que tomar la decisión final después de considerar todos los comentarios y tomar la mejor decisión en ese momento”.

Los enfermeros creen que ellos tienen la *responsabilidad de tomar decisiones en su práctica, aunque puedan existir restricciones*: “En la práctica de enfermería tenemos libertades para tomar decisiones, pero si hay decisiones financieras, tenemos que reunirnos y discutir los problemas antes de decidir”. “Yo tomo mis propias decisiones, solamente cuando las decisiones están fuera de mi nivel de poder, es que hablo con mis superiores”.

Algunos enfermeros reportan tener ahora *más autoridad para tomar decisiones o autoridad diferente*. Algunos están haciendo las evaluaciones de su personal, las cuales eran realizadas por

administradores de enfermería. Algunos reportan más autonomía en la toma de decisiones: “Los enfermeros son los que toman las decisiones sobre los pacientes; no siempre se puede esperar a hablar con los compañeros y el ... supervisor (de enfermería)”. “ En el pasado, los médicos tal vez tenían más poder para decidir lo que los enfermeros podían o no podían hacer. No creo que ellos tengan mucho que decir ahora”.

Otros enfermeros creen que *han perdido autonomía o autoridad*: “Antes los enfermeros tomaban la mayoría de las decisiones, ahora hay un administrador y la toma de decisiones se divide entre ellos (el enfermero y el administrador)”. “Apenas los médicos toman decisiones”.

Algunos enfermeros reportan *cambios en títulos y reorganización administrativa*. Algunos enfermeros dicen que ahora ellos se reportan a no-enfermeros. “Ahora tenemos que reportarnos a un administrador que no tiene formación en enfermería, solo es un administrador”.

A pesar de las diferencias percibidas sobre autonomía y toma de decisiones, la mayoría de los enfermeros creen que *los enfermeros deben tomar las decisiones sobre la práctica de enfermería*: “La práctica de enfermería debe ser dirigida por personas que son enfermeros”. “Tenemos que tomar nuestras decisiones, tenemos que educarnos y prepararnos para tomar las decisiones por nosotros mismos”. Algunos enfermeros sienten que juegan un papel poderoso en la toma de decisiones sobre su práctica: “la enfermería tiene una gran parte en la toma de decisiones a nivel institucional... estamos bien representados”.

El impacto de la reforma en la reorganización de la atención de salud y en enfermería se puede resumir como:

- Hay un aumento en la demanda de servicios de salud como resultado de la implementación de estrategias para promover el acceso universal a los servicios básicos de salud.
- Además de los cambios en la composición de edad, las características de la población que recibe los servicios están cambiando.
- El paradigma filosófico de las instituciones de salud ha cambiado de servicio a empresa, respondiendo a presiones económicas y políticas.
- El número de compañías de seguros de salud está aumentando en los países, aun en los Estados Unidos. Además, los nuevos requisitos para la provisión de servicios de salud están

afectando la práctica de enfermería (más “papeleo” y menos tiempo con pacientes, etc.).

1.4.3 Factores en el sector de salud que afectan la práctica de enfermería

Los factores que afectan la práctica de enfermería o variables independientes son: la reforma del sector salud, la reorganización de los servicios de salud y los cambios en el mercado de trabajo.

La reforma del sector salud se definió como: “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”, (Publicación Científica 569, Vol. 1, OPS/OMS)

Los Gobiernos de Argentina, Brasil, Colombia, y México han establecido la salud como un derecho de la población y como una responsabilidad del gobierno y han iniciado reformas en el sector salud. (Heredia et al., 1998; Ferraz y Mishima, 1998; Castrillon et al., 1998; Paz y Martínez, 1998). El marco legal de la reforma del sector salud está basado en revisiones constitucionales o promulgación de leyes nacionales (OPS, 1998). A su vez, la reforma se ha fundamentado en los principios de equidad, eficiencia y efectividad en todos los países (OPS, LAC RSS, 1997). Algunos países han considerado la solidaridad como un principio orientador de la reforma. La Constitución de los Estados Unidos no garantiza la salud como un derecho, sin embargo, la reforma del sector salud ha despertado interés nacional y atención por varios años.

Indicadores de reforma del sector salud

Los indicadores de la reforma del sector salud usados en el estudio incluyen:

- Descentralización: es la transferencia de recursos financieros y administrativos del nivel nacional al nivel regional y local
- Autogestión: incluye el autofinanciamiento o estrategias para el financiamiento de los servicios. Algunas estrategias utilizan sistemas de recompensas y penalidades, y/o el cuidado gerenciado.
- Mezcla de servicios públicos y privados: promueve el aumento de fondos o proveedores privados de servicios de salud
- Focalización: identifica los grupos de población con alto riesgo, como los ancianos, las personas sin recursos económicos, los que no tienen seguro, las mujeres y los niños,

etc. El objetivo es garantizar servicios a los que tienen una mayor necesidad de servicios de salud.

- Paquetes básicos: define servicios básicos de salud para garantizar un cubrimiento mínimo. (Barillas, 1996).

Las políticas de la reforma del sector salud han sido desarrolladas en Argentina, Brasil, Colombia y México para responder a la necesidad de modernizar y reformar el Estado, con una clara tendencia hacia la privatización de los servicios de salud. Las estrategias incluyen la descentralización de servicios públicos, el aumento de la participación de servicios privados en la provisión de servicios, y alternativas para financiar la atención de salud. También han sido adoptados los resultados de las innovaciones de los seguros de salud, la prestación de servicios, y su financiamiento (OPS, 1999).

Generalmente, mientras el papel del Estado ha cambiado en los países bajo estudio, el Estado mantiene responsabilidad por la salud de la población vulnerable, y cada país ha identificado una población vulnerable específica. Aunque se observa una variación en la población objeto, Argentina, Brasil, México (PAHO, 1998b), y Colombia (Castrillon et al., 1998) han seleccionado a las mujeres y a los niños como una población vulnerable. Los paquetes básicos de cada país latinoamericano también varían pero en general todos se concentran en actividades de promoción de salud, prevención y control de enfermedades y servicios de salud a la madre y al niño.

En los Estados Unidos, el Gobierno Federal ha conservado su responsabilidad por la atención de la salud de los pobres con programas como Medicare y Medicaid, y ha enfatizado los programas materno-infantiles, la planificación familiar y los programas de control de las enfermedades transmisibles. Por su parte, los gobiernos locales y de cada estado ofrecen programas para la atención de los pobres, las empresas privadas también contribuyen de diferentes formas a la atención de salud de las personas con escasos recursos económicos.

Por ello, la reforma se ha convertido en un tema político de gran importancia en los Estados Unidos (Murray, 1995), donde el costo es el principal motivador. Se ha presentado una estampida hacia el cuidado gerenciado (Schroeder, 1995) en los sectores públicos y privados (Agencia de Política e Investigación para el Cuidado de Salud, 1997; Harrison, 1999). También existe la tendencia de trasladar desde el gobierno central la responsabilidad del cuidado de salud hacia los gobiernos estatales y locales, lo mismo que hacia las familias y la sociedad en general. A pesar de la presión continua para desarrollar servicios básicos de salud para todos, la cobertura universal en los Estados Unidos es difícil de alcanzar, debido a que la cobertura universal representa un

incremento en los costos, lo cual disminuye las posibilidades de su aceptación (Brady & Buckley, 1995).

Reorganización del servicio de salud

La reorganización del servicio de salud se caracteriza por cinco componentes:

- Cuidado de salud basado en la familia
- Uso de matrices organizacionales
- Nuevas disciplinas en salud
- Cambios en la composición del personal de salud y en sus roles
- Tecnologías avanzadas,
- Mayor participación del sector privado en la provisión de servicios (competencia entre proveedores)

Las siguientes tendencias para la reorganización del servicio de salud fueron identificadas en los sitios de estudio:

- Mayor agudeza en los casos de pacientes hospitalizados
- Corta permanencia en el hospital
- Cambio de cuidado de salud institucional a cuidado de salud en la comunidad
- Incremento de los programas básicos sostenibles
- Énfasis en la prevención.
- Mayor participación del sector privado en la provisión de servicios de salud

Cambios en el mercado laboral

Los países participantes identificaron las siguientes tendencias en el mercado laboral:

- Contratos flexibles de trabajo, incluyendo contratos a corto plazo y restricción de beneficios laborales
- Transferencia de personal y migración interinstitucional
- Cambios en los sitios de práctica

- Discrepancias entre preparación educativa, cargos y roles
- Preocupación por demandas debidas a errores en la práctica
- Disminución en la estabilidad y seguridad en el trabajo
- Nuevas disciplinas.

En resumen, la reforma del sector salud se mantiene como un modelo económico, el cual ha resultado en la reestructuración del sistema de salud en los cinco países. Inicialmente como una respuesta a los elevados costos de la atención de salud, el cuidado gerenciado pasó a ser el sistema dominante en Estados Unidos (Agency for Health-Care Policy and Research, 1998),

en donde han disminuido dramáticamente algunos costos. Se predice que el cuidado gerenciado ha de ser el modelo dominante en América Latina en los próximos veinte años. (Whitaker, 1998).

Dependiendo del sistema, el cuidado gerenciado difiere en la organización, en el acceso a los servicios, en los servicios ofrecidos y en la selección de proveedores. Sin embargo, se desconoce el impacto del cuidado gerenciado sobre el acceso, la calidad, y el costo de los servicios a largo plazo (Agency for Health-Care Policy and Research, 1998). Además, se desconoce si un sistema basado en criterios puramente económicos puede integrar los principios de la reforma de salud (equidad, efectividad y eficiencia, con el fin de responder mejor a las necesidades de salud de la población). También falta ver si el énfasis del cuidado gerenciado va a estar orientado hacia la promoción del manejo de la salud o a la promoción del manejo de la enfermedad.

1.4.4 Fuerzas externas que afectan la práctica de enfermería

Esta sección presenta un resumen de las tendencias o variables que modifican la práctica de enfermería en los países participantes

Tendencias en la educación y la práctica de enfermería

Existen siete tendencias comunes en los cinco países:

- Acreditación de las instituciones de educación y servicio de salud
- Transformación del currículo
- Profesionalización de enfermería
- Discrepancias entre títulos y cargos institucionales

- Énfasis en la regulación de la práctica
- Estrategias para facilitar el progreso en la carrera de enfermería
- Desarrollo de nuevos programas educativos para responder a las demandas del servicio de salud.

Regulación de la educación y la práctica de enfermería

En toda la Región de las Américas, los países están respondiendo a las presiones para mejorar el acceso a los servicios de salud, aumentar la calidad, preparar profesionales de acuerdo a las necesidades cambiantes de la población y responder a las necesidades de aprendizaje relacionadas con el desarrollo tecnológico. Esta necesidad de mejorar está generando la revisión de la educación y regulación de los profesionales del área de salud y está creando nuevos incentivos para la colaboración entre profesionales a través de las fronteras. Un ejemplo es la Iniciativa Trilateral de Enfermería en América del Norte (1996), en la cual los enfermeros de México, Estados Unidos y Canadá presentaron una evaluación sistemática de los estándares de enfermería en los tres países, con el fin de sugerir una orientación unificada para la educación de enfermería y el establecimiento de estándares profesionales. Un tema emergente es la Licencia de la Práctica Internacional, la cual promueve la revisión de las agencias reguladoras para la práctica, y la acreditación de la educación (Iniciativa Trilateral de Enfermería en América del Norte 1996). Otros países también se han reunido para discutir la importancia de la regulación, evaluación, y acreditación de la práctica y educación de enfermería, como también para discutir las estrategias para el desarrollo de recurso humano dentro de los modelos de la reforma del sector salud. (OPS, 1997).

De los cinco países, Estados Unidos es el que tiene una definición más completa de la regulación de la educación y la práctica de enfermería. Existen 56 jurisdicciones reguladoras de los programas de educación y práctica de enfermería. Los programas de enfermería deben ser aprobados por el Consejo de Enfermería del Estado respectivo, o por el Distrito de Columbia, Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, Islas de Mariana del Norte, o Puerto Rico para los enfermeros en esas áreas. Actualmente, los enfermeros graduados de las escuelas de enfermería acreditadas en Estados Unidos deben aprobar el examen nacional para la licencia de práctica antes de recibir su título como enfermeros registrados, el cual les permite trabajar como enfermero profesional (Gould, 1996). La licencia para práctica es concedida a nivel estatal y a los enfermeros solo se les permite trabajar en el estado en el cual han obtenido su licencia.

Recientemente algunos estados han firmado acuerdos para la licencia interestatal (Licencia Multiestatal), la cual es reconocida en los estados participantes en este acuerdo (Thomas, 1999). Las licencias deben ser renovadas a intervalos regulares y muchos estados requieren horas de educación continua y la práctica regular. La regulación para la práctica de enfermería varía considerablemente entre estados, especialmente en cuanto a la regulación de la práctica avanzada.

Las escuelas de enfermería en los Estados Unidos son acreditadas por la Liga Nacional de Enfermería (NLN), la Comisión de Acreditación (NLN, 1999), la Asociación Americana de Colegios de Enfermería (AACN) o la Comisión de Educación de Colegios de Enfermería (AACN, 1999). Algunos estados también han empezado a discutir la implementación de la licencia nacional o registro nacional para la práctica de enfermería, lo cual posiblemente facilitará el desarrollo de un registro nacional de práctica avanzada. Discusiones sobre la licencia nacional o regional han sido promovidas debido a la alta movilidad de los enfermeros entre los estados, y a la práctica a lo largo de las fronteras de los estados. Por ejemplo, algunas organizaciones han implementado el tamizaje de casos o consulta por teléfono, como un servicio para sus clientes. Por lo tanto, los enfermeros trabajan desde un sitio localizado en un estado pero atienden por teléfono a pacientes localizados en estados diferentes.

Desde 1998, la acreditación de las escuelas de enfermería en México es concedida por la Federación Mexicana de la Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería (*FEMAFEE*).

Antes de recibir su título como enfermeros profesionales, los egresados de las escuelas aprobadas prestan un año de servicio obligatorio en un área marginal o con baja cobertura de servicios, la cual es asignada por el gobierno de acuerdo a la Ley General de las Profesiones de 1976, y a la Ley General de Salud de 1994 "Recursos Humanos para Servicios de Salud". La práctica de enfermería es regulada por la *Dirección General de Profesiones*, en colaboración con el Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de Enfermería (*COMACE*), el cual está compuesto por representantes del Colegio Nacional de Enfermería y del Colegio Mexicano para Enfermeras Licenciadas, (Paz y Martínez, 1999).

En Colombia, el Ministerio de Educación aprueba los programas de enfermería. Los currículos de enfermería son definidos por la Asociación Colombiana de Escuelas y Colegios de Enfermería (ACOFAEN) y son aprobados por el Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior (Castrillon et al. 1998). La acreditación de las escuelas es conducida por el Consejo Nacional de Acreditación

(López, 1999). Después de completar el programa básico de enfermería, cada egresado recibe un diploma, el cual es registrado por la escuela. El egresado tiene que cumplir un año de servicio social obligatorio antes de ser registrado como un enfermero profesional por la Asociación Nacional de Enfermeros Colombianos (ANEC). El registro es nacional y permite al enfermero practicar en cualquier parte del país. Colombia tiene un Código de Ética para Enfermeros y una Ley Nacional (226/96) que regula la práctica profesional de enfermería (Castrillon, Orrego, Pérez, Ceballos & Arenas).

En Argentina, la Ley 24.004 de 1991 regula la práctica de enfermería. El Código de Ética se encuentra bajo desarrollo (Heredia et al. 1998).

1.5 DISCUSIÓN

La reforma del sector salud ha cambiado el Sistema de Salud en formas muy variadas. El rol del gobierno es ahora de regulador y no de proveedor. El sector privado ha aumentado su papel y responsabilidad en la planeación, organización y administración de la atención de salud y también ha aumentado su poder. Los resultados específicos de la atención se han convertido en criterios para evaluar los servicios y los programas, creando una necesidad de nuevos paradigmas para medir la práctica profesional de enfermería. Es imperativo mantener la calidad de atención a pesar de las limitaciones impuestas por el costo. La percepción de los enfermeros sobre la calidad de la atención tiene que ser validada por estudios que examinen los indicadores de calidad. También se deben desarrollar y validar nuevos indicadores que permitan medir resultados poco tangibles como la educación a pacientes y la promoción de salud y bienestar, o aquellas acciones que no muestran resultados inmediatos pero son importantes para mantener la calidad de vida.

Mientras los días de hospitalización se han disminuido dramáticamente, los servicios en casa han aumentado, especialmente en los Estados Unidos, pero también en Argentina, Colombia, y México. El cuidado administrado se ha convertido en la forma de disminuir los costos de salud. Las fuerzas económicas que limitan y controlan los costos y servicios de salud pueden invalidar las demandas de acceso a los servicios, responsabilidad, calidad y efectividad de costos en la atención de salud y en los servicios de salud.

Al mismo tiempo, la reforma de salud ha afectado la fuerza de trabajo de enfermería. Los sitios para la práctica profesional de enfermería se han diversificado al disminuir el uso del hospital e incrementar el uso de las instituciones/agencias comunitarias. A

medida que los sitios de práctica se vuelven más complejos y sofisticados, los enfermeros han sido forzados a aprender nuevas tecnologías, a trabajar en equipos interdisciplinarios, a ajustarse a varios tipos de personal de salud, y a ser más flexibles en relación a los cambios organizacionales.

Los enfermeros (y necesariamente la práctica de enfermería) han sido afectados por la composición y el número de personal, por los mecanismos de reembolso, y por las restricciones de servicios de salud derivadas de las estructuras organizativas y de las características de la población a la que ellas sirven. Por tanto, los enfermeros realizan más trabajo con menos personal, atienden a pacientes más enfermos en un período de tiempo más corto, todo esto con limitaciones de materiales, equipo, y/o servicios de apoyo. Los enfermeros tienen que invertir más tiempo en trámites administrativos y menos tiempo en el cuidado directo al paciente. Los enfermeros también deben tener un conocimiento más profundo del proceso de la enfermedad, y de tecnología sofisticada, para responder a las demandas del mercado y a las características de la población (incluyendo una población más educada y con mayores demandas). Finalmente, los enfermeros se están ajustando a nuevos ambientes de trabajo, al trasladarse más allá de las paredes del hospital y entrar en las casas, en los sitios de trabajo, en las escuelas y en las comunidades de los clientes.

En general, los países han incrementado sus esfuerzos para dar una mayor atención a la diversidad cultural, como es el considerar la influencia de la cultura sobre la salud, el reconocer la validez de algunas prácticas de salud basadas en costumbres culturales, y la necesidad de desarrollar competencia cultural entre los profesionales de salud. Otro aspecto importante es el incremento de pacientes/clientes con enfermedades crónicas y transmisibles debido al envejecimiento y movilidad de la población, a los cambios en estilo de vida, y a los valores sociales y avances tecnológicos. Estos avances tecnológicos han permitido el nacimiento de niños muy enfermos o prematuros, y la prolongación de la vida de pacientes con severos problemas de salud. Los adelantos en la comunicación y el incremento de la movilidad en la población están creando una sociedad global y transformando los ambientes de la casa y el trabajo. Un crecimiento exponencial del conocimiento científico y del desarrollo tecnológico ha creado nuevos dilemas éticos y ha tenido un impacto significativo sobre la prevención y el manejo de las enfermedades. A pesar de los grandes esfuerzos de los sistemas educativos para mantenerse al día con los cambios derivados de la tecnología, su capacidad de cambio algunas veces es rebasada por los cambios en la práctica y en los servicios. Las agencias reguladoras por su parte se concentran en los temas de competencia profesional; regulación de la educación y la práctica; y la acreditación de instituciones de salud y de educación.

Es importante anotar que la edad promedio de los enfermeros está aumentando en la Región de las Américas. Como un reflejo de la tendencia de envejecimiento de la población en los Estados Unidos, los enfermeros de este país presentan el promedio de edad más alto. Sin embargo, a medida que la población de los países latinoamericanos envejece, la edad promedio de los enfermeros de estos países también tenderá a incrementarse.

1.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.6.1 Conclusiones

Los resultados del estudio han permitido obtener una definición multicultural de las variables de interés en forma actualizada (práctica de enfermería y cambios en el ambiente de trabajo de los enfermeros), utilizando la descripción de los contextos en donde se desarrolló el estudio. Los resultados también señalan mayores cambios a nivel básico y la necesidad de estudiar los cambios en las condiciones de trabajo del personal de salud y de enfermería.

El estudio mostró la necesidad de utilizar un enfoque comprensivo que incluya la caracterización de las condiciones en que se desarrolla la práctica en términos de capacidad operativa y técnico-organizativa. El estudio permitió identificar riesgos laborales (ambientes de trabajo no seguros, estrés e insatisfacción del personal), y cambios en los regímenes laborales (mercado de trabajo, contratación laboral, remuneración/salarios) como factores a tener en cuenta en el estudio sobre la práctica y los recursos humanos de enfermería. Esta información es muy valiosa para el diseño de estudios orientados a analizar el impacto de la reforma en términos de acceso (equidad) o calidad de atención, y para los investigadores interesados en estudiar los limitantes y facilitadores del desarrollo de recursos de enfermería. La segunda fase de este estudio propone utilizar las definiciones de las variables obtenidas en este estudio para medir los resultados de la reorganización del sistema de salud en términos de acceso al cuidado (de acuerdo a la percepción de los clientes/pacientes y proveedores), y de las necesidades educativas percibidas por los enfermeros y otro personal de salud).

Otro resultado importante del estudio es la descripción de las tendencias de la regulación para la práctica y la educación de enfermería en los países bajo estudio. El estudio revela la necesidad de ir más allá de la planificación estratégica para crear visiones del futuro deseado y así definir los contenidos de los currículos de enfermería. A pesar de que los resultados del estudio sobre los aspectos educativos son muy generales, llaman la atención sobre áreas especiales como la necesidad de reforzar la formación académica para responder a las demandas actuales, la adaptabilidad

de los profesionales a nuevos escenarios de trabajo, y la aplicación de enfoques gerenciales más que de servicio. Esto indica la necesidad de desarrollar: a) modelos educativos flexibles que respondan y utilicen los últimos avances tecnológicos al tiempo que generen una cultura de aprendizaje continuo; b) estudios que incluyan la descripción del estado socioeconómico y de salud a nivel local para facilitar el desarrollo y aplicación de modelos educativos que respondan a las necesidades originadas tanto por la regulación como por el contexto.

Existen marcadas diferencias en materia de regulación y agencias reguladoras de la práctica de enfermería en los países estudiados. Sin embargo, se observa una tendencia a responder a las demandas de la globalización y a la competencia económica (licencia internacional para enfermeros), la cual amerita estudios comparativos de los contextos en que se da la práctica con los perfiles de los egresados (académicos) de enfermería y de los perfiles laborales (ocupacional) de los enfermeros. Esto también señala la necesidad de desarrollar estudios tendientes a armonizar el ejercicio profesional con la realidad socioeconómica del país o la región y de establecer regulaciones que protejan la estabilidad laboral y las condiciones de trabajo de los enfermeros.

Además de los resultados del estudio, un producto final del proyecto es el Paradigma de Interacción Dinámica utilizado como marco de referencia en el estudio, el cual permitió una recolección sistemática de datos relacionados con las variables internas y externas que afectan la práctica de enfermería. De esta forma, la descripción de factores externos e internos que afectan la práctica de enfermería al igual que el análisis de las opiniones de los enfermeros sobre su práctica facilitó el responder a la necesidad de: “Mirar al todo y a las partes al mismo tiempo”.

Como una nota final se podría decir que teniendo en cuenta la filosofía postmodernista, enfermería necesita utilizar una perspectiva global que no solo se concentre en la “salud para todos” sino también en las necesidades individuales (clientes y personal de salud). Es decir, una perspectiva que establezca balance o armonía entre la fría realidad de la economía y el calor del cuidado humano ofrecido por enfermería.

1.6.2 Recomendaciones

Sociológicas

Las principales tendencias sociales se refieren a cambios en la población y a la respuesta social a la globalización en todos los países bajo estudio. En términos de población, no solo se observan cambios en la composición de edad, sino también aumento en la diversidad cultural, en el nivel educativo, y en la urbanización.

Al mismo tiempo esta población experimenta enfermedades crónicas, violencia en proporciones epidémicas, aumento en uso y abuso de drogas, y malnutrición. Hay también un incremento en el reconocimiento del poder individual. En términos de globalización, los países muestran un aumento en la tecnología de comunicaciones y en la movilidad de los individuos, cambios en los ambientes de casa relacionados con tecnología, y cambios en el ambiente de trabajo.

Estos cambios generan la necesidad de reflejar las características de la población en la composición de la fuerza de trabajo de enfermería a través del reclutamiento de estudiantes jóvenes de enfermería, que representen ambos géneros y la diversidad cultural de la población. Esta estrategia implica que la enfermería sea promovida y percibida como una profesión con desafíos y recompensas para que pueda no solo competir con otras disciplinas por estudiantes de alta calidad sino que los pueda retener como profesionales en el futuro.

Al mismo tiempo, las escuelas de enfermería deben implementar currículos que respondan a las necesidades de la población, incluyendo el razonamiento epidemiológico, la prevención de enfermedades y la promoción de salud, la competencia cultural, el cuidado a los ancianos y la educación a los pacientes. El currículo debe ser flexible y promover el avance en enfermería. Por ejemplo, las técnicas de aprendizaje participativo como el pensamiento crítico y el aprendizaje basado en problemas, son recomendadas como elementos claves para promover un incremento en la participación y responsabilidad del estudiante por el proceso de aprendizaje.

La educación básica de los enfermeros debe enfocarse hacia la comunidad y la atención primaria (Hammond, 1991, citado en OPS, 1996b).

El aprendizaje debe ocurrir en un ambiente que sirva de modelo de la filosofía del cuidado integral de la enfermería y que refuerce el valor social de enfermería. Como fuera recomendado por Manfredi en 1994 (citado en OPS, 1996b), la educación de enfermería debe ser basada en los principios de educación adulta, y el enfoque autoritario, servilista, pasivo y poco crítico debe ser eliminado.

Las escuelas de enfermería y organizaciones profesionales deben continuar transformando el currículo para que refleje los valores de la enfermería y promueva su reconocimiento (OPS, 1996b).

De acuerdo a la recomendación de la Asociación Americana de Colegios de Enfermería de 1995 (citado en OPS, 1996b), la educación de enfermería debe proporcionar experiencias interdisciplinarias a sus estudiantes con el fin de fomentar la colaboración y las relaciones profesionales.

Finalmente, los enfermeros deben mostrar liderazgo en la promoción de calidad de su práctica. La educación, la práctica y la investigación de enfermería tienen que estar muy integradas para promover un cuidado de enfermería de alta calidad basado en la ciencia (PAHO, 1996b).

Tecnológicas

Las tendencias tecnológicas comunes en los países observados incluyen el crecimiento exponencial del conocimiento tecnológico, “minitización” de tecnología, y ambientes complejos con alta sofisticación.

Estas tendencias tecnológicas implican la necesidad de entrenamiento en el uso de computadoras y adopción de ciertas innovaciones tecnológicas, como aprendizaje a distancia: “telemedicina o tele-enfermería”, y tecnología portable.

Los enfermeros deben obtener proficiencia en el uso de la tecnología de información, aprender a buscar, evaluar y usar información para el beneficio del paciente. Los enfermeros también tienen que evaluar la necesidad y la efectividad de la aplicación de tecnologías, integrando el conocimiento investigativo en la práctica diaria.

Las escuelas de enfermería deben preparar a los egresados para que respondan a las necesidades presentes y futuras en ambientes diversos, y para disminuir los vacíos entre la educación y la práctica de enfermería. Esta necesidad incluye el desarrollo de habilidades/destrezas tecnológicas y el reconocimiento del valor del aprendizaje a través de toda la vida.

Económicas

Cada uno de los países bajo estudio ha establecido acuerdos de mercado regional. Cada país está enfrentando competidores en el mercado mundial. Todos los países (con excepción de los Estados Unidos) presentan una alta tasa de desempleo. En cada país el sistema de servicio de salud se ha convertido en una empresa (más del 50% de los servicios está financiado con fondos privados). Finalmente, cada país presenta un aumento en los gastos de salud como porcentaje del Producto Interno Bruto entre 1980-1995.

Los cambios económicos generan la necesidad de examinar el concepto de globalización y su influencia sobre la vida diaria. La globalización debe ser entendida como un proceso multifacético conformado por una economía única, con una red expandida de comunicaciones y de informática, aumento del

consumismo a escala mundial, y cambios múltiples en las estructuras políticas (Stark, 1997). Entender esto es crítico para los enfermeros que deseen incidir sobre el desarrollo de políticas o cambios en modelos de atención de salud, y advocar efectivamente por los clientes o responder a las necesidades de salud de la población. Este entendimiento es también crítico para la movilidad y éxito de los enfermeros en un mercado competitivo a nivel local, nacional e internacional.

A medida que los sitios de práctica y los roles de enfermería cambian, los enfermeros deben aprender a vender sus servicios y a negociar sus ambientes de trabajo y de práctica.

El salario de los enfermeros debe ser igual al salario de otros profesionales de salud.

Los enfermeros deben ser flexibles y con capacidad para ajustarse a las transformaciones del trabajo (OPS, 1996b).

Los estudios de enfermería deben incluir la fuerza de trabajo, las condiciones del ambiente de trabajo y la estructura de los servicios, como también la satisfacción del paciente y otros indicadores de resultado de la atención. Existe también una necesidad crítica de desarrollar indicadores de calidad de servicios que incluyan la promoción de salud, la calidad de vida, el bienestar, etc.

Éticas

Las tendencias éticas comunes incluyen la desigualdad de acceso a los servicios de salud, avances tecnológicos, tratamientos recientemente descubiertos, equipos, procedimientos, drogas y terapias. Otro dilema ético importante es el relacionado con las decisiones sobre el derecho a la atención, “¿quién muere y quién vive?” o para citar a Califano, en algunos sitios, “¿quién muere, quién vive y quién paga?” Es decir, aquellas decisiones en las cuales las restricciones económicas o la capacidad de pago afectan la atención recibida por el paciente.

Estas tendencias éticas indican la necesidad de enfatizar y continuar enseñando a los estudiantes de enfermería la adherencia a los principios, códigos, y valores que guían la práctica de enfermería en todos los ambientes.

Los enfermeros deben estar en capacidad de resolver los dilemas éticos en su práctica y asistir a sus pacientes en la resolución de los dilemas éticos de ellos.

Los enfermeros deben actuar con integridad en todos los niveles, educación, práctica, investigación, y administración. La educación proporciona a los enfermeros herramientas para ganar poder como profesionales y ciudadanos. Los enfermeros deben ser capaces de integrar en su práctica los valores humanos y las fuerzas económicas para crear un ambiente de sanación en sus sitios de trabajo. Los administradores deben reducir las condiciones o situaciones que crean conflictos éticos. Como dijo una de los enfermeros en el estudio, los administradores tienen que ser el “enlace positivo” en el equipo responsable de la planeación y la atención de salud. Los administradores también deben modelar cómo armonizar los valores humanos y las exigencias económicas. Debido a que la comunicación es uno de los mayores componentes de la administración y de la práctica de enfermería, se debe enfatizar y mantener una comunicación clara e interactiva. Los investigadores de enfermería deben contribuir a la definición de resultados de la práctica de enfermería difíciles de medir “*soft outcomes*”. Estos resultados deben reflejar y medir los intangibles del arte de enfermería.

Los enfermeros deben participar y demostrar liderazgo para asegurar que la transformación del trabajo en el sistema de salud no sacrifique los valores humanos.

Las condiciones y prácticas de empleo peligrosas tienen que ser eliminadas.

Políticas

La modernización de los países ha cambiado el rol del gobierno de proveedor a financiador y regulador. Cada país está experimentando reformas de salud basadas en principios de mercadeo. Los gobiernos de cada país están cambiando su estructura a formas más descentralizadas, con más control y poder para toma de decisiones a nivel regional y local. En todos los países la atención de salud se ha convertido en un tema político.

Los cambios en las políticas del estado plantean la necesidad de programas de educación de enfermería que respondan a las políticas y planes de salud actuales y futuros sobre la mezcla de personal.

Los enfermeros deben colaborar con otros enfermeros, otros profesionales, y con grupos encargados de generar políticas con el fin de apoyar, endosar, y evaluar las estrategias para prevenir enfermedades y promover la salud.

Los enfermeros deben integrarse a las actividades políticas y a las organizaciones de la comunidad con el fin de adoptar las

políticas y los procedimientos de salud a las necesidades y valores de la comunidad.

Los enfermeros deben mantener en alto la responsabilidad profesional de advocar por la protección de los derechos humanos.

Legales

Con el fin de adaptarse a los cambios político-ideológicos, todos los países estudiados (con excepción de los Estados Unidos) han revisado su constitución nacional. La salud ha sido definida como un derecho en los cuatro países latinoamericanos. Todos los países están iniciando o revisando la regulación sobre la licencia profesional. La licencia internacional para profesionales de salud, especialmente para enfermeros, está bajo discusión. Existe un mayor énfasis en estándares nacionales, acreditación de los servicios y de las instituciones educativas.

Una respuesta a las tendencias legales es la unión de fuerzas de los enfermeros para garantizar que la práctica de enfermería sea regulada de tal forma que proteja los derechos de los pacientes y los enfermeros, y que la regulación se mantenga al día con los cambios en la atención de salud. Asuntos como mala conducta, mala práctica y competencia continua, deben ser incluidos en la regulación, así mismo, los enfermeros deben ser responsables ante el público por su práctica. En cada país, los enfermeros tienen que evaluar los recursos para determinar cómo se debe implementar la regulación.

Los enfermeros también deben liderar la exploración de la posibilidad de la licencia internacional, examinando esta posibilidad objetivamente en términos de obtener lo mejor para la comunidad mundial.

Las instituciones de salud tienen que mantener los estándares de la atención con incentivos y penalidades para las violaciones. Los enfermeros y otro personal deben trabajar en un ambiente seguro, y no deben ser obligados a violar los estándares profesionales a cambio de favorecer el interés económico.

Los enfermeros deben liderar acciones tendientes a asegurar que el personal no licenciado no ejecute actividades que sobrepasen su habilidad de proporcionar atención legal y segura.

Sobre el medio ambiente

Todos los países están experimentando calentamiento global, pérdida de bosque, contaminación de aire, tierra y agua. Existe escasez de agua fresca en Brasil, México, y los Estados Unidos. Todos los países han experimentado desastres naturales y están reportando enfermedades relacionadas con el medio ambiente.

Los cambios en el medio ambiente global llaman la atención sobre la influencia de factores ambientales sobre la salud, indicando la necesidad de utilizar un enfoque socio-ambiental en el estudio de las comunidades y las necesidades de los clientes. Este enfoque reconoce la influencia del medio ambiente sobre la salud y contribuye a la planeación de salud, organización del servicio y políticas de salud. También refuerza la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Los enfermeros deben examinar la relación entre el calentamiento global y la salud, y advocar por políticas que protejan el medio ambiente y la ecología. Reconociendo que la enfermedad no tiene fronteras, los enfermeros deben apoyar las políticas e infraestructuras de salud pública y defender las estrategias globales de salud pública.

Además, los enfermeros en cada país deben identificar los riesgos ambientales y su impacto sobre la salud, la productividad y la calidad de vida en su país.

Finalmente, las condiciones de trabajo de los enfermeros deben ser seguras (OPS, 1996b). A nivel individual, los enfermeros deben identificar los peligros existentes en el sitio de trabajo o en otros ambientes de trabajo (de clientes, familias, enfermeros y otros, incluyendo la comunidad) y buscar cómo eliminarlos o reducirlos. Los enfermeros deben ser proactivos en la identificación de peligros potenciales y en su erradicación. Los enfermeros deben unir fuerzas con otros para promover ambientes sanos cuando sea posible.

1.7 REFERENCIAS

1. Agency for Health-Care Policy and Research. (1998). Research in Action: Strengthening Managed Care (On-line). Disponible: <http://www.ahcpr.gov/research/managed.htm>.
2. American Association of Colleges of Nursing. (1999). CCNE Accreditation (On-line). Disponible: <http://www.aacn.nche.edu/accreditation/index.htm>.

3. Yerson, O. W. (1985). *Health Services in the United States: A Growth Enterprise since 1875*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
4. Barillas, E. (1995). *Elementos para la Reforma del Sector Salud*. Guatemala: *Centro Editorial Vile*.
5. Barillas, E. (1996). *Health-Care Reform: Global Economic and Social Trends*. In *Proceedings of Health-Care Reform in the Americas: Trends and Implications*. Manuscrito no publicado, The University of Texas School of Nursing at Galveston, Texas.
6. Barillas, E. (1997). *Reconfiguración de la Práctica Laboral de Enfermería*. Manuscrito no publicado
7. Bodenheimer, T., & Sullivan, K. (1998). *How Large Employers are Shaping the Health-Care Marketplace: First of two parts*. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1003-1007.
8. Brady, D. W., & Buckley, K. M. (1995). *Health-Care Reform in the 103rd Congress: A Predictable Failure*. *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 20(2), 447-454.
9. Califano, J. A., Jr. (1986). *America's Health-Care Revolution: Who lives? Who dies? Who pays?* New York: Ryom House.
10. Castrillon, M. C., Orego, S., Perez, L., Ceballos, M. E., & Arenas, G. S. (1998). *El Impacto de la Reforma del Sector Salud en la Práctica, la Regulación, y la Educación de Enfermería en Colombia: Estudio Multicéntrico y Colaborativo*. Manuscrito no publicado.
11. Centers for Disease Control. (1999). *CDC wonder (On-line)*. Disponible: <http://wonder.cdc.gov/wonder/usr/An.html>.
12. Central Intelligence Agency. (1999). *CIA factbook (On-line)*. Disponible <http://www.odci.gov/cia/publications/factbook.html>.
13. Ponce De León, S. A., Arancon, M. D. C., and Moriel, L. (1996). *Approval and Accreditation of Nursing Education Programs in Mexico. Trilateral Initiative for North American Nursing*. Philadelphia, PA: Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools.
14. Epstein, P. R., Cohen, F. L., & Larson, E. (1997). *Emerging Infectious Diseases: Symptoms of Global Change. Global Migration: The Health-Care Implications of Immigration and Population Movements*. Washington, DC: American Academy of Nursing.
15. Ferraz, C. A., Mishima, S. (1998). *Brazil STEEPE*. Manuscrito no publicado.

16. Forbes, S. A., Bott, M. J., and Taunton, R. L. (1997). Control Over Nursing Practice: A Construct Coming of Age. *Journal of Nursing Measurement*, 5, 179-190.
17. Frenk, J., Londono, J. L., Knaul, F., and Lozano, R. (1998). Latin American Health Systems in Transition: A Vision for the Future. In C. Bezold, J. Frenk, and S. McCarthy (Eds.), *21st Century Health-Care in Latin America and the Caribbean: Prospects for Achieving Health for All*. Mexico City: Institute for Alternative Futures y *Fundación Mexicana para la Salud*.
18. Goins, P. N. (1998a). The Paradigm of Dynamic Interaction: Description of the Model, Internal and External Variables, and Sample Scenarios. Manuscrito no publicado.
19. Goins, P. N. (1998b). U.S. STEEPLE. Manuscrito no publicado.
20. Gould, J. E. (1996). Approval of Nursing Education Programs in the United States. An Assessment of North American Nursing (pp. 85-95). Philadelphia: PA: Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools.
21. Guevara, E. B., Mendias, E.P., Goins, P.G., Drew, J.C., Heredia, A. M., Felizzia, S., Ferraz, C.A., Mishima, S. M., Paz, M.A., Valdez, M.E. Values Unlimited: Nurses Say Human Needs Come First. *Reflections*, 24 (3): 17-19, 45.
22. Harrison, J.K. (1999). Influence of Managed Care on Professional Nursing Practice. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 32, 161-66.
23. Heredia, A. M, Felizzia, S., Piovano, M., and Bonelli, G., Borell, R.M., and Malvarez, S. (1998). La Reforma del Sector Salud y sus Implicaciones en la Práctica, la Regulación y la Educación en Enfermería: Estudio Descriptivo Realizado al Personal de Enfermería de Instituciones Públicas y Privadas de la Ciudad de Rio Cuarto, Cordoba, Argentina. Manuscrito no publicado.
24. Institute for Women's Policy Research. (1995). The wage Gap: Women's and Men's Earnings (On-line). Disponible: <http://www.access.digex.net/~iwpr/oniwpr.htm>.
25. Kaztman, R. (1998). En C. Benold, J. Frenk, and S. McCarthy (Eds.), *21st century Health-Care in Latin America: Prospects for Achieving Health for all*. Alexandria, VA: Institute for Alternative Futures y *Fundacion Mexicana para la Salud*.
26. Lamarche, P. A. (1995). Challenges to Health Systems in North America. En P. Freeman, O. Gomez-Dantes, & J. Frenk (Eds.), *Health Systems in an Era of Globalization* (pp. 71-79). Washington DC: U.S. National Academy of Sciences and the National Academy of Medicine, Mexico.

27. Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
28. Lopez, M. (1999, May). "Acreditación de Escuelas de Enfermería en Colombia." En PAHO y Canadian Association of University Schools of Nursing Regional Workshop. Taller en Ottawa, Canada.
29. Manfredi, M. (1996). Health-Care Reform in the Américas: Trends and Implications. In *Proceedings of Health-Care Reform in the Américas: Trends and Implications*. Manuscrito no publicado. The University of Texas, School of Nursing at Galveston, Texas.
30. MERCOSUR (1999). MERCOSUR Introduction, Historical Background (On-line). Disponible:
<http://www.Américasnet.com/mauritz/mercosur/english>.
31. Microsoft Encarta 97 Encyclopedia (Computer software). (1997). Microsoft Corporation.
32. Ministerio de Salud, Estados Unidos de Mexico. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.
33. Morris, R. (1996). Health-Care Reform in the U.S. In *Proceedings of Health-Care Reform in the Américas: Trends and Implications*. Manuscrito no publicado, The University of Texas School of Nursing at Galveston, Texas.
34. Murray, C. J. L. (1995). Towards an Analytical Approach to Health Sector Reform. *Health Policy*, 32, 93-109.
35. National League for Nursing. (1999). National League for Nursing Accrediting Commission (On-line). Available:
<http://www.nln.org/nlnac/index.htm>.
36. Organización Panamericana de la Salud. (1995). Grupo de Trabajo sobre el Mercado de Trabajo en Enfermería en el Contexto de las Reformas. Washington, DC.
37. Organización Panamericana de la Salud. (1996a). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 1996. Washington, DC.
38. Organización Panamericana de la Salud (1996b). *Nursing in the Region of the Americas: Nursing for Equity, Efficiency, Effectiveness, and Quality: Action plan 1996-2001*. Washington, D.C
39. Organización Panamericana de la Salud (1997). *Cooperation of the Pan American Health Organization in the Health Sector Reform Process*. Washington, DC
40. Organización Panamericana de la Salud. (1998a). *Health in the Americas (Vol. I, Scientific publication 569)*. Washington, DC.

41. Organización Panamericana de la Salud. (1998b). Health in the Americas (Vol. II) (Scientific publication 569). Washington, DC
42. Organización Panamericana de la Salud. (1999). Strategic and Programmatic Orientations, 1999-2002. Washington, DC
43. Organización Panamericana de la Salud. (1999). La Enfermería en la Región de las Américas Organización y Gestión de Sistemás y Servicios de Salud, Serie 16). Washington, DC
44. Pan American Health Organization, LAC RSS. (1997). Baseline for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin American and the Caribbean. Washington, DC:
45. Paz, M. A. y Martínez, G. (1998). Estudio Multicéntrico: La Reforma del Sector Salud y sus Implicaciones en la Práctica, Regulación y Educación en Enfermería: Nuevo Leon. Manuscrito no publicado.
46. Paz, M. A. and Martínez, G. (1999). Educación, Práctica y Regulación en Enfermería en México. Manuscrito no publicado.
47. Salmon, M. E. (1998). Nursing, Equity and Social Justice. Reflections, 24(2), 8-11.
48. Schroeder, S. A. (1995). A perspective from the United States: Quality of Care: Trends, Challenges, and Integration with Managed Care. In P. Freeman, O. Gomez-Dantes, and J. Frenk (Eds.). Health Systems in an Era of Globalization (pp. 144-150). Washington DC: U.S. National Academy of Sciences and the National Academy of Medicine, Mexico.
49. Stark J. (1997). International Relations to Globalization: Implications for International Health. Globalization and its Implications for International Health: A Multidisciplinary Approach (pp. 2-5). Coral Gables, FL: North-South Center, University of Miami.
50. Trade Agreement Summaries--Yean Pact Overview (On-line). Disponible: http://Américas.fiu.edu/trade_agreements/yeen.htm.
51. Thomas, K. (1999). A Word from the Executive Director: The Nurse Licensure Compact Bill Passes. RN update, 30 (3): 2. Austin, TX: Board of Nurses Examiners for the State of Texas.
52. Trilateral Initiative for North American Nursing. (1996). An Assessment of North
53. American Nursing. Philadelphia: PA: Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools.
54. United Nations. (1997). United Nations Statistics Division (On-line). Available: <http://www.org/cgi-bin/pubs/inf>.

55. U.S. Bureau of the Census. (1999). International data base (On-line). <http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbsum>.
56. U.S. Bureau of Labor Statistics. (1999). Labor Force Statistics from the Current Population Survey (On-line). Disponible: <http://stats.bls.gov/wh/cpsbrefe.htm>.
57. U.S. National Vital Statistics. (1998). National Vital Statistics Report (Vol. 47, No.9) (On-line). Disponible: <http://www.cdc.gov/hchswww/about/major/nvss/nvss.htm>.
58. Valdez, M. E., Batalla, S., Rayo, D., and Najera, R. M. (1998). La Reforma del Sector Salud y sus Implicaciones en la Práctica, la Educación y la Regulación de Enfermería: Investigación Multicéntrica: Estado de Mexico. Manuscrito no publicado.
59. Whitaker, D. (1998). In C. Bezold, J. Frenk, S. McCarthy (Eds.), 21st Century Health-Care in Latin America and the Caribbean: Prospects for Achieving Health for All (pp. 143 - 154). Alexandria, VA: The Institute for Alternative Futures.
60. Organización Mundial de la Salud. (1998). The World Health Report 1998: Life in the 21st Century: A Vision for All, Geneva.
61. Organización Mundial de la Salud. (1999). Health-for-Database: Most Recent Values of National HFA Indicators (1996) (On-line). Disponible: <http://www.who.int/whosis/hfa>.
62. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud/UNAIDS. (1998). AIDS Surveillance in the Americas, Quarterly Report, September 1998 (On-line). Disponible: <http://www.paho.org/english/aid/aidstd.htm>.

CAPÍTULO 2

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN ARGENTINA¹

Lic. Ana María Heredia²
Lic. Stella Felizzia y colab.³

2.1 INTRODUCCIÓN

La reforma que se introdujo en Argentina a partir de 1991 en el marco de la “modernización del Estado” fue impulsada internacionalmente y demandó del país compromisos tendientes a superar limitaciones históricas. Esta reforma generó cambios estructurales sociales y políticos de fuerte impacto, determinando desarrollos paralelos y contradictorios en múltiples áreas, provocando, aunque de diversas categorías y con profundas diferencias regionales y provinciales, polarización de sectores sociales, aumento de pobreza y desempleo y aparición de perfiles epidemiológicos superpuestos.

En 1992 el Gobierno de Argentina delineó por decreto el destino de las políticas del sector salud. Si bien la reforma buscó mejorar el nivel de salud de la población, establecer cobertura universal, equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia, calidad de atención y manejo descentralizado; como resultado de su aplicación aparecieron en los argentinos nuevos padecimientos: aumento de enfermedades infectocontagiosas, sufrimientos psíquicos, aparición de enfermedades prevenibles, tasas crecientes de accidentes, de violencia y de enfermedades crónicas en los ancianos. Pero estos efectos no responden tanto a la falta de recursos económicos o a su deficiente administración, sino a los cambios sustantivos que se produjeron en políticas económicas y sociales que marcaron la consolidación en el país del modelo de estado neoliberal, que interpreta la realidad según una única lógica: la de la utilidad. No se trata de efectos indeseados del plan, ni de una incorrecta implementación; sino de condiciones que genera un proyecto de

¹ Estudio descriptivo en el personal de enfermería de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, Argentina, julio-diciembre 1977.

² Profesora Escuela de Enfermería, Universidad de Buenos Aires.

³ Lic. Mirta Piovano, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba; Lic. Gloria Bonelli, Ministerio de Salud Pública de Córdoba.

desarrollo económico y social. Las políticas sociales han quedado subsumidas a la económica, lo que profundizó la brecha entre sectores sociales que disfrutaban del proceso de acumulación y los cada vez más amplios sectores de excluidos. De allí que la atención primaria de la salud aparezca más que nunca como “medicina para pobres”.

Si este modelo impacta la identidad social del médico proletarizándolo ostensiblemente, mucho más al campo de la enfermería, que atraviesa esta coyuntura en un proceso de conformación, luchando por la legitimidad jurídica de su práctica profesional, sometida a condiciones de trabajo cada vez más difíciles y con un horizonte complejo por la situación del subsector de formación profesional. Frente a esto puede entusiasmar la idea de una atención centrada en el cliente, que nos ubica como competidores en un mercado donde se supone que quien ofrezca el mejor servicio será el que logre vender más. Pero hablar del paciente como cliente significa definir la atención no por sus necesidades reales sino por su capacidad de pago. Poner a los sujetos en una relación comercial antes que terapéutica obliga a repensar la significación de nuestra práctica profesional, en un contexto con un franco retroceso de los derechos sociales, no solo de los pacientes sino también de los trabajadores cada vez más flexibilizados e intercambiables.

Estos cambios imponen un análisis crítico del proceso de trabajo en enfermería, por ello, se definió como problema de investigación: ***¿Cuáles son los cambios observados en la práctica de enfermería derivados del proceso de reforma del sector salud en la ciudad de Río Cuarto, Córdoba?*** Con el fin de generar conocimientos y desarrollar estrategias de intervención, nos planteamos el objetivo general de "analizar los cambios observados en la práctica de la enfermería", y como objetivos específicos: a) describir el contexto general donde se desarrolla la reforma del sector salud, b) caracterizar las instituciones de salud estudiadas mediante la descripción del sistema de salud y de enfermería y c) describir los cambios en la práctica de enfermería a partir de lo expresado por el personal entrevistado.

2.2 METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo que muestra los fenómenos como se presentaron en la realidad, sin profundizar en sus causas. El universo de estudio estuvo compuesto por enfermeros/as y licenciados/as en enfermería que se desempeñan en instituciones públicas (municipales y provinciales) de la ciudad de Río Cuarto, provincia de Córdoba, con un mínimo de cinco años de antigüedad en

el ejercicio de la profesión, con predisposición para responder una encuesta y aceptación de grabar la misma. Fueron excluidos docentes y personal de conducción de las instituciones.

Los datos fueron recogidos de fuentes secundarias y primarias. El contexto nacional, provincial y local donde se desarrolló la reforma del sector salud, se obtuvo a través de la técnica de revisión documental. Los datos de la variable práctica de enfermería en el marco de la reforma se obtuvieron a través de una encuesta semiestructurada realizada en el lugar de trabajo, en horarios previamente acordados, por encuestadores previamente capacitados (enfermeros que se encontraban cursando cuarto año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental⁴). Se entrevistaron a 20 profesionales: 8 licenciados (6 provinciales y 2 municipales) y 12 enfermeros (10 provinciales y 2 municipales). El número de sujetos estudiados estuvo determinado tanto por limitaciones financieras como por la saturación de la información obtenida en las respuestas. Antes de iniciar cada entrevista se realizó una presentación detallada del propósito de la misma y de la modalidad de ejecución. La entrevista se estructuró en dos partes: la primera relevó información acerca de las características de los sujetos entrevistados, edad, sexo, formación, estado civil, antigüedad en la profesión y en la institución, distancia en cuadras desde el domicilio al lugar de trabajo. La segunda parte, que se refería a la definición de la práctica de enfermería y los cambios observados contenía preguntas abiertas y fue grabada. La variable estaba dividida en cuatro dimensiones: 1) concepto de enfermería; 2) actividades que realizan en atención directa de pacientes o personas de la comunidad; 3) participación en la toma de decisiones, y 4) cambios producidos en los servicios y en la práctica de enfermería

Una vez finalizadas las entrevistas se reprodujeron textualmente, se imprimieron, se hizo la lectura y los hallazgos fueron volcados en una matriz de datos (tabla maestra). Se agrupó la información según similitud de las respuestas y se realizó la categorización, mostrando similitudes y diferencias según niveles de formación cuando el contenido lo evidenciaba.

2.3 RESULTADOS

2.3.1 Contexto y análisis de la reforma del sector salud

Aspectos políticos: La República Argentina posee 23 provincias y su Capital está en la ciudad de Buenos Aires. Tiene un gobierno representativo, republicano y federal y se considera que en 1989

⁴ Risam 1997.

culminó su transición democrática con la transferencia de un gobierno democrático a otro. Al igual que en el resto de América Latina y debido a un contexto de crisis de deuda externa, en Argentina se impuso fuertemente la aplicación de políticas neoliberales, prescripción de ajuste para mantener al país en la economía mundial. Esto implicó medidas fundamentalmente económicas, así como la reducción del tamaño y el papel del Estado a través de procesos de descentralización y la disminución del déficit fiscal. La Constitución Nacional establece el derecho individual a la protección de la salud y a gozar de un ambiente sano, así como el deber de las autoridades de proveer el resguardo de estos derechos y el control de la calidad y eficiencia de los servicios públicos; también fija el respeto de los tratados internacionales.⁵ Cada provincia ha dictado su propia constitución de acuerdo con los principios y garantías de la Constitución Nacional. Estas unidades de gobierno tienen por mandato nacional la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población de su territorio.

Aspectos económicos: El gobierno que asumió en 1989 lanzó a partir de 1991 cambios estructurales en lo económico, estableciendo el Plan de Convertibilidad, eje central de un nuevo modelo que tendió a controlar la inflación, estabilizar la economía, lograr la progresiva reconversión del aparato productivo, redefinir el papel de los agentes económicos y de la relación tradicional entre el Estado y la sociedad.⁶ El Plan se reforzó y complementó por un vasto programa de reformas estructurales, entre las que se destacan privatizaciones, desregulaciones, apertura comercial y una reforma laboral. El objetivo de las privatizaciones fue transferir al sector privado el conjunto de actividades empresarias del Estado, para mejorar su gestión, reducir la incidencia en el déficit público, promover la inversión y reducir la deuda pública. Se eliminaron casi todas las regulaciones que históricamente el Estado había sostenido sobre variables económicas claves y sobre el conjunto del mercado de bienes y factores productivos. Para disminuir costos laborales y mejorar la competitividad argentina, se encaró una amplia reforma en las condiciones de contratación de la mano de obra, modificando y dictando leyes. Asimismo, se inició un proceso de acelerada integración al mercado mundial a través de la apertura de la economía, se dismantelaron unilateralmente las barreras arancelarias y no arancelarias destinadas a estimular la competencia y lograr una creciente convergencia entre los precios internos y los internacionales.

La evolución económica entre 1991 y 1996 mostró que el Plan de Convertibilidad y las medidas de ajuste lograron mejorar las

⁵ Verderejo 1998.

⁶ Jouval 1994.

variables macro económicas (disminuyó la inflación y aumentó el producto bruto interno, las exportaciones y el flujo de capitales). Pero en el contexto del ajuste se generaron desequilibrios que crearon una gran deuda social. Entre 1992 y 1994 se produjo un incremento muy elevado del ingreso en el 10% de los hogares más ricos, pero no en los más pobres, en los que se profundizaron los niveles de pobreza.

La evolución del mercado de trabajo en 1995 estuvo señalada por la estabilidad en los precios y la caída del nivel de actividad, ambos hechos se reflejaron en un descenso del empleo y los salarios. La desocupación creció fuertemente al tiempo que se incrementó la tasa de subempleo. En el período 1991-1996 la tasa de desocupación abierta (en porcentaje sobre la PEA) en las principales zonas urbanas pasó del 6% al 16,4%. En los años subsiguientes, el mercado de trabajo no ofreció condiciones para revertir los niveles de desocupación acumulados y el desempleo se perfiló como un problema grave que acentúa patrones desiguales de crecimiento (los ricos son cada vez más ricos y los pobres cada vez más pobres). Por otra parte, a pesar del aumento de la productividad, en los años posteriores a la hiperinflación el salario industrial real declinó, mientras en el mismo período, aumentaron los precios de los alimentos básicos de la familia tipo en un 56%.

Aspectos sociodemográficos: Argentina se caracteriza por su heterogeneidad social y demográfica. La población total del 2000 se estima en 37 millones, cuyo 50% se concentra entre la capital y la provincia de Buenos Aires, y si se les suman las provincias de Córdoba y Santa Fe se llega al 70% de la población. Se calcula que hoy un 88,8 % de la población vive en grandes centros urbanos, con una tasa de crecimiento anual de 1,4%. Esta concentración urbana, ha llevado a grandes espacios despoblados y a una movilización interna de la población hacia provincias donde se desarrollan actividades económicas. La ciudad de Buenos Aires posee la mayor densidad de población: 14.827 habitantes/km², siendo la media de país 11,7 habitantes/km². En cambio las provincias del sur no llegan a superar los 5 habitantes/km², excepto Tierra de Fuego que registró un gran crecimiento poblacional en la última década.

Argentina tiene una población envejecida, con bajos índices de crecimiento, ubicada en el grupo cuatro de transición demográfica, con baja tasa de natalidad, una tasa global de fecundidad de 2,8 y una tasa de mortalidad general moderada. La población de 0 a 14 años es de 10 millones (30,5% de la población total), y los habitantes de 65 años y más constituyen el 9,1%. Los indicadores de distintas jurisdicciones evidencian diferencias sustantivas, la capital posee indicadores de países desarrollados con alto peso de la población anciana (población de 65 y más, 16%). Neuquén se sitúa en el otro extremo ya que posee un 40% de niños y solo un 3,8% de

ancianos. Córdoba es una de las tres provincias de mayor ritmo de envejecimiento.⁷ En 1960 la esperanza de vida era cercana a la de los países desarrollados. Sin embargo, la evolución posterior de este indicador, siguió una suave tendencia ascendente que le hizo perder posiciones frente a los avances de otros países latinoamericanos que antes estaban por debajo suyo (caso Cuba y Costa Rica) y también respecto a los principales países industrializados.

Aproximadamente el 85% de la población argentina es descendiente de europeos y tiene relativamente pocos mestizos, aunque éstos se han incrementado en los últimos años. En 1991, según el Censo de Población y Vivienda, la razón de masculinidad era 95,6 y la proporción de extranjeros era del 5%. Sin embargo, las provincias del sur del país superaban el promedio nacional, con valores máximos en Santa Cruz (15,8%) y Tierra del Fuego.

Argentina se ubica en el grupo de países de alto desarrollo humano, la esperanza de vida al nacer, las tasas de analfabetismo, la matrícula escolar y la mortalidad infantil muestran niveles altos en relación al promedio de los países en desarrollo. Sin embargo, si se considera el desempeño de muchos indicadores sociales durante la última década, el resultado es decepcionante. Los indicadores que miden el desarrollo humano también dan cuenta de las disparidades regionales. La esperanza de vida en la Capital, Córdoba, Mendoza, Santa Fe y Buenos Aires supera con holgura la media del país, mientras en el extremo opuesto se encuentran las provincias de las regiones del Noroeste y Noreste; la disparidad puede alcanzar hasta 7 años.

En alfabetismo adulto, Argentina se aproximó tempranamente al nivel de los países más desarrollados y cuenta con un nivel de 96%. El acceso a la educación primaria es virtualmente universal, no obstante un millón y medio de personas de 65 años y más son analfabetas y la disparidad es mayor entre población rural y urbana. La matrícula del nivel pre-primario aumentó un 90% entre 1980 y 1991, aunque todavía más de un millón de niños de 3 a 5 años carecen de escolarización. La matrícula de educación superior terciaria y universitaria se incrementó en 120 % en igual período. Cabe destacar que cerca de la mitad de niños de hogares pobres sufren retraso en el ciclo escolar.

Sin embargo, el promedio de años de escolaridad en Argentina presenta un valor intermedio de 8 años, muy por debajo del de países industrializados (9,4 a 12,2 años). Al considerar años promedio de educación, las diferencias regionales se profundizan: mientras el promedio en la Ciudad de Buenos Aires era, en 1990, de

⁷ INDEC 1996.

casi 9 años (muy cercano al de países industrializados), en varias provincias los valores eran la mitad (Chaco 4,7 años; Formosa y Misiones 5,1 y Jujuy 5,4 años).⁸

Situación de salud en Argentina: En las últimas décadas se amplió considerablemente la brecha de desarrollo humano entre países industrializados y Argentina, que además muestra indicadores dispares. Si bien posee un consumo calórico medio relativamente alto (132 en 1988, similar al de países de desarrollo humano alto), y un porcentaje de niños menores de un año inmunizados de 82%; la tasa de mortalidad materna (530 por cada mil nacidos vivos)⁹ se encuentra al nivel de la de países de desarrollo humano bajo. Al mismo tiempo se observa una baja y estancada cobertura en servicios de agua potable.

Argentina aumentó sostenidamente la esperanza de vida al nacer y redujo la mortalidad por todas las causas. En las últimas tres décadas la tasa de mortalidad infantil se redujo a la mitad, disminución comparable a la de países de desarrollo humano bajo y notoriamente inferior al de países de desarrollo humano medio (que la redujeron a una cuarta parte). Si bien, en general las condiciones de salud mejoraron, continuó creciendo la proporción de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, por tumores malignos y por enfermedades cerebrovasculares. Los accidentes y la violencia¹⁰ ocupan un lugar importante como causa de muerte.

La atención del parto institucionalizado es alta según el Ministerio de Salud y Acción Social Nacional. En 1995, el 92% de los nacimientos ocurrió en establecimientos asistenciales. La captación de la mujer embarazada tiende a ser precoz, la mayor parte inicia sus controles en los tres primeros meses y solo un 6% los inicia luego del sexto mes. Sin embargo, estos datos no revelan las diferencias en las condiciones de atención de mujeres de distinta condición socioeconómica. Una de cada 100 madres de sectores no pobres, 1 de cada 50 madres pauperizadas y 1 de cada 10 madres pobres estructurales no controlan su embarazo.¹¹

La enfermedad de Chagas sigue siendo la mayor endemia de la Argentina (región de Catamarca), aunque su prevalencia serológica desciende. La incidencia de leishmaniasis y fiebre hemorrágica argentina registran aumentos en sus áreas endémicas. Creció la

⁸ INDEC Op Cit.

⁹ Informe PNUD 1991.

¹⁰ González García y Tobar 1998.

¹¹ Carpio, Minujin 1990.

incidencia de SIDA y apareció el Cólera y el Dengue en las regiones nordeste y noroeste. Los casos de SIDA notificados en el interior del país se duplicaron cada año. Por otra parte, las poblaciones marginadas, especialmente en áreas rurales y sectores pobres periurbanos, mantienen problemas de desnutrición crónica y malnutrición, deficiencia de yodo y hierro, intoxicaciones alimentarias, violencia, abandono y maltrato de la niñez.¹²

Caracterización de la reforma del sector salud en Argentina: El sistema de salud argentino se caracterizó a través del tiempo, por su heterogeneidad, con distintos sub-sectores alternando en hegemonía. Actualmente vive un momento de transición y grandes cambios. Las variadas formas que fue desarrollando el sistema de servicios de salud dieron origen a un sistema “mixto”, con subsistemas o sub-sectores que poseen un fin común, pero se diferencian en las características de quienes acceden a sus servicios en la cobertura de riesgos, en los alcances de la cobertura y en las fuentes de financiamiento.¹³ Se encuentran tres subsectores, público, de seguridad social y privado. Asimismo, existe un cuerpo legal que protege la salud de los trabajadores y constituye un cuarto componente de salud laboral. Además diferentes grupos poblacionales buscan solución a sus problemas de salud en medicinas alternativas y en sistemas informales de atención.

Los primeros proyectos de reforma del sector salud buscaron la hegemonía del subsector público, posteriormente se trató de consolidar el sistema de obras sociales y un tercer momento de reforma fue plantear un seguro privado. Actualmente, la reforma del sector salud tomó como punto de partida los hospitales públicos y las obras sociales. Se busca la descentralización de los primeros a fin de que logren mayor autonomía de gestión y generación de recursos, y la desregulación de las Obras Sociales (que promueve la libertad de elección de los beneficiarios) y tiene como propósito la implementación de un sistema de competencia en el que participen las prepagas.

En Argentina la descentralización siguió un proceso de transferencia de hospitales nacionales a las provincias y de las provincias a los municipios. En 1993, por decreto se normatizó la conformación de Hospitales de Autogestión (HPA)¹⁴ capaces de facturar prestaciones a la población con cobertura social mientras el Estado financia la asistencia a la población sin cobertura. Entre las atribuciones de los HPA se encuentra el establecimiento

¹² Condiciones de Salud de las Américas 1998.

¹³ Tobar 1997.

¹⁴ Programa Nacional de Garantía de Calidad.

de convenios con Obras Sociales, con empresas de medicina prepaga y de medicina laboral, con compañías de seguro de accidentes y con establecimientos asistenciales, a fin de complementar e integrar redes de servicio que permitan mejorar la administración interna y autorizar la utilización de recursos percibidos por la venta de servicios para crear una estructura de incentivos que permita el reconocimiento de la productividad y la eficiencia del personal”.¹⁵ Si bien el decreto prevé que los HPA sigan recibiendo aportes presupuestarios, sugiere ir reemplazando el financiamiento a la oferta por un subsidio de demanda, dejando abierta la posibilidad de crear un seguro público de salud. La forma de pago predominante es por acto médico, el hospital público permite la transferencia de pacientes con cobertura de seguro y la utilización de insumos y equipos en forma privada.

El decreto de desregulación de Obras Sociales introdujo modificaciones a la libre elección de los afiliados y a su relación con los prestadores, aunque la libre elección tiene ciertos límites y además para los contratos, los prestadores deben respetar los criterios de categorización y contratación. Las Obras Sociales están obligadas a pagar al subsector público las prestaciones que demanden sus beneficiarios, asimismo, deben garantizar prestaciones básicas determinadas por el Ministerio de Salud y Acción Social (Programa Medico Obligatorio). Posteriormente, a través de otros decretos, se estableció la reducción de aportes patronales y un Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS) que recibe el apoyo del Banco Mundial y tiende a determinar la fusión de las mismas.

Se entiende por Programa Medico Obligatorio (PMO) al régimen de asistencia obligatorio para las Obras Sociales Nacionales que deben asegurar a sus beneficiarios, a través de servicios propios o de efectores contratados, las prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico y odontológico. El PMO privilegia la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el libre acceso solidario e igualitario a prestaciones de salud, no pudiendo establecerse períodos de carencia, ni coseguros o copagos fuera de los indicados en el mismo. Incluye planes de: atención materno infantil, enfermedades oncológicas, odontología, especialidades, internación, días de atención, cobertura de medios diagnósticos, traslado de pacientes, rehabilitación, hemodiálisis, trasplante, prácticas de alto costo y baja incidencia, así como un régimen de seguros. Además establece que algunas prestaciones de baja incidencia y alto costo deben tener financiamiento especial y que algunas patologías deben tener cobertura aún cuando estén contempladas en otros programas todavía no implementados. También

¹⁵ Tafani Op.Cit.

se deben considerar programas especiales según grupos de riesgo y colaborar en todos los programas de la jurisdicción.

La definición de un grupo de prestaciones obligatorias es considerada un factor clave para establecer condiciones mínimas de equidad y hacer más transparente las condiciones de competencias de las Obras Sociales. Este programa fue elaborado por una comisión integrada por el Ministerio de Salud y Acción Social, la Administración Nacional de Seguro de Salud y la Confederación General de Trabajo haciendo operativa la libre elección y respetando la restricción presupuestaria. La fiscalización del PMO está a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud, creada en 1996, que posee como funciones, además de fiscalizar el cumplimiento del PMO, supervisar el pago de los Hospitales de Autogestión (HPA) y controlar el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.¹⁶

Subsector Público: El subsector público se financia con recursos de rentas generales, fijados anualmente por presupuestos nacionales, provinciales y municipales. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Acción Social, coordina, regula técnica y financieramente, y tiene a su cargo solo tres hospitales. Si bien sus atribuciones son amplias y administra directamente programas estratégicos (SIDA Inmunizaciones, Maternidad e Infancia, Tuberculosis, Cólera), su rol es acotado, sólo maneja un mínimo del presupuesto público de salud. Son las provincias y los municipios quienes brindan servicios directos a la población, por lo que el financiamiento de la atención de salud depende de jurisdicciones provinciales y municipales. De los 1.254 establecimientos públicos con internación, 1.012 pertenecen a estados provinciales y 251 a municipios.

La cobertura del subsector público es teóricamente la población total, sin embargo, quien la usa es la población carente de cobertura de seguros asistenciales obligatorios y voluntarios. Según estimaciones, en 1995 la población que usaba el sector público era aproximadamente 15,9 millones de habitantes (45% de la población del país). El mismo estudio mostró que en Argentina se gastan en salud \$20.147 millones anuales, (7,2% del PBI) con un gasto per cápita es de \$582. El subsector público gasta 4.676 millones (23% del total).¹⁷ La fuente principal de financiamiento son los tesoros provinciales (70%) seguidos por los municipales (16%). Esto se debe a las funciones de proveedor de servicios de salud que cumplen estos dos niveles. Otra fuente de financiamiento

¹⁶ Programa Nacional de Garantía de Calidad Op Cit.

¹⁷ González Gracia y Tobar Op. Cit.

de la atención médica es el cobro de venta de servicios fundamentalmente a los beneficiarios de la seguridad social.

Subsector de Obras Sociales: Este subsector se caracteriza por la heterogeneidad de sus instituciones. Al iniciarse la desregulación, en Argentina habían 337 Obras Sociales, que se diferenciaban por tipo de población, de cobertura y modalidad de operación. Con la desregulación esto ha ido variando, sobre todo por la aplicación del PMO, que determina una cobertura homogénea. Esta modalidad involucra a las Obras Sociales Nacionales (que en 1995 eran 275 y hacia fines de 1997 sólo 100) pero no a las Obras Sociales Provinciales ni a las del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ni a las de las Fuerzas Armadas, ni a las Universitarias ni a las del Poder Legislativo. Según estimaciones, en 1995, la cobertura llegaba a 18,7 millones de personas (54% de la población total) y se concentraba en pocas obras sociales; las 50 más grandes atendían al 90% de la población con cobertura. Del gasto de las Obras Sociales el mayor porcentaje era el de las Obras Sociales Nacionales (\$2.939 millones, 42%), seguido por el del Instituto de Servicios sociales de Jubilados y Pensionados (\$2.392 millones, 34%).

La principal fuente de financiación son los aportes salariales que para las Obras Sociales Nacionales son del 8% (3% corresponde al empleado y 5% al empleador) y para las provinciales un promedio del 11% (5% aportado por empleados y 6% por empleador). Otras fuentes de financiamiento son los co-seguros (por diferencia de planes de cobertura) y los co-pagos (tickets moderador, plus). El Instituto de Jubilados y Pensionados (INSSJP) se financia con un 2% de los haberes de los jubilados, 1% a de los haberes de los trabajadores en actividad a cargo de los mismos y 1% de los haberes de los trabajadores a cargo de los empleadores.

Subsector privado: Este subsector se caracteriza por su financiamiento que consiste en el aporte voluntario de sus usuarios, aunque con modalidades variadas (desde el pago de honorarios médicos por prestación hasta modernos sistemas de seguros). Los contratos de seguro definen los alcances de cobertura, el riesgo a asegurar, el monto de la cuota y las condiciones de vigencia del contrato. Existen períodos de carencia variables para cada contrato y restricción de cobertura por patología existente.

Distintos tipos de estructura y empresas administran los recursos financieros de sus asegurados, algunos compran servicios a otros prestadores, otros gestionan instituciones prestadoras (hospitales, consultorios, servicios de diagnóstico), otra modalidad es actuar como administradores entre Obras Sociales o prepagas y las redes prestadoras.

Se estima que la cobertura poblacional de la medicina prepaga llegaría los 2,5 millones de habitantes, de los cuales el 40% realiza aportes al sistema de seguridad social. El gasto privado en 1995 fue de \$8.416 millones (42% del gasto total), el mayor de todos los subsectores siendo que da cobertura sólo al 7% de la población, mientras el sector público con un gasto de \$4.676 millones (23% del gasto) cubre al 46% de la población. Las Obras sociales, por su parte, cubren también un 7% de la población con un gasto de \$7.055 millones (35%).

Recursos humanos en salud: De acuerdo a información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la población económicamente activa (PEA) en Argentina, en la actualidad alcanza a 13.000.000 de personas, unas 433.000 trabajarían en el sector salud (3,3% del PEA total) y aproximadamente 85.000 pertenecerían al personal de enfermería. La composición de la fuerza de trabajo en enfermería fue variando con los años, recién a partir de 1989 aumentó considerablemente el número de licenciados, enfermeras y auxiliares y disminuyó el de empíricos.¹⁸ Hasta 1989 se formaban anualmente 500 enfermeras (aproximadamente 12/escuela). Este número no solo era bajo sino que además existía una producción geográficamente desigual, concentrada en las grandes ciudades (Capital, Gran Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Tucumán). A partir de 1989 se duplicaron el número de enfermeras y la producción nacional. Actualmente existen 103 Escuelas de Enfermería, en las que ha crecido geométricamente la matrícula y se estima que egresan aproximadamente 2.500 enfermeras/año.

En cuanto a la distribución por subsectores, en 1989 previo al ajuste económico, la mayoría del personal de enfermería (65,3%) pertenecía al sector público, actualmente este porcentaje habría disminuido notablemente. Análisis parciales de última generación (1995), muestran que la mayor proporción de licenciados y enfermeros están en el sector público (99,3% de licenciados y 82,3% de enfermeros) mientras que el sector privado ocuparía un 64% de empíricos. El mayor porcentaje de profesionales estaría en instituciones hospitalarias y preferentemente en centros de alta complejidad, así como en la administración de servicios. En los servicios comunitarios (centros de salud, puestos de salud y dispensarios) es escasa la cantidad de enfermeras. Más aún, existen provincias que aún tienen un déficit grave en el número de enfermeras, quedando los servicios comunitarios a cargo de personal empírico (Proyecto de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería 1992 OPS/OMS).

La provincia de Córdoba: Córdoba está ubicada geográficamente en el centro del país, es mediterránea, ocupa el segundo lugar en

¹⁸ Espino S. 1995.

actividad económica y el tercero en población. Tiene una población total de 2.915.339 habitantes, distribuidos en una superficie de 165.321 Km², con una densidad poblacional de 16,7 habitantes/km², siendo el departamento de Capital el más densamente poblado (2.095 hab/Km²) y el de Tulumba el menos poblado (1,1 hab/km²).

En el último cuatrienio la provincia se vio influenciada fuertemente por la reforma estructural económica del país, con incrementos progresivos de las tasas abiertas de desocupación y subocupación. Si bien últimamente se establecieron en Córdoba algunos capitales nacionales y extranjeros, los puestos de trabajo ofrecidos no cubrieron el nivel de demanda, además estas nuevas empresas incorporan mano de obra joven y altamente calificada, por lo cual no existe posibilidad de acceso para los obreros de menores recursos con muy bajos niveles de educación y capacitación laboral. Así aumenta cada vez más la exclusión, tanto económica como social de la población.

En 1991, los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en 1991 eran 77.565 (10% del total de los hogares provinciales), existiendo departamentos que poseen el 50% del total de hogares en estas condiciones (como Minas), mientras el departamento de Río Cuarto posee el 15,9% de hogares con NBI.¹⁹ El índice de analfabetismo ha ido decreciendo sensiblemente siendo el actual del 5%. El grupo etéreo con menor porcentaje es el de 20 a 24 años y el de mayor es el de personas de 65 años y más.

Reforma del sector salud en la provincia de Córdoba: El cambio de autoridades gubernamentales, ocurrido antes de tiempo, en julio de 1995, determinó un cambio sustancial tanto en las políticas, como en la organización del Sistema de Salud Provincial. Una de las primeras medidas fue la Ley de Emergencia Económico-Financiera y Previsional del Sector Público Provincial. Básicamente se dictaron leyes tendientes a contener el gasto público provincial, con una importante reducción de presupuestos y redistribución de los mismos. Se autorizó a los poderes del Estado a reducir salarios, jornadas laborales y haberes jubilatorios, lo que afectó profundamente el ingreso mensual de los empleados en actividad y de los jubilados. Además se suprimieron todas las vacantes existentes a la fecha de promulgación de las leyes (alrededor de 2.000 cargos) y las contrataciones a terceros. Se desafectaron los automóviles asignados al uso de funcionarios y se pusieron a disposición del Poder Ejecutivo, que los reasignó a la policía provincial y al servicio penitenciario. También estas leyes pusieron en vigencia Certificados de Cancelación emitidos por el Gobierno (BONOS) con los que el Gobierno fue cancelando la deuda que había acumulado en los últimos seis meses, incluido el pago de

¹⁹ INDEC Op.Cit.

salarios de los agentes de la administración pública provincial. Paralelamente se sancionó la denominada Ley Orgánica de Ministerios que redujo a cinco el número de ministerios entre ellos el de Salud y Seguridad Social.

En este contexto comenzó la reforma del sector salud cordobés, donde actualmente, si bien existen los tres subsectores (público, privado y obras sociales) desde hace algunos años ya no se presentan en forma individual. Con el criterio de que la crisis de salud resultaba en una atomización y organización administrativa ineficiente más que de insuficientes recursos, se decidió una urgente reestructuración. Se estableció como prioritario el reordenamiento de los servicios de salud destacando el desarrollo de la infraestructura de servicios, con énfasis en atención primaria y atención de problemas de salud prioritarios de grupos humanos vulnerables, en base a programas específicos desarrollados en los servicios. Consecuentemente, se redefinió el rol del hospital público dentro del sistema de atención de salud, a los efectos de que, a través de su recuperación, cumpla con las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación, además de la rehabilitación que le es propia.

Antes de la reforma la provincia de Córdoba se dividía en ocho zonas sanitarias, cada una con centros de complejidad creciente, denominados puestos sanitarios; dispensarios y centros de salud; hospitales vecinales; hospitales zonales y hospitales regionales. El nuevo plan provincial anuló la división en zonas sanitarias, transfirió a los gobiernos municipales las instituciones de menor complejidad (puestos sanitarios, dispensarios, centros de salud, y hospitales vecinales) dejando en el ámbito provincial solo los dos niveles de mayor complejidad, que fueron redefinidos en denominación y perfil. Se sostuvo el criterio de una atención sanitaria de complejidad creciente, con responsabilidades compartidas entre los gobiernos municipales y el gobierno provincial.

Se transfirieron a las municipalidades 100 instituciones (entre hospitales zonales y vecinales). Cumplida la primera etapa de transferencia, las 12 instituciones que quedaron con dependencia provincial, se estructuraron como hospitales de mayor y de media complejidad. Los hospitales de mayor complejidad son referentes de un área programática y los de media complejidad referentes de atención primaria, y el escalón inmediato de derivación de los centros sanitarios municipales. Los directores de estos hospitales tienen a su cargo los programas nacionales y provinciales de salud en su área de responsabilidad. Cabe señalar que a las instituciones de mediana y alta complejidad del interior de la provincia que quedaron de dependencia provincial, deben sumarse nueve hospitales de alta complejidad de la capital y se agregarán dos nuevos hospitales, el de Niños y el de la Maternidad.

En 1995 el modelo de prestaciones del subsector público estaba en crisis y su sobrevivencia amenazada. La descentralización constituyó una clave para el cambio del sector salud. Además de lo técnico-administrativo se necesitó un compromiso político para lograr la municipalización de un gran número de efectores (primer nivel de atención) que hasta ese momento habían pertenecido al ámbito provincial.²⁰ La descentralización fue compleja, pues requirió, tanto de la participación de sectores sociales con intereses contrapuestos (que debían acordar propuestas convergentes y viables) como lograr la participación del recurso humano del sector salud para los nuevos planes propuestos.

Al municipalizar los servicios se le otorgó a la jurisdicción la responsabilidad de efectuar acciones de salud de baja complejidad, con gran énfasis en la promoción y protección de la salud, instaurando un proceso de participación comunitaria. Se debieron reformular las redes de comunicación y de derivación de pacientes, informatizar las instituciones en una red interprovincial; lograr un control efectivo de gestión hospitalaria y primordialmente contar con un óptimo sistema de vigilancia epidemiológica para monitorear el estado de salud poblacional. Todas las medidas tendieron a lograr el máximo beneficio de los recursos existentes y mayor accesibilidad de la población a los servicios locales de salud.

Sin duda, este cambio estructural influyó directamente sobre los recursos humanos dependientes del ámbito provincial. El convenio de transferencia permitió la selección del personal absorbido por las municipalidades. Como consecuencia, quedó personal sin seleccionar que debió ser reubicado en los hospitales de mediana y gran complejidad de dependencia provincial. Como resultado, uno de los grupos más afectados fue el de enfermería, ya que un importante número de agentes, particularmente del interior provincial, fueron transferidos a distancias que oscilaron entre quince y cien kilómetros de su residencia habitual. En el área capital también se efectuaron algunos cambios y transferencias pero el impacto fue menor dado que las distancias también lo eran.

El subsector de obras sociales cordobés se extinguió debido a que los gremios ya no poseen instituciones sanitarias propias. A su vez, el subsector privado, que tradicionalmente había sido utilizado por los sectores sociales de ingresos altos, hoy ofrece sistemas prepagos más accesibles, aunque con numerosas limitaciones y requisitos, a los que no toda la población puede acceder. Como consecuencia, actualmente el subsector público, no es utilizado solo por la población más carente de recursos sino también por los

²⁰ Ministerio de Salud y Acción Social Córdoba 1996.

mutualizados que no pueden soportar los altos costos de co-pago y co-seguro que les imponen.

Personal de enfermería: La provincia de Córdoba tiene un marcado déficit de enfermeras. Desde 1978, en el sector público desde 1978 está prohibida la incorporación de personal de enfermería sin formación. Durante una década, las instituciones públicas desarrollaron un plan para convertir al personal empírico o práctico en personal auxiliar de enfermería, habiendo logrado este propósito totalmente. Desde 1994 se desarrolla el Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería (PRAXECOR) dirigido a los auxiliares que se encuentran trabajando dentro del sistema provincial.²¹ Este proyecto surgió por convenio entre la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba y el Ministerio de Salud y Acción Social. En 1995 se incorporaron a este programa las instituciones de la municipalidad de la capital y del interior de la provincia y en 1997/1998 se incorporaron las instituciones privadas de la capital, las municipales y las privadas del interior de la provincia. Este programa tenía como meta 1.000 enfermeras para el año 2000 y logró aumentar considerablemente las enfermeras provinciales, ya que se han convertido hasta el momento más de 800 personas.

Desde 1992 hasta 1998 la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina, sindicato que agrupa al personal de instituciones privadas, implementó la reconversión del personal práctico, pero en este ámbito aun hoy persisten 639 prácticos (30% del total). Más aún, el 83% del personal de enfermería del subsector privado es el de menor calificación (auxiliares de enfermería y prácticos).

Ley de Emergencia y sus implicancias en el sector de enfermería: La aplicación de la Ley de Emergencia Provincial con la transferencia de instituciones provinciales a los municipios afectó fuertemente la situación laboral de los trabajadores de salud, pues no solo provocó su movilización de una jurisdicción a otra sino que además estableció una disminución de su jornada laboral de 40 horas/semana a 24 horas/semana por agente, lo que significó un menor salario mensual. Esto generó una situación económico-social crítica en todo el personal, particularmente en el de enfermería, que se prolongó por aproximadamente un año y luego se normalizó pero con una disminución salarial determinada por un aumento del porcentaje de aporte jubilatorio del salario de los trabajadores.

Desde hace cinco años el salario del empleado provincial permanece estable, sin aumentos de ningún tipo. Desde julio de

²¹ Departamento Central de Enfermería Córdoba 1997.

1995, cesó el pago de promociones y reubicaciones escalafonarias, no se produce ninguna designación de personal permanente o transitorio, ni ascensos, ni concursos. Cabe destacar que en 1989 el Ministerio de Salud y Acción Social había promulgado la "Ley del Equipo de Salud Humana" que determinaba las modalidades de escalafonamiento por categoría, por capacitación en servicio y por antigüedad. Si bien el Gobierno trató de abordar con las asociaciones profesionales la posibilidad de un aumento salarial relacionado a la productividad, no se lograron acuerdos. En definitiva, esta situación ha provocado una disminución significativa de los planteles de personal, ya que se producen jubilaciones, renunciaciones y fallecimientos que no son reemplazados.

Hoy hay una separación entre los subsectores público y privado respecto a la oferta de servicios de salud, pero hay intentos incipientes de articularlos. El 60% de las enfermeras se encuentran trabajando en el subsector público, donde los servicios de enfermería están estructurados y organizados con división técnica del trabajo, funciones y salarios acordes al nivel. Los estatutos del subsector privado no prevén diferenciación salarial por nivel de preparación y funciones, y los salarios son inferiores a los del subsector público. Actualmente las instituciones privadas han comenzado a incorporar enfermeras y a profesionalizar al grupo de auxiliares de enfermería. Es escasa la cantidad de enfermeras de la provincia que ejercen la profesión liberalmente, los "consultorios de enfermería" están dirigidos por médicos o por estudiantes de medicina y no existe legislación al respecto.

En el subsector público los cargos que ocupa enfermería son en su mayoría de carácter permanente, tienen carácter transitorio solo los suplentes que reemplazan personal por ausencias prolongadas o interinos que ocupan el lugar dejado por una vacante hasta que ésta se cubra con personal permanente. La contratación es excepcional, sólo se utiliza para situaciones puntuales. El subsector privado, por el contrario, tiene como modalidad habitual la contratación de personal por períodos de 60 a 90 días; al cabo de los cuales renueva el contrato o lo reemplaza por otro personal. Esta modalidad se basa en los costos para el empleador, ya que en ese período el personal es considerado "a prueba" sin obligación que se realicen aportes previsionales.

Finalmente, el gobierno provincial estudia conjuntamente con las asociaciones profesionales la posible creación para el sector público del denominado "cargo único" que tendría dedicación exclusiva con bloqueo de matrícula para el ejercicio profesional privado. Esto iría acompañado de una retribución salarial adecuada, sería de carácter optativo y con ingreso por concurso. El Ministerio de Salud y Seguridad Social ha iniciado por primera vez un "Estudio de Costos Hospitalarios" para conocer los costos de atención médica de cada institución y así hacer uso racional y

adecuado del presupuesto del sector salud. Además, la provincia de Córdoba se ha adherido a las normas de calidad del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Se ha definido por resolución ministerial el perfil que le corresponde a cada uno de los nueve hospitales de alta complejidad de la capital, a fin de mejorar la oferta de servicios a la comunidad, evitando la superposición y optimizando el uso de los recursos humanos y tecnológicos que poseen.

*Descripción del sitio donde se realiza la investigación:
Río Cuarto, Córdoba*

Descripción geográfica: La ciudad de Río Cuarto está ubicada en el departamento del mismo nombre, al sur de la provincia, a 438 metros sobre el nivel del mar en la llanura pampeana cordobesa. Se halla a 200 Km de la ciudad de Córdoba y a 600 Km al oeste de Buenos Aires. Por su ubicación es un nodo geográfico del país, conectando las grandes ciudades en el sentido norte-sur y en el oeste-este. El ejido municipal tiene una extensión de 6.245 hectáreas y se accede por rutas nacionales y provinciales. La ciudad la atraviesa el Río Cuarto, ancho y poco profundo, que corre de oeste a este, formando una barrera urbana importante. Otra barrera urbana es el tendido ferroviario, que diferencia tres sectores: Centro, Banda Norte y Barrio Alberdi. Es una ciudad plana con edificios de propiedad horizontal en el micro-centro. La ciudad tiene 57.226 parcelas, de las cuales 38.546 son viviendas, el resto son terrenos baldíos, lo que le da una fisonomía particular. Las zonas con riesgo social (“asentamientos” o “villas”) tienen escasa infraestructura de servicios públicos y se ubican en las márgenes del río Cuarto, del arroyo El Bañado y en la periferia.

Aspectos socio-demográficos El departamento Río Cuarto, con una superficie de 18.392 km² y una población de 217.717 habitantes tiene una densidad poblacional de 11,8 habitantes/km². La ciudad cobija el 60% de la población del departamento (138.996, 55% son mujeres); un 20% habita pueblos y ciudades pequeñas y un 20% vive en la amplia zona rural. El porcentaje de analfabetos en la población de 10 años y más, en 1991 fue 3,3%. La tasa de desocupación abierta en 1996 fue 18,4 %.²² En la periferia hay bolsones con características semirurales en contraste con barrios de población homogénea.

Economía: Río Cuarto presenta un importante desarrollo comercial, incipientes industrias textiles, de lácteos, frigoríficos y metalúrgicas. Tiene gran producción agrícola-ganadera (porcinos, vacunos, maíz, girasol, maní, soja, trigo y forrajes). El desarrollo de productos de granja es relativo, se

²² INDEC 1998 Op cit.

crían aves y hay apicultura. Tiene una reducida producción hortícola y frutícola y un desarrollo de viveros que abastecen de árboles, plantas y flores a la región.

Educación: La primaria se imparte en 32 escuelas que brindan educación preescolar y escolar en todos los barrios y en el microcentro de la ciudad. La educación secundaria se adquiere en 22 instituciones públicas y privadas (aproximadamente 11.500 alumnos). Para educación terciaria existen dos institutos de formación docente y dos de formación artística (un conservatorio de música y una escuela de artes plásticas), todos ellos con dependencia provincial. La educación superior está a cargo de la Universidad Nacional de Río Cuarto que cuenta con las siguientes facultades: agronomía y veterinaria, ciencias económicas, ingeniería, ciencias exactas, físico-químicas y naturales y ciencias humanas (población de aproximadamente 10.000 alumnos y 1.200 docentes distribuidos en 30 carreras). En la Facultad de Ciencias Humanas se encuentra la Escuela de Enfermería que otorga título de Enfermero (tres años de estudio) y Licenciado en Enfermería (completa los 5 años).

Sector salud: La cobertura de salud de la ciudad y su zona de influencia la realizan instituciones públicas (provinciales y municipales) y privadas (obras sociales). Para las prestaciones públicas hay un hospital polivalente con dependencia provincial (260 camas), un centro de salud, una maternidad y 13 dispensarios municipales. En el orden privado existen 13 instituciones que totalizan 500 camas de internación, de las cuales 40 son de terapia intensiva y 20 de diálisis, cubriendo todas las especialidades y disciplinas. Se cuenta con aparatología suficiente en relación al número de habitantes (dos tomógrafos computados, cinco ecógrafos, dos cámara gama, una bomba de cobalto y una de celsio). Existen además servicios privados de emergencia que asisten todo tipo de urgencias, tanto domiciliarias como en la vía pública, contando con unidades móviles bien equipados, personal médico y de enfermería.

El personal de enfermería que trabaja en instituciones públicas y privadas de la ciudad asciende a 533 personas, un 76% son auxiliares de enfermería. Hay mayor cantidad de personal trabajando en el sector privado (57%), donde el 90 % son auxiliares de enfermería y todavía existe personal sin formación (25 personas). El porcentaje de enfermeras y licenciados en enfermería es del 20,4 %, si bien la universidad local posee la carrera de Enfermería, el número de egresados por año es reducido. Cabe recordar que el hecho de que no haya personal práctico en las instituciones publicas se debe a que en este subsector no ingresa personal sin estudios.

Descripción de las Instituciones donde se recolectaron los datos: Hospital Central Río Cuarto

Este hospital se inauguró en 1946 como polivalente con dependencia nacional. Cuando en 1979 se realizó la descentralización a nivel país fue transferido al estado provincial, recibiendo el mismo año personal y equipamiento del "Hospital Cabrera" por cierre del mismo. En 1993 incorporó de igual modo al Hospital San Antonio de Padua (Salud Mental y Tisioneumonología) y la estructura de la Zona Sanitaria N° 7. Hoy su financiamiento es "mixto", con fondos del presupuesto provincial, del "recupero" de obras sociales y de la cooperadora del hospital (arancelamiento encubierto). Se hallan "privatizados" los servicios de alimentación, lavadero y limpieza, incluyendo el tratamiento de residuos patológicos que se derivan a Córdoba ciudad para su incineración. Las empresas responsables acceden por licitación periódicamente. Hoy la institución tiene un relativo déficit pues las partidas presupuestarias que se acuerdan no son enviadas con regularidad, contrayéndose deudas que limitan la provisión de insumos básicos. Asimismo, contribuye también al déficit la tardanza en el pago de las obras sociales, que adeudan sumas importantes.

Su capacidad instalada es de 206 camas, el porcentaje ocupacional es del 50%. El hospital brinda atención a una amplia zona de influencia que abarca el sur de la provincia de Córdoba y provincias vecinas (San Luis y La Pampa). Se atienden en él personas de todas las edades y de ambos sexos, beneficiarios de obras sociales, residentes de la ciudad o de la zona, posean o no la capacidad de pagar los "bonos" de la cooperadora. Los pacientes de alta complejidad (quemados, trasplantes, cirugía cardiovascular, etc.) son derivados a los hospitales de mayor complejidad en la ciudad de Córdoba capital.

En el hospital se cursan tres tipos de residencias médicas y una residencia interdisciplinaria en salud mental (accesible a enfermeros). Recientemente se posibilitó la incorporación de concurrencias programadas en diferentes disciplinas. Existe un "Comité de Capacitación, Docencia e Investigación" integrado por representantes de distintas disciplinas elegidos por votación directa. Algunos sectores organizan programas de capacitación interdisciplinarias, aunque persiste la tendencia a realizarlos de forma unidisciplinaria.

Situación de Enfermería: La ley que regula el desempeño del personal de salud de la provincia de Córdoba se denomina "Ley del Equipo de Salud Humana" y establece el grupo al que pertenece cada agente, según su especialidad y formación. Los enfermeros pertenecen al grupo II, los auxiliares de enfermería al grupo IV, y

el personal práctico (empírico, idóneo) de cualquier disciplina al V. La institución no cuenta con personal "camillero" por lo que esta tarea es realizada por personal de enfermería.

De las 311 personas que forman el equipo de salud efectivo, el personal de enfermería es el más numeroso con 53,4 %, (177 personas con interinos y suplentes). Estas personas están distribuidas en los servicios cubriendo cargos tanto de conducción 14,30% (25 personas) como de nivel operativo 85,70% (152 personas). El orden jerárquico es: Jefa de División, Jefa de Servicio, Jefa de Sección, Supervisoras y a nivel operativo, en la atención directa, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería.

Enfermería posee un régimen de trabajo de 40 horas semanales distribuidas en tres turnos de 8 horas diarias (de 6am a 14pm, de 14pm a 22pm y de 22pm a 6am). La licencia anual reglamentaria puede ser fraccionada en dos partes, una reducida en invierno y otra en verano de mayor extensión. El número de días hábiles de licencia depende de la antigüedad del agente (hasta cinco años, 15 días; más de cinco años, 20 días; más de 10 años, 25 días; más de 15 años, 30 días, y más de 25 años, 35 días).

La Ley del Equipo de Salud establece un escalafón periódico. Al incorporarse a la actividad la grilla de escalafón es 1; a los dos años si no faltó mas de 30 días y asistió a la capacitación en servicio que ofrece la institución, pasa a la grilla inmediata superior (con un aumento salarial del 5%). Esto es así hasta la grilla 8, el pase a las siguientes se efectúa cada tres años. A los 25 años de servicio habrá alcanzado la grilla 11, última del escalafón. Si aún no está en condiciones de jubilarse y cumple con los requisitos de asistencia y capacitación se le paga un adicional por "permanencia en el cargo".

Como en el resto de la provincia, el personal está incorporado al Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería de Cordoba (PRAXECOR), se encuentran cursando actualmente seis personas y ya egresaron siete. La coordinación del programa está a cargo de un licenciado en enfermería, los docentes son licenciados en enfermería que trabajan en los servicios del hospital. El Ministerio de Salud y Seguridad Social, a través del Departamento Central de Enfermería otorga becas para el personal de enfermería que cursa el nivel de enseñanza media o la carrera de enfermería como alumno regular de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Río Cuarto o como alumno del PRAXECOR.

Los programa de "Inmunizaciones", " Fiebre Hemorrágica Argentina" y Hepatitis "B" están coordinados por licenciados en enfermería.

Centro de Salud Municipal y dispensarios periféricos: La atención de salud en el ámbito de la Municipalidad de Río Cuarto se realiza a través de la Secretaría de Salud y Calidad de Vida, que posee tres Subsecretarías, la de salud, de promoción social y de deportes. De la Subsecretaría de Salud depende la Dirección de Salud que coordina las acciones del Centro de Salud del que dependen 13 dispensarios, distribuidos en distintos barrios periféricos de la ciudad.

A partir de 1991 se implementaron cambios en el ordenamiento de las instituciones de salud enmarcados en el "Programa de Salud y Promoción Social" el cual en líneas generales proponía: 1) creación de un sistema de cobertura para los habitantes sin recursos económicos, a fin de costear su atención de salud. Previo estudio social se otorga una credencial que facilita la atención y el suministro de medicamentos en cualquier institución municipal; 2) reorganización de los dispensarios para garantizar la máxima asistencia, de acuerdo a la complejidad que poseen y durante la mayor cantidad de horas diarias posibles; efectuar planes de prevención y ampliar progresivamente el sistema de prestaciones. Para garantizar el cumplimiento de estas metas se propuso como primer paso entregar a los médicos que se adhieran al sistema la administración de los dispensarios en un régimen de "comodato" haciéndose cargo de los gastos de su funcionamiento. La municipalidad por su parte garantiza un ingreso mensual básico, pago por acto realizado a las personas que poseen credencial de carenciado y permiso de atención y cobro a personas mutualizadas; 3) reorganización del centro de salud con el mismo sistema que el de los dispensarios, por áreas de prestación (como rayos, laboratorio, atención de emergencias y guardia, traslado de pacientes) que serían privatizados o cedidos en "comodato". El resto de las áreas continuarían funcionando como lo hacían hasta ese momento; 4) reorganización de la Maternidad "Kowalk", en una etapa posterior.

Transcurridos unos años de implementación del programa, hoy se observan algunas modificaciones al proyecto inicial: a) algunos dispensarios están funcionando en "comodato" y otros con la modalidad tradicional; b) la Maternidad "Kowalk" fue cedida a una fundación que se hizo cargo de su funcionamiento, en una modalidad mezclada público-privado; c) las personas de escasos recursos a las que se les otorgó credencial fueron recientemente divididas en tres grupos: personas que no tienen ninguna posibilidad de costearse su atención de salud, por lo tanto para ellas es totalmente gratuita; personas que poseen algunos recursos y su atención exige un costo mínimo, y personas que poseen recursos como para realizar un pago reducido en aranceles. Un relevamiento reciente mostró que hay 30.000 personas con credencial (1/5 de la población de la ciudad), y d) el personal que trabaja en estas instituciones puede optar por

el régimen por contrato o permanecer en el tradicional, por lo general el personal de enfermería continúa siendo empleado de la municipalidad. Los nuevos cargos son cubiertos por contratos de corta duración que se van renovando por períodos.

El financiamiento de las instituciones de salud proviene de las asignaciones presupuestarias de la municipalidad y de recursos financieros que ingresan de los usuarios (con credencial o con cobertura de obra social) por arancelamiento de prestaciones.

Recursos Humanos: El personal del Centro de Salud esta integrado por un médico pediatra, un médico clínico, un ginecólogo y personal de enfermería. Varios dispensarios cuentan además con odontólogo y trabajadora social. Del total del personal, los médicos representan el 42,3 % y en segundo lugar se encuentra el personal de enfermería con 39,8 %, 49 personas. El personal de enfermería es conducido por una licenciada en enfermería con el cargo de Jefe de División, la cual planifica, coordina y evalúa las acciones que se realizan. También tiene la responsabilidad de la selección del personal, la capacitación en servicio y el control de los programas comunitarios que se desarrollan en la jurisdicción municipal. Los auxiliares de enfermería tienen el mayor porcentaje del personal de enfermería 67,3 %, los licenciados y enfermeros 32,7 %.

2.3.2 Caracterización de la muestra

Las 20 personas estudiadas tenían una edad promedio de 41 años, con una distribución homogénea entre 26 y 55 años, contaban con 17 años como promedio de antigüedad en la profesión (entre 6 y más de 20 años), pero con mayoría entre 10 y 19 años, la mayoría era del sexo femenino (17 mujeres y 3 varones), coincidiendo con la tendencia del país y de la profesión. El 65% (13 personas) estaban casados, el 20% (4 personas) solteros y el 15 % (3 personas) eran divorciados. Un 79 % de los entrevistados no pertenecen a Asociaciones profesionales. Dado que una de las instituciones tiene una ubicación periurbana, la mayoría de los sujetos viven a una distancia de más de 30 cuadras de su trabajo. El proceso de descentralización puede considerarse otro factor ya que hay personas que deben desplazarse desde poblaciones vecinas por no haber sido incorporadas al producirse la municipalización de las instituciones de salud. Las actividades que realiza más frecuentemente el personal en *su tiempo libre* son “viajes, paseos y salidas” 27%; “leer y escuchar música” 21%, y el 21% no realiza ninguna actividad.

Entre las enfermedades padecidas por el personal se encuentran: infecciones, 28%; osteoarticulares y neurológicas 8,8%, y un 26% no sufrió ninguna enfermedad en él último año. En cuanto a las características de su labor, el 74% atiende adultos y ancianos y el

resto a niños. El 76% trabaja en turnos rotativos, y el 24% en turnos fijos, los empleados municipales durante 35 horas/semana y los provinciales 40 horas semanales.

2.3.3 La práctica de enfermería en el contexto de la reforma

En la primera pregunta ¿Cuáles actividades realiza cuando se encuentra trabajando en Enfermería?, las respuestas fueron variadas, pero pueden agruparse en tres aspectos: 1) actividades de atención directa a personas (sanas o enfermas), familias y comunidad; 2) actividades de gerencia de servicios de salud y 3) actividades de tramitación o mensajería.

Entre las **actividades de atención directa** se consignan con mayor frecuencia: a) valoración y cuidado del paciente; b) preparación y atención pre y post-operatoria de pacientes quirúrgicos; c) interrelación con la familia: atención, educación, charlas; d) control de crecimiento y desarrollo del niño sano; e) ejecución del programa ampliado de inmunizaciones; f) atención en crisis del paciente y la familia; g) visitas domiciliarias; h) administración de medicamentos; i) higiene y confort; j) control de signos vitales, k) curaciones, drenajes, catéteres; l) urgencias y primeros auxilios; m) preparación de pacientes para estudios diagnósticos; n) programas de salud escolar; ñ) elaboración de informes y registros. Dentro de **gerencia de los servicios** de salud se identificaron: a) planificación de personal y suministro de insumos; b) organización y distribución del trabajo; c) coordinación con grupo de pares y con otros profesionales y servicios; d) integrar comités y comisiones; e) ofrecer y recibir capacitación dentro y fuera de la institución; f) orientación al personal de nuevo ingreso; g) planificación y asistencia a reuniones; h) abastecimiento de materiales e insumos a los servicios; i) estadística e inmunizaciones y entrega de leche; j) cumplir y hacer cumplir normas y pautas de trabajo; k) supervisión, control y evaluación de los servicios. Como actividades de **tramitación, limpieza y mensajería** se han incluido: a) traslado de camillas; b) entrega de leche; c) provisión de turnos; d) preparación de consultorios; e) limpieza y orden de armarios; f) confección de fichas, credenciales, historias clínicas.

Al preguntar ¿Cuáles son las actividades más importantes que nunca dejarían que otro hiciera? Las respuestas estuvieron relacionadas con las anteriores, destacando particularmente lo relacionado a **la atención directa de personas, familia y comunidad**. Por ejemplo señalaron: a) la valoración y cuidado de pacientes; b) la relación personal que se establece con el paciente; c) informar al paciente y su familia y realizar educación; d) todo lo referido a la atención directa (higiene y confort, curaciones, aspiraciones, administración de medicamentos, control de niño sano, cuidados pre y post operatorios, tratamientos

oncológicos etc.). También se señalaron con menor frecuencia actividades como: e) preparación de materiales y equipos; f) elaboración de registros, g) transcripción de indicaciones médicas.

Cuando se indagó sobre si hay alguna actividad de las que realiza que podrían ser asignadas a otras personas que no sean de enfermería ni de auxiliares de enfermería, las respuestas fueron: a) todo lo referido a mensajería; b) traslado de pacientes ("camillar"); c) pedido y traslado de materiales, insumos y equipos de trabajo; d) preparación de biberones; e) ordenamiento y traslado de historias clínicas; f) higiene de unidades del paciente, armarios, aparatos, etc.; g) confección de recetarios; h) control y traslado de ropa. Pocas personas no respondieron la pregunta y una no la comprendió porque su respuesta fue "delegaría la higiene al auxiliar de enfermería.

Al interrogar sobre las actividades o funciones que definen su quehacer, los enfermeros mostraron claridad en la definición de su rol, las respuestas fueron: a) cuidar al paciente; b) satisfacer las necesidades del paciente; c) brindar una buena atención de enfermería; d) lograr una buena relación con el paciente; e) respetar al paciente; f) la planificación de los cuidados según las necesidades del paciente, g) la aplicación del método científico, h) el cuidado integral; i) determinadas actitudes, la creatividad, la permanencia; j) el control de gestión, la organización y administración de los servicios; k) la capacitación permanente del personal.

En la pregunta que pedía se definiera "para un público en general" ¿qué es la enfermería?, de las respuestas puede inferirse que la pregunta no fue comprendida totalmente ya que la mayoría respondió lo que la enfermería es para sí mismo y no para otros y podríamos agruparlas de la siguiente forma:

- 1) Un criterio **científico "puro"**: a) "Es una profesión que tiene un cuerpo de conocimientos propios, que brinda atención a las personas. Utiliza conocimientos de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales"; b) "es una profesión que tiene principios científicos que la avalan"; c) "es una profesión completa donde se puede hacer asistencia, educación, investigación y administración"; d) "es educar a las personas para que puedan cuidar su salud"; e) "es atención de las personas, prevenir enfermedades y hacer que el que esta enfermo se recupere pronto"; f) "es estar preparado para atender a otros"; g) "es una profesión que tiene actividades bien definidas y propias, que le pertenecen, como es el cuidado integral del paciente (físico, mental y social)
- 2) Un criterio **científico-humanístico**, cuyas respuestas fueron:
 - a) "atender a otros con un sentido de servicio y con un trato

humanizado”; b) “es una profesión que atiende las necesidades de los pacientes, que trata de hacer por las personas lo mejor”; c) “es una ciencia y un arte que trabaja para el bienestar de la gente, la familia y la comunidad”; d) “son las actividades que realiza una persona tendientes a satisfacer necesidades de otra”; e) “es un arte, el arte de no tener prejuicios y de no discriminar”.

- 3) Un criterio **práctico**: a) “es todo lo relacionado con la atención directa del paciente y la preparación de materiales y equipos”; b) “es una profesión, una ciencia práctica con su quehacer propio”.

Uno de los profesionales encuestados definió a la enfermería con un **criterio mágico** al decir: “es un don que uno tiene para ponerse al servicio de lo demás, no cualquiera lo hace”. Finalmente hubo otro grupo que en lugar de responder lo que es la enfermería, caracterizaron según su criterio a las personas que trabajan en enfermería.

En cuanto a la **participación** que le gustaría tener en las **decisiones de enfermería**, la totalidad de los encuestados expresaron su necesidad de ser consultados antes de que se tomen decisiones que los involucren directamente. Resaltan la participación como mecanismo necesario para la democratización de las relaciones y para mejorar la calidad de las prestaciones. Tal participación se refiere a las cuestiones más simples relacionadas con la atención del paciente, su distribución y tipo de prestación a brindar, y a otras que se relacionan con la organización y cobertura de los servicios.

Los **enfermeros** centran la necesidad de tener mayor participación en aspectos relativos a la atención de los pacientes y a la definición de funciones específicas. En este grupo un número considerable no contestó la pregunta. Por su parte, los **licenciados en enfermería** reconocieron una amplia participación en cuanto al cuidado de los pacientes, pero se sienten limitadas en la distribución del personal y en aspectos profesionales de las áreas a su cargo. Se alude a la importancia de un mayor protagonismo y a la escasa confianza que tienen de los jefes en los grupos que dirigen.

Cuando se preguntó quién tiene que tomar las decisiones en enfermería la totalidad de los encuestados respondió que “los enfermeros”. Los **enfermeros** también consideran que son ellos mismos los que deben tomar las decisiones aunque las desplazan a los jefes. Este grupo ratifica la importancia de tener consenso en la toma de decisiones. Los **licenciados** aseguran que deben ser las propias enfermeras individualmente o en grupo quienes tomen las decisiones, según las circunstancias.

La *magnitud de los cambios* en los servicios es percibida por todos los entrevistados con igual intensidad e igual sentido, pudiéndose agrupar en cinco aspectos, a saber:

- 1) **Cambios en la condición de las personas que solicitan prestación:** entre las personas que solicitan prestaciones se pueden distinguir claramente dos grupos: a) “aquellos abandonados, alcohólicos, linyeras que están internados porque no tienen donde vivir”. Son “pacientes que llegan más deteriorados”; “en estado más grave”, “deteriorados en su aspecto físico, alimentario”; “más pobres”; b) pacientes mutualizados que asisten al hospital público para evitar el pago de “plus” en el sector privado, que se los observa en mejores condiciones y con mayores exigencias de atención.
- 2) **Cambios en las condiciones de los prestadores:** la cantidad de **prestadores** en general ha disminuido y se muestran más competitivos. Están disgustados por tener que cumplir nuevas exigencias administrativas (marcar tarjetas, cumplir horarios). La disminución numérica de médicos y el aumento de la demanda resulta en un empobrecimiento de las prestaciones y relaciones con el usuario y su familia. Sin embargo, debido a estas exigencias algunos sectores como la consulta externa, han extendido su horario de atención y el número de prestaciones.
- 3) **Cambios en las condiciones del personal de enfermería:** “la cantidad de **personal de enfermería** ha disminuido notablemente” y “ha aumentado la demanda de lo que resulta una sobrecarga de trabajo importante en los que permanecen trabajando con deterioro en la calidad de atención y disminución en la cantidad de prestaciones”; “esta situación aumenta el absentismo” y “el personal trabaja altamente tensionado” cambiando de servicio con frecuencia. Paralelamente se observa una “gran movilización para lograr grados académicos más altos”, los auxiliares de enfermería quieren profesionalizarse, los profesionales cursan la licenciatura en enfermería y los licenciados acceden a formación de post-grado (maestrías, especialidades). “La enfermería avanza en ese sentido” y “en la toma de decisiones”; “adquieren mayor independencia” y “se posesiona con mas solvencia ante otros grupos de profesionales”. “El nivel de conducción flexibiliza el modo de relacionarse con sus pares”; se advierte una clara tendencia hacia el trabajo en equipo. La atención de enfermería se centra mas en las necesidades de las personas y en su bienestar. Se respetan más las pautas de bioseguridad; el personal continúa mal remunerado, lo que induce al doble empleo, extensión de jornada, horas extras.
- 4) **Cambios en la infraestructura de los servicios:** los **servicios** se observan claramente empobrecidos, faltan

medicamentos y todo tipo de insumos y materiales, "se cuenta con aparatos de última generación, pero por momentos inactivos por falta de técnicos que lo pongan en funcionamiento".

- 5) **Cambios en el perfil institucional:** "el usuario debe pagar por las prestaciones que recibe, además debe proveer al hospital de distintos elementos como medicamentos, descartables, ropa" entre otros. La extensión de los horarios de atención hizo que haya consulta externa por la tarde y que el paciente no tenga que "venir a las 4 de la mañana para conseguir turno y ser atendido a las once de la mañana".
- 6) En cuanto al perfil de **los centros de salud y dispensarios** periféricos municipales se observa una mezcla público-privada en la administración de los recursos humanos.

Cuando se solicitó que expresen **cómo afectan estos cambios** en su trabajo todos coincidieron que afectan y mucho, "porque no se ven resultados al esfuerzo puesto que gratifique"; "porque la sobrecarga de trabajo influye estresando al personal"; "el desgaste es terrible tratando de conseguir los elementos de trabajo o lo que necesita el paciente" "lo que hace perder tiempo y aleja al personal de enfermería del paciente". Se advierte una desesperanza al pensar en el futuro, la sensación de que "el hospital público se derrumba" es fuerte. La creatividad del personal no alcanza para mantenerse motivados y seguir adelante. La impotencia ante la amenaza de pérdida del empleo conlleva a aceptar condiciones de trabajo poco saludables y remuneración mínima.

Cuando se preguntó **por qué creen que ocurren estos cambios**, una parte importante del grupo estuvo de acuerdo en que "los gobernantes no le dan a la salud pública la importancia que merece porque no es rentable" y "la política instalada intenta hacer desaparecer el hospital público". Los aspectos económicos estuvieron también presentes con gran fuerza. Otro grupo significativo encontró las causas dentro de la propia enfermería como por ejemplo "no tener líderes"; "la falta de agrupamientos que defiendan los derechos de los trabajadores"; "por la falta de conducción".

Al solicitarle que agreguen algo más **se nota nuevamente la desesperanza** con expresiones tales como: "cualquier cosa que hagamos no va a cambiar el rumbo que las instituciones sanitarias han tomado"; "me gustaría que hubiera líderes en la enfermería que tuvieran clara idea de lo que es la profesión". Pero también aparecen las **opiniones optimistas y esperanzadas de un futuro mejor** como las siguientes: "hay que seguir luchando por lo que uno cree"; "debemos esperar a ocupar cargos de ministros o directores para que las cosas cambien"; "para que la enfermería crezca debe aumentar la participación, la formación académica y movimientos de

grupo”; “se deben abrir caminos nuevos para que haya cambios”; “a pesar de todo sigo amando esta profesión”.

2.4 DISCUSION

Del análisis de la reforma en el sector salud en el ámbito nacional, se puede deducir que la misma presenta diversas formas de implementación y desigual desarrollo en cuanto a las jurisdicciones y regiones del país. En el ámbito de la provincia de Córdoba la descentralización se produjo en el año 1995 con el traspaso de todas las instituciones de mediana y mínima complejidad a la jurisdicción municipal. Se entiende por instituciones de mediana y mínima complejidad los hospitales zonales y vecinales, los dispensarios y puestos sanitarios.

En cuanto a los recursos humanos de enfermería, ésta y otras medidas repercutieron de la siguiente manera: a) no se cubren los cargos vacantes desde 1995, en consecuencia hay pérdida de puestos de trabajo con una significativa disminución de los planteles de personal de las instituciones de salud; b) los salarios están deprimidos; c) la carrera sanitaria se encuentra interrumpida; d) se observa una escasa planificación del cuidado de enfermería; e) se privilegian los cuidados interdependientes y se valorizan poco los cuidados independientes; f) se elaboran escasos registros de las prestaciones que se brindan; g) se ofrece una organización vertical, con modelos rígidos de conducción y en consecuencia escasa participación del personal.

En los usuarios del sistema sanitario las medidas produjeron una selección natural inequitativa, observándose que las personas en su mayoría están desempleadas, sin cobertura de obra social, en consecuencia se encuentran imposibilitados de pagar “plus o seguro”.

En la jurisdicción municipal los principios de la reforma fueron variando según se trate de municipios pobres o ricos, sin embargo, en términos generales se aplicaron medidas de gestión local y autonomía institucional. La atención se circunscribe a acciones de mínima complejidad, con aumento de cobertura y la implementación de redes de derivación y comunicación.

En el recurso humano de enfermería municipal, se observa que están ausentes las estructuras de organización, cambios en las condiciones de trabajo y en la modalidad de empleo. En la selección de personal se priorizan criterios políticos por sobre los de formación y los técnicos. El modelo de atención es asistencialista y hay ausencia de control de gestión al mismo tiempo que los sistemas de información son insuficientes.

En cuanto al financiamiento del sistema sanitario se puede decir que los fondos provienen del Estado, de los convenios con obras sociales y de los aportes de los usuarios. Esta modalidad de funcionamiento ocasiona dificultades como la tardanza en la llegada de las partidas del nivel central al nivel institucional, los presupuestos no se ajustan a las necesidades actuales de las instituciones.

Esta modalidad incide en forma directa en la atención de enfermería ya que los insumos básicos son insuficientes, las plantas físicas no son refuncionalizadas y no siempre cuentan con el mantenimiento edilicio y tecnológico necesario.

El impacto de los cambios estructurales del país han producido modificaciones en las condiciones de vida y de salud de las personas, hechos que se manifiestan en las características de los que demandan atención en las instituciones de salud tanto pública como privadas.

Remitiéndonos al análisis temático las enfermeras expresan que la población acude a las instituciones cuando se encuentra su salud en un estado crítico y en riesgo su vida, poseen escasos recursos económicos y de cobertura social. Esto implica para el personal de enfermería un aumento en la complejidad del cuidado con mayores exigencias de tiempo, esfuerzo y recursos en la atención de cada paciente.

Esto se enmarca en un contexto donde la relación enfermera paciente es baja (menos enfermeras para atender a más cantidad de pacientes) con una disminución en las plantas funcionales por la falta de cobertura de los puestos vacantes que aumentan aún más el histórico déficit del personal de enfermería.

Asimismo, existe un desequilibrio enfermera-personal de enfermería. Esta situación entre otros determinantes y condiciones contribuye a la disminución de la calidad de las prestaciones de enfermería y produce en el personal una excesiva carga de trabajo, estrés, desgaste mental que lleva a un mayor ausentismo por enfermedad, y conflictos interpersonales al interior del grupo de trabajo.

En esta situación un tanto adversa se plantean algunas paradojas las cuales están referidas a una marcada tendencia a aumentar los niveles de formación: los auxiliares de enfermería se incorporan a los programas de profesionalización, los enfermeros cursan la carrera de licenciatura, y los licenciados acceden a niveles de post-grado

Creemos que esto se encuentra influenciado por la marcada competitividad laboral, las exigencias del mercado y la

accesibilidad que plantean las distintas ofertas educativas sin dejar de mencionar la iniciativa individual y los ideales de desarrollo en lo personal, en lo profesional y en la posibilidad de ascenso social.

2.5 REFERENCIAS

1. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA. 1990. Enfermería, Actualidad y Perspectivas. Colombia.
2. BANCO MUNDIAL. 1995. Reformas Laborales y Económicas en América Latina y el Caribe. Perspectivas Regionales. Washington, DC., Estados Unidos.
3. BANCO MUNDIAL. 1996. Estimando los Beneficios de la Reforma Laboral en la Argentina. Resumen Ejecutivo. Mimeo.
4. BAUMAN Zygmunt. 1999. *La Globalización Consecuencias Humanas*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.
5. BARRENECHEA J., TRUJILLO URIBE E., Y CHORNY, A. SPT/2000. 1990. *Implicaciones para Planificación y Administración de los Sistemas de Salud*. Editorial de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
6. BECCARIA Luis, y LOPEZ Nestor. 1997. Sin trabajo. Las Características del Empleo y sus Efectos en la Sociedad Argentina. UNICEF. Losada. Buenos Aires, Argentina.
7. BENGOA RENTERIA Rafael. 1998. Tendencias Mundiales en la Gestión Hospitalaria. Ponencia Presentada en el "II Encuentro Nacional de Hospitales". Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Argentina.
8. BERMANN Silvia. 1995. *Trabajo Precario y Salud Mental*. Narvaja Editores. Córdoba, Argentina.
9. BONAZZOLA Pablo. 1996. Anacronismos en la Administración del Personal de Salud en la Argentina. Identificación para Transformar el Sector. En Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales. Págs. 131-134. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Washington. DC. EUA.
10. BRITO QUINTANA Pedro, CAMPOS Francisco, NOVICK Marta. 1996. *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud. Cambios y Oportunidades*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, DC. EUA.
11. COLLIERE Marie Françoise. 1993. *Promover la Vida*. McGraw-Hill. Interamericana España.
12. CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORÍA EN SALUD. 1994. Mujer, Trabajo y Salud. Serie Mujer y Salud. Volumen 1. Quito, Ecuador.
13. ESPINO Susana, DAVINI Cristina, HEREDIA Ana María, MALVAREZ Silvina. 1995. *Desarrollo de la Enfermería en la Argentina 1985-1995*. Serie

- de Trabajo N° 43 Organización Panamericana de la Salud. PWR-Argentina, Buenos Aires.
14. FELDMAN Silvio. Contratos Laborales de Trabajo Promovidos: Su Uso en el Sector Privado. "REVISTA ESTUDIOS DE TRABAJO N° 8/9. Enero a Julio 1995. Buenos Aires, Argentina.
 15. GALIN Pedro y NOVICK Marta. 1996. La Precarización del Empleo en la Argentina. Encrucijadas. Universidad de Buenos Aires. Año 2 N° 4. Mayo Buenos Aires, Argentina.
 16. GONZÁLEZ GARCÍA Gines. 1998. Los Hospitales ante la Refoma: II Encuentro Nacional de Hospitales. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Argentina.
 17. GONZÁLEZ GARCÍA Gines. 1996. Reforma del Sector Salud en la Argentina. Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Argentina.
 18. GONZÁLEZ GARCÍA Gines y TOBAR Federico. 1997. *Más Salud por el Mismo Dinero. La reforma del Sistema de Salud en la Argentina.* Ediciones ISALUD. Nuevo hacer Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, Argentina.
 19. HEREDIA Ana María, MALVAREZ Silvina. 1999. La Profesionalización de los Auxiliares en la República Argentina. Proyecto de Investigación. Informe de Avance Inédito. Buenos Aires, Argentina.
 20. IRIART Celia. 1988. La Atención Gerenciada, su Papel en la Reforma de los Sistemas de Salud. Documento de la Federación Nacional de Salud Central de Trabajadores Argentinos. CTA. Buenos Aires, Argentina.
 21. FRENK, J. 1994. Diversos Aspectos de la Reforma de los Sistemas de Salud. Ponencia presentada en la Reunión Internacional sobre Reforma Sectorial. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
 22. KÉROUAC Suzanne y Colb. 1996. *El Pensamiento Enfermero.* Masson, Barcelona. España.
 23. MALVAREZ Silvina, ABDALA Margarita y PIOVANO Mirta. 1992. Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en Enfermería. Publicación Universitaria. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
 24. MARSHALL Adriana. 1996. ¿La Reforma Genera Empleo? Encrucijadas. Universidad de Buenos Aires. Año 2 N° 4 Mayo. Buenos Aires, Argentina.
 25. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL. 1996. Programa de Garantía de Calidad. *Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de*

- Enfermería en Establecimientos de Atención Médica*. Resolución N° 194/95. Buenos Aires, Argentina.
26. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL. 1996. Programa de Garantía de Calidad. 1997. Categorización de los Establecimientos. Resolución 282/94. Serie N° 004 Buenos Aires, Argentina.
 27. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL. 1996. Programa de Garantía de Calidad. 1997. Categorización de los Establecimientos. Resolución 282/94. Serie N° 004 Buenos Aires. Argentina.
 28. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. 1995. Revista de Trabajo N° 1 Año 1, Marzo-Abril 1994. Editora M. T y S. S. Argentina.
 29. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. 1997. Guía para la Contratación de Trabajadores. 4ta Edición Actualizada. Buenos Aires, Argentina.
 30. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. 1998. *Ley Nacional de Empleo N° 24013. Ley de Promoción del Empleo N° 24.465*. Ediciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Buenos Aires, Argentina.
 31. LAURELL, Asa Cristina. 1994. Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. Universidad Autónoma de México. México.
 32. LEDDY Susan, PEPPER Mae. 1989. *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional*. Organización Panamericana de la Salud. México.
 33. LOPEZ CASANOVAS Guillen. 1993. Oferta de Cuidados de Salud y Políticas de Empleo en el Sector Sanitario Público. Jornadas de Economía en Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Andalucía, España.
 34. LUCITA E. 1997. El mundo de Trabajo en el Fin del siglo” Cuadernos del Sur. Buenos Aires, Argentina.
 35. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. 1985. *Empleo y Condiciones de Trabajo de los Servicios Médicos y de Salud*. Ginebra, Suiza.
 36. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. 1985. Las Recomendaciones sobre el Empleo y las Condiciones de Trabajo y de Vida del Personal de Enfermería. N° 157. Ginebra, Suiza.
 37. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. 1995. *El Empleo en el Mundo*. Ginebra, Suiza.
 38. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. 1998. *Condiciones de Empleo y de Trabajo en el Marco de las Reformas del Sector de la Salud*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, Suiza.

39. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1996 La Práctica de la Enfermería. Informe del Comité de Expertos. Serie de Informes Técnicos 860. Ginebra, Suiza.
40. POLÍTICAS DE ENFERMERÍA PARA EL DECENIO 2000 1998. Memorias de la I Conferencia Argentina de Políticas de Enfermería. Noviembre. Córdoba, Argentina.
41. PUNTEL DE ALMEIDA María Cecilia y MELO ROCHA.1997. *Semirarmis O Trabalho de Enfermagem*. Cortez Editora, Sao Paulo, Brasil.
42. RIFKIN Jeremy. 1997. El Fin del Trabajo. Nuevas Tecnologías Contra Puestos de trabajo. El nacimiento de una nueva era. Paidós Estado y Sociedad. Buenos Aires.
43. ROFMAN Alejandro. 1995. El Trabajo que Falta. REVISTA ENCRUCIJADAS Universidad de Buenos Aires. UBA, Abril. Buenos Aires, Argentina.
44. VILLANUEVA Ernesto. 1997. *Empleo y Globalización. La Nueva Cuestión Social en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes. Bernal. Argentina.
45. WAINERMAN Catalina y GELDSTEIN Rosa. 1990. *Condiciones de Vida y de Trabajo de las Enfermeras Argentinas*. Centro de Estudios de la Población. Buenos Aires, Argentina.

CAPÍTULO 3

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN BRASIL

C. A. Ferraz y colab.²³
S. M. Mishima y colab.²⁴

3.1 INTRODUCCIÓN

El modelo de salud vigente se estructuró de forma verticalizada, centralizada y dicotomizada en las décadas de los años setenta y ochenta. El momento presente de reorganización del sector salud puede ser comprendido y analizado a la luz del proceso histórico de reconfiguración política y social del país.

El movimiento sanitario brasileño se consolidó en la década de los ochenta, en el contexto de redemocratización del país, destacándose la VIII Conferencia Nacional de Salud (1986), evento que reunió a técnicos del sector y representaciones políticas de la sociedad.

La operacionalización de un proyecto que contemplase la salud como derecho social y deber del Estado llevó a la creación del Sistema Único de Salud (SUS), que pasó a fortalecerse a partir de la nueva constitución de 1988, envolviendo los principios de la universalización de la cobertura, la equidad del acceso, la integridad de las acciones, la jerarquización en relación con la complejidad tecnológica y la regionalización con fortalecimiento del papel del municipio y participación de la población a través del control social. Estos principios fueron incorporados a la Ley Orgánica de Salud No. 8.080/1990.

²³ Profas. Dras. Adriana Katia Corrêa; Ana Emília Pace Ferraz; Cristina Maria Galvão; Janete Rodrigues Nakao; Lúcia Aparecida Rossi; Márcia Regina Antonieto; Maria Lúcia Zanetti; Maria Luiza Anselmi; Maria Sueli Nogueira; Olga Maiomoni Aguillar; Rosana Aparecida Spadoti Dantas; Yolanda Dora Martinez del Departamento de Enfermería General y Especializada de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto da Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

²⁴ Profas. Dras. Emília Luigia Saporiti Angerami; Ione Carvalho Pinto; Tereza Cristina Scatena Villa y enfermeras Célia Maria Mendonça Ribeiro; Deise Cristina Lataro; Luciana Tanaka Galante; Lucila Castanheira Nascimento; Monica Favaretto De Grande del Departamento Materno Infantil y Salud Pública de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para o Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

Paralelamente a la reforma sanitaria se desarrolló también, con la participación de grupos de tendencia a la privatización, el proyecto conservador de salud (1). Tal proyecto conservador o neoliberal consolidó su hegemonía en los años ochenta: “(...) por debajo del estridente y aparentemente consensual significativo de la reforma sanitaria construyéndose, competentemente, el proyecto conservador de la salud” (2).

De este modo, las políticas de salud, a pesar del cambio sustancial en lo que se refiere al derecho universal, viven un clima de tensión entre el poder público y el privado y la dimensión de la intervención del Estado (1).

Aunque se evidencien avances y limitaciones, el proceso de municipalización viene aconteciendo en un intento de promover una mayor integración entre diversas instituciones prestadoras de asistencia a la salud; de minimizar la dicotomía entre prevención y cura, y al mismo tiempo, disminuir la capacidad ociosa de los servicios públicos de salud (3). En el Municipio de Ribeirão Preto -SP- Brasil, el cuadro general de municipalización viene desarrollándose de forma gradual.

3.2 METODOLOGÍA

El delineamiento metodológico para el alcance de los objetivos contempló cuatro fases, siendo que en la primera se realizó un levantamiento de las instituciones de salud del Municipio de Ribeirão Preto -SP, a través de la consulta al Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) (4) procediendo al registro de la red básica y ambulatoria y del complejo hospitalario según sus naturalezas jurídicas.²⁵

En la segunda fase se definieron los lugares del estudio con la inclusión de 13 unidades públicas de atención básica, tres ambulatorios especializados privados, dos hospitales públicos, tres hospitales filantrópicos y tres hospitales privados, quedando representada toda la red de atención a la salud.

Después del consentimiento de las instituciones de salud se realizó la tercera fase recolectando informaciones acerca de la población a ser estudiada, las cuales fueron procesadas según nombre, edad, grado de instrucción, formación en enfermería y tiempo de servicio en la institución. Con el mapa de la población de estudio, se seleccionó una muestra de 42 enfermeros con cinco

²⁵ Se entiende por públicas, las instituciones financiadas por el Estado que componen el SUS; por filantrópicas, las instituciones financiadas por obras sociales, exentas de impuestos y que venden servicios al SUS; por privadas, las instituciones particulares con fines lucrativos.

años o más de ejercicio profesional en las instituciones representadas, fueron excluidos los docentes, administradores e investigadores.

La cuarta fase se constituyó de la recolección de datos cuantitativos a través de la técnica de entrevista estructurada. La guía organizada por los coordinadores del proyecto multicéntrico fue traducida del español al portugués, adecuando la terminología. El criterio de saturación fue utilizado para la finalización de la recolección de datos.

3.3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.3.1 Caracterización de las instituciones estudiadas

Se destaca que la estructura física, los sistemas de informatización y equipos de apoyo y diagnóstico en la red pública de atención básica han sido incrementados en los últimos años. Los hospitales públicos por ser espacios académicos están equipados con alta tecnología.

Mientras tanto se constata que está ocurriendo un cambio en las inversiones del Estado, con disminución en la aplicación de recursos financieros en los servicios públicos hospitalarios e incremento en la red de atención básica, conforme está previsto en la Norma Operacional Básica (5), siendo esto lo que se destaca en el contexto de las instituciones estudiadas.

3.3.2 Caracterización de los enfermeros entrevistados

Cuadro 1: Caracterización de los enfermeros entrevistados

<i>Edad</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
≤ 25	-	-
26 ---- 35	17	40,48
36 ---- 45	21	50,00
46 ---- 55	02	4,76
≥ 55	01	2,38
Sin datos	01	2,38
<i>Género</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Masculino	-	-
Femenino	42	100
<i>Grupo Étnico</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Caucásico	38	90,47
Caucásico, hispano	-	-
Afro-americano	-	-
Negro-hispano	-	-
Asiático	04	9,53
<i>Estado Civil</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Soltero, divorciado, separado	23	54,76

Casado	17	40,48
Viudo	01	2,38
Sin datos	01	2,38
Educación en Enfermería	Nº	%
Graduado / Diplomado	22	52,38
Diplomado con Habilitación	05	11,91
Maestría (sensu stricto)	01	2,38
Especialista (sensu lato)	13	30,95
Sin datos	01	2,38
Años de Práctica de Enfermería	Nº	%
≤ 5	02	4,76
6 ---- 10	13	30,96
11 ----15	17	40,48
16 --- 20	06	14,28
≥ 20	03	7,14
Sin datos	01	2,38
Años en el Sitio Actual	Nº	%
≤ 5	02	4,76
6 --- 10	25	59,52
11 -----15	12	28,57
16 ----- 20	03	7,15
≥ 20	-	-
Áreas de Práctica	Nº	%
Médico-Quirúrgica	07	16,66
Urgencias	02	4,76
Cuidado Crítico	05	11,90
Atención Primaria-Comunitaria	13	30,95
Gineco-Obstetricia	02	4,76
Pediatría	03	7,14
Psiquiatría-Salud Mental	-	-
Quirófano	01	2,38
Central de Materiales	01	2,38
Saneamiento	-	-
Otro	08	19,04

3.3.3 Análisis de los datos de las entrevistas

Los datos fueron analizados dentro del contexto de la reforma del sistema de salud brasileño, siendo agrupados en cuatro unidades de registro: definición y valor social de la enfermería, funciones del enfermero, y cambios en el ambiente de trabajo y práctica de enfermería.

Definición y valor social de enfermería

Los enfermeros en sus declaraciones registran que la enfermería es una profesión humanitaria actuando con gran disponibilidad y solicitud, utilizando conocimientos científicos y técnicos, lo que les propicia una visión ampliada de la salud y de la realidad

social. Atiende a individuos o a grupos poblacionales promoviendo la calidad de vida, cuidando, orientando y supervisando la atención.

El trabajo del enfermero o enfermera comprende relaciones con las personas, pacientes, y equipos de salud, por lo tanto, requiere del establecimiento del diálogo, articulación y vínculos interprofesionales.

Funciones del enfermero

En esta temática se reconoce que el enfermero tiene un doble papel en los servicios de salud, asumiendo funciones administrativas burocráticas y asistenciales, siendo que las primeras tienen superpuestas las acciones del cuidado. Dentro de las actividades administrativas se destacan la planeación y la organización de los servicios, con la elaboración de la distribución de turnos y el control de asistencia en el trabajo. Realizan supervisión y evaluación de desempeño de los auxiliares y técnicos de enfermería en relación con los procedimientos técnicos y demás acciones pertinentes a la asistencia. También conducen los procesos de educación en servicio.

En la red de atención básica, los enfermeros organizan el flujo de pacientes para la atención, los sistemas de información para las unidades de salud y para la vigilancia epidemiológica.

En lo que se refiere a la función asistencial en los servicios de atención básica, el enfermero realiza: acciones educativas con grupos poblacionales; orientaciones individuales y con la familia, relacionadas con el uso de medicamentos; tratamientos específicos y acciones de control de riesgo con niños; e inmunizaciones, controles de crecimiento y desarrollo. En la red hospitalaria cabe al enfermero realizar la admisión, acompañando la evolución del paciente hasta su alta, destacándose los procedimientos técnicos de mayor complejidad como administración de drogas específicas, terapia endovenosa, sondas, curaciones, etc. Los pacientes en estado grave son de competencia del enfermero.

Cambios en el ambiente de trabajo y en la práctica de enfermería

De los resultados del estudio, los relacionados con los cambios son los más relevantes, ya que demuestran el impacto de las reformas de sector salud en los diferentes contextos de trabajo, por lo tanto, presentaremos los datos de las entrevistas con el objeto de garantizar la singularidad de las diferentes instituciones de salud investigadas, tomando como hilo conductor para el análisis las temáticas de la atención al usuario, la

organización y estructura de trabajo, incorporación tecnológica y toma de decisiones.

Atención al usuario

Red básica de atención	
Pública	Privada
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor calidad en la atención; • Mayor acceso de la población a los servicios; • Acciones preventivas de orientación facilitan la rehabilitación del paciente; • Comportamiento del usuario orientado hacia el autocuidado; • Mayor poder de presión y reivindicación de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • CALIDAD DEL CUIDADO CON BASES CIENTÍFICAS; • Atención diferenciada para la clase media y alta; • Mayor acceso a informaciones sobre salud a través de orientaciones y manuales ilustrativos.

Red Hospitalaria		
Pública	Filantrópica	Privada
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la demanda atendida; • Priorización de la atención a pacientes de mayor complejidad - nivel terciario de atención; • Reducción de la calidad de la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de camas disponibles para el SUS; • Aumento de camas de convenios y pagos directos; • Transferencia de pacientes del SUS para convenios simples; • Reducción de procedimientos y cirugías para pacientes del SUS; • Declinación de la calidad de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las estructuras de los convenios con patrones diferenciados de atención; • Expansión de los convenios para diferentes clases sociales; • Aumento del número de hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos; • Altas precoces; • Mayor preocupación con la calidad de la asistencia mediante la exigencia de la clientela que paga.

Organización y estructura de trabajo

Red básica de atención	
Pública	Privada

<ul style="list-style-type: none"> • Acceso facilitado a las informaciones para la planeación de las acciones de salud; • Introducción de la gerencia local; • Instalación de Comisiones Locales de Salud; • Mejor articulación en el desarrollo del trabajo; • Nuevas demandas de atención - AIDS, violencia; • Ampliación de las actividades preventivas; • Incremento de las inversiones en el área preventiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificación del control de desperdicios de recursos materiales; • Ampliación de los tratamientos especializados de costo elevado; • Acciones administrativas de enfermería dirigidas para el control de costo; • Monitoreo de la facturación de los servicios, para evitar la falencia financiera y el desempleo; • Los servicios privados contratados por el SUS son pagados por procedimientos.
---	---

Red Hospitalaria		
Pública	Filantrópica	Privada
<ul style="list-style-type: none"> • Racionalización de los recursos con cambios en la estructura organizacional y coordinación de servicios; • Incremento de servicios especializados de alta complejidad; • Dificultades de contra-referencia de los pacientes para la red básica de atención; • Diminución de exámenes diagnósticos; • Inserción de psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas y nutricionistas en el proceso de trabajo; • Sobrecarga de trabajo, doble jornada, bajos salarios e insatisfacción profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversiones en la estructura física para adecuarla a la clientela con convenio; • Profesionalización de la jefatura de enfermería para trabajar con convenios; • Contratación de fisioterapeutas y nutricionistas para componer el equipo; • Sobrecarga de trabajo y alta rotatividad del personal de enfermería; • Contingente grande de personal de enfermería sin habilitación profesional; • Doble jornada, bajos salarios e insatisfacción profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalización a través de protocolos de medicamentos y procedimientos; • Participación de los enfermeros en reuniones administrativas del hospital; • Ampliación del campo de actuación del enfermero con valorización en el equipo multiprofesional; • Cuadro de personal de enfermería insuficiente; • Aumento de enfermeros y disminución del personal no habilitado; • Salarios de acuerdo con el valor de mercado.

Incorporación tecnológica

Red Básica de Atención	
Pública	Privada

<ul style="list-style-type: none"> • Informatización del sistema de registro; • Demandas diferenciadas de atención con ampliación de la competencia de los profesionales y formación especializada; • Sistematización de nuevos programas de atención y de asistencia domiciliaria; • Incorporación de procedimientos técnicos con introducción de actividades curativas y de apoyo diagnóstico; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del sistema de informatización; • Desenvolvimiento de nuevos conocimientos para actuación en áreas especializadas; • Las condiciones de trabajo y de protección para los profesionales no acompañaron los riesgos implícitos en los procedimientos de alta tecnología.
--	---

Red hospitalaria		
Pública	Filantrópica	Privada
<ul style="list-style-type: none"> • incremento de equipos médicos sofisticados; • Restricción de material básico de consumo; • Procesos administrativos más ágiles para adquisición de equipos; • Mayor complejidad en los procedimientos técnico-científicos en los equipos y aparatos de uso cotidiano; • Protocolización de agentes químicos y medicamentos; • Exigencia de especialización con ampliación de conocimientos para actuar en la asistencia terciaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de nuevos equipos médicos; • Creación de comisiones de control de infección hospitalaria y otras tecnologías de procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de nuevas técnicas quirúrgicas; • Incremento del sistema de informatización; • Exigencia de actualización de los profesionales de enfermería para asegurar competencia y demostrar competencia frente a los interrogantes de los pacientes y acompañantes con convenio.

Proceso de decisiones

Red Básica de Atención	
Pública	Privada

<ul style="list-style-type: none"> • Procesos decisivos gerencial y técnico-asistencial son compartidos entre enfermeros, médicos y gerentes de los servicios; • Mayor participación de los enfermeros o enfermeras para decidir sobre la atención a la salud de los pacientes y de la población con total autonomía en el proceso asistencial; • Jerarquización del poder dificulta la participación en el proceso de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de decisiones realizado conjuntamente entre enfermeros, médicos y administradores; • El enfermero o enfermera decide controlando costos, procesos de auditoría, admisión y demisión de profesionales de enfermería; • En el proceso asistencial el enfermero colabora pero la decisión final es del médico responsable; • El enfermero se siente impotente frente a las situaciones sociales precarias de los pacientes y al alto costo de la atención especializada, dificultando la continuidad de los tratamientos.
---	---

Red hospitalaria		
Pública	Filantrópica	Privada
<ul style="list-style-type: none"> • las decisiones gerencias están preestablecidas en los manuales de normas de la institución; • decidir es una atribución de la directoria de la división de enfermería pero, los enfermeros hoy tienen más libertad de expresión; • el enfermero tiene reducida autonomía en la asistencia al paciente, aun es muy dependiente de la prescripción médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • La decisión está centrada en la administración general y el enfermero sigue las normas de administrador; • El enfermero tiene reducida amplitud de decisión en lo cotidiano; • La gerencia de enfermería y los enfermeros de la comisión de control de infección hospitalaria participan de las reuniones administrativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente los enfermeros deciden conjuntamente con los gerentes de enfermería, posteriormente encaminan a la dirección del hospital para aprobación; • Los enfermeros tienen autonomía sobre el gerenciamiento de la asistencia de enfermería, deciden sobre las rutinas, admisiones y dimisiones de funcionarios considerando los intereses de los clientes y de la institución.

En la percepción de los enfermeros de la red de atención básica hay una mejoría de la atención dada con mayor calificación de las actividades desarrolladas. Ésta se hace efectiva en la medida en que el comportamiento del usuario se orienta hacia el autocuidado y en que hay un incremento del desarrollo de acciones preventivas y de orientación que facilitan la rehabilitación del paciente.

Según los enfermeros, hay una sistematización de nuevas actividades, principalmente en lo que se refiere a la organización

de la atención a grupos específicos de la población a través de la búsqueda de integración con las unidades de salud. Estos programas tienden a seguir las necesidades identificadas en el espacio del municipio, como ejemplo el programa de lactancia materna, “programa florece una vida”, que a través del acompañamiento de los recién nacidos, tiene por objetivo posibilitar mayor atención al recién nacido modificando positivamente los indicadores de mortalidad infantil. En el mismo sentido, el “servicio de atención domiciliaria”, que en una perspectiva de atención a la familia busca atender las necesidades de atención a los pacientes con déficits de diferentes ordenes (problemas de locomoción, enfermedades altamente incapacitantes, SIDA, entre otros).

Los enfermeros de los hospitales públicos relatan que hay un aumento del número y de la gravedad de los pacientes hospitalizados que lleva sin duda a una diversidad y mayor complejidad de la atención prestada, tanto desde el punto de vista de los cuidados médicos en general, como de la atención de enfermería, evidenciándose la necesidad de mayor especialización de los profesionales para la atención de estos pacientes. Relatan también que esos cambios en la clientela atendida y las restricciones del personal de enfermería provocaron una disminución en los servicios prestados.

Los hospitales filantrópicos, en su origen caritativo, atendían a los indigentes sin recibir remuneración hasta que a partir de la mitad de la década de los ochenta pasaron a establecer convenios con la seguridad social, ampliando la oferta de servicios (6). Sin embargo, actualmente tales hospitales no han conseguido mantenerse financieramente una vez que se vincularon al SUS, y pasan a buscar clientela de convenios particulares o pacientes que pagan directamente. Esto se evidencia en las declaraciones de los enfermeros.

En relación con los hospitales privados, a través de las declaraciones de los enfermeros, se observa una preocupación con el mejoramiento de la calidad de la atención prestada a los pacientes que utilizan estos servicios a través del sistema de pre-pago (convenios) o pacientes que pagan directamente.

MENDES (1994) afirma que en Brasil, se viene viviendo un proceso denominado “universalización excluyente”, o sea, la clientela que podría ejercer mayor presión para obtener atención con calidad y ejercer su poder de presión para garantizar mejoras en el SUS y en el cumplimiento de los preceptos constitucionales, hoy busca atención a la salud fuera del sistema público.

Así, el SUS ha incorporado un segmento de población más carente de recursos que no tiene cómo buscar otra forma de atención a la salud fuera del sistema público, porque en la práctica, no puede

ejercer plenamente el derecho de atención expresado en la Constitución, la “salud como derecho de todos y deber del Estado” (7).

También para comprender la realidad de los hospitales públicos y filantrópicos del municipio de Ribeirão Preto - SP, se destaca que la reforma sanitaria llevó a los responsables de su organización, a la definición de una política compensatoria de desarrollo de la red básica de servicios de la década de los noventa, imponiéndole mejores condiciones de trabajo y salarios, dejando los hospitales públicos fuera de la competencia del mercado en términos del reclutamiento de recursos humanos.

Son inmensas las dificultades para operar los hospitales públicos y filantrópicos, muchas de éstas justificadas en función del discurso de la “deshospitalización”, aun así, se observa a través de las declaraciones de los enfermeros que tal política privilegió la ascensión de la red privada de hospitales.

La idea pasada a través de las nuevas directrices para el sistema de salud brasileño de migración de los procesos de producción de servicios del hospital para espacios de las unidades de atención y domicilios debe ser vista todavía, en el final de la década de los noventa, como una tendencia para el sector salud y no puede ser tratada como variable ya dada en la práctica de los procesos asistenciales.

Los hospitales públicos todavía son espacios de referencia legítima para los ciudadanos que necesitan de atención a la salud, aun así, admitimos que todas las estrategias extra-hospitalarias que paulatinamente están siendo introducidas a través de proyectos de atención básica, programas de salud familiar, atención domiciliaria y comunidades saludables, fructificarán y alterarán el perfil del hospital.

En el análisis de los procesos de trabajo, los enfermeros relataron que la interdisciplinariedad es necesaria para la actuación en el área de la salud, aun así, enfrentan problemas para hacerla efectiva debido a las dificultades de articulación del equipo de salud en general y de enfermería en particular. A pesar de esto, según los enfermeros, tanto de la red de atención básica como del área hospitalaria pública, con la reforma del sector salud ocurrió mayor actuación interprofesional, es decir, de los enfermeros con fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos y otros además del médico.

En este estudio, la incorporación tecnológica, fue entendida como instrumentos técnicos; equipos y conocimientos necesarios para el desarrollo del trabajo en salud. El proceso de reforma trajo de forma incontestable para el nivel de atención básica, una serie de

inversiones tecnológicas antes presentes solo en la atención hospitalaria, teniendo como preocupación ampliar la capacidad instalada y aumentar la capacidad de resolución de los servicios.

La constatación de estas transformaciones es importante ya que indica que con el proceso de constitución del SUS, ocurrió de forma definitiva, la incorporación de la asistencia médica individual curativa en el nivel de atención básica, ampliando las posibilidades de acceso a los recursos tecnológicos y a los de apoyo diagnóstico a un gran contingente de la población brasileña que anterior a la década de los años ochenta no disponía de este tipo de asistencia (2).

Este aumento de la complejidad de las tecnologías presentes se evidencia en todos los niveles del sistema, como una forma de ampliación de la capacidad de atención y de resolución del sistema. En las instituciones públicas, según enfermeros, se pasó a disponer de equipos sofisticados y complejos, así como de procesos administrativos más ágiles para adquirirlos teniendo en cuenta la atención de necesidades especiales de la clientela. En los hospitales privados los enfermeros informaron que se introdujeron nuevos procedimientos, principalmente en el área quirúrgica.

La incorporación tecnológica también es enfatizada por los enfermeros que trabajan en los hospitales filantrópicos. En sus declaraciones afirman que el SUS en su implementación incrementó la infraestructura hospitalaria, promoviendo la ampliación de las áreas físicas y la adquisición de equipos, y que en el momento, las transformaciones buscan mejorar tanto la atención de los clientes de convenio, como la de particulares y privados.

Se puede comprender la ampliación del poder de decisión de los enfermeros, principalmente en la red básica de salud, cuando se considera el proceso de expansión de los empleos en enfermería en la red de servicios de atención básica, fruto principalmente, del proceso de ambulatorización del empleo en salud (8,9,10) derivado del proceso de reforma del sector salud en el Brasil, en donde se da una expansión de la oferta de servicios de atención básica ambulatoria a la población.

Aunque sea más enfática la participación de los enfermeros en el proceso de toma de decisiones en el área básica de atención a la salud, todavía está presente en las declaraciones que se debe considerar el contexto en donde se viene dando la práctica profesional, además, el proceso de decisiones ha sido más compartido tanto en el nivel hospitalario como en la red de atención básica. Este compartir se da tanto en las cuestiones específicas del trabajo de enfermería como en las cuestiones técnicas y organizacionales presentes en las diferentes instituciones de salud.

Si por un lado, los enfermeros que actúan tanto en el área de atención básica como en el área hospitalaria, enfatizan su participación más frecuente en las decisiones, por otro lado hay también declaraciones que resaltan la impotencia para decidir, una vez que las cuestiones de organización del trabajo, del modelo de gestión, y de flujo de poder en las instituciones, interfieren en los procesos de toma de decisión sean organizacionales o asistenciales.

3.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De forma general, se evidencia en las declaraciones de los enfermeros que el SUS, como expresión de un movimiento de reformas por las que viene pasando el sistema de salud brasileño, es un proceso en curso, en donde los cambios están presentes en distintos frentes y con diferentes características en el escenario de los servicios de salud.

El proceso en curso en el que se viene buscando la implementación efectiva del SUS, trae para enfermería, según los enfermeros entrevistados, cambios en todos los niveles de atención. En mayor o menor intensidad estos cambios en la práctica de enfermería son percibidos e identificados por los enfermeros en los servicios de atención básica que se vienen constituyendo en la puerta de entrada al sistema, en los servicios ambulatorios de carácter especializado y en los hospitales en el conjunto de las instituciones unidas al sector público o privado.

Las declaraciones de los enfermeros evidencian las contradicciones presentes en los servicios de salud. En este sentido, a las ondas de pesimismo se une el optimismo en la búsqueda de posibilidades para una práctica profesional de enfermería que contribuya a mejorar la calidad de la atención a la salud.

Finalmente, estas transformaciones lejos de terminar cualquier conformación más definitiva, indican un camino, un proceso. La comprensión de éste no siempre se da de forma clara, pero indica, conforme los datos presentados, gran potencial para el trabajo de enfermería y para la calidad de la atención a la salud.

3.5 REFERENCIAS

1. ALMEIDA, M.C.P. A enfermagem e as políticas de saúde. Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem, v. 1. n. especial, p. 53-62, julho, 1997.

2. MENDES, E.V. Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1994.
3. MISHIMA, S.M. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1995. 355 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
4. ANUÁRIO MÉDICO ESTATÍSTICO DO BRASIL/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1992.
5. BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, 1997. 36 p.
6. CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial, 1991.
7. BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989.
8. MEDICI, A.C. A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências. In: MEDICI, A.C. (org.) Textos de Apoio: planejamento I - recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1987a. Cap. 4, p.39 - 50.
9. MEDICI, A.C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. In: MEDICI, A.C. (org.). Textos de Apoio: planejamento I - recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO), 1987b. Cap.9, p. 143-152.
10. MEDICI, A.C. & PAIM, E.R. Estrutura e dinâmica da força de trabalho em Enfermagem. In: MEDICI, A.C. (org.) Textos de Apoio: planejamento I - recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1987. Cap. 8, p. 124-140.

CAPÍTULO 4

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA

María Consuelo Castrillón A. Enf. Mg. Ed.²⁶

Silvia Orrego S. Enf. Esp. S.M

Liria Perez P. Enf. Mg.Ed.²⁷

María Elena Ceballos V. Enf. Mg. S.P.²⁴

4.1 INTRODUCCIÓN

El sector salud en Colombia, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, atraviesa por una profunda transformación en sus principios, organización y financiamiento, transformación denominada Reforma del Sector Salud. Este proceso ha incidido en la actividad laboral, en la educación y en las formas de regulación de las profesiones en salud, especialmente en enfermería.

Por otra parte, la reorganización del sistema de enfermería y la redistribución de responsabilidades y funciones entre profesionales y auxiliares, así como la formación de técnicos en enfermería, ha generado controversia en torno a la definición de la práctica de enfermería y su regulación.

Por las razones expuestas, el estudio busca caracterizar las implicaciones de la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (RSGSSS) en la práctica, la regulación y la educación en enfermería.

4.2 METODOLOGÍA

Se trata de una investigación etnográfica para la cual se seleccionaron profesionales de enfermería que ejercen en dos tipos de instituciones: una hospitalaria de tercer nivel de atención situada en una de las grandes ciudades del país y, una localidad con procesos avanzados de descentralización, transformaciones económico sociales y culturales y adaptaciones en la organización

²⁶ Profesoras Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín Colombia.

²⁷ Enfermera vinculada a la IPS Clínica León XIII Instituto de Seguros Sociales, Medellín Colombia.

de los servicios de salud derivadas de los procesos de la Ley de RSGSSS.

Antes de iniciar el estudio se obtuvo la autorización de los administradores y el consentimiento informado de los profesionales entrevistados. La información primaria se obtuvo mediante observación directa en los sitios de trabajo y entrevista semiestructurada aplicada a una muestra intencional, ceñida a los criterios de inclusión definidos en el diseño del proyecto. Las entrevistas se grabaron y procesaron mediante el programa *Etnograph*. Los datos secundarios se obtuvieron por medio de revisión de archivos, literatura gris producida por las instituciones, y artículos de prensa, entre otros, datos que sirvieron para caracterizar a las instituciones según el instrumento MMMFE adoptado por la coordinación general del proyecto para caracterizar las instituciones de salud.

4.3 HALLAZGOS

Institucionales: La institución hospitalaria estudiada presta servicios curativos y de rehabilitación. Emplea un alto número de personal de enfermería y enfrenta cambios sustanciales a partir de la reforma del sector. Con un presupuesto estimado de US\$ 35.000.000 para inversiones y gastos de funcionamiento, atiende 604 camas con un porcentaje ocupacional del 91%. Una planta de cargos congelada desde 1981, tenía vinculados a 123 profesionales de enfermería (984 horas/día) en 1998, baja migración laboral, ausencia de escalafón y carrera administrativa. Devengan un salario promedio equivalente a US\$ 690 mensuales y prestaciones sociales. Los contratos civiles son frecuentes y no garantizan estabilidad laboral. En cuanto a recursos materiales y locativos para la prestación de los servicios, la institución cuenta con planta física, tecnología y reservas de materiales y suministros, insuficientes para cubrir las necesidades derivadas de un aumento exponencial en número y perfil de los usuarios.

En el servicio de salud local no fue posible tener acceso a la información de los recursos humanos, financieros, materiales, facilidades locativas y equipos (Manpower, money, materials, facilities and equipment- MMMFE) por situaciones de tipo administrativo del servicio.

Características de los entrevistados: Se entrevistaron 10 profesionales de enfermería, cinco de cada sitio seleccionado. Nueve del sexo femenino, con edades entre 35 y 44 años; cinco solteras, tres casadas y dos separadas. Cuatro eran enfermeros(os) generales, cinco tenían especialización y uno con maestría en educación; para el área de desempeño se encontró que siete lo hacían en hospitalización y tres en atención primaria. La

experiencia laboral osciló entre 6 y 15 años, al igual que los años de vinculación a la institución.

4.3.1 Visión de los profesionales de enfermería frente a sus funciones y responsabilidades

Los profesionales de enfermería se refirieron a las funciones administrativas y asistenciales. La función docente no se expresó como una práctica importante y la investigativa la consideraron relevante pero observaron que no era posible de realizar por la sobrecarga laboral en los ámbitos clínico y comunitario en todos los niveles de atención.

La función administrativa fue descrita como una generalidad y se perfiló como el epicentro del accionar del personal profesional de enfermería por la forma como se refirieron a ella. Al preguntarles por qué no delegaban, la parte administrativa estuvo presente en todas las respuestas. Sin embargo, en ella describieron un sinnúmero de tareas que no siempre se relacionaban con su perfil profesional y que tipifican el trabajo como una actividad burocrática. Tales tareas corresponden al diligenciamiento de papeles, censos, cuadros de turnos y facturaciones; trámites para dotación, suministro y mantenimiento; llamadas telefónicas que buscan hacer funcionar servicios de apoyo como farmacia, lavandería, transporte, laboratorio e interconsultas.

Entrevista 9: “A la parte administrativa sí le dedicamos mucho tiempo y desgraciadamente mucho tiempo de nuestra casa, como por ejemplo en la elaboración de cuadros de turnos y la planeación de las actividades de las auxiliares, que es un tiempo de la casa que desgraciadamente no debería ser así”.

Entrevista 10: “A veces hacemos tantas cosas que podríamos perder el perfil del enfermero o enfermera en el campo, pero básicamente esto es dado por los pocos recursos que se asignan o porque no justifican realmente otros cargos, nosotros hemos solicitado que nos asignen una secretaria pero eso no ha podido ser”.

En el campo administrativo se describieron actividades de planeación de la atención de enfermería, de distribución del trabajo del personal auxiliar y de delegación de actividades asistenciales de cuidado directo. Muy pobre fue la referencia a la educación en servicio, al igual que a la evaluación del desempeño, a la supervisión de los cuidados y a la evaluación de los mismos.

En términos generales la función administrativa se privilegia, se manifestó que representa sobrecarga de trabajo por las tareas que deben realizar que no son de su competencia, pero a la vez se

mostraron expresiones del gusto por ser jefes, tener el control del trabajo y ejercer un poder administrativo sobre otros:

Entrevista 9: "Toda la vida para mí la parte administrativa ha sido mi favorita. Puedo planear el recurso humano, planear las actividades que yo puedo realizar, que yo puedo hacer y puedo delegar, puedo hacer un control, una vigilancia".

Entrevista 7: Es el enfermero la que tiene la visión amplia del personal y la que por su experiencia y su contacto directo con el paciente puede liderar esas acciones.

En actividades asistenciales se refirieron a "la ronda", la planeación del cuidado y, en servicios especializados del segundo y tercer nivel de atención: cardiología, consulta externa y obstetricia, a la realización de procedimientos diagnósticos y de tratamientos especiales o de riesgo. Expresaron generalidades de lo asistencial sin concretar las actividades de cuidado directo como las relacionadas con la comodidad del enfermo, el apoyo emocional, la salud mental del paciente y su familia. Estas ideas emergieron cuando los profesionales se referían a "*las actividades que definen su quehacer*" y a *las actividades que delegan*, que son justamente las asistenciales.

Entrevista 6: "Delegaría[...] algunas actividades asistenciales como glucometrías, toma de electrocardiogramas y curaciones de baja complejidad".

Entrevista 4: "Delegaría procedimientos sencillos, por ejemplo hacer el glucómetro a un paciente, aplicar insulina y las nebulizaciones".

Las actividades administrativas concentraban el mayor tiempo de los profesionales, por ello el contacto real con los pacientes era esporádico:

Entrevista 1: "El contacto con el paciente es muy poco, en la ronda sí lo evaluó, pero la información inicial es muy poca para empezar a realizar un trabajo adecuado".

Entrevista 4: "Muchos procedimientos de cuidado directo se deben delegar por el volumen de trabajo, entre ellos terapia respiratoria que es parte de mi especialidad, no los he podido realizar por el problema de falta de personal".

Los enfermeros comunitarios describieron como actividades asistenciales las de vacunación, visitas domiciliarias y la vigilancia epidemiológica.

Para los enfermeros clínicos la función docente fue marginal, se hizo poca alusión a la educación dirigida al personal, al paciente y a la familia. Por el contrario, esta función tuvo especial relevancia para los enfermeros comunitarios, en ella relataron la asesoría a los promotores de salud, el trabajo en campañas educativas de salud que realizan en forma masiva o dirigida a grupos específicos.

La función investigativa se consideró importante pero imposible de realizar en cargos clínicos y de trabajo con comunidades:

Entrevista 5: “Lo máximo de investigación es estructurando protocolos de manejo de enfermería”.

Entrevista 9: “La parte de investigación es muy importante [...] hay deficiencias críticas que estudiándolas podrían orientar el plan de acción institucional”.

Al confrontar a los profesionales frente a las actividades que no están realizando y deberían hacer, los enfermeros asistenciales resaltaron la investigación. En lo referente al cuidado, los cambios de frascos de drenaje, las curaciones complejas, el ingreso de pacientes, procedimientos especiales como nebulizaciones y educación al personal y a la familia del paciente. En lo administrativo mencionaron la gerencia estratégica del servicio. Los enfermeros comunitarios se refirieron a la investigación y a la educación a la comunidad.

En general consideraron que no deberían hacer llamadas telefónicas, trámites para exámenes y transporte de enfermos, mantenimiento de reservas de ropa y de suministros, pedidos, censos, llevar controles en cuadernos, inventarios y trámites con la farmacia.

Estos hallazgos son consistentes con otras investigaciones realizadas en el país y que tienen relación con las funciones y actividades del personal de enfermería, que en síntesis demuestran cómo los profesionales de enfermería deben hacer constantemente ajustes en sus roles para resolver necesidades institucionales (Cañón, 1997:21 y Castrillón, 1992:65-78; 1997:13-33).

4.3.2 ¿Cómo definen enfermería para el público?

En general se identificó mucha dificultad para articular una definición de enfermería, así lo expresaron los entrevistados. Se refieren a una persona con formación para dar atención asistencial, liderar el equipo de enfermería y con una serie de características como la vocación, el amor y la entrega.

Entrevista 9: “Persona que tiene sus funciones muy definidas. Que le brinda toda la atención al paciente y a su familiar, persona que tiene su vocación. Hace su trabajo con amor, con entrega en el trabajo y en la casa”.

Entrevista 2: “Es disciplina, es profesión, es tener vocación”.

"Uno de los problemas que enfrentamos como profesión es que aun no podemos articular claramente qué es este cuidado que algunos definen como una ciencia y un arte y que es una profesión [...] la enfermería profesional es mucho más que una lista de actividades efectuada por enfermeras(os). Esta imagen de enfermería es incompleta y no contribuye a clarificar el verdadero sentido de nuestra profesión [...]" (Grinspun, 1994:6).

Las actividades, las tecnologías y las cualidades no pueden ser la base de una definición de enfermería. La confusión es conceptual y no de comunicación y radica en que el personal de enfermería y especialmente los profesionales construyeron su rol como sumatoria de actividades, de tareas y de funciones sin referente teórico-filosófico que permita trascender al dominio conceptual. Se observa una proyección de la idealización de roles y características de lo femenino en las ideas expresadas por los entrevistados. No se encontraron diferencias en la calidad de las definiciones entre hombres y mujeres. Tales representaciones han sido construidas y mantenidas históricamente hasta adquirir el valor de norma social.

Graciela Hierro, doctora en filosofía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dice “que para comprender lo que significa ser enfermera es necesario investigar lo que es ser mujer en una sociedad patriarcal o machista como la nuestra”. En efecto, “la enfermera organiza, sirve, consuela y alivia a los pacientes como extensión de las funciones femeninas tradicionales: ama de casa, esposa y madre”. Resulta evidente que la división sexual del trabajo que impera en el hogar, sigue reproduciéndose fielmente en las instituciones de salud (Hierro, 1988:35).

El desafío ahora es el de trascender el rol de víctima, de minusvalía y alienación que subyace a las nociones descritas y que el valor del cuidado trascienda el ámbito de lo privado para constituirse en principio organizativo de lo público, que implica que la sociedad se organice en torno a los intereses de lo humano y no a los del mercado y la competencia que son los intereses supremos que atraviesan hoy los sistemas de salud.

4.3.3 La participación y la autonomía en la toma de decisiones

Los profesionales de enfermería manifestaron su interés en participar en la definición de los lineamientos generales para las políticas de salud, en hacer propuestas desde el conocimiento y la

experiencia que tienen en la adaptación de las políticas a las necesidades de las comunidades, en particular en el plano municipal, en el ámbito de la gerencia, en la capacitación del talento humano, en los procesos de suministros y en las acciones nuevas que se piensan implementar. Consideraron que todas las decisiones referentes a enfermería, es enfermería quien debe tomarlas y no otros, por ejemplo la definición de normas y protocolos; la participación en los diferentes comités institucionales, en los comités académicos de las instituciones formadoras y en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado. Algunos piensan que están participando efectivamente, pero lo que emerge es la marginalidad del personal de enfermería en la toma de decisiones y en la definición de políticas.

Esto conlleva insatisfacción en su situación como empleados y como profesionales, parcela el campo de trabajo y dificulta el actuar en equipo; además, obstaculiza la innovación en una empresa de servicios porque los cambios necesitan el compromiso del personal con los objetivos de la institución.

4.3.4 Metamorfosis de las instituciones a partir de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Se refirieron a "muchos cambios" que caracterizan condiciones imposibles o muy difíciles para un desempeño profesional de calidad; tales como el aumento de la carga laboral por concentración de pacientes, consecuencia de la ampliación de cobertura. En el lugar se amplió la planta física, todos coincidieron en que continuó insuficiente porque la ocupación de camas es superior a la capacidad instalada. Se deterioraron las condiciones de trabajo y la calidad de la atención. Cambió el perfil de los usuarios y con esto se diversificaron las patologías y la tecnología en medios de diagnóstico y tratamiento, sin programas de educación permanente ni entrenamiento en servicio, lo cual genera angustia, estrés, inseguridad y muchos miedos en el personal de enfermería.

Aumentaron las formas de contratación civil con pérdida de derechos laborales, así como la inestabilidad y deterioro en la seguridad social. En algunos lugares se ha hecho recorte de personal. Se generó una gran movilidad de personal de unos niveles a otros y del ámbito comunitario, centros de salud al clínico.

Se introdujo el concepto de costos y la facturación, y la idea de competir con otras instituciones; se burocratizó el sistema de salud y los modelos de atención, y se introdujeron las prácticas de manipulación política en las formas de afiliación al sistema. La descentralización sin presupuesto generó serios problemas financieros en las instituciones, muchas de las cuales quebraron o se encuentran a punto de ser intervenidas o cerradas. Los

entrevistados consideraron que la reglamentación de la Ley 100 ha sido anárquica, con exceso de disposiciones y contradicciones. La ley exige la puesta en marcha de sistemas de control de calidad, pero se ha establecido una organización más burocrática que operativa y por ello no se ha logrado el impacto deseado.

En estas condiciones, se realiza un trabajo a la defensiva por temor al paciente que es un cliente más exigente y dispuesto a demandar legalmente. Cambió el modelo de administración en la institución, los hospitales del sistema anterior pasaron a ser empresas sociales del Estado con serios problemas para autofinanciarse y disminuyeron las actividades de promoción y de prevención. Se asigna una responsabilidad muy directa al municipio en asuntos referidos a la salud pública.

4.3.5 Influencias de la reforma en la práctica de enfermería

La RSGSSS en Colombia fue identificada como responsable de los cambios en la práctica de enfermería que se manifiestan en: insatisfacción del personal con la institución, deterioro en las condiciones de trabajo, aumento en la carga laboral, inestabilidad y baja remuneración. Además, la responsabilidad civil se ha hecho más evidente con la reforma:

Entrevista 5: “Me encuentro sometida al temor de la responsabilidad civil. Anteriormente uno hacía o tomaba una decisión al hacer un procedimiento a conciencia de que lo estaba haciendo en beneficio del paciente, pero actualmente uno tiene que medirse en hacer el procedimiento porque eso le puede generar una demanda” [...] “la responsabilidad siempre ha existido pero nunca se había demarcado tanto como hoy, cómo es posible que a usted la demanden porque no tiene una habitación con baño privado y el paciente y la familia exigen que él tiene derecho a su privacidad, que eso es cierto y todos lo conocemos pero la infraestructura de nuestras instituciones no permite ofrecer este servicio a todos” [...] “otra cosa que tensiona son los comités disciplinarios. Todos estos factores limitan para el desarrollo de las acciones”.

La burocratización del sistema también se expresa en el exceso de trámites para el usuario y el personal de enfermería. El pensamiento financiero y la racionalización del gasto son los ordenadores de toda la actividad en los servicios de salud. El gran número de trámites a los cuales son sometidos los usuarios y el volumen de papeles que se deben diligenciar, volvió complejo el sistema y el modelo de atención:

Entrevista 8: “No nos preparamos para los cambios y la ley nos dejó un gran vacío. Hemos visto exceso de trabajo, se ha disminuido la calidad del servicio, no se tienen determinadas las funciones,

hay falta de direccionalidad en los procesos, exceso de tramitología”.

Las Empresas Promotoras de Salud, según las personas entrevistadas, compiten por cantidad y no por calidad, el afán es el de afiliar cada día a más personas y a la vez por contener las plantas de personal.

La reingeniería a la que fueron sometidos los hospitales llevó a trasladar personal de unos niveles de atención a otros y en especial del ámbito de trabajo comunitario a las Empresas Sociales del Estado, generó cambios de contratación, de empleador y de perfil laboral en el personal de enfermería. Los grupos de trabajo comunitario, y de programas de prevención y de promoción de la salud desaparecen, lo cual dificulta el cumplimiento de las metas de salud pública.

Entrevista 10: “Al implementar la Ley 100 hicimos un divorcio con los equipos comunitarios y el hospital local que era de primer nivel de atención, lo que llevó a una desarticulación en la coordinación de las actividades de salud que realizábamos en las comunidades”, [...] “tuvimos que implementar la facturación para las actividades comunitarias con el fin de conseguir recursos”.

4.3.6 La regulación de la práctica y la educación de enfermería

La formación de profesionales de enfermería en Colombia es función de las universidades. Para ingresar a los programas de formación son requisitos haber concluido y aprobado la secundaria (bachillerato, 11 grados de formación) y haber presentado las pruebas de Estado (ICFES). En el ejercicio de la autonomía universitaria que le otorga la Constitución Nacional y la Ley 30 de 1992, cada institución define los mecanismos de selección que pueden ser en forma única o combinada los siguientes: puntaje obtenido en las pruebas del Estado, examen de admisión y en algunos casos entrevista.

Para obtener el título se requiere haber completado un programa universitario equivalente a por lo menos cuatro años de formación, o a 160 créditos teórico-prácticos que se desarrollan con base en un curriculum mínimo, definido por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN. El registro del diploma ha sido delegado a las universidades.

Para ingresar al mercado de trabajo, el profesional debe haber realizado el Servicio Social Obligatorio de acuerdo con la Ley 50 de 1981 y sus decretos reglamentarios expedidos por el Ministerio de Salud. El Servicio Social Obligatorio tiene una duración de un año, salvo en aquellos casos en los cuales se realice en zonas de conflictos o fronterizas.

El control de las prácticas competitivas se legisla en el artículo 22 de la Ley 266. Así mismo, está en debate un proyecto de Código de Ética para Enfermería. El Código es producto de un trabajo colectivo que busca autoregular el quehacer profesional desde el punto de vista ético y comprende "un conjunto de principios y valores razonables que guían al profesional para que su desempeño mantenga la calidad moral, humana, científica y técnica" (Acofaen, 1998: 5).

El Código contempla los principios que deben respetar los actos de los profesionales de enfermería y las responsabilidades que deben asumir consigo mismo, con las personas que reciben sus servicios, con la sociedad y el medio ambiente, con sus colegas, con el equipo humano de trabajo, con la profesión, con las organizaciones profesionales y con la institución donde trabaja.

Para permanecer en el mercado no existen en el país mecanismos de acreditación del ejercicio profesional. La regulación de la remuneración está dada por las reglas del mercado (oferta y demanda), los salarios son definidos según los criterios de cada institución.

La Ley 266 de enero 25 de 1996, Asociación Nacional de Enfermeros de Colombia (ANEC) 1996, reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Consta de seis capítulos que tratan de objeto y principios de la práctica profesional, naturaleza y ámbito del ejercicio, Consejo Técnico Nacional de Enfermería, Tribunal de Ética de Enfermería, registro de los profesionales de enfermería, competencias, responsabilidades, criterios de calidad de la atención y derechos de los profesionales,

4.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.4.1 Conclusiones

Los principales cambios para la práctica profesional de enfermería se observan en el mercado de trabajo donde han surgido nuevos escenarios de trabajo, nuevas formas de contratación y pago de los servicios profesionales, precarización de las condiciones laborales, formas diferentes de gestión del cuidado de enfermería, migración laboral y dilemas éticos. Las condiciones de trabajo son riesgosas y generan estrés e insatisfacción para los profesionales de enfermería y riesgos en la calidad del cuidado. En opinión de los entrevistados no existe un concepto claro sobre su función esencial y esto es debido a la distorsión en el perfil ocupacional que se genera en las instituciones empleadoras, a debilidades en la formación académica, y a la actitud asumida por los mismos profesionales. La ley que regula el ejercicio profesional es una

norma armónica con el actual contexto socio-sanitario pero aun no se ha implementado y por lo tanto carece de fuerza.

4.4.2 Recomendaciones

En la formación es necesario precisar el referente conceptual que fundamente el ejercicio de enfermería, difundirlo en los servicios y ante las autoridades sanitarias para que tal referente permita determinar las áreas de responsabilidad. Los currículos de formación necesitan modernizarse a la luz de las nuevas tendencias sociales y científicas, de los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos que demandan perfiles diferentes en el personal de salud.

Del Ministerio de Educación Nacional se requiere una política seria frente a la proliferación de niveles de formación de enfermería y de mayor exigencia frente a la calidad de la formación

A las instituciones de salud se recomienda diseñar programas de educación continua, educación en servicio, inducción y reinducción que apoyen los procesos de cambio y atiendan al mejoramiento de las condiciones de trabajo del personal de enfermería.

A las organizaciones que representan los intereses de la profesión, vigilar el cumplimiento de normas internacionales aprobadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que se están violando sistemáticamente.

El Ministerio de Salud debe crear un sistema de información integral de recurso humano que permita monitorear ingresos y egresos de personal en las unidades formadoras, en los servicios de salud y su distribución geográfica.

Las organizaciones que representan los intereses de los profesionales de la salud deben promover la actualización de la legislación referida al servicio social obligatorio.

Las organizaciones de enfermería deben impulsar la difusión y operatividad de la ley que regula el ejercicio profesional, (Ley 266 de 1996) y los empleadores conocerla y aplicarla.

4.5 REFERENCIAS

1. Acofaen. Código de Ética de Enfermería: Guía para el Desempeño Profesional de Enfermería. Santafé de Bogotá. Acofaen, 1998.
2. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Informe a la XXXIII Asamblea General. Santafé de Bogotá: ACOFAEN, 1996, 50 p. y anexos.

3. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Informe a la XXXV Asamblea General. Santafé de Bogotá: ACOFAEN, 1998, 56 p. y anexos.
4. Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Ley 266 de 1996. Santafé de Bogotá
5. Cañón, Hilda María, Et al. Análisis Funcional de Tareas de Enfermería en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Barranquilla, Bogotá, Cali, Medellín y Villavicencio. Ponencia presentada en XIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Medellín: 1997. 21 p.
6. Castrillón, Escobar y Pulido. Calidad de la Atención de Enfermería en Salas de Trabajo de Parto. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol. X , No 2, 1992. Pp 65-78.
7. Castrillón Et al. Atención de Pacientes Sometidos a Cirugía de Vías Biliares en dos Instituciones del Segundo Nivel de Atención en Salud. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XV, No 1 de 1997, Pp. 13-33.
8. Castrillón, Consuelo. El Trabajo en Enfermería. EN: Machado, María Elena y otros. Profissoes em Sude: uma abordagem sociológica. Río de Janeiro, Fiocruz, 1995. Pp. 149-162.
9. Colombia, Superintendencia Nacional de Salud. El Talento Humano de la Salud en Colombia. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 1997. 121 p.
10. Colombia, Gobierno Nacional. Ley 266 de enero 25 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá: ANEC, 1997. 23 p.
11. Grinspun, Doris. Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico: Oportunidades y Desarrollos para Enfermería. Ponencia Presentada en las VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez. México, D:F: 1994. P.6
12. Hierro, Graciela. Mujeres Enfermeras. En: Castañeda. Et al. Enfermería: Cadena o Camino. s.p.i. P. 35
13. López, Hugo. El mercado laboral de los profesionales en Colombia. En: Cuadernos del CIDE No 2. Medellín: 1995.
14. Moran, M. & Wood, States, Regulation and the Medical Profession. Buckingham: Open University Press, 1993. 32 p.
15. Nigenda, Gustavo y Machado, María Helena. Modelos de Regulación Profesional de los Médicos en América Latina: Elementos Teóricos para su Análisis. En: Cadernos de Saúde Pública. 13 (14): 685-692. Out-dez. 1997.

CAPÍTULO 5

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL ESTADO DE MÉXICO

*María Elena Valdez M. Mgs.*²⁸

5.1 INTRODUCCIÓN

La incorporación de México a la globalización de la economía implicó la adopción de políticas de transformación en diferentes sectores, entre ellos el de la salud. En el marco de este proceso de incorporación de nuevas políticas, el Gobierno efectuó cambios importantes orientados a la satisfacción de derecho de los ciudadanos a la salud.

El objetivo principal de la reforma del sector salud, es resolver el problema de la cobertura de los servicios y mejorar la calidad de los mismos en un marco de equidad. Hablar de reforma indica el surgimiento de una propuesta que modifiquen los sistemas existentes y que lleven a las instituciones a pensar y actuar de diferente manera. En este sentido los recursos humanos se convierten en actores principales, el enfermero o enfermera como un elemento de los programas de salud se involucra directamente en los cambios que operan a nivel de los servicios.

Considerando que la reforma provoca cambios en la misión de las instituciones y que la organización se modifica bajo la existencia de una nueva lógica en la prestación de los servicios, es de suponer el efecto que esto tiene en las funciones y responsabilidades del enfermero. El caso “Estado de México” que a continuación se describe tiene como finalidad documentar los cambios encontrados en la práctica de enfermería a partir de las Reformas al Sector Salud realizadas en México, particularmente en un sitio de la república, pionero en este proceso.

El estudio realizado forma parte de la investigación multicéntrica: REFORMAS AL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, FORMACIÓN Y REGULACIÓN DE ENFERMERÍA. Estudio coordinado por el Centro Colaborativo de la OPS/OMS de la Escuela de Enfermería de Galveston, Universidad de Texas. E.U.A.

²⁸ Profesora. Investigadora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, UJED.

5.2 METODOLOGÍA

La investigación fue realizada en una institución del sector público del Estado de México, lugar que fue seleccionado tomando en cuenta, que fue uno de los primeros en descentralizar su sistema de salud de la Federación en este país.

Previo a su ejecución, se hicieron las gestiones necesarias con las autoridades, contando con la aprobación de la Dirección de Enseñanza e Investigación. En el nivel jurisdiccional y municipal se tuvo la colaboración de respectivos coordinadores, elemento que permitió el desarrollo del trabajo en todas sus etapas.

Considerando que la práctica de enfermería se desarrolla en un contexto institucional, que responde a necesidades de salud de una población con determinantes epidemiológicos, y que la propia institución está condicionada por diversos elementos del sistema social, el estudio se desarrolló con base en la Teoría de Sistemas bajo el modelo de interacción dinámica que incluye factores externos reconocidos con las siglas STEEPLE, el cual integra elementos sociales, tecnológicos, económicos, éticos, políticos, legales y ecológicos, y las características internas del lugar en el que se realiza el estudio identificadas con MMMFE y que se refieren a moneda, recursos humanos, materiales, facilidades, y equipo. En la recolección de información de esta parte del estudio fue importante la utilización de diferentes fuentes a través de la observación, la documentación bibliográfica y hemerográfica y la entrevista a informantes claves.

El estudio comprendió tres centros que brindan atención a población abierta en el primero y segundo nivel que incluyo: un hospital general con 144 camas en el que trabajan 210 enfermeros, de los cuales el 55% son profesionales. Dos centros de salud, uno ubicado en el área urbana y otro en el medio rural cercano a la ciudad, ambos cuentan con enfermeros o enfermeras profesionales para el trabajo comunitario.

El tipo de investigación realizado fue cualitativo, este enfoque permitió construir una realidad desde una visión amplia a partir de una información diversa, desde la percepción individual de cada informante, de acuerdo con sus visiones y experiencias en el ámbito de trabajo.

La técnica utilizada para la recolección de datos consistió en una entrevista estructurada con 12 preguntas y una hoja de identificación con datos socioeconómicos, se llevó a cabo en el sitio de trabajo en el lugar de los hechos, con lo cual se trató de dar significación a los datos en su contexto.

Los lugares donde se realizaron las entrevistas fueron una aula y una oficina que se consideraron apropiadas porque evitó las interferencias y dio la privacidad necesaria. A través de las entrevistas se buscó una interacción verbal con los sujetos mediante el diálogo coloquial, motivando la expresión en su propio lenguaje y se utilizó el tiempo necesario siguiendo el criterio de saturación. Durante el proceso se creó una atmósfera de confianza, los informantes aceptaron voluntariamente su participación y expresaron sus puntos de vista y vivencias en relación con las preguntas hechas de acuerdo con el cuestionario guía.

La muestra del grupo se integró con enfermeros de la misma categoría, de ellos 12 pertenecían al hospital estando ubicados en diferentes servicios en los tres turnos, y cuatro que tenían idénticas categorías pertenecían a cada uno de los centros de salud. Las personas entrevistadas se seleccionaron de la plantilla de enfermería, tomando en cuenta dos criterios básicos: ser enfermero o enfermera profesional en el nivel técnico, enfermero o enfermera general o licenciado en enfermería y tener cinco años de trabajo en la institución.

Una vez que se tuvo la relación para el hospital, se escogieron al azar seis enfermeros del turno matutino, cuatro del vespertino y dos del nocturno.

La entrevista fue realizada por la investigadora titular y una colaboradora en el mismo período de tiempo; esto implicó que durante la aplicación se desarrollara una experiencia fenomenológica que conforme avanzó el proceso nos condujo a una visión del conjunto, facilitando así la identificación de ideas y conceptos centrales comunes al total de la muestra; al finalizar cada jornada de trabajo que incluyó de dos a tres entrevistas se revisó la información obtenida que permitió análisis parciales sobre el problema en estudio.

Una vez recabada la información en su totalidad, se transcribió detalladamente de la grabación, manteniendo las expresiones, los silencios y las reformulaciones a las preguntas; fue así como se obtuvo una reproducción lo más fidedigna posible.

En la siguiente etapa de categorización, análisis e interpretación, se realizaron las siguientes operaciones: Mediante el método inductivo se elaboró el libro de códigos formulando 20 categorías con los contenidos revelados por el grupo. Este procedimiento utilizó un formato de dos columnas que integró a la derecha las instancias de datos y a la izquierda los códigos. Partiendo de lo anterior, en un proceso de abstracción, se elaboran los conceptos que definen la profesión de enfermería, las funciones y responsabilidades de su práctica profesional, las cuales se sometieron a interpretación en el marco de referencia de los

componentes identificados en la reforma como son focalización, canasta básica, descentralización, cambios en la mezcla pública-privada y gestión, lo que corresponde a la hipótesis planteada.

5.3 HALLAZGOS

El análisis interno mostró que la situación que describe las condiciones en las cuales se desarrolla la práctica de enfermería en los sitios del estudio, de acuerdo con MMMFE fue el siguiente:

Presupuesto: El presupuesto proviene del Gobierno Federal y Estatal y en un menor porcentaje de las cuotas de recuperación. Enfermería no tiene responsabilidad en la planeación y manejo de recursos económicos, a los programas en los que participa se les asigna un presupuesto desde las oficinas centrales, el departamento no dispone de una caja de gastos de operación. La institución se encarga del pago del personal y no cuenta con seguro de protección a la práctica. Hasta esa fecha no se habían recibido demandas por negligencia médica que involucren a personal de enfermería.

Recursos Humanos: La planeación de los recursos humanos por parte del jefe o jefa de enfermeros es limitado, su función es solicitar anualmente el personal de enfermería de acuerdo con las plazas vacantes, la plantilla esta inmovilizada para la creación de nuevos puestos de trabajo. En conjunto con la jefatura de recursos humanos selecciona los enfermeros de nuevo ingreso. El jefe de enfermeros decide la ubicación del personal en los diferentes servicios y autoriza las licencias de trabajo, no hay rotación de turnos.

Una vez que el personal ingresa y adquiere su planta solo puede cambiar de adscripción en caso de permuta, manteniendo sus derechos y su antigüedad.

La estructura del departamento de enfermería es lineal, el jefe o jefa de enfermeros es la autoridad principal, la cual tiene bajo su mando directo a los supervisores de turno y a los jefes de servicio. Los salarios de personal corresponden a un tabulador y el personal participa en el programa de estímulos a la productividad que consiste en recibir una cantidad adicional a su salario de acuerdo con la calificación alcanzada anualmente. La institución cuenta con un programa de educación continua y capacitación que es insuficiente para abarcar a todo el personal.

Se encontró en el personal una actitud de servicio y gran identidad con la institución y los usuarios. La población atendida por enfermería en estas instituciones corresponde a grupos de medianos y escasos recursos económicos, cuyas actividades

productivas se ubican en el autoempleo, el subempleo y un buen número son desempleados.

Recursos Materiales: La participación de enfermería en la planeación y el control de los recursos materiales se limita al cálculo y solicitud de la ropa utilizada en la atención de pacientes hospitalizados y en el quirófano, así como en el equipo necesario en la central de esterilización y el quirófano. El equipo de enfermería se encarga de solicitar y vigilar el mantenimiento de los aparatos e instrumental y tiene participación en los inventarios y el control, mas no participa en la elaboración del presupuesto en este rubro.

En los servicios cuenta con el equipo necesario para la atención que brinda, el material es limitado, el equipo de oficina es suficiente para realizar el trabajo y cuenta con los medios de comunicación interna.

Facilidades: Las instalaciones son accesibles, apropiadas, modernas y funcionales, cuentan con buena iluminación e higiene. El servicio de limpieza en el hospital esta concesionado a una empresa privada. Los centros están ubicados en zonas accesibles en la cual puede considerarse el crecimiento físico. Tienen horarios prolongados para la atención de los usuarios y un sistema de referencia y contrarreferencia. Los programas son permanentes, con una saturación de los servicios de consulta externa. Las cuotas por servicio son variables de acuerdo con el tipo de paciente.

Equipo: Cuenta con equipo de tecnología media para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados y de consulta externa. En los centros de salud la tecnología es mínima. En el hospital se dispone de equipo de telecomunicación conectado por parabólica a la red nacional internacional para la educación continua del personal médico y de enfermería, por el cual reciben teleconferencias. El equipo de enfermería tiene acceso al Internet, no existe red interna de cómputo.

Características de la población estudiada: El grupo entrevistado estuvo compuesto por 19 enfermeras y un enfermero, se ubicó en una media de edad de 37 años, encontrando que la mínima fue de 27 y la mayor de 40, el estado civil correspondió a seis solteras que representó el 30% y 14 casadas (os) 70%.

En cuanto a la escolaridad y experiencia se obtuvieron los siguientes datos: 16 son enfermeros generales (80%), lo que corresponde a 10 años de educación básica y tres de la carrera de enfermería (nivel técnico). Dos tienen estudios de especialidad en un área específica y dos estudios de licenciatura, la experiencia registrada se sitúa entre 5 y 28 años, y el mayor número entre los 13 y 17 años de servicio. Su ubicación en el área de trabajo

muestra la siguiente distribución: medicina interna 3; central de equipos 2; pediatría 2; gineco-obstetricia 2; quirófano 1; cirugía 1; consulta externa 1 y 8 en servicios de atención primaria en los centros de salud.

De la muestra estudiada solo dos persona refieren estar colegiadas al Colegio de Enfermeras Quirúrgicas y al Colegio Nacional de Enfermeras.

Análisis de los datos: La información se clasificó en veinte categorías de análisis que se describen de la siguiente forma:

La **razón de ser enfermero** se sitúa en una concepción meramente vocacional de la profesión, que responde a influencias principalmente sociales y culturales, y en menor grado a factores económicos. En la **definición de enfermería** intervienen elementos fundamentalmente de carácter humanista “de servir a otras personas” y el “cuidar de ellas”. Considera que la **importancia de enfermería** radica en la misión que ésta tiene de atender a los individuos en el hospital y la comunidad mediante acciones preventivas y curativas. La definición que tienen de enfermería es: “una profesión humanista con conocimientos científicos enfocados al cuidado de la salud de las personas. La acción que desarrolla tiene como base la vocación de servicio y ayuda en la recuperación y mantenimiento de una vida sana, colabora con otras profesiones que tienen el mismo fin”. Su concepto refiere de manera importante su valor social y determina los roles que desempeña en las instituciones de salud.

En cuanto a **los roles** que ejerce muestra una práctica dependiente, centrada en la atención del paciente y se ubica como colaboradora del médico. Sus roles y **funciones más importantes** las describe como la atención directa, la realización de procedimientos orientados al diagnóstico y tratamiento y a los aspectos administrativos del servicio. Dentro de esto **lo que más valora** es la buena atención al paciente en un marco ético y humano que se traduce en acciones para aliviar el dolor, mantener un clima de tranquilidad, mejorar el estado emocional del paciente y dar una atención personalizada. Estas acciones refuerzan su concepto de enfermería y al rol que tiene en las instituciones, corresponden también al modelo que durante el presente siglo guió la formación del enfermero profesional.

Los supuestos de una reforma en el sector traen consigo cambios en los roles y las funciones de los profesionales de la salud. La incorporación de tecnologías complejas impone diferentes formas de hacer las cosas y la asignación de nuevas responsabilidades. En los **cambios en roles y funciones** se encontró que éstos han sido mínimos y son más de tipo valorativo, se percibe un mayor reconocimiento para el enfermero o enfermera, sobre todo en lo que

se refiere a su capacidad para resolver casos de urgencia aún sin la presencia del médico; también encuentran intercambio de funciones y actividades entre lo profesionales de la salud con efectos en las **funciones suprimidas** en algunos campos, como es en la atención del recién nacido y el parto. Por lo que se refiere a las **funciones agregadas**, éstas se han ampliado en el campo de la salud reproductiva en el primer nivel, la más fortalecida es la función educativa que forma parte de todos los programas existentes. En época reciente observan un incremento en el trabajo administrativo, como el llenado de formas que disminuye el tiempo dedicado a la atención del paciente.

El cambio en los **roles de otros y su efecto en el trabajo de enfermería**. En este aspecto enfermería considera que la asignación de algunas actividades que tradicionalmente le eran propias y que en los últimos años las ejecuta el médico, afecta su práctica por que se resta importancia a su formación y experiencia acumulada, percibiendo una situación de debilitamiento de su posición en los servicios, pasando a tener un papel secundario, mencionan no estar de acuerdo con esto. Frente a **los efectos en el cuidado del paciente**, la mayoría opina que el cambio de funciones afecta la calidad de la atención.

En las **causas de los cambios y las fuerzas que los impulsaron** refieren que los cambios que se han dado en los servicios se deben a la política que el gobierno está implantando como consecuencia de la situación económica y que se traduce en los servicios con la congelación de plazas. Otra de las fuerzas es la presión de una mayor demanda de servicios de salud. **La influencia de los cambios en la práctica** la perciben como un mayor volumen de trabajo en lo administrativo y en el incremento en el número de pacientes asignados. Relacionan los cambios con factores externos al sector, por lo cual la enfermería no tiene una participación en el control de sus efectos.

La decisión sobre los roles y funciones. El personal asegura que las decisiones se toman en niveles superiores en los que no participa enfermería. La descentralización no ha llegado a la organización de enfermería, ésta continúa con una estructura lineal. Su autoridad se encuentra supeditada para el manejo del personal y su poder se refiere principalmente a la supervisión del trabajo administrativo. **La decisión sobre la distribución del personal** está a cargo del jefe de enfermeros y supervisores, lo cual se hace con base en una plantilla determinada. **El rol del enfermero en la toma de decisiones** se limita a aspectos técnicos y administrativos, para actuar toma en cuenta en primer lugar las necesidades del paciente y enseguida las normas institucionales y la autoridad del médico. La toma de **decisiones para asegurar la calidad** es un aspecto para el cual los enfermeros no tienen clara su participación, no mencionan normas

establecidas por la institución para ello, consideran que su cumplimiento de trabajo es suficiente y constituye una garantía de calidad. Están convencidos de que la capacitación continua es una forma de mejorar la calidad de la atención. Consideran que enfermería no cuenta con protección a su práctica debido a que no hay una regulación institucional establecida.

No perciben **cambios en el rol de enfermería** que sean notorios, específicamente en el ámbito hospitalario, que estén relacionados con los servicios que se prestan y las funciones que el enfermero o enfermera realiza. Para ellos los cambios institucionales han tenido un efecto mínimo en su rol, en lo que se refiere a nuevas formas de otorgar el servicio, y en el desarrollo de su práctica. Así mismo es motivo de preocupación el aumento del trabajo administrativo en relación con el cuidado del paciente.

Es en el primer nivel de atención donde refieren cambios, principalmente aquellos en los que se observa una expansión de su rol, que consiste en la responsabilidad que tienen de mantener en acción los programas prioritarios y la entrega de servicios de la canasta básica.

Con referencia a la opinión sobre la capacitación que tienen para cumplir con sus funciones, consideran que en el aspecto técnico están suficientemente preparados, y en todo caso requieren de formación para participar con nuevos métodos de trabajo. En su práctica actual no conciben el otorgamiento de servicio con pre-pago.

Consideran que el plan ideal para el enfermero del futuro es que la profesión pueda tener un mejor posicionamiento de su papel, lo que depende de mejorar la educación y de la unificación de la profesión a través de gremios que se aboquen al establecimiento de normas que aseguren la buena práctica de la enfermería. Están convencidos de que la educación continua contribuye a mejorar su situación actual.

5.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.4.1 Conclusiones

La descentralización de los servicios de salud en los niveles de gobierno ha sido uno de los mayores logros de la política en el país, que ha favorecido la extensión de cobertura y la regionalización, permitiendo que un mayor número de población tenga acceso a los servicios de salud. Las acciones se han focalizado a grupos marginados de áreas urbanas y rurales mediante la realización de programas a fin de lograr una mayor eficiencia en la atención.

En el contexto estudiado encontramos que los enfermeros no son partícipes de los cambios que ha originado la reforma, la cual no ha logrado impactar definitivamente su práctica, de tal forma que revalore el autoconcepto que tiene de la profesión. Se observa que mantiene los valores esenciales y las responsabilidades que han identificado la enfermería profesional por lo menos en la segunda mitad del siglo. Es notorio que no incorpora otros elementos como son la calidad y la capacidad de gestión que le permita actuar con independencia en diferentes escenarios.

Su rol continua orientado a la atención del paciente en aspectos del diagnóstico y tratamiento, incluyendo funciones y acciones, algunas de las cuales han sido desplazadas a otro profesional, su participación en la toma de decisiones es muy limitada sin penetración en los niveles gerenciales. Se ubica en una organización tradicional dentro de un esquema lineal en el que existen pocas posibilidades de delegar autoridad. Lo anterior muestra que la descentralización no ha tenido efecto en los todos los niveles de la organización. Para que enfermería mejore su posición requiere de autoridad en todos los aspectos que se refieran a su práctica, sobre todo en el manejo de recursos.

Los efectos de la reforma en cuanto a la extensión de cobertura y a los incrementos de la demanda que impacta el número de pacientes a atender por enfermero, se manifiestan por una saturación de trabajo, frente a lo cual no hay una propuesta para que en las condiciones actuales se modifique su rol y se incorporen a su práctica cambios que conservando sus valores hagan posible la transformación de su posición dentro de los servicios, y que contribuyan de manera más activa a mejorar la calidad de la atención, al mismo tiempo que se incorporan a las políticas que rigen las reformas del sector salud.

Tanto las funciones eliminadas como las agregadas han tenido causas diferentes a los cambios impuestos recientemente, éstas se relacionan con el incremento de la profesión médica en determinadas áreas y en el uso de tecnologías. Se trata de una competencia por el trabajo especializado que mantiene la hegemonía de la profesión médica sobre otras; y en el que el rol y las funciones de enfermería continúan con una fuerte dependencia. En estas circunstancias el proceso de reforma no ha sido visualizado por enfermería como un espacio en el cual pueda cambiar su posición

Una de las fortalezas del grupo está en el compromiso que manifiesta con la población atendida y el sentido de responsabilidad en el desarrollo de los programas de atención primaria, en donde la entrega de servicios mínimos de salud está en sus manos. Los grupos de atención están focalizados y se visualiza una participación incipiente en la gestión y el establecimiento de alianzas con la comunidad. La concientización de estas

posibilidades pueden definir cambios importantes en el futuro de la práctica y en los procesos de formación.

Dentro de su marco de referencia no contempla la visión de que sus servicios puedan tener un costo directo en la atención. La aplicación de tarifas o pre pago es una forma que considera negativa a las condiciones de la población a la cual atiende, su escasa o nula participación en la mezcla pública privada no le permite tener una visión sobre este componente.

5.4.2 Recomendaciones

Es obvio que para que los enfermeros puedan tener una participación activa dentro del proceso de reforma se requiere de cambios en la formación, que se deriven de marcos de referencia, que contemplen las implicaciones de la globalización en el conocimiento y la práctica de las profesiones en nuevos escenarios.

La movilidad de enfermería en los niveles directivos y mandos medios requiere de un plan estratégico que haga planteamientos para que a corto plazo incorpore a su rol aspectos gerenciales y la toma de decisiones referentes a sus funciones, así como la asignación de tareas en un marco de calidad.

Las fortalezas de enfermería deben dirigirse hacia la formación de gremios profesionales que mejoren las condiciones de la práctica y salvaguarden los intereses de los usuarios asegurando la calidad de la atención, lo cual solo es posible mediante una adecuada utilización de recursos de enfermería preparados con una visión hacia el futuro.

Lo anterior plantea la necesidad de modificaciones al currículum, de mantener y ampliar la educación continua y adecuar en cantidad los recursos de enfermería al crecimiento de las demandas de salud de la población, pero sobre todo plantea la urgencia de revitalizar la formación de una conciencia de cambio y transformación.

5.5 REFERENCIA

1. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. México 1990.
2. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto Nacional de Geografía y Estadística 1995.
3. BARILLAS, Edgar. Los Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud. OPS/OMS. Reunión de Enfermería Centroamericana. Guatemala 1995.

4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de la República, Toluca, México 1993.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de la República, Toluca, México 1990.
6. Diagnóstico de Salud de la Jurisdicción. Instituto de Salud del Estado de México. Toluca 1996.
7. Informe del Gobierno del Estado de México. Gobierno del Estado de México, Toluca, 1996.
8. Informe del Secretario de SEDESOL. Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno de la República. México, D.F. 1998.
9. Luhmann, Niklas. Introducción a la Teoría de Sistemas. Traducción Javier Torres N. Ed. Anthropos, México 1996.
10. Luwing, Von Bertalanffy. Teoría General de Sistemas. Ed. Fondo de Cultura Económica., México 1986.
11. Ley General de Salud. Secretaría de Salud. Presidencia de la República. México 1998.
12. Martínez, Miguel. Investigación Cualitativa en la educación. Ed. Trillas. México 1986.
13. Plan Nacional De Desarrollo 1995-2000. Presidencia de la República. México 1995.
14. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Secretaría de Salud. México 1995.
15. Salud y Derechos Humanos. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. No. 21 Toluca, México. 1996.
16. Valdez, M. M.E. Globalización Económica . Evaluación de Tres Proyectos Financiados por el FOMES. Tesis Profesional. UJED 1998.

CAPÍTULO 6

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

M.E. María de los Angeles Paz Morales²⁹
M.E. Ma. Guadalupe Martínez de Dávila³⁰

6.1 INTRODUCCIÓN

En el Marco del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 surge el Programa de Reforma de Salud en México como producto de un amplio consenso de reuniones, foros y otros espacios donde recoge diversas opiniones de este proceso que tiene como propósito primero describir la evolución que ha tenido el Sistema de Salud en México; segundo, describir los aspectos fundamentales del programa de reforma; tercero se ocupa de los principales programas específicos que da contenido al programa sectorial y, cuarto, señala los programas de apoyo que habrán de coadyuvar al avance de la reforma y a la reorganización del sector. Sin embargo, este programa reconoce que la salud representa uno de los elementos fundamentales en el bienestar social y el progreso del Estado y la nación.

México en el contexto de la reforma ha enfrentado cambios que aceleran su proceso de desarrollo en los contextos epidemiológicos, demográficos, económicos, políticos, sociales y tecnológicos que pretenden abatir problemas nucleares tales como la pobreza, cobertura y acceso a servicios de salud a grupos más pobres de la sociedad.

La salud en México es definida como un derecho constitucional y en los últimos años ha mejorado considerablemente. Sin embargo, es importante ver cuáles son las implicaciones en el ejercicio de la practica profesional del personal de salud, específicamente para la profesión de enfermería dentro del marco del Programa de Reforma del Sector Salud.

Considerando la importancia del tema reforma del sector salud, México recibió la invitación de la Organización Panamericana de la

²⁹ Profesora e Investigadora del Estudio Multicéntrico, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

³⁰ Directora de la Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León y Asesora del Estudio.

Salud, Washington, DC y del Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de Enfermería/Obstetricia en Atención Primaria de la Universidad de Texas, Medical Branch (UTMB) Galveston, Texas, E.U.A. para participar en el desarrollo de un Estudio Multicéntrico al que se sumarían otros países e instituciones tales como en Argentina la Universidad de Buenos Aires y de Córdoba; en Brasil, la Universidad de San Pablo-Riberao Preto; en Colombia, la Universidad de Antioquía y ACOFAEN; en Estados Unidos, UTMB y en México, la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Juárez de Durango.

En suma, este estudio describe variables de interés que detallan cuáles son los aspectos relevantes de la práctica y valor social de enfermería, vista desde el contexto de la reforma de salud realizado en instituciones del sector público y privado en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México.

6.2 METODOLOGÍA

Estudio de tipo cualitativo, en el que se muestran los fenómenos tal como se presentan en la realidad de la práctica del personal de enfermería, sin profundizar en sus causas, realizado en instituciones de salud del sector público y privado, tomándose como marco de referencia la reforma del sector salud.

La realización de este estudio se inició con las visitas al Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de Enfermería/Obstetricia en la Atención Primaria de Salud en Galveston, Texas, para la asesoría e integración del grupo multicéntrico, en las que se definió el tipo de estudio y metodología a seguir en cada país. Esto motivó analizar y definir los recursos requeridos para el desarrollo del estudio, los cuales fueron notificados a la autoridad directiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Otro aspecto fundamental fue la revisión, integración y elaboración de documentos sobre los contextos políticos, sociales, económicos, tecnológicos, éticos y ambientales, según marco propuesto por la investigadora principal del proyecto. Así mismo, la elaboración y análisis del diagnóstico de salud y avances de la reforma del sector salud en cada sitio y país donde se desarrolla el estudio.

Para la recolección de datos se procedió a realizar visitas locales a instituciones de salud de los sectores públicos y privados con directivos médicos y de enfermería para solicitar autorización en la realización de entrevistas dirigidas a su personal de enfermería y en recolección de datos de las instituciones.

Los criterios de inclusión fueron personal profesional de enfermería, con cinco y más años de experiencia en la práctica. La muestra estuvo conformada por dieciséis profesionales en enfermería de primer y tercer nivel de atención, de área comunitaria, clínica y de especialidades. Este proceso tuvo como guía la construcción de un cuestionario estructurado para el desarrollo de la entrevista, así como para la recolección de datos relacionados con los recursos materiales, financieros, de equipo y facilidades locativas en cada institución. Este proceso fue seguido por la transcripción y categorización de las variables del cuestionario estructurado y por la tabulación de datos demográficos.

Para la concentración de datos en el país, se estableció la coordinación y el traslado al estado de Durango (Universidad Juárez de Durango) con la persona responsable del segundo sitio dónde se realizó el estudio que fue la ciudad de Toluca, capital del Estado de México. También se enviaron documentos e informes al Centro Colaborador de la OMS en Galveston, Texas. sobre la concentración de datos recolectados en la ciudad de Monterrey, Nuevo León México.

6.3 DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, sus límites geográficos son: al norte, el estado de Coahuila y el río Bravo que lo separa del estado de Texas (condado de Webb); al este Tamaulipas; al sur Tamaulipas y San Luis Potosí; y al oeste, San Luis Potosí, Zacatecas y Coahuila. Representa uno de los estados más poblados del país, su división política esta dividida en 51 municipios, su extensión territorial es de 64.555 Km. La densidad de población es de 54,9 habitantes por Km². La población estimada es de 3.549.273 habitantes, la distribución porcentual es de 50,73% para la población femenina y el 49,27% para la población masculina. (Censo de Población y Vivienda, INEGI 1995).

6.4 SITUACIÓN DE SALUD

Cuadro 6.1: Indicadores de salud relevantes en el estado de Nuevo León

• Esperanza de vida promedio 71,92 años para el hombre y 77,71 años para la mujer.
• Tasa de mortalidad general 4,25 por 1.000 habitantes.
• Tasa global de fecundidad 2,2 hijos por mujer.
• Tasa bruta de natalidad 21,3 nacimientos por 1.000 habitantes.
• Mortalidad materna 1,55 casos por 10.000 nacimientos vivos registrados.

- Mortalidad neonatal 8,76 casos por 1.000 nacimientos vivos registrados.

Fuente: Programa Estatal de Salud 1997-2003

Las primeras causas de mortalidad tienen relación en primer lugar con las enfermedades cardiovasculares, seguidas por tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus y las cerebrovasculares.

Entre los aspectos relacionados con la morbilidad general, están resurgiendo problemas epidemiológicos como la tuberculosis pulmonar y enfermedades de transmisión sexual/SIDA. Entre la población infantil prevalecen los problemas diarreicos, respiratorios y de nutrición.

6.5 STEEPLE: MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

6.5.1 Contexto social

Incremento de los problemas sociales con relación a la presencia de hábitos nocivos para la salud relacionados con el uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco. Presencia de violencia intrafamiliar con mayor proporción en las mujeres y niños que repercute en la estabilidad de la sociedad y cambios en los valores familiares.

Se observan cambios en la estructura demográfica, en la que se visualiza un aumento en el grupo de población de 60 y más años y daños a la salud en forma anticipada en los adolescentes.

6.5.2 Contexto político

El Estado se rige por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, leyes y reglamentos de orden nacional y estatal como la Ley General de Salud, Ley Estatal de Salud, Reglamento Estatal en Materia de Salud, y Ley de Profesiones entre otros.

La salud es un derecho fundamental (Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) del ser humano y como tal, forma parte implícita del desarrollo del país. La salud y la educación son pilares que definen el bienestar de la población, lo que representa una inversión en el capital humano para mejorar la salud y calidad de vida como potencial en la fuerza de trabajo.

6.5.3 Contexto económico

Los cambios en la economía han permitido algunos progresos en la apertura nacional e internacional, sin embargo, prevalece la brecha en grupos de población menos beneficiados.

6.5.4 Contexto tecnológico

Grandes avances se observan en materia de salud tales como la presencia y desarrollo de equipos computarizados, adhesión de fibra óptica en equipos de diagnóstico para estudios de endoscopías, laparoscopías y tomografías entre otros que han apoyado al desarrollo de investigaciones biomédicas.

En materia de educación y comunicación la presencia de redes virtuales, en las que no solo se han visto beneficiadas las áreas urbanas sino además las áreas rurales a través de la televisión educativa e interactiva, telefonía rural y digital. Estos avances han alcanzado además al desarrollo empresarial.

6.5.5 Contexto ambiental

Monterrey por su ubicación geográfica y desarrollo industrial, supera en gran proporción la instalación de servicios básicos como agua entubada, drenaje y energía eléctrica.

La presencia de residuos industriales, residuales y sustancias tóxicas repercuten en la salud de la población en general. Sumándose a estos riesgos ambientales están los desastres naturales como; incendios forestales, huracanes (San Gilberto), lluvias torrenciales y sequías. Así como también la presencia de áreas donde se desposita basura y otros desechos en forma irregular, proliferando criaderos de fauna nociva, silvestre y olores desagradables.

Otro aspecto importante es la presencia de climas extremos que alcanzan temperaturas superiores a los 35° y más grados centígrados en los meses de mayo a agosto y por debajo de 0° en los meses de enero y febrero.

6.5.6 Contexto legal

El sistema legal se rige por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Cuadro 6.1:

<i>Cuerpos regulatorios:</i> Comisión de Arbitraje Médico, Ley General de Salud, Ley Reglamentaria Relativo al Ejercicio de la Profesión, Ley General de Trabajo, Ley del Seguro Social, Ley Estatal de Salud entre otros.
<i>Mecanismos regulatorios:</i> Cédula profesional y certificación de la práctica.
<i>Globalización de licencia de práctica, educación y acreditación:</i> acreditación de instituciones de salud y educativas, proceso iniciado en los últimos tres años.

Fuente: Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 e Iniciativa Trilateral para Enfermería en Norteamérica 1995.

6.5.7 Contexto ético

Algunos aspectos han sido abordados y derivados por el uso de la alta tecnología como aislamiento y deshumanización en la atención de salud, toma de decisión en maniobras de reanimación, decisiones de quién debe recibir transplantes de algún órgano entre otros. Ante estas situaciones se cuentan con comités internos en instituciones de salud para la vigilancia de alguna de estas situaciones ya descritas. Además, en el ámbito nacional se cuenta con la Comisión de Arbitraje Médico, Comisión de Derechos Humanos y algunos documentos normativos técnicos en materia de salud que describen la importancia del consentimiento informado para cualquier acción a realizar.

6.6 CAMBIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE ENFERMERÍA DENTRO DEL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

6.6.1 Descentralización

Este proceso se hace evidente en los niveles directivos y de mandos medios, pero no así en los niveles operativos. Lo observable es el incremento de actividades y procesos administrativos en función del abastecimiento y manejo de recursos como medicamentos y equipamiento de unidades para mejorar la atención del usuario.

En el proceso decisivo como planeación, contratación y gestión de recursos, se determinan en niveles directivos nacionales, regionales, estatales y/o jurisdiccionales.

6.6.2 Focalización

Elemento más relevante identificado en el primer nivel de atención, por su focalización en la atención y otorgamiento del paquete básico de los servicios de salud en programas prioritarios y en áreas de responsabilidad y vigilancia. Con relación al personal hospitalario es solo receptor de la población que ingresa a sus servicios sin tener un seguimiento en el hogar, solo se limita a sus espacios hospitalarios y a brindar su cuidado con mejor calidad.

Mezcla pública/privada: No hay una apreciación clara del significado. Sin embargo, observan cambios hacia la privatización de algunas instituciones y la incursión de otras formas de pago como las aseguranzas de gastos médicos.

Gestión: Enfermería desconoce cuál es el presupuesto que se ejerce en su institución, ni realiza gestoría directa con niveles de mandos medio de enfermería. Estos aspectos son solo de conocimiento en niveles de mandos medios y directivos.

6.7 HALLAZGOS

Cuadro 6.2: Características demográficas del personal entrevistado (16 entrevistas)

Género	No.	Porcentaje
Femenino	15	94%
Masculino	1	6%
Total	16	100%
Edad	No.	Porcentaje
25 a 35 años	12	75%
36 a 45 años	4	25%
Total	16	100%
Años de práctica profesional	No.	Porcentaje
5 a 10 años	12	76%
11 a 20 años	3	18%
Más de 20 años	1	6%
Total	16	100%
Posición/Cargo de enfermería	No.	Porcentaje
Comunitaria	1	6%
Consultorio Clínico	1	6%
Atención Hospitalaria (Especialista)	14	88%
Total	16	100%

6.8 CARACTERÍSTICAS DE LOS SITIOS: INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS (MMFFE)

6.8.1 Instituciones públicas

Servicio prestado a población abierta o con seguridad social.

Financiamiento: Federal, estatal, empresarial (cuota de pago obrero/empleado), seguro voluntario pre-pago.

Recursos humanos: No se proporcionan datos completos del recurso humano existente, solo se cuentan con algunas aproximaciones.

Recursos materiales: En instituciones sin seguridad social, se cuenta con equipos y materiales básicos al primer nivel de atención tales como manuales de organización y documentos técnicos normativos; equipos de oficina, biblioteca; insumos para la ejecución de programas de salud (medicamentos y esquemas de tratamiento) y otras atenciones como curaciones e inyecciones.

Equipos: En instituciones con seguridad social, se cuenta con equipo y materiales básicos al tercer nivel de atención tales como documentos técnicos normativos, manuales de organización, equipos

de oficina, insumos para la ejecución de programas de salud (medicamentos y esquemas de tratamiento) y otras atenciones que dan respuesta a las altas especialidades tales como: cardiología y cuidados intensivos, entre otras.

Las instituciones para la población abierta cuentan con equipo de sistema de cómputo, teléfono institucional y público, Internet, fax, telecomunicación, correo electrónico, dental, almacén de red de fría, equipo de diagnóstico como baumanómetro, estetoscopio, básculas con estadímetro y de detección como glucómetros entre otros, y vehículos de transporte.

En instituciones con seguridad social cuentan con equipo de sistema de cómputo, teléfono institucional y público, Internet, fax, telecomunicación, correo electrónico, dental, almacén de red de fría, equipo de diagnóstico de alta tecnología como radiodiagnóstico, laboratorio, equipo computarizado para el diagnóstico y tratamiento de altas especialidades, además de otros como baumanómetro, estetoscopio, básculas con estadímetro, glucómetros entre otros, también con vehículos para el traslado de pacientes y biblioteca.

Instalaciones: La unidad de primer nivel cuenta con instalaciones donde se prestan servicios de recepción, consulta externa de medicina general y de especialidad, farmacia, inmunizaciones, dental, estacionamiento exclusivo de la unidad, espacios delimitados para directivos y actividades administrativas, auditorio, archivo, teléfono público y jardín entre otros.

En las instalaciones de unidades de tercer nivel de atención, donde se prestan servicios a población con seguridad social, se cuentan con áreas de recepción, consulta de alta especialidad, rayos x, farmacia, biblioteca, auditorios, lavandería, cajeros automáticos, estacionamiento, áreas de mantenimiento, cafetería solo para personal de la unidad, cocina, salas de urgencias, de hospitalización, de cuidados intensivos y quirófano, así como elevadores, escaleras, señalamientos de ubicación y rutas de evacuación entre otros.

6.8.2 Instituciones privadas

Financiamiento: por recuperación y autosuficiencia.

Recursos humanos: No se proporcionan datos completos, solo se cuenta con alguna información estimada.

Recursos materiales: Existe suficiencia en recursos para la atención de pacientes hospitalizados en áreas de internamiento general y de cuidado crítico, así como de materiales de oficina, biblioteca y suscripciones a revistas de enfermería.

Equipo: Las unidades de tercer nivel de atención cuentan con equipo de alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento como equipo computarizado, laboratorio, rayos X, salas de hospitalización, urgencias, de cuidados intensivos, quirófano. Además cuentan con equipo para lavandería, mantenimiento, recolección de desechos y basura. También cuentan con la red de cómputo, telecomunicaciones, fax, Internet y correo electrónico.

Instalaciones: Cuenta con instalaciones similares a las ya descritas en instituciones de tercer nivel. Entre otras están el sistema bancario, cajeros automáticos, áreas de cambio de monedas, capilla, cafetería pública y para el personal de la unidad, estacionamiento público y áreas anexas donde se ubica la consulta de especialidades y la escuela de medicina y todo lo relacionado con las instalaciones para el servicio computarizado para la detección y control del estado de salud de la población a la que presta su atención médica.

6.8.3 Instituciones públicas/privadas

Financiamiento: Por ingresos propios, por cuotas de recuperación, por aseguranzas y por otras fuentes.

Recursos humanos: No se cuentan con datos completos, solo con algunas estimaciones.

Recursos materiales: Los materiales son similares a los ya descritos tanto en las instituciones públicas como privadas.

Equipo: El equipo es similar a lo ya descrito en las instituciones públicas y privadas de tercer nivel de atención. Además se suma lo relacionado con equipo de imagen diagnóstica con énfasis en estudios computarizados contra el cáncer, equipo de investigación biomédica, equipo de incineración y servicio forense. Entre otros equipos están los relacionados con la red de televisión interactiva.

Instalaciones: Cuentan con áreas de recepción, consulta general y de especialidad, rayos x, laboratorios, farmacia, biblioteca, auditorios, lavandería, cajeros automáticos, estacionamiento, áreas de mantenimiento, cafetería, cocina, capilla, salas urgencias, de hospitalización, cuidado intensivo y quirófano, elevadores, escaleras, señalamientos de ubicación y rutas de evacuación, áreas de imagen diagnóstica, instalaciones para el servicio médico forense y aspectos legales, incinerador, redes de comunicación a través de la televisión interactiva y servicio de docencia-asistencial a unidades de primer nivel de atención.

6.9 DATOS NARRATIVOS DENTRO DEL CONTEXTO DE LA REFORMA

Definición de enfermería: Profesión humanitaria que se fundamenta en bases científicas, conocimientos y capacidades para desarrollar procedimientos, así como habilidades para relacionarse con la gente cuyos miembros tienen vocación de servicio, que se manifiesta por su deseo de ayudar, servir, hacer el bien, atender, aliviar el dolor físico y mental de la gente para su recuperación, obteniendo con ello satisfacción profesional.

Valor social de enfermería: El personal de enfermería tiene una concepción vocacional de la profesión derivada del marco de su formación. Los elementos que conforman su definición de enfermería son principalmente el humanismo, su espíritu de servicio y el cuidado a otras personas.

La importancia de la profesión esta en la atención que presta al individuo y a la familia en el hospital y en la comunidad, para lo que realiza acciones de prevención y curación.

Lo que más valora es poder brindar una buena atención, poder aliviar el dolor, tener buenas relaciones humanas y comunicación, prevenir todo tipo de enfermedades, cuidar el aspecto emocional y físico de las personas que están a su cuidado.

Percepción del personal de enfermería sobre los cambios en el ambiente de trabajo:

- Focalización en la atención a grupos de riesgo. (población infantil, salud de la mujer, problemas crónico-degenerativos, enfermedades transmisibles y accidentes en la población económicamente activa y reproductiva).
- Incorporación del Paquete Básico de los Servicios de Salud (PABSS) a la población sin seguridad social.
- Cambios en las instituciones de salud: Descentralización, autogestión, expansión de áreas físicas, incorporación de equipo electromédico y computarizado. Así como sistemas bancarios y de aseguranzas de servicio médicos.
- Incremento en el número de actividades, con énfasis en las administrativas.
- Cambio en las funciones y responsabilidades: Están enfocados a la atención directa, a la orientación-consejería y a las funciones administrativas, aunque se identifica que la atención directa es lo más importante por la realización de sus procedimientos técnicos y la colaboración en los

procedimientos de diagnóstico, tratamiento y cuidado integral. Existen también algunas funciones que han cambiado por la presencia de la tecnología y por otros recursos humanos como la atención del recién nacido, instrumentación quirúrgica y curaciones, pero sin embargo, también tienen importancia por los procedimientos administrativos que realizan.

Percepción sobre los cambios en la práctica del personal de enfermería:

- Cambios en la estructura orgánica.
- Cambios en las categorías.
- Delegación de funciones a otras disciplinas: Atención del recién nacido, instrumentación quirúrgica.
- En la atención del paciente crítico: menor contacto en la realización de algunos procedimientos técnicos por la presencia de la tecnología computarizada.
- Incremento en la necesidad del fortalecimiento del aprendizaje a través de los
- procesos de educación continuada y escolarizada.

Respuestas del personal de enfermería a los cambios en el sistema de salud:

En el primer nivel de atención es dónde más implicaciones tiene el programa de reforma del sector salud por la responsabilidad de mantener en acción los programas prioritarios, así como por la entrega de la canasta básica de servicios. Estos cambios son desconocidos totalmente por el personal de enfermería de las instituciones privadas. Las respuestas del personal entrevistado no tienen relación con los cambios de la reforma del sector salud, éstas fueron:

- Redefinir funciones y responsabilidades.
- Enfatizar el cuidado en razón de las necesidades del paciente.
- Fortalecimiento del rol de educador sobre lo administrativo.

Fuente: Entrevistas directas con guía estructurada.

Regulación de la práctica y la educación en enfermería:

- Mecanismos regulatorios: Cédula profesional y certificación de la práctica.²⁸
- Acreditación de instituciones de salud.
- Acreditación de instituciones educativas. Sistema Nacional de Calidad de Educación de Enfermería, Organismo: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería A.C. para programas de licenciatura en enfermería.
- Para Profesionales recién egresados se aplica el examen general del egresado de la licenciatura³¹, Centro Nacional de Evaluación de la Educación Superior, certificación de profesionales, sistema que está en proceso de definición por los Colegios de Profesionales.

6.10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.10.1 Conclusiones

El tema de la reforma del sector salud aplicado en el desarrollo de este estudio multicéntrico, permitió clarificar cuáles son sus avances y qué implicaciones tienen en la práctica de los profesionales en enfermería. Considerando su relevancia e importancia se concluye lo siguiente:

El estudio permitió describir la práctica de enfermería vista desde el contexto de la reforma de salud en el que estamos identificando la definición de enfermería y su valor social.

Otra variable de interés fue lo relacionado con el medio interno (MMMFE) de las instituciones y sus respuestas están en función del valor social de los entrevistados.

El tema de la reforma de salud es poco familiar para el personal de enfermería, como parte de la definición y explicación del problema, se documentó lo de la reforma de salud en México.

Para este estudio se utilizó el Modelo de Interacción Dinámico de Phyllis Goins 1997, este modelo intenta explicar el problema y analizar los resultados cualitativos y cuantitativos.

Se utilizó una guía estructurada para entrevistar al personal de enfermería que aceptaron participar.

³¹ Proceso iniciado en los últimos tres años.

Se utilizó la Metodología de Análisis de Contenido, Comparación Constante, Unificación, Categorización de Temas y Definición de Variables. La variable de interés fue la práctica de enfermería.

El análisis general de las entrevistas efectuadas revela que el personal de enfermería no ha percibido cambios importantes en cuanto a las reformas hechas en el sector salud (focalización, canasta básica, cambios de la mezcla público/privada, descentralización, gestión entre otros). esto es debido a que los enfermeros o enfermeras no han tenido un impacto significativo sobre sus funciones y responsabilidades, situación que se acentúa en el personal de enfermería de hospitales privados.

La definición de enfermería no ha variado, no refleja cambios, su valor se centra en el humanismo, en el cuidado, en el servir, en el ayudar a través de la atención que presta.

Sus responsabilidades siguen dependiendo de las prescripciones médicas en relación a la colaboración que realiza a través de acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento en áreas clínicas y hospitalarias. Sin embargo, en el área comunitaria se observan decisiones propias de orientación y consejería.

Se puede concluir que enfermería podrá tener un mejor posicionamiento de su papel en la medida que mejore el nivel de formación académica. Uno de los aspectos que más destacó fue la necesidad de actualizarse y de esa forma mejorar su calidad de atención.

6.10.2 Recomendaciones

Continuar con el desarrollo de estudios multicéntricos que identifiquen nuevas líneas de investigación en la práctica y educación en enfermería como:

- Formas de organización para el desarrollo de funciones y responsabilidades.
- Evaluación de las condiciones donde se desarrolla la práctica de enfermería.
- Usar instrumentos que puedan medir la atención de enfermería en los diferentes niveles con énfasis en el primer nivel de atención.
- Desarrollar modelos de atención en enfermería que aseguren el cuidado efectivo a través de acciones de prevención y educación.

- Enfatizar el cuidado de enfermería en razón de las necesidades de la persona, vista la salud como valor.

6.11 REFERENCIAS

1. Iniciativa Trilateral de Enfermería Norte Americana (1996). Factores que Moldean la Profesión de la Enfermería en Canadá México y Estados Unidos.
2. Organización Panamericana de la Salud (1998). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 1998. Programa de Análisis de Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Washington, DC: Autor.
3. Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.
4. Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. Programa Estatal de Salud 1997-2003.

CAPÍTULO 7

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA, LA REGULACIÓN Y LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Judith Drew, PhD, RN

7.1 INTRODUCCIÓN

La reforma del sector salud en los Estados Unidos ha sido motivada por fuerzas económicas y capitalistas más que por cambios constitucionales que podrían en otra forma declarar la salud como un derecho de los ciudadanos. Esto significa que la salud está agobiada con asuntos de derecho versus privilegios, acceso versus capacidad de pago por servicios, calidad versus disponibilidad de atención. Los problemas que persisten en los sistemas de salud americanos son frecuentemente objeto de debates políticos y de derechos humanos.

Desde finales de los años ochenta, el cuidado gerenciado ha dominado los sectores privado y público de la atención de salud en los Estados Unidos, y algunos indicadores sugieren que este modelo de organización y atención de servicios de salud ha mejorado algunos resultados en referencia a la salud de los ciudadanos de los Estados Unidos. (Agency for Health Care Policy and Research, 1997).

Aunque la reforma de salud no ha sido establecida por la Constitución de los Estados Unidos como en los otros países bajo estudio, ha tenido grandes efectos sobre los proveedores de servicios de salud, sobre los pacientes y sobre los servicios de salud. Los enfermeros o enfermeras, la mayoría de ellos empleados en los hospitales, clínicas, consultorios médicos y compañías de seguros, han sido objeto del impacto del cuidado gerenciado en formas que directamente afectan su práctica diaria con pacientes (Harrison, 1999). Dado que las enfermeras representan la mayoría del grupo de proveedores de servicios de salud en los Estados Unidos y su práctica los mantiene en contacto muy cercano con los pacientes, es muy importante entender como la reforma de salud ha influenciado su práctica.

Para estudiar el impacto de la reforma del sector salud sobre la práctica, la educación y la regulación de enfermería, y con el fin de obtener datos narrativos acerca de los cambios recientes en su ambiente de trabajo y sus actividades diarias, se entrevistaron 17

enfermeros que ejercían en un hospital público dedicado al servicio y a la enseñanza en el estado de Texas.

7.2 METODOLOGÍA

Se utilizó un muestreo por conveniencia de enfermeras que practicaban en el sudeste de Texas. La guía de entrevista utilizada por los investigadores en los otros países fue aplicada a los enfermeros en Texas para obtener sus percepciones sobre el valor social de enfermería, los cambios recientes en la práctica, funciones, actividades, y recomendaciones para el futuro de enfermería.

7.3 CARACTERÍSTICAS DEL SITIO DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en un sistema de hospitales y clínicas públicas dedicados al servicio y a la enseñanza. El sitio de estudio cubre una extensa área que incluye varios condados del estado de Texas.

La muestra incluyó 17 enfermeras de género femenino, con un mínimo de tres años de práctica de enfermería y quienes aceptaron voluntariamente participar en entrevistas que duraron de 30-45 minutos. La edad promedio de las participantes fue 43 años (rango 25-66 años y desviación estándar de 11.0).

Se observó una estabilidad relativa en los patrones de trabajo de esta muestra, con un promedio de 17,5 años de experiencia práctica en enfermería (rango 3-33 años, desviación estándar de 8,2) y con un promedio de 6,0 años (rango de 0,3-33 años y desviación estándar de 5,5) de especialidad o práctica en determinado sitio. El rango para los sitios de práctica fue tan variado como el número de participantes, e incluye áreas de medicina interna como cardiología, neurología, oncología, enfermería de atención primaria, psiquiatría/salud mental, gerontología, cuidado crítico y cirugía.

Trece de las 17 participantes (76,5%) estaban trabajando en unidades de pacientes agudos y cuatro (23,5%) se encontraban trabajando en servicios ambulatorios. Las características de educación en enfermería se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 7.1: Nivel educativo y certificados para práctica especializada

Nivel educativo	N=17
Diplomado	2
Licenciatura en enfermería	11

Maestría en enfermería	4
------------------------	---

Cinco de las 11 enfermeras con licenciatura en enfermería empezaron su carrera en enfermería con un diploma o título asociado. Todas obtuvieron su licenciatura mientras ejercían como enfermeras, a través de programas complementarios como el ofrecido por la escuela de Enfermería de la Universidad de Texas en Galveston. Diez de las 17 participantes se encontraban certificadas en una especialidad y tres habían completado programas de maestría en práctica avanzada.

Los cargos de las participantes se presentan en el cuadro 7.2. La amplia variación de los cargos entre las participantes es consistente con la meta de obtener información de un grupo variado de enfermeras ejerciendo roles de cuidado directo e indirecto

Cuadro 7.2: Cargos profesionales y roles asignados

Cargos profesionales y roles asignados	N=17 (Respuestas múltiples)
Enfermera	10
Jefa de enfermera	10
Líder de grupo	4
Enfermera de tamizaje (triage)	1
Enfermera primaria	4
Educadora de pacientes	4
Administradora de casos, enfermera administradora	7

7.4 HALLAZGOS

Consistente con los objetivos del estudio, los datos narrativos fueron recolectados mediante entrevistas que fueron transcritas y analizadas usando análisis de contenidos y comparación constante. Estos hallazgos en conjunto con los hallazgos reportados por los otros países contribuirán al entendimiento de las diferencias y similitudes en la definición de la práctica de enfermería y el valor social de enfermería, cambios recientes en práctica y recomendaciones para el futuro de enfermería.

7.4.1 El valor social de enfermería

Los temas emergentes del análisis de los datos sobre el significado de enfermería y las razones por las cuales las participantes decidieron ser enfermeras fueron comprimidos para formar la categoría el *valor social de enfermería*. Los datos que representan el valor social de enfermería incluyen frases como, “Yo soy enfermera porque siempre quise ayudar a la gente.” Otro tema frecuente en esta categoría es la interacción humana que representa el corazón de la relación enfermera-paciente. Por ejemplo, varias

enfermeras reportaron que “cuidar a otros” se construye a través de dar y recibir con apoyo al individuo como meta. Las enfermeras del grupo de estudio expresaron que “la interacción uno-a-uno entre la enfermera y el paciente es una relación especial, valorada y respetada.

Para algunas enfermeras, el ser enfermera “es la realización del sueño de sus vidas y hace que las familias se sientan orgullosas de lo que yo elegí hacer”. Además de los temas introspectivos en los datos, las enfermeras hablaron repetidamente del respeto y del valor que otros le dan a enfermería como carrera y profesión. Las siguientes frases apoyan la emergencia de esta categoría: “enfermería es una profesión respetable”; “los pacientes esperan que usted les ayude porque ellos saben que usted tiene los conocimientos para hacerlo”. Estas aseveraciones convergen con el tema de cómo el público ve la profesión y cómo el público entiende que las enfermeras tienen un tipo de conocimiento especial que ellas usan en su contacto directo con pacientes.

El significado de los hallazgos sobre el valor social de enfermería se encuentra en los motivos reportados por las enfermeras para ejercer una profesión que es respetada, y en el reconocimiento por parte de la sociedad de las contribuciones hechas por las enfermeras. Las implicaciones para la educación y regulación incluyen el apoyo a programas de preparación que respondan a las necesidades de los sistemas de salud y de los clientes que ellas sirven mientras controlan la calidad de la práctica.

7.4.2 Cambios recientes en la práctica de enfermería

Todas las enfermeras entrevistadas reportaron cambios en la forma que ellas desarrollan su trabajo diario. Muchas mencionaron el tener que dedicar más tiempo del que ellas dedicaban años atrás a la papelería, a pesar de disponer de sistemas de información computarizada en sus unidades. “Yo paso mas tiempo dedicada a la papelería del que le dedico a mis pacientes durante el día” dice una enfermera. Otras sugieren que “los pacientes son enviados a la casa antes de que nosotras podamos conocerlos o darles enseñanzas acerca de su cuidado”. Basados en estos y otros comentarios similares, uno de los temas emergentes de estos datos es la pérdida de pacientes y la ganancia de papeles. Otros comentarios que apoyan este tema son, “nuestro trabajo se ha incrementado pero no se ha incrementado el personal que ayude a realizar el trabajo”.

Además de los cambios en la práctica reportados por las enfermeras, se observa el predominio de una sola razón, la cual se menciona frecuentemente como explicación a los cambios. El tema no dinero, no cuidado, surgió del análisis de frases como “hay menos de nosotras para realizar el trabajo, realizamos el trabajo con

menos personal, es un problema de presupuesto”. Otras dicen, “nuestros pacientes están más enfermos y requieren más atención pero tenemos menos personal y sobrecarga de trabajo”. Mientras las enfermeras del estudio mostraron preocupación por tener menos tiempo para dedicarle a sus pacientes y ser forzadas a ofrecer un cuidado de menor calidad, la mayoría de ellas creen que el cuidado gerenciado y los recortes presupuestales son los responsables por la escasez de personal.

Ambos temas, perdiendo pacientes, ganando papeles y no dinero, no cuidado, se comprimieron para formar la categoría *cambios recientes en la práctica de enfermería*, ya que ellos representan las explicaciones del grupo de cómo la práctica diaria está cambiando y el por qué. Estos hallazgos contribuyen al entendimiento de cómo las restricciones presupuestarias afectan la calidad del cuidado y el impacto de estas restricciones sobre la percepción del valor social de la enfermera.

7.4.3 Funciones y actividades de enfermería

A través de la descripción de su trabajo diario, las enfermeras del estudio identificaron varias funciones y actividades que formaron las bases de sus interacciones con los pacientes. Las funciones y actividades se diferencian de las descripciones y explicaciones dadas durante las discusiones de los cambios recientes en su práctica diaria y en la creación del valor social de enfermería. En el estudio tres subcategorías de funciones y actividades emergieron cuando varios temas fueron comprimidos de acuerdo a similitudes.

La subcategoría, *Proporcionar cuidado directo*, ilustra funciones primarias de enfermería, organizadas en temas como, evaluando y enseñando a pacientes y promoviendo el óptimo funcionamiento del paciente. Cada tema surgió de los datos que describían en detalle las destrezas de enfermería consideradas de importancia primaria para la salud y el bienestar de los pacientes. Por ejemplo, varias enfermeras describieron la función de evaluación como “algo básico para dar cuidado y para aplicar el proceso de enfermería”. Otras sugirieron que “hasta que la evaluación no se realiza, el cuidado no puede ser organizado”. Hubo consistencia y congruencia en el grupo bajo estudio acerca del significado de la enseñanza al paciente y la importancia que el papel de enfermería tiene en la educación para el autocuidado y la salud”.

Una segunda subcategoría, *aliviar el dolor*, representa la convergencia de dos grandes temas, establecer confianza y comunicación y proporcionar comodidad física y psicológica. Estos temas capturan datos que revelan la esencia de la relación enfermera-paciente cuando el paciente es vulnerable debido a miedo, ansiedad, dolor, o limitaciones. Por ejemplo, varias enfermeras

comentaron que “miedo y ansiedad son dolorosos, entonces el crear confianza en el sentido de que usted les va a ayudar es muy importante”.

Las funciones y las actividades que contribuyen al alivio del sufrimiento están incluidas en muchos ejemplos mencionados por las enfermeras. “Hay muchos pacientes; “los pacientes están abrumados con tantas cosas que ellos no entienden y no pueden entender, y nosotras tenemos que intervenir”; “ayudando pacientes a negociar con el sistema de salud es el mayor foco de lo que yo hago”; “yo trato de conseguir lo mejor del servicio que es lo que ellos merecen y ellos se sienten relajados”.

La tercera y última categoría de las funciones y actividades es la *coordinación del cuidado*. Mientras muchas descripciones de abogacía en los datos son el foco de las relaciones e interacciones entre la enfermera y el paciente, esta subcategoría organiza temas que hablan de mecanismos que facilitan resultados positivos. Por ejemplo, los tres temas que convergieron para hacer esta subcategoría son asegurar la calidad de la atención, asignar y supervisar personal capacitado y mantener reportes precisos. Las enfermeras del estudio sugirieron que sin personal y sin líderes adecuados para delegar la realización de las tareas “nadie puede asegurar que un buen cuidado puede ser dado o que el personal suficiente está disponible para ver lo que los pacientes necesitan.

El significado de estos hallazgos para la práctica de enfermería es que ellos muestran lo que las enfermeras ven como funciones y actividades importante para enfermería. Al comparar los comentarios de las enfermeras con el valor social de enfermería y el impacto de recortes presupuestales sobre su trabajo diario, las funciones y actividades son los componentes del rol que influyen más los resultados en el paciente y no deben ser comprometidos. Los hallazgos también tienen implicaciones para la educación y la regulación de enfermería. Estos hallazgos contribuyen a ampliar el cuerpo de conocimientos que sugiere que la proporción de pacientes y personal necesita ser regulada para proporcionar cuidado seguro y con calidad. Los programas de educación también deben examinar los hallazgos para decidir de acuerdo a las actividades y funciones de las enfermeras activas en práctica, las destrezas necesarias para las enfermeras de mañana.

7.4.4 Recomendaciones para el futuro de enfermería

Esta categoría incluye muchos temas que surgieron de las respuestas del grupo de participantes a lo que ellas creen que será necesario para que la enfermería sobreviva a la reforma del sector salud. Primero que todo, las enfermeras deben mantener su capacidad de competir en el mercado. Los datos enfatizaron la necesidad de que las enfermeras formen un sentido de continuo aprendizaje a

través de la vida, ganen destrezas con la computadora y conserven el cuidado integral en los campos de tecnología avanzada.

El estudio también recomienda que las enfermeras asuman papeles más activos en el desarrollo de políticas, mientras mantienen su autonomía desde la perspectiva de las enfermeras reteniendo control sobre enfermería. La mayoría de las enfermeras estuvieron de acuerdo en que ellas deben retornar al lado del paciente y proporcionar el cuidado al paciente como la prioridad número uno.

En los cinco países hubo consenso acerca del valor de enfermería, de muchas de las funciones y actividades diarias de enfermería y de las recomendaciones para el futuro de enfermería.

7.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las presiones económicas que existen actualmente sobre los sistemas de salud son fuentes de algunos de los cambios en la práctica de enfermería reportados por las participantes en el estudio en Texas. Muchas enfermeras reportaron un incremento en la documentación y trámites que disminuyen las oportunidades para estar al lado del paciente. Aun con la urgencia de la interacción de enfermería derivada de las hospitalizaciones cortas para todo tipo de pacientes, las enfermeras sienten que ellas no pasan suficiente tiempo con sus pacientes quienes necesitan cuidado directo y educación sobre sanación.

Los investigadores en este estudio recomiendan un incremento de personal para que las enfermeras puedan dar un cuidado seguro al paciente y preparar a los pacientes para que vayan a sus casas y practiquen autocuidado y cuiden a sus familias.

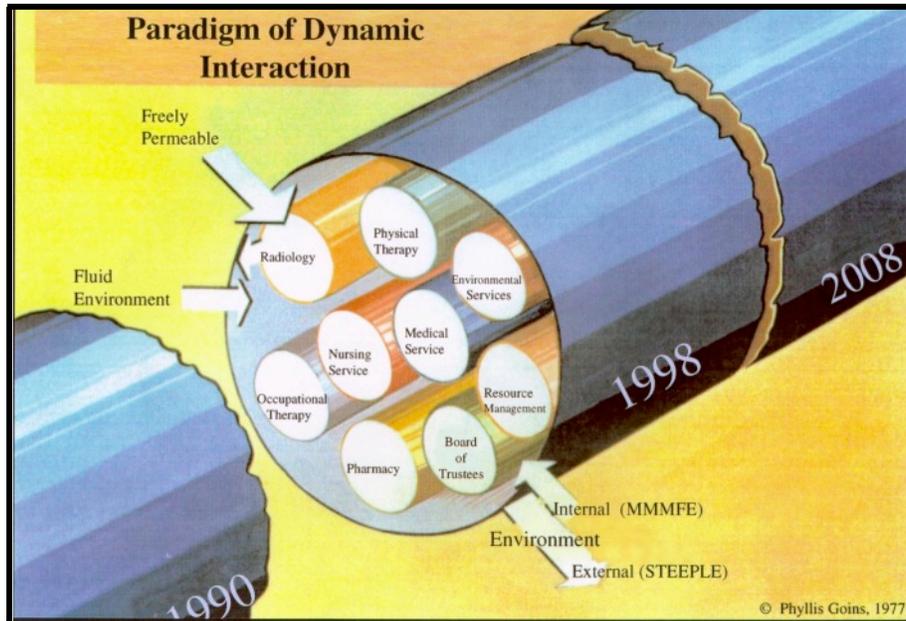
Las recomendaciones adicionales están basadas sobre los hallazgos relacionados con las funciones y actividades de enfermería. Aunque las enfermeras reportan que tienen menos tiempo para dedicarle a los pacientes, ellas también reportan que realizan actividades que tradicionalmente no han sido asignadas a enfermeras con título de licenciatura. Los investigadores recomiendan que se incremente el número de enfermeras con licenciatura y el de ayudantes de enfermería y también el de personal de apoyo, de forma que las enfermeras puedan realizar las actividades identificadas por ellas como críticas para la recuperación y la salud de los pacientes.

Para medir los resultados, riesgos y beneficios asociados con menos tiempo disponible para proporcionar el cuidado necesario al paciente, es necesario una investigación futura sobre las estrategias utilizadas por las enfermeras en su práctica para compensar esta disminución de tiempo.

7.6 REFERENCIAS

1. Agency for Health Care Policy and Research. (1998). Research in action: Strengthening managed care [On-Line]. Available: <http://www.ahcpr.gov/research/managed.htm>.
2. Harrison, J.K. (1999). Influence of managed care on professional nursing practice. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 32, 161-66.

ANEXO A: PARADIGMA DE INTERACCIÓN DINÁMICA (PHYLLIS GOINGS)



ANEXO B: INDICADORES DE LA REFORMA DE SALUD (EDGAR BARILLAS)

Reconfiguración de la Práctica de Enfermería

Hipótesis: El perfil del trabajo de enfermería no se ajusta a las demandas del mercado de trabajo o al proceso de la reforma del sector salud

Componente de la reforma	Caracterización de la situación actual	Demandas de la reforma	Indicadores
Focalización	Oferta de servicios de acuerdo a demanda espontánea	Asignación de tareas hacia grupos o poblaciones en riesgo	Enfermeras por nivel de atención Enfermeras por programas especiales (sida, migrantes, etc.)
Canasta básica	Tareas curativas hospitalarias Administración de los propios servicios ofertados	Nuevas tareas asistenciales (promoción y prevención) Administración (supervisión, regulación de terceros)	Enfermeras en labores hospitalarias/communitarias Relación médico/enfermeras Enfermeras por 1,000 habitantes
Cambio en la mezcla público/privada	Empleo mayoritariamente institucional público	Migración hacia el sector privado Trabajo independiente	Enfermeras sector público/ privado
Descentralización	Servicios laborales centralizados Decisiones administrativas locales se toman centralmente	Reubicación geográfica hacia área rural Desarrollo de tareas administrativas a nivel local	Enfermeras área urbana/rural
Gestión	Disminución del salario Contratos permanentes	Compensación de acuerdo a productividad Contratos limitados	% salario de enfermera en plantilla laboral Personal con contrato a corto plazo

FUENTE:: Barillas, E. (1997). Reconfiguración de la Práctica Laboral de Enfermería en la Reforma del Sector Salud. Manuscrito no publicado.

ANEXO C: GUÍA PARA LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA

- 1) Diga en sus propias palabras ¿por qué es enfermero?
- 2) Diga en sus propias palabras su definición de enfermería.
- 3) Diga en sus propias palabras ¿por qué enfermería es importante para usted?
- 4) Describa el tipo de responsabilidades y funciones asignadas a usted durante su trabajo diario.
 - a) ¿Cuáles de esas responsabilidades y funciones son las más importantes para usted en su práctica laboral diaria?
 - b) ¿Cuáles son las responsabilidades y funciones que usted y sus colegas valoran más como parte importante del papel de enfermería?.
- 5) Hable de los cambios recientes que han ocurrido en su trabajo diario como enfermera.
 - a) Describa las responsabilidades y funciones adicionales que usted tiene ahora pero que no eran parte de su práctica laboral diaria como enfermera antes de que se presentaran los cambios.
 - b) b. Describa las responsabilidades y funciones que han sido eliminadas de su práctica laboral desde la implementación de los cambios mencionados por usted.
- 6) Hable de los cambios recientes que haya observado en las responsabilidades y funciones en el trabajo diario de otros miembros del equipo de salud.
 - a) Describa cómo estos cambios afectan su trabajo como enfermera.
 - b) Describa cómo estos cambios afectan el cuidado que sus pacientes reciben.
- 7) Diga su opinión acerca de las causas de los cambios observados y experimentados por usted en su práctica de enfermería.
 - a) ¿Cuáles son las fuerzas motivadoras de los cambios identificados por usted?
 - b) Diga su opinión sobre las fuerzas que usted ha mencionado.

- c) ¿Cuál es la relación entre las fuerzas motivadoras de cambio descritas por usted y su influencia sobre la práctica de enfermería?
- 8) En su opinión: ¿Quién participa en las decisiones acerca del papel, responsabilidades, y funciones de enfermería en su institución?
- a) ¿Quién toma las decisiones diarias acerca de la distribución de las responsabilidades y recursos de enfermería?
- b) b. Describa las diferencias existentes entre la persona encargada de tomar las decisiones de enfermería ahora con la persona que tomaba las decisiones antes de que los cambios fueran implementados.
- 9) Hable de su papel en la toma de decisiones sobre la práctica de enfermería en su institución.
- a) Diga cómo participan otras enfermeras en su institución en la toma de decisiones sobre la práctica de enfermería.
- b) Diga lo que piensa acerca de las decisiones que enfermería debe tomar para asegurar la calidad del cuidado a la población que usted sirve
- 10) Diga en sus propias palabras su reacción al mandato para cambiar la definición y la práctica de enfermería de acuerdo a fuerzas que desean crear sistemas de salud y pagos nuevos
- 11) En su opinión ¿cómo pueden las enfermeras participar en el proceso de cambio de los sistemas de salud y pago?
- 12) Describa el plan ideal para la práctica de enfermería ahora y en el futuro.

