



Situación de la composición y distribución del recurso humano de enfermería en los países de América Latina

María Cristina Cometto.

Tesis - Doctor en Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2013.

Aprobada: 2013

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>



Situación de la Composición y Distribución del Recurso Humano de Enfermería en los Países de América Latina por María Cristina Cometto se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARÍA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

**Situación de la Composición y Distribución del Recurso Humano de
Enfermería en los Países de América Latina**

Trabajo de tesis para optar al título de
Doctor en Ciencias de la Salud

Prof. Magister Maria Cristina Cometto

*Córdoba
República Argentina
2013*

COMISION DE SEGUIMIENTO DE TESIS

Director:

Prof. Dr. Julio Enders

Integrantes:

Prof. Dr. Juan Carlos Estario

Prof. Dra. Elsa Moreno

Artículo 30 del Reglamento de la Carrera de Doctorado en Ciencias de la Salud
“LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON LAS
OPINIONES DE ESTA TESIS”

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser parte de su creación.

Al Dr. Julio Enders por su compromiso y su predisposición permanente para que se logre el objetivo. Por tantas horas compartidas, por todo el saber entregado generosamente y por haber creído que era posible. Gracias por tanta paciencia y afecto.

A la Dra. Elsa Moreno y al Dr. Juan Carlos Estario por sus aportes siempre seguros, certeros, facilitadores.

A Silvina Malvarez, por su incondicional apoyo.

A Patricia Gómez por todo el tiempo compartido.

A todas las enfermeras de los diferentes países que participaron en este estudio.

A los profesores de la Cátedra de Enfermería de Alto Riesgo por su comprensión y solidaridad.

A la Universidad Nacional de Córdoba por todo el desarrollo profesional.

DEDICATORIAS

A mis padres.

A mi esposo e hijas, quienes a través del amor son mi luz, mi mundo y sostén de todos mis proyectos.

A mi familia.

A mis amigos queridos que me abrazan siempre.

INDICE

Capítulo 1. Introducción	9
Capítulo 2. Material y método	38
Capítulo 3. Resultados	42
Capítulo 4. Discusión	83
Capítulo 5. Bibliografía	114
Anexo	128

RESUMEN

Los países de América Latina se enfrentan al reto de asegurar acceso a servicios de salud de calidad, sensibles a las necesidades y a las restricciones de los sistemas de salud. Autores expresan que el campo de los Recursos Humanos está en crisis, también lo afirman los estados miembros de la OPS-OMS y aquellos que trabajan en el sector. Uno de los problemas actuales más urgentes de recursos humanos es la escasez de enfermeras, son consideradas uno de los elementos cruciales, es reconocida su contribución como esencial para alcanzar las metas del desarrollo y para prestar cuidados seguros y eficaces. El Consejo Internacional de Enfermeras (2010), confirma que el número de enfermeras en muchos países no llega a mantener el ritmo de la creciente demanda, lo que amenaza conseguir resultados en la atención de salud. Objetivo fue conocer la situación de la composición y distribución del recurso humano de enfermería en servicios de salud de América Latina. Método: descriptivo, observacional, comparativo y analítico de corte transversal. Universo: instituciones de salud con y sin internación de los países de las sub-regiones de América Latina: N = 291 hospitales, N = 152 centros de salud y N = 291 enfermeras jefes. Resultados: la composición de enfermería fue de 41,06% profesionales y 58,94% auxiliares de enfermería en los hospitales y en los centros de salud, 48,72% y 51,28% respectivamente. En los hospitales las enfermeras jefas manifiestan insuficiencia en la dotación e inadecuada distribución en el personal de enfermería, siendo los servicios de terapia intensiva y cirugía los únicos señalados con nivel de suficiencia. En los centros de salud son referidos como suficientes los programas de inmunizaciones y planificación familiar. Las razones que justifican esta problemática son: complejidad de los pacientes y grado de dependencia, condiciones y medio ambiente de trabajo, aumento de la demanda, falta de políticas de recursos humanos, presupuesto y normas de cálculo.

SUMMARY

Latin American countries face the challenge of ensuring access to quality health services, sensitive to the needs and constraints of health systems. Different authors state that the field of Human Resources is in crisis, so say the member states of PAHO-WHO and those working in the area. One of the most urgent current problems in human resources is the shortage of nurses, who are considered one of the crucial elements and whose contribution is recognized as essential to achieve development goals and to provide safe and effective care. The International Council of Nurses (2010), confirms that the number of nurses in many countries fails to keep pace with the growing demand, threatening good results in health care. Objective: to determine the status of composition and distribution of human resources –nurses- in health services in Latin America. Method: A descriptive, observational, comparative, analytical cross-sectional study. Universe: health services with and without hospitalization in the countries of sub-regions in Latin America: N = 291 hospitals, N = 152 health centers and N = 291 head nurses. Results: Nursing composition was 41.06% qualified nurses and 58.94% nursing auxiliaries in hospitals and in health centers, 48.72% and 51.28% respectively. In hospitals, head nurses say that staff supply is insufficient and that the distribution of nurses is inadequate. According to them, Intensive Care and Surgery are the only services with enough staff. In health centers, immunization and family planning programs are considered adequate. The reasons for this problem are: patient complexity and degree of dependence, working conditions and environment, increased demand, lack of human resources policies, budget and calculation rules.

Capítulo 1: INTRODUCCIÓN

En el contexto de los cambios mundiales la globalización ha determinado que para muchos la vida sea más larga y saludable que en cualquier otra época de la historia, la esperanza de vida al nacer aumentó en los últimos 40 años más rápidamente que en los 400 que la precedieron. La explosión del desarrollo de la ciencia ha permitido un enorme mejoramiento de la vida de las personas pero al mismo tiempo ha generado tecnologías cuyo uso discrecional amenaza el ambiente y la seguridad de las naciones. La globalización no es un proceso lineal presenta conflictividades crecientes que impactan en la salud de las poblaciones, aumentando las desigualdades y la pobreza, dando cuenta que las sociedades mas ricas no son necesariamente las mas sanas (66).

Otro cambio que se expresa como efecto de la globalización es que ha facilitado la rápida difusión de conocimientos, recursos y técnicas a través de fronteras y sistemas de atención de salud. Desafortunadamente, ello entraña asimismo elevados riesgos: transmisión de enfermedades, éxodo de personal sanitario competente y una posible acentuación del desequilibrio de la atención de salud entre los países en desarrollo y los países industrializados (42) (84).

El rápido desarrollo de la tecnología de la información ha introducido un cambio radical en la prestación de atención de salud, estos progresos en la accesibilidad de datos clínicos en una gran diversidad de entornos han mejorado no sólo la gestión de la atención sino también los resultados sanitarios. Por otro lado, a través de Internet, los consumidores disponen cada vez más de información que hace unos años atrás estaba solo reservada a los médicos (56).

Debe resaltarse también que cuando se hace referencia a los trabajadores de la salud, se trata de una proporción importante de la Población Económicamente Activa (PEA). En Europa llega al 10% (y es del 7% en los Hospitales), y en los

países de la región latinoamericana oscilan entre el 6 y el 7%. La importancia que el recurso humano tiene en el sector, tanto en materia de calidad de atención, como en importancia presupuestaria, obliga a diagnosticar la situación, analizar su complejidad (86).

Por su parte los sistemas de salud afrontan un creciente número de desafíos, a la par que los gobiernos siguen dedicados a la tarea de buscar opciones costos eficaces para mejorar la capacidad de funcionamiento de los sistemas de salud nacionales. En un marco de recursos fiscales limitados, costos de atención de salud en aumento, exigencias sanitarias crecientes y expectativas públicas elevadas, la capacidad de los sistemas de atención de salud para responder a estos retos de rápida evolución, mantener e incluso mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad de los servicios, sigue dependiendo de profesionales de atención de salud adecuadamente entrenados y equipados, disponibles en el lugar y en el momento en que se necesitan, los servicios de enfermería constituyen una plataforma desde la que se pueden intensificar las intervenciones sanitarias con miras a facilitar el cumplimiento de los objetivos de salud nacionales.

La Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud en el 2002 expresaba que: “Los gobiernos se enfrentan al considerable reto de asegurar el acceso a servicios de salud de buena calidad, que sean sensibles a las necesidades y a las restricciones que padecen los sistemas de salud en el siglo XXI. Para alcanzar el éxito, se deben intensificar de forma significativa las intervenciones y es necesario reforzar la capacidad de los sistemas de salud nacionales”... Los servicios de enfermería y partería son un recurso indispensable para alcanzar las metas de salud y de desarrollo, constituyen la columna vertebral de los sistemas de salud en todo el mundo (88).

La Dra. Margaret Chan, Directora general de la OMS, en su discurso de asunción, 2006, expresó que “no es posible dispensar atención sanitaria cuando

el personal formado en el país se va a trabajar al extranjero” y denominó a los trabajadores sanitarios, los verdaderos héroes de este tiempo, con su ética curativa y solícita, ya que están resueltos a salvar vidas y aliviar el sufrimiento, trabajando a menudo en condiciones difíciles con notable dedicación. Expresando también que el mundo necesita a muchos más como ellos (81).

Frente a esto, muchos autores expresan que el campo de los Recursos Humanos en Salud está en crisis, también lo dicen muchos de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud y técnicos que trabajan en el sector. Esta situación la siente la población que acude a los hospitales y centros de salud buscando la ayuda inmediata a sus problemas y necesidades de salud y lo comprueba mucha de la información recopilada durante largos años a través de investigaciones, sondeos y debates generados a nivel nacional e internacional. Esta crisis remite a innumerables problemas acumulados en el tiempo y a los agregados a partir de las reformas estructurales de los servicios de salud y de las reformas sociales, así como a los nuevos fenómenos que se han venido desarrollando con la política de la globalización como son la precarización laboral y la migración (95).

Las implicaciones de esta crisis son reconocidas por sus efectos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño de los sistemas de salud, entre otros, es por ello que, organismos internacionales están relacionando el logro de los resultados de salud en función de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los mismos representan las necesidades humanas y los derechos básicos que todos los individuos del planeta deberían poder disfrutar: ausencia de hambre y pobreza extrema; educación de buena calidad, empleo productivo y decente, buena salud y vivienda; el derecho de las mujeres a dar a luz sin correr peligro de muerte; y un mundo en el que la sostenibilidad del medio ambiente sea una prioridad, y en el que tanto mujeres como hombres vivan en igualdad.

Estos objetivos declarados por la Organización de las Naciones Unidas,

son ocho, se dividen en dieciocho metas cuantificables mediante indicadores. Los mismos son los siguientes: el Objetivo uno, erradicar la pobreza extrema y el hambre, el Objetivo dos, lograr la enseñanza primaria universal, el Objetivo tres, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, el Objetivo cuatro, reducir la mortalidad infantil, el Objetivo quinto, mejorar la salud materna, el Objetivo sexto, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, el Objetivo siete, garantizar el sustento del medio ambiente y el Objetivo ocho, fomentar una asociación mundial para el desarrollo (87).

En los últimos años hemos observado un consenso mundial en torno a los recursos humanos para la salud y un sentido creciente de realizar un esfuerzo colectivo que aborde algunos de los problemas más apremiantes. Todos los países de la Región, se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos: insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población; movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud; disposiciones y condiciones precarias de trabajo; escasa motivación y baja productividad del personal de salud; ineficiencia en la asignación de los recursos; desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral, para mencionar sólo algunos (96).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2006, manifestó que había 59,2 millones de trabajadores de salud asalariados de tiempo completo en todo el mundo (personal de atención directa, personal administrativo y auxiliar), de los cuales más de 21,7 millones (31,6%) residen en las Américas. Actualmente, unos 57 países en todo el mundo se enfrentan a una carencia apremiante de recursos humanos en el ámbito de la salud, que suma en total 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras (89).

A estas cifras hay que agregar el aumento en la competencia por los escasos recursos humanos, la migración internacional del personal sanitario que se intensificará en los próximos años, lo cual llevará a una mayor desestabilización de la fuerza laboral en los países menos desarrollados (96).

También en el año 2005 en Toronto Canadá se realiza una reunión promovida por la (OPS/OMS), en conjunto con el Ministerio de Salud de Canadá y el Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario, que genera una iniciativa denominada “Llamado a la Acción de Toronto” para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015) que busca movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud. Los participantes de esta iniciativa plantearon la necesidad de que en esta Década se realicen esfuerzos de largo plazo, intencionales y concertados para promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud en todos los países de la Región de las Américas (93-94).

Además se plantearon los principios que deben guiar estos esfuerzos, los mismos se centran en que los recursos humanos son la base del sistema de salud, se desea expresar que los mismos conforman la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. También es oportuno entender que la contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la mejoría de la calidad de vida y de salud. El siguiente principio sostenido es que trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos sociales y responsabilidades de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud. El otro principio referido es que los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo: El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a

mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de la salud (93).

Es de destacar la coincidencia de las diferentes organizaciones en resaltar la importancia de los temas que deberán ser adecuadamente abordados en la formulación de las intervenciones y planes de recursos humanos, como el fortalecimiento de los liderazgos en salud pública y el incremento de la inversión para el desarrollo de los recursos humanos; la coordinación, concertación e integración de acciones en todos los ámbitos nacionales, sub-regionales, y regionales; así también la necesidad de asegurar la continuidad de políticas e intervenciones; de mejorar la existencia y uso de información útil para la toma de decisiones (93) (94).

En el mismo documento se pueden leer que los desafíos y problemas son múltiples y necesitaron de la agrupación en cinco áreas críticas, a las que algunos autores señalan también como retos, la primera es el definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente, la segunda es colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población, la tercera regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población, la cuarta generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población, la quinta desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación en las universidades, escuelas y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de

atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población (95).

A nivel de la región de Latinoamérica estos cambios se expresan en las diecinueve metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015, las mismas se entienden como un emprendimiento colectivo basado en el desarrollo de planes de acción nacionales encaminados a alcanzar las metas regionales, guiado por los principios de equidad y panamericanismo y apoyado mediante cooperación activa entre países. Las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015 constituyen una respuesta a la disposición de los estados miembros de actuar y avanzar conjuntamente en respuesta a los desafíos trascendentales que afrontan los que a diario trabajan para mejorar la calidad de vida de otros (96).

Las mismas a medida que avancen en su desarrollo en cada uno de los países serán orientadas a la consecución de los objetivos en salud.

Las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015 se agrupan en cinco políticas con sus metas específicas dando respuesta, la primera es definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente, cuyas metas son de la uno a la cinco. La meta uno: todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.¹⁵; la meta dos: las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total; la meta tres: todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad; la meta cuatro: la razón de enfermeras calificadas con relación a

los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región y la meta cinco: todos los países de la Región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos (96) (95).

Con respecto a la segunda política que contempla desde la meta seis hasta la nueve, la misma sostiene: ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones. La meta seis al respecto expresa que la brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015; la meta siete: al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables; la meta ocho: 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones; la meta nueve: el 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades (96).

La tercera política: promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación, las metas van desde la diez a la doce, expresando en la meta diez: todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud; la meta once: todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud y la meta doce: todas

las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero (93)(96).

La cuarta política: plantea generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población, las metas van desde la trece a la dieciséis. Las mismas enuncian en la meta trece: la proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países; la meta catorce: el 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo; la meta quince: al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético y la meta dieciséis: el 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten (93).

La cuarta política señala: crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población, las metas en esta dimensión van desde la diecisiete a la veinte. Se puede ver que en la meta diecisiete se recalca que el 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional; en la meta dieciocho: el 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a

estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas; en la meta diecinueve: las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20% y la meta veinte: el 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida (102).

Por su parte los Observatorios de Recursos Humanos de la Salud que existen en países de la región de Latinoamérica, algunos de los cuales dependen de los Ministerios de Salud y otros se vinculan fuertemente con ellos, generan y sostienen un ámbito de discusión sobre políticas para mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud, su distribución equitativa, su educación básica y continua (84).

Es de considerar, que las intervenciones de políticas generales para enfocar y dar posibles soluciones a este problema deben adecuarse al contexto y objetivos de cada país con la participación de los interesados

El recurso humano de enfermería en el mundo.

El Consejo Internacional de Enfermeras en un informe del 2010, confirma que el número de enfermeras en muchos países, de renta baja o alta, no llega a mantener el ritmo de la creciente demanda, lo que amenaza conseguir los resultados de la atención de salud. Los coeficientes medios entre enfermeras y población en los países de renta alta son casi ocho veces superiores a las de los países de renta baja (29).

Para ilustrar lo que este bajo nivel puede significar en la práctica, un estudio de Aiken y col, en el 2004 ponía de relieve que los coeficientes entre enfermeras y pacientes en las salas generales de tres hospitales de Malawi eran de una sola enfermera por 120 pacientes (4).

Para muchos países, uno de los problemas actuales más urgentes de recursos humanos es la escasez de enfermeras. Las enfermeras son consideradas uno de los

elementos más cruciales de los recursos humanos en salud, es llamado también el personal de vanguardia de la mayoría de los sistemas de salud. Es reconocida su contribución como esencial para alcanzar las metas del desarrollo y para prestar cuidados seguros y eficaces en todos los contextos (35).

Este análisis mundial identifica los problemas que han de tener en cuenta los gobiernos, organismos internacionales, los empleadores y las asociaciones profesionales al abordar las cuestiones del número y la utilización de las enfermeras.

Alguno de los aspectos destacados por el Consejo Internacional de Enfermería, que tiene sede en Ginebra Suiza, son: la relación entre población y enfermeras, por ejemplo, hay datos que en los diversos países el número oscila entre menos de 10 y más de 1000 enfermeras por cada 100.000 habitantes, lo que significa una variación superior a 100 veces; muchos países especialmente África, Asia y América Central y del Sur luchan por conseguir un mínimo de dotación de personal de enfermería. Recientemente estimado el déficit de enfermeras en los países de África Subsahariana para alcanzar la meta del desarrollo del milenio es de 600.000 enfermeras. También es de alertar que las enfermeras están mal distribuidas, las zonas rurales se visualizan como las menos atendidas (36)(61).

En la mayoría de los países, el 90% o más de los recursos humanos de enfermería son mujeres. Los problemas a que se enfrentan estos recursos guardan relación con los del sesgo de género y la discriminación en la sociedad y en el empleo, la mayoría de los datos de la OMS sobre los recursos humanos de salud se conjugan en el caso de la mayoría de los países del mundo, es por ello que pueden hacerse comparaciones dentro de las distintas regiones y a su vez entre ellas para identificar las variaciones existentes en el coeficiente entre enfermeras y población (16).

Las enfermeras australianas sostienen que la escasez de enfermeras y de personal trae consigo diversos resultados negativos, como tasas de mortalidad

más elevadas; de accidentes y de lesiones en los pacientes y tasas más elevadas de infecciones en general (8).

Un autor americano en el 2007, aduce que las enfermeras, con su experiencia en la atención y la comunicación directa con los pacientes y por los elevados grados de confianza que comparten con el público en general en muchos países “ocupan una posición única” para conseguir que los pacientes estén bien informados y que se elaboren protocolos de investigación de manera que asegure la participación y representación adecuadas de todos los grupos de la población. “En concreto, las enfermeras reconocen la importancia de la colaboración con la población marginalizada para gestionar y tratar la enfermedad” (32).

Diferentes organizaciones como el Consejo Internacional de Enfermeras, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, expresan que la escasez de enfermeras atraviesa un punto crítico, revelando que la falta de profesionales de enfermería pone en riesgo la atención sanitaria de la región. La escasez de enfermeras no es solo un problema para la enfermería, sino también para los sistemas de salud de los pueblos, lo que se opone a los intentos de mejorar la salud de las personas. A este problema se le debe agregar la desigualdad tanto en la distribución geográfica como en la composición de la fuerza de trabajo de las enfermeras (119).

En otros estudios anteriores, autores como Wharrad H y Kurowski, han explorado los coeficientes entre trabajadores de salud y población en relación con el nivel de financiación de la salud en los sistemas de atención de salud de distintos países, y se ha demostrado que existe una fuerte relación entre los coeficientes enfermeras y población y el nivel de financiación. En términos sencillos, cuanto más gasta un país en atención de salud, más elevados son los niveles de dotación de recursos humanos en el sistema de cuidados de salud (114) (60).

En un análisis mundial centrado en las regiones de la OMS pueden quedar

desdibujadas importantes diferencias que existen entre los países, y en un análisis de cada país pueden quedar ocultas importantes variaciones geográficas en cuanto a la disponibilidad de enfermeras. Aun en los países en que el coeficiente entre enfermeras y población es bajo, las enfermeras disponibles están muchas veces mal distribuidas, lo que agrava las consecuencias de la escasez. Las regiones rurales de los países en desarrollo tienden a ser las menos asistidas (115).

La Dra. Jean Yan, 2006, en calidad de jefe científico de enfermería y partería para la OMS, expresó que el aumento de la densidad de enfermeros se asocia con menor mortalidad infantil, también de adultos y con la tasa de VIH. Para lo cual significó la importancia de la Resolución WHA59.27 de la OMS sobre Fortalecimiento de la enfermería y la partería, que hace reseña a seis puntos de suma importancia para enfrentar la problemática de la escasez de enfermeras. Cuya primera consideración hace referencia ha tomar en consideración el establecimiento de mecanismos para mitigar el impacto negativo para los países en desarrollo de la pérdida de personal de salud a través de la migración, que incluye medios para los países receptores desarrollados para apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular el desarrollo de los recursos humanos, en el país de origen. La segunda se refiere a la necesidad de promover la capacitación en instituciones acreditadas de un amplio espectro de profesionales de calidad, así como de agentes de salud comunitarios, agentes de salud pública y personal paramédico. En tercer lugar se establece la urgencia de alentar a los asociados para la salud mundial, incluidos los donantes bilaterales, las enfermedades prioritarias de intervención, y las asociaciones de instituciones de formación sanitaria en los países en desarrollo. En cuarto lugar se expresa la necesidad de promover el concepto de alianzas de capacitación entre escuelas de países industrializados y en desarrollo, incluidos los intercambios de profesores y estudiantes, dejando para el quinto lugar la creación de equipos de planificación en los países con escasez de personal sanitario, incluidos

los organismos profesionales, los sectores público y privado y las organizaciones no gubernamentales, cuya labor consistirá en formular una estrategia nacional integral para el personal sanitario, incluida la consideración de mecanismos eficaces de uso de voluntarios capacitados. Por último la utilización de enfoques pedagógicos novedosos en los países desarrollados y en desarrollo con material didáctico estado-of-the-art y la educación continua a través del uso innovador de la tecnología de información y comunicaciones (115) (116) (118).

La organización de cooperación y desarrollo económicos francesa (OCDE) pone de relieve que “la escasez de enfermeras es un problema importante de política general porque en numerosos estudios se ha constatado una relación entre coeficientes más elevados de personal de enfermería y menor mortalidad de los pacientes, índices más bajos de complicaciones médicas y otros resultados favorables. Se prevé que la escasez de enfermeras se agrave a medida que aumenta la edad de los recursos humanos actuales” (78).

Algunos países ricos de Europa, de América del Norte y de otras partes se enfrentan a un doble problema demográfico, en ellos, unos recursos humanos de enfermería que envejecen se ocupan de un número creciente de personas mayores. Para esos países, el problema más urgente será el modo de sustituir a las muchas enfermeras que se jubilarán en el próximo decenio (110) (47).

También se tiene acceso a una serie de informes sobre la planificación de los recursos de enfermería en diversos países desarrollados que han puesto de relieve problemas y soluciones comunes de la escasez de enfermeras, Canadá entre ellos, reconoce un problema cada vez mayor de escasez de enfermeras y su relación con el envejecimiento de la población de enfermeras (39).

Otro aspecto de importancia que en los últimos años ha pasado a ser más evidente y que no escatima su ataque a la escasez de enfermeras en el mundo lo es la migración y la contratación internacional de enfermeras, pudiendo en algunos países

ser causa de una fuga de cerebros de enfermería. Es de tener presente también la consecuencia en el interior de los países, la migración interna - de las zonas rurales a las urbanas, del empleo en el sector público al empleo en el sector privado y del empleo en la enfermería a otros empleos (4).

Al respecto de la migración, Malawi, es un país que, por la emigración, pierde más enfermeras de las que puede formar, ante una realidad de recursos humanos escasos y relativamente caros de formar (6).

Algunos países han recurrido a tasas nacionales de dotación de personal recomendadas, pero éstas varían en cuanto a su definición, su fuente y la medida en que pueden considerarse obligatorias o mínimas, enfermeras australianas y californianas han conseguido que en todos los hospitales se establezcan coeficientes mínimos de dotación de personal, como método para mejorar los niveles de personal (105). En el 2004, el autor Buchan J., da cuenta que todavía no se cuenta con pruebas independientes de las consecuencias de que esta medida ha tenido en los resultados de los cuidados de salud (14).

Esto es especialmente complejo cuando se habla de los sistemas de atención de salud y de sus resultados, ya que las opiniones de diferentes autores difieren en cuanto a los aspectos sobre qué es más importante equiparar, y en qué medida (97).

Hay países que ya presentan un cálculo de escasez de enfermeras para los próximos 10 años, en EEUU, en el año 2006 existían 126.000 puestos vacantes para enfermeras, señalándose que para el año 2020 habrá 400.000 enfermeras menos de las que se necesitan en el país, la proyección que presenta Estados Unidos es que para el año 2020 faltarán en ese país 800.000 enfermeras (33).

Hay autores que muestran que en los países desarrollados, la escasez de enfermeras se produce porque el número es insuficiente y porque los índices nacionales de contratación y retención son bajos a consecuencia de una planificación insuficiente, unas oportunidades profesionales poco atractivas o por las jubilaciones

anticipadas (15).

Autores de Bélgica en el 2003, expresan que una planificación eficaz de los recursos humanos es requisito previo para el mejoramiento sostenido de la contratación y retención de las enfermeras, si bien no afirman que la misma vaya a impedir la escasez, pero si sostienen que un sistema eficaz de planificación puede prever dónde puede producirse. Así mismo, la planificación de los recursos humanos de enfermería específicamente debe tener en cuenta las pautas de comportamiento del mercado de trabajo propio (111).

La OMS y sus asociados, entre los que se encuentran, La Organización Internacional del Trabajo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Confederación Internacional de Matronas (CIM), la Red Mundial de Centros Colaboradores de la OMS para el Desarrollo de la Enfermería/Partería, la Sociedad Internacional de Enfermeras de Cancerología, la Federación Internacional de Enfermeros Anestesiistas, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, entre otros, consideran que se precisan los esfuerzos de más de una unidad, departamento y organización para fortalecer los servicios de enfermería y partería, reconociendo la importancia de la instauración de esferas de resultados principales con arreglo a las prioridades nacionales y su adaptación a las diferentes necesidades y contextos de atención de salud de las naciones industrializadas y en desarrollo. Las cinco esferas de resultados positivos recomendadas por estos organismos son: en primer lugar, la planificación sanitaria, sensibilización y compromiso político que entienda sobre la previsión del asesoramiento y de los servicios de enfermería y partería adecuados en los planes sanitarios y de desarrollo de la nación. En segundo lugar la gestión del personal sanitario para los servicios de enfermería y partería donde se recomienda sobre la instauración de políticas de empleo nacionales destinadas al personal de enfermería y partería que sean respetuosas de las diferencias entre los

sexos, que estén basadas en condiciones y en entornos laborales sanos y seguros, que garanticen remuneraciones equitativas y el reconocimiento de las competencias, que estén vinculadas a una estructura transparente de empleo. En tercer lugar la práctica y mejoramiento del sistema de salud que toma en cuenta lo referido a la completa integración del asesoramiento de enfermeras y parteras en todos los niveles de los procesos de toma de decisiones, y aplicación en los sistemas de salud de las mejores prácticas existentes para asistir a los individuos, las familias y las comunidades. En cuarto lugar se establece la educación del personal sanitario para los servicios de enfermería y partería reconociendo la importancia de la disponibilidad de profesionales competentes, con las aptitudes necesarias para afrontar de forma eficaz los retos presentes y futuros del ejercicio de la profesión y por último en el quinto lugar la rectoría y gobernanza de los servicios de enfermería y partería que entiende y comprenden el gobierno, la sociedad civil y las profesiones que velan por la calidad de la atención (90) (91).

En una publicación conjunta del Consejo Internacional de Enfermeras y de la Organización Mundial de la Salud, en el 2009, sobre macroeconomía, se sugieren sectores para que la comunidad de enfermería continúe tratando de favorecer el desarrollo de los recursos humanos y el mejoramiento de la salud, participando en los debates nacionales y locales sobre la financiación y la aportación de fondos a los sistemas de salud, y sobre la importancia que tienen para conseguir esos resultados unos trabajadores de salud capacitados (81).

Sin embargo en el marco de un mundo globalizado donde grupos de países se potencian para impulsar el progreso, estos avances no son suficientemente conocidos y compartidos, a menudo se muestran dispersos, pierden potencialidad y aparece el tema de recursos humanos como que aun no alcanzó la importancia merecida, a pesar de que actualmente los países han instalado la discusión en la agenda política a nivel regional y mundial, entendiendo que los recursos humanos en salud son las

organizaciones, la historia y los proyectos, dando a este tema un papel central en la preocupación de los gobiernos, las organizaciones profesionales y las universidades (108).

La enfermería en América Latina

En los últimos 20 años, el desarrollo de la enfermería en las Américas ha transitado por un explosivo proceso de despegue hacia la profesionalización, la constitución como actor social influyente y el progreso hacia el status de disciplina científica. La globalización, la reforma educativa, la reforma del sector salud, los progresos científico-técnicos, comunicacionales e informáticos han servido de marco y determinación al mencionado fenómeno; por su lado las organizaciones profesionales y académicas, las estructuras de enfermería de nivel de gobierno y de servicios y las agencias de cooperación internacional han confluído en un proceso sostenido de generación de iniciativas y desarrollos que han mudado la enfermería en la Región. La mayoría de esas iniciativas se llevaron a cabo en el marco de voluntarios y deliberados procesos de planificación e intervención con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de enfermería y contribuir a mejorar la atención de salud de las poblaciones (66).

La importancia de los conceptos de equidad en salud, por un lado y la comprensión de la dinámica del poder en salud, por el otro, destacan la importancia de analizar las políticas de recursos humanos de enfermería en América Latina. Se ha aducido que el factor determinante más importante del desempeño de un sistema de salud es el rendimiento de los agentes de salud (44).

El entorno internacional influye la práctica de los profesionales de salud al crear la necesidad de homologar títulos, facilitar el movimiento de profesionales y también en este caso, fortalecer las garantías de calidad de las prestaciones. Las transformaciones en las modalidades de atención llevan a la regulación de nuevas

prácticas en la atención de la salud así, como a regular las nuevas profesiones de salud, y a revisar los estatutos de las profesiones tradicionales (92).

Los sistemas de de salud movilizan una gran cantidad de mano de obra y necesitan personas competentes y experimentadas para funcionar de forma eficaz. La prestación de atención de salud requiere que los profesionales tengan los conocimientos y las competencias necesarias para subvenir y adaptarse a las necesidades y prioridades actuales y futuras de la atención de salud, a los recursos disponibles y a los cuantiosos factores responsables del contexto actual de los sistemas de salud (45).

En este contexto, en muchos países de la región las enfermeras han participado en las decisiones políticas, han contribuido a la formulación de normas de ejercicio, éticas, laborales y de otros ámbitos y han formulado planes de desarrollo estratégico. Es así que, grupos de expertos de diferentes países convocados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, quienes estudiaron en varias consultas y han reconocido algunos problemas prioritarios, tales como : la calidad de los servicios de enfermería, el modelo de análisis y la inserción política, la composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería, el modelo de gestión y organización de recursos humanos en enfermería, la educación y la formación permanente del recurso humano en enfermería (22).

Las autoras Castrillon M y Malvarez S, expresan en los estudios sobre la fuerza de trabajo de la enfermería en la región de Latinoamérica, que existe una variabilidad entre regiones de un mismo país, ya que se muestra una alta concentración en la zona urbana, y especialmente en las capitales, escasa presencia en ciudades pequeñas del interior, regiones apartadas, zonas limítrofes, entre países rurales. Al referirse a la densidad de enfermeras por diez mil habitantes, muestran en el plano macro de los países rangos que van desde 1.1 enfermera por 10.000 habitantes en Haití, a 78.5 enfermeras por 10.000 habitantes en los EEUU. Afirman que si se reduce el

denominador del indicador a enfermeras por mil habitantes, se encuentra que, con excepción de EEUU, Canadá, Cuba, Puerto Rico y México, ningún otro país alcanza a contar con una enferma por mil habitantes. Además es muy significativo observar que aquellos que exhiben las cifras más deprimidas de partos atendidos por personal especializado, cuentan con los indicadores más bajos en relación enferma por mil habitantes, entre los que están: Haití, Guatemala, Honduras, Bolivia, Ecuador, Colombia (22) (23) (24).

En otros estudios desarrollado por Malvarez entre el período 2004- 2008, se establecen las prioridades en las agendas de desarrollo de enfermería en las Américas, teniendo en cuenta áreas críticas y desafíos, dentro de los cuales se pueden identificar: en primer lugar plantea la necesidad de avanzar con el modelo de análisis estratégico, políticas y planificación de recursos humanos de enfermería; aquí, el camino desarrollado aunque amplio aun no es suficiente, dada la debilidad política de las enfermeras como actores sociales y baja capacidad de influencia en las decisiones. Se requiere redoblar esfuerzos y agudizar ideas para ordenar los análisis hacia una visión estratégica compleja de la salud, de la dinámica social y de la articulación orgánica de la enfermería en ellos, visión que permita entender la capacidad de impacto de las enfermeras en la salud e intervenir políticamente a favor del desarrollo de las condiciones científicas, educacionales, laborales y profesionales de la enfermería (65) (67).

En segundo lugar plantea el área crítica de la composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería. Esta dimensión exhibe características preocupantes según la autora, que ameritan atención urgente y sostenida, ya que la fuerza de trabajo en enfermería se mantiene desbalanceada con relación a su composición y escasa e inequitativa con relación a su distribución en función de las necesidades de salud de las poblaciones. Los índices de enfermeras por habitantes son bajos, existe un número muy alto de ayudantes y auxiliares de enfermería responsables por casi la

totalidad del cuidado directo, hay muy pocos tecnólogos y profesionales preparados para la atención primaria y las enfermeras se ubican en posiciones administrativas, en servicios de alta complejidad y baja cobertura y en instituciones educativas. Aquí el desafío exige repensar el modelo y considerar la necesidad de multiplicar acciones a favor de la profesionalización general de la fuerza de trabajo en enfermería (66) (67).

Con respecto a la dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, la autora opina que la escasez de enfermeras en América Latina guarda estrecha relación con procesos tales como la movilidad poblacional creciente, las condiciones de desarrollo de los países, las políticas de recursos humanos en salud, los modelos elegidos de composición de la fuerza de trabajo en enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y las dificultades en la educación de enfermeras, entre otros. Señala que los anteriores procesos traen como consecuencia aumento sostenido de la migración de enfermeras, desinterés por cursar estudios de enfermería, pérdida de estudiantes y doble empleo, entre otros. El desafío aquí es señalado como los esfuerzos que los países deben realizar para adecuar las políticas, mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras, modernizar, calificar y administrar mejor los programas educativos y desarrollar programas bilaterales de administración de migraciones (66)(65)(67).

Al referirse a la gestión de recursos humanos de enfermería como otra de las áreas críticas, resalta que necesita revisión, el modelo organizacional de la enfermería; la dotación de personal, la asignación del trabajo; el estilo de educación en servicio y las condiciones de empleo y trabajo de las enfermeras (66).

Plantea además, desafíos específicos en la educación, considerando que la misma juega un papel central en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de capacidad institucional en salud. Destaca que la educación en enfermería necesita transformaciones profundas en los campos: disciplinar, ético, pedagógico, político,

económico, de internacionalización y gestión académica. Detallando que se refiere a la inconsistencia educativa desarticulada de las necesidades de salud y los nuevos servicios, diversidad de programas, múltiples instituciones educativas con la consecuente disparidad en las titulaciones (65)(66)(67).

Por último expresa como desafíos, a la investigación en enfermería, una dimensión central del desarrollo de recursos humanos en enfermería, que nutre los progresos hacia la profesionalización y adquiere relevancia social. En tal sentido, se requieren iniciativas y mayores esfuerzos para explicar la finalidad y establecer la base ético-política de la investigación y definir su contribución al desarrollo nacional y regional (67) (65).

En América Latina la escasez de enfermeras está vinculada con las condiciones de trabajo, mientras que se observan, en Estados Unidos cifras de 97.2 enfermeras por cada 10.000 habitantes, en Haití varía a 1.1, estimándose para la región un promedio de 30 enfermeras por cada 10.000 habitantes (66).

También se ha dicho que las reformas hechas en América Latina han sido uno de los factores que han reducido la seguridad laboral para los trabajadores de salud. Países como Ecuador y Argentina han introducido contratos de corta duración para el personal que antes tenía una mayor seguridad en el trabajo (12).

El problema de la cantidad se ve aún mucho más agravado cuando le sumamos la falta de equidad en la distribución de las enfermeras, ya que se las visualiza concentradas la mayoría en centros de atención de la salud del área urbana, centralizando la atención en la cura más que en la atención primaria. Aportan datos a este particular, el 70% del personal de enfermería de Guatemala que trabaja exclusivamente en hospitales e igualmente el 55% de las enfermeras mexicanas (64)

El futuro del cuidado de la salud en América Latina depende mucho del rol que jueguen las enfermeras, sin enfermeras ni enfermería, será imposible lograr una atención adecuada en cantidad y calidad. La enfermería ha obtenido grandes logros

en los últimos 20 años, sin embargo, en materia de recursos humanos, participa de una triple problemática integrada por los problemas tradicionales, los devenidos de las reformas y los emergentes de la era de la globalización (52).

Según datos del Banco Mundial, gran parte de la asistencia en salud en la Región recae sobre las espaldas del personal de enfermería, ejemplo de ello es que el 90% de los cuidados infantiles de niños sanos en Chile son prestados por enfermeras. Un estudio 2004 muestra un promedio de 780 enfermeras registradas por cada 100.000 habitantes, señalando que cifras de 626 por 100 mil personas se encuentran muy por debajo de las necesidades de la población (50).

En el proyecto del plan nacional de salud de Chile 2011-2020, se puede observar que en relación con las enfermeras profesionales, la distribución pública versus privada bordea un porcentaje cercano al 52% a favor del sector público. Respecto de la distribución regional, analizada y sólo sobre la base de información correspondiente al sector público, un 53% se desempeña en la zona central, en tanto que en la zona sur lo hace sólo un 5.8%. Diferentes actores han planteado que podría tratarse de problemas de distribución y, en el caso del sector público, de generación de condiciones competitivas con el sector privado; estímulos efectivos para la mejor distribución de la fuerza laboral; acceso a infraestructura, insumos y tecnología necesaria para el ejercicio profesional. El análisis focalizado sobre las profesiones (médica, enfermera, matrona), muestra que en el período 2004/2009 el sector ha registrado un incremento levemente superior a un 40% en el número de profesionales laborando en el sistema público (75).

Otro aspecto que toma importancia crucial es el tema de las migraciones, traduciéndose en pérdidas importantes de la fuerza laboral de enfermería. El Colegio de Enfermeras del Perú registró una migración de aproximadamente 5.000 profesionales de enfermería en los últimos 4 años, lo que se traduce en ese país, a una pérdida del 15% (74).

Los profesionales de atención de salud formados en otros países constituyen ya el 25% de los recursos humanos de medicina y enfermería en Australia, Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos. La distribución de las enfermeras se ha ampliado con la introducción de un mercado mundial de trabajo y la guerra por los talentos o capacidades escasas. Sin embargo, la contratación de enfermeras del exterior no resuelve los problemas iniciales de contratación y retención que causan escasez en los países de destino (59).

Otra autora señala que la enfermería representa el 50 al 60% de la fuerza laboral del sistema de salud, concentra el mayor porcentaje de costos fijos en los presupuestos de salud y participa activamente en la entrega de cuidados directos e indirectos a personas, familias y a la comunidad (62).

La autora colombiana Agudelo, en el 2004, en una reseña de las consecuencias que las políticas de desarrollo de los recursos humanos han tenido para la formación de las enfermeras en América Latina llegaba a la conclusión de que “en las políticas vigentes no se vinculan la planificación, la formación y el empleo del personal” (21).

Los países del Caribe tienen fuertes problemas en este sentido, en 2003, había en la región unos 13.046 puestos de enfermería, más de 3.000 de ellos estaban vacantes y, entre el 2001-2003, se formaron unas 1.199 enfermeras. Más de 900 dejaron la región en el mismo periodo, con lo que el número de enfermeras aumentó en 299 enfermeras, que cubrieron sólo el 36% de las vacantes. Razón por la cual los hospitales se vieron obligados a unir las unidades de cuidados de pacientes femeninos y masculinos (104).

Otro estudio concluye que los profesionales de enfermería, cuya formación tiene un alto costo social, así como un buen nivel de conocimientos, actitudes y aptitudes individuales, están subutilizados por las instituciones de salud, y marginados totalmente en su ejercicio profesional, con graves consecuencias, tanto en la calidad de la atención en salud, como en la satisfacción profesional, estableciendo como las

razones para esta situación, en la insuficiencia cuantitativa de este personal en las instituciones de salud (25).

Castrillon Agudelo en el 2008, destaca que esta situación hace preveer cambios sustanciales en los modelos de prestación de servicios, en particular en lo referente a centrar la atención en el usuario, en la seguridad de los pacientes, en el enfoque de atención primaria, y en la salud familiar, donde enfermería es un recurso necesario pero escaso, donde el trabajo interdisciplinario y colaborativo es estratégico, y el personal de salud requerirá preparación para estas nuevas formas de actuar y responder a los retos (24).

La fuerza de trabajo en enfermería muestra que el 60% de los cuidados de enfermería están siendo proporcionados por ayudantes de enfermería, siendo los países más afectados el Cono Sur y la Sub Región Andina, este desbalance en la distribución constituye un factor importante en la limitación del desarrollo del recurso humano. Esto abre una vertiente de análisis ordenada a vincular la escasez de profesionales de enfermería con condiciones geográficas, económicas, políticas y laborales, entre otras (23).

El problema se torna crítico si se consideran las condiciones epidemiológicas actuales que generan mayores necesidades de cuidado, el envejecimiento profesional y el compromiso con la calidad en salud, todo esto hará que la demanda de enfermeras vaya en aumento (34).

En Bolivia la enfermería representa aproximadamente el 65% del total de la fuerza laboral en la estructura del sistema de salud, y esa fuerza laboral de enfermería está compuesta por auxiliares de enfermería y enfermeras. Por su lado, según datos del Ministerio de Salud de la Nación la Argentina exhibe un total del personal de enfermería en el sector público de 65.806, y la fuerza de trabajo se compone de licenciadas en enfermería 7% (4.801), enfermeras el 30% (19.598) y los auxiliares de enfermería el 63% (41.407) (85) (70).

En un estudio sobre tendencias en material de recursos humanos para la salud en las Américas, se hace hincapié en que más del 72% de los países de las Américas han sufrido una pérdida neta de recursos humanos de salud a causa de la emigración, a la par que en muchos países de América Latina y el Caribe la relación es invertida a la de los países del norte (3 enfermeras por un médico) y se suma además las tasas de deserción en muchos programas de formación de profesionales de la salud. que superan el 75% para las enfermeras (20).

Un aspecto más que la OMS indica como necesario precisar, es formular estrategias que contribuyan a reducir las diferencias entre los sexos en cuestión de sueldos y de oportunidades y que alienten así a los futuros contratados a considerar la posibilidad de realizar una carrera profesional de enfermería y partería. Dadas las disparidades evidentes que existen en materia de sueldos y de oportunidades, es imprescindible que las instancias normativas elaboren estrategias para fortalecer la fuerza laboral futura de profesionales de la enfermería. Los estudios indican que una de las principales causas de la disminución del interés por la enfermería ha sido el aumento de las oportunidades de ascenso para las mujeres en tareas que tradicionalmente solían realizar los varones (109).

Uno de los problemas fundamentales a que se enfrentan todos los países es establecer mecanismos de planificación de recursos humanos que satisfagan eficazmente las demandas de atención de salud y prevean la estabilidad de tales recursos. Sin embargo, pocas naciones han desarrollado planes estratégicos para satisfacer las necesidades de personal de enfermería, en los que se aborden eficazmente la oferta y la demanda, pero en cambio, muchos países desarrollados prefieren aplicar instrumentos de política a corto plazo, tales como aumentar la dependencia de la inmigración, en detrimento a veces de los países en desarrollo. En ese marco los resultados de las enfermeras y demás personal de salud están estrechamente relacionados con las políticas de contratación, los métodos de distribución, la

combinación de personal y los sistemas que se emplean para evaluar los resultados de los equipos de la organización (26).

Autoras como Malvarez y Castrillón, hacen referencia a que el predominio de la práctica no profesional de enfermería en América Latina y la ubicación de la mayoría de los profesionales en puestos de conducción y de enseñanza, constituyen señales de lo que falta aún por evolucionar y del papel central que tienen la ciencia y la educación en enfermería para la composición y dinámica de la fuerza de trabajo (24).

Estos problemas prioritarios generan el interés de la autora por investigar sobre la situación de la composición y distribución del recurso humano en enfermería en América Latina, dado que la composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en las Américas exhibe características que merecen la atención urgente de las enfermeras.

Otro aspecto que motivó a la autora a desarrollar este tema es su dedicación a la formación y gestión del recurso humano en enfermería en los últimos veinte años, tanto en el ámbito universitario, como en los servicios de salud y las agrupaciones profesionales.

El marco de lo desarrollado hasta aquí permite sintetizar y resaltar las siguientes situaciones:

Grave déficit cuanti y cualitativo de recurso humano de enfermería en la región.

Baja calidad de atención de enfermería.

Cuidados de enfermería proporcionados por ayudantes de enfermería.

Atención centrada en la enfermedad y la cura.

Distribución inequitativa por región de cantidad de enfermeras y nivel de preparación.

Migraciones permanentes del personal de enfermería de países menos

desarrollados a países más desarrollados.

Falta de políticas y planificación del recurso humano.

Falta de pertinencia en el modelo educativo.

Debilidad y falta de pertinencia en la educación permanente en servicio.

Falta de información y monitoreo permanente del recurso humano en enfermería.

En función de ello, el objeto de estudio de la presente investigación se define a través de las siguientes preguntas-problema, ¿Cuáles son las características de la composición y distribución del recurso humano de enfermería en los países de América Latina? - ¿Qué semejanzas y diferencias existen en la composición y distribución de recursos humanos de enfermería entre las sub-regiones de América Latina?, ¿Cuál es la situación de la fuerza de trabajo de la enfermería de América latina en relación a la composición y distribución? ¿Cual es la opinión de las enfermeras que diariamente gestionan la fuerza de trabajo de las enfermeras en diferentes instituciones de salud de los países de América latina? ¿Cuáles son los principales problemas y cuales sus posibles soluciones?

Se considera importante el estudio de este tema por las siguientes razones: la lenta e incipiente producción de conocimiento en el tema, los escasos estudios nacionales e internacionales sobre la composición y distribución en la región de las Américas, la necesidad de producir evidencias en el tema; preocupación compartida por los gobiernos de América y del mundo.

Este estudio permitió caracterizar el problema, realizar comparaciones, producir evidencias, mostrar los obstáculos, colaborar al análisis y a la toma de decisiones en materia de recursos humanos de enfermería.

Los resultados mantienen el debate iniciado, profundizan el estudio dando evidencia; además sostienen la conciencia sobre la importancia del tema considerado

como un área crítica para la materia de atención de la salud en el mundo. También los mismos establecen puntos de partida para reorientar el desarrollo de nuevos proyectos y acciones que den luz a posibles soluciones del problema, realizando aportes que relacionen la inequidad de la composición y distribución de las enfermeras con la salud de las personas.

OBJETIVOS

General

- Analizar la situación de la composición y distribución del recurso humano de enfermería en servicios de salud de América Latina.

Específicos

- Determinar la composición del recurso humano de enfermería según su nivel de formación y jerarquía de puestos en servicios de salud, modalidad de prestaciones, tamaño, localización, dependencia y turnos.
- Determinar la distribución del recurso humano de enfermería en las unidades de atención según especialidad y complejidad de atención.
- Determinar los criterios y modalidades utilizados en los servicios de salud para el cálculo de composición y distribución de personal de enfermería
- Indagar el grado de suficiencia de la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción.
- Indagar el grado de adecuación de la distribución de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción
- Identificar los problemas y posibles soluciones asociados a la dotación de personal de enfermería.
- Comparar la composición y distribución de recursos humanos de enfermería en los servicios de salud por sub-regiones de América Latina

Capítulo 2: MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo tiene un diseño descriptivo, observacional, comparativo y analítico de corte transversal que abarca el estudio de la Situación de la composición y distribución del recurso humano de enfermería de los países de América Latina.

Para lo cual se obtuvo información sobre la composición y distribución de personal de enfermería, proveniente de los servicios de salud en estudio y recogida por referentes claves por cada país vinculados a la Unidad de Recursos Humanos en Salud del Área de Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la Organización Panamericana de Salud, institución que apoyó el desarrollo de la presente investigación, por considerarla una contribución de importancia para el conocimiento de los servicios de salud (Anexo 1).

El universo estuvo constituido por los servicios de salud con y sin internación de los países de las siguientes sub-regiones de América Latina y sus unidades de atención:

- Sub región Sur: Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile y Brasil
- Sub región Andina: Bolivia, Perú, Colombia, Venezuela y Ecuador
- Sub región Centro América, México y Caribe Latino: Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Guatemala, México, República Dominicana, Puerto Rico y Cuba.

Para la *composición de la muestra* las unidades seleccionadas por cada país correspondieron a criterios demográficos por cantidad de habitantes, así se seleccionaron las capitales y las segunda ciudad del interior en número de habitantes de cada país, ya que organizaciones internacionales como OPS, OMS, CEPAL en estudios sobre recursos humanos en salud expresan que los mismos se concentran mayoritariamente en los centros urbanos más poblados. El segundo criterio que se considero en la muestra fue la cantidad de unidades de salud en cada país, así fue necesario generar un número de unidades posibles de relevar en todos los países con iguales características.

De este análisis el número posible que permitiera realizar el relevamiento y la comparación fue de cinco unidades hospitalarias de alta complejidad y cinco unidades de atención comunitaria por cada capital de país y en igual proporción en la segunda ciudad en número de habitantes del interior de cada país.

Los países que participaron fueron 16, el total de unidades muestrales a considerar fueron 291, entre hospitales y centros de salud comunitaria.

Los países que no aportaron datos fueron: Chile, Colombia, Honduras y Puerto Rico.

Criterios de inclusión para los hospitales:

- Hospitales estatales, privados, mixtos con capacidad igual o superior a 100 unidades de internación.
- Nivel de complejidad con las especialidades básicas: clínica médica, clínica quirúrgica, terapia intensiva, pediatría y obstetricia.

Criterios de exclusión para los hospitales:

- Hospitales estatales, privados, mixtos con capacidad menor a 100 unidades de internación.
- Nivel de complejidad que no posean las especialidades básicas: clínica médica, clínica quirúrgica, terapia intensiva, pediatría y obstetricia.

Criterios de inclusión para los centros de salud:

- Centros de salud urbanos y rurales sin internación.
- Nivel de complejidad para consultas.

Criterios de exclusión para los centros de salud:

- Centros de salud urbanos y rurales con internación.
- Nivel de complejidad mayor a consultas.

De tal modo, el material permitió reunir información sobre las siguientes variables:

- **Composición del recurso humano de enfermería**
 - Profesional: licenciadas de enfermería, enfermeras

- Auxiliar: auxiliares de enfermería, técnicos medios
- Sin educación formal
- Por función del puesto:
 - Función de conducción
 - Función de atención directa
- **Distribución de recursos humanos de enfermería**
 - Por localización: ciudad capital, ciudad del interior del país, zona rural
 - Por dependencia: pública, privada, mixta
 - Por tamaño de las instituciones con internación
 - Por número de camas: hasta 100 camas, más de 100 camas
 - Por tamaño de las instituciones sin internación:
 - Por promedio diario de consultas
 - Por número de consultorios/servicios ambulatorios atendidos
 - Por turno:
 - Turno mañana
 - Turno tarde
 - Turno noche
 - Por complejidad de cuidados en los servicios con internación:
 - Cuidado generales: Clínica médica, quirúrgica, traumatología
 - Cuidado intensivo: unidades de cuidado intensivo adulto y niños
 - Por prestaciones diarias en los servicios especiales
 - Cirugía. Centros Quirúrgicos
 - Partos
 - Emergencias
 - **Criterios y modalidades utilizadas para el cálculo de personal**
 - Uso de fórmula
 - o Indicadores
 - o Fórmula para el cálculo de dotación y distribución

o Otras modalidades

• Características

▪ **Apreciación sobre la suficiencia de la dotación de personal**

- **Apreciación sobre la suficiencia de la cantidad**
- **Apreciación sobre la adecuación de la distribución**

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes:

- Dos instrumentos de registro de recopilación documental que se utilizaron para recoger los datos sobre la composición y distribución de personal de enfermería en los servicios de salud y unidades de atención. El Instrumento N 1 fue para las instituciones hospitalarias con internación, y el Instrumento N 2 destinado a los centros de Salud sin internación.
- Una encuesta auto-administrada para recoger los datos referidos a los criterios y modalidades de cálculo de dotación de personal de enfermería y a la percepción de suficiencia en la dotación y adecuación en la distribución del recurso humano de enfermería, que fue completada por las enfermeras de conducción de los servicios estudiados y reunida por los referentes claves por cada país que participaron en la investigación. Instrumento N 3.

Análisis Estadístico

Se efectuó un análisis exploratorio de las variables mediante medidas descriptivas.

Para la comprobación de las hipótesis estadísticas, las variables nominales se estudiaron por el método de los datos categóricos, y las escalares por análisis de la varianza, y a su vez las medias fueron contrastadas por tests de comparaciones múltiples.

En todos los casos se utilizó un nivel de significación de 0,05.

Capítulo 3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio sobre la situación de la composición y distribución del recurso humano de enfermería en servicios de salud de América Latina (AL), fueron relevados en 16 países de los 20 invitados que significaban el total. Los que aportaron datos fueron : Uruguay, Paraguay, Argentina y Brasil de la subregión Sur, Perú, Ecuador, Bolivia y Venezuela de la subregión Andina y El Salvador, República Dominicana, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Cuba, Panamá y México de la subregión Centro, México y el Caribe latino, siendo el total de Instituciones de Salud intervinientes en el estudio 291 (N = 291).

Para lograr los objetivos de la investigación se relevaron tres instrumentos, el primero fue implementado en hospitales (n =139), de los cuales cien hospitales poseían más de 100 camas y el resto 100 camas. De los mismos 110 pertenecían al sector público, 19 al sector privado y 10 mixtos. Del total de hospitales ingresados al estudio, 80 correspondieron a las ciudades capitales de los países y 59 a la ciudad del interior que le continuaba en cantidad de habitantes.

Con relación al Instrumento N° 2, este fue relevado en los Centros de Salud (n: 152), de los cuales 141 pertenecían al sector público, 9 eran mixtos y 2 al sector privado. En cuanto a su localización 74 pertenecían a la ciudad capital, 61 a la ciudad del interior que le continuaba en cantidad de habitantes y 17 eran de zona rural.

Al implementar el último Instrumento, el N° 3, el mismo fue un cuestionario auto administrado para enfermeras jefas o personal de conducción de los servicios de salud participantes en el estudio tanto hospitales como centros de salud (n: 291). De las cuales, el 90% correspondió a enfermeras jefas de división o departamento y el resto, 10% a supervisoras de áreas y servicios en el caso de los hospitales. En cambio en los centros de salud las encuestas fueron obtenidas del 80% de enfermeras jefas de conducción y el 20% de nivel operativo.

Es de señalar que los 4 países que no enviaron sus datos para participar en el estudio fueron: Colombia, Chile, Puerto Rico y Honduras.

Los datos de este estudio se organizan en respetando el orden de los objetivos específicos propuestos y en todo momento se muestran primero los resultados devenidos de los hospitales,

por región de LA., por subregiones y por países. En un segundo momento se abordan los resultados de los centros de salud, por región de LA., por subregiones y por países. Por último, se visualizan los hallazgos del tercer instrumento, las encuestas a los/as gestoras de enfermería de hospitales y centros de salud de toda la región.

HOSPITALES

Con relación al *primer objetivo específico* composición de recurso humano de enfermería según su nivel de formación y jerarquía de puestos en servicios de salud, modalidad de prestaciones, tamaño, localización, dependencia y turnos, los datos expresan que en el total de los hospitales ingresados al estudio, la composición del colectivo de enfermería está dada por un 41,06% de profesionales y un 58,94% de auxiliares de enfermería (Figura N° 1).

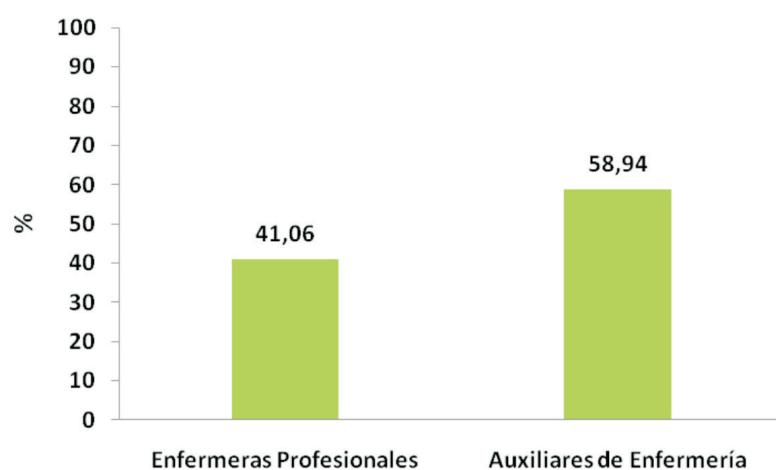


Figura N 1: Composición del recurso humano de enfermería de hospitales según su nivel de formación, profesionales y auxiliares, en la región de LA.

Al mirar los datos arrojados por los países de la subregión Sur se puede observar que la composición del colectivo de enfermería, según su nivel de formación tiene características propias, siendo Argentina el que presenta en la composición del personal de enfermería de los hospitales ingresados al estudio un 75% de profesionales contra un 25% de auxiliares, seguido de Uruguay, Paraguay y Brasil con menor porcentaje de profesionales. El país con mayor porcentaje de auxiliares en la subregión, es Brasil. Otro aspecto importante a destacar es de que manera aportan cada uno de los países a la subregión sur, en este caso el mayor aporte lo realiza Brasil y esto tiene relación con la cantidad de enfermeras que posee y el tamaño poblacional del mismo (Figura N°2).

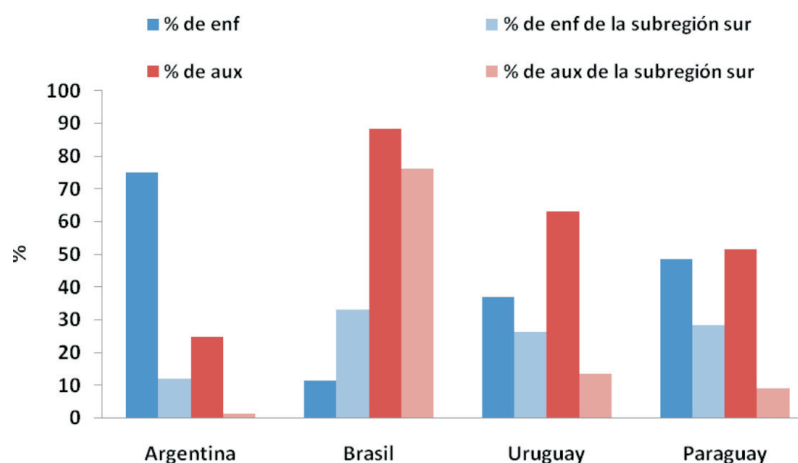


Figura N 2: Composición del recurso humano de enfermería en hospitales según su nivel de formación, profesional y auxiliar en los países y su aporte a la subregión Sur.

Cuando centramos el análisis en la subregión Andina los datos reflejan que Venezuela, en los hospitales del estudio tiene mayor porcentaje de profesionales que de auxiliares de enfermería, seguido de Perú y Ecuador, mientras que Bolivia muestra mayor porcentaje de auxiliares que de profesionales. En relación al aporte de recursos humanos de enfermería a la sub región Andina, Perú es el país que mayor aporte de profesionales realiza a la subregión, mientras que Bolivia es el de menor aporte (Figura N° 3).

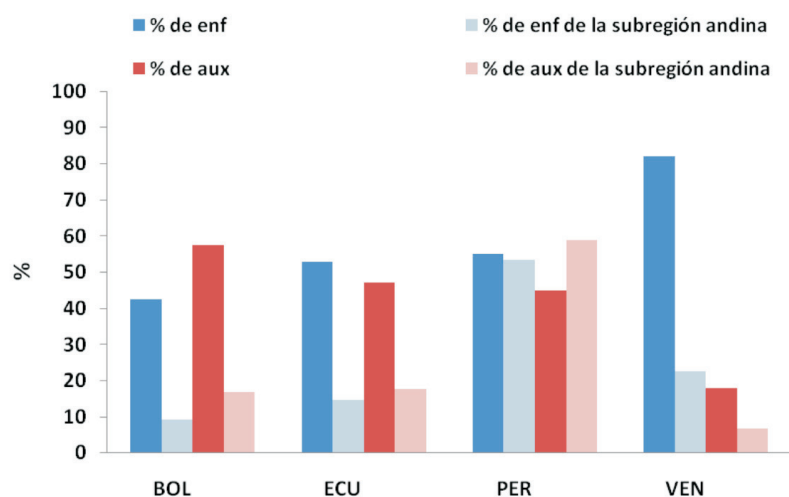


Figura N 3: Composición del recurso humano de enfermería de hospitales según su nivel de formación, profesional y auxiliar y su aporte a la subregión Andina

Los datos aportados por la subregión Centro muestran que el país que se diferencia de toda la subregión, es Cuba, que presenta un 100% de enfermeras profesionales, esto genera solo aportes de profesionales a la sub región. En Panamá la composición del colectivo de enfermería según el nivel de formación muestra mayor porcentaje de profesionales, en cambio en el resto de los países el porcentaje de auxiliares es mayor que el de profesionales. Cabe destacar que

Guatemala es el que presenta mayor porcentaje de auxiliares de enfermería en la subregión centro (Figura N° 4).

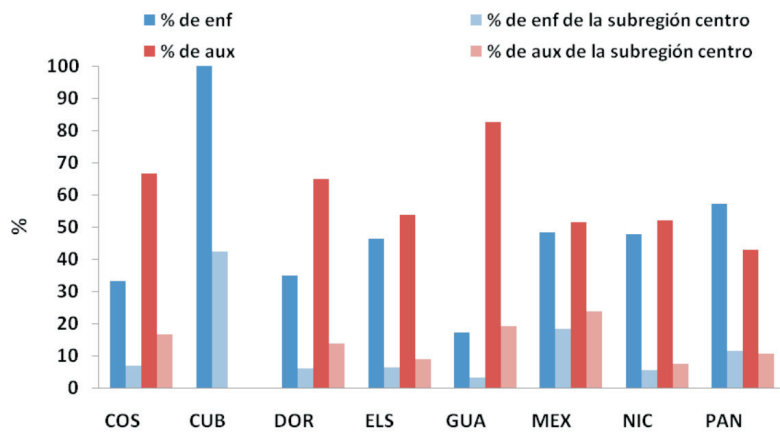


Figura N 4: Composición del recurso humano de enfermería de hospitales según su nivel de formación, profesional y auxiliar y su aporte a la región de Centro, México y el Caribe latino

Una aspecto importante a la hora de analizar dotación de enfermeras en instituciones hospitalarias es la relación entre el número de personal de enfermería y número de camas o unidades asistenciales. También es relevante la relación entre el número de médicos y el número de personal de enfermería. Los datos obtenidos en la relación enfermeras / camas por cada país expresan que van desde 0,8 a 3,1, siendo Brasil el que presenta una dotación de 3,1 enfermeras por unidad asistencial y los países de Nicaragua, El Salvador y Bolivia, los de menor dotación, menos de una enfermera por cama (Figura N° 5).

La relación enfermera /médico que se observa, va desde 1,4 en Uruguay a 4,2 en Costa Rica, enfermeras por médico (Figura N° 5).

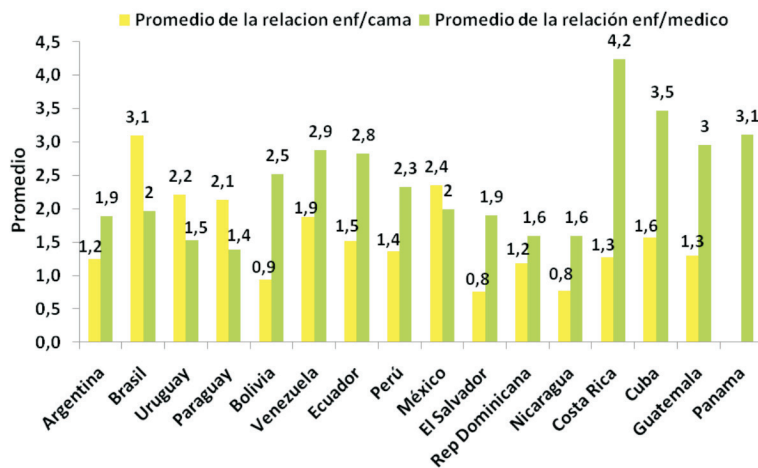


Figura N 5: Promedio de la relación enfermera / cama y promedio de la relación enfermera/ médico en hospitales, de los países de la región LA.

Al comparar los promedios de las relaciones entre el personal de enfermería con respecto al número de camas de los hospitales de los países de la región de LA, se observa que Brasil ($3,09 \pm 0,29$) presenta un promedio significativamente mayor ($p < 0,0001$) que Cuba ($1,54 \pm 0,25$), Ecuador ($1,51 \pm 0,29$), Costa Rica ($1,47 \pm 0,27$), Perú ($1,46 \pm 0,25$), Guatemala ($1,24 \pm 0,28$), Rep. Dominicana ($1,18 \pm 0,25$), Argentina ($1,16 \pm 0,29$), Bolivia ($0,94 \pm 0,25$), Nicaragua ($0,78 \pm 0,25$) y El Salvador ($0,76 \pm 0,25$). Además Brasil se comporta en forma similar con México ($2,35 \pm 0,23$), Uruguay ($2,22 \pm 0,39$), Paraguay ($2,13 \pm 0,35$) y Venezuela ($1,87 \pm 0,29$).

Al comparar los promedios de las relaciones entre el número de personal de enfermería con respecto al número de médicos de los hospitales de los países de la región de LA, se observa que Costa Rica ($4,24 \pm 0,39$) presenta un promedio significativamente mayor ($p < 0,0001$), México ($1,99 \pm 0,37$), Brasil ($1,97 \pm 0,47$), El Salvador ($1,90 \pm 0,39$), Argentina ($1,89 \pm 0,47$), Nicaragua ($1,59 \pm 0,39$), Rep. Dominicana ($1,59 \pm 0,39$), Uruguay ($1,51 \pm 0,62$) y Paraguay ($1,39 \pm 0,56$). No presentando diferencias significativas con el resto de los países.

Otra dimensión que resulta interesante analizar es la jerarquía de puestos de enfermería en servicios de salud, por lo tanto, mirar la relación entre personal de conducción y total de enfermeras en la región y por país, dan resultados que expresan un promedio que va desde 8,08 personal de enfermería a cargo de enfermeras jefes en El Salvador, a 35,11 en Guatemala (Figura N° 6).

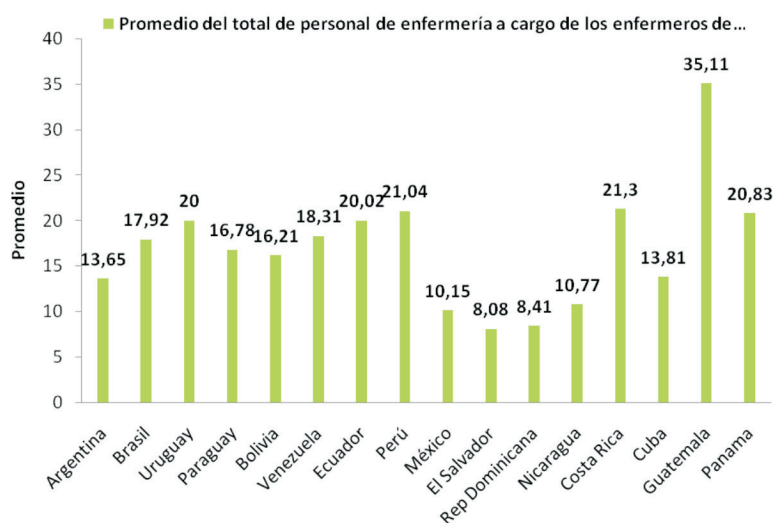


Figura N 6: Promedio de la relación de personal a cargo por cada personal de conducción en hospitales por país en la región de LA

Los países de la región de LA muestran diferencias significativas en cuanto al personal a cargo por cada personal de conducción ($p=0,0427$). Es de destacar que El Salvador y República Dominicana presentan una media significativamente menor a Guatemala, los demás países se mantienen en una situación intermedia.

En relación a como se distribuye según los turnos de trabajo el personal de enfermería en los hospitales de la región de Latinoamérica, los datos nos develan que, el 47% del total de personal de enfermería se encuentra designado para el turno de mañana, mientras en porcentajes muy similares para los turnos restantes, tarde con un 27% y noche con un 26% (Figura N° 7).

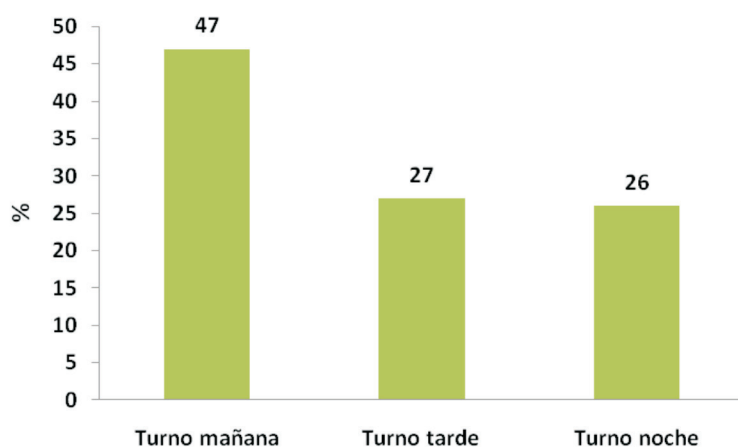


Figura N 7: Composición del recurso humano de enfermería de hospitales en la región de LA según su distribución por turnos.

Otro aspecto que se consideró en el primer objetivo de este estudio es la situación del personal de enfermería en los hospitales según la localización de los mismos, es decir en capital e interior y por subregiones.

En la subregión Sur se puede observar que el 70% del total de personal de enfermería que ingreso a este estudio se concentra en hospitales de la ciudad capital y el resto en hospitales del interior (Figura N° 8).

Los datos de la subregión Andina son de, 69% en capital y 32% en el interior (Figura N° 9).

Por su lado la subregión Centro, México y el Caribe Latino, muestran los siguientes resultados: los hospitales de capital concentran el 60% del total del personal de enfermería y el interior el 40% (Figura N° 10).

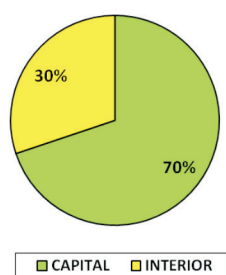


Figura N° 8 Distribución del total del personal de enfermería en los hospitales de capital e interior en la subregión Sur.

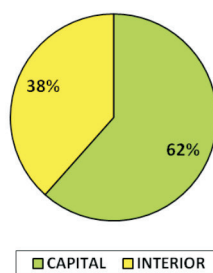


Figura N° 9 Distribución del total del personal de enfermería en los hospitales de capital e interior en la subregión Andina

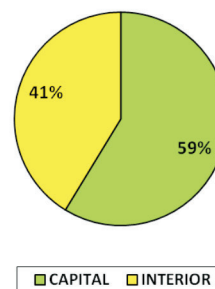


Figura N° 10 Distribución del total del personal de enfermería en los hospitales de capital e interior en la subregión Centro

Al analizar los hallazgos referidos a distribución de personal de enfermería según nivel de formación en hospitales de capital e interior por subregiones, se puede observar que el porcentaje de enfermeras profesionales en los hospitales de capital en las tres subregiones de LA son: subregión Sur 27%, subregión Andina 54% y subregión Centro 47% (Figura N° 11, 13 y 15). En cambio si observamos el comportamiento en hospitales del interior se puede observar que en la subregión Sur el 86% corresponde a auxiliares de enfermería, situación que no se repite en las dos subregiones restantes, Andina y Centro ambos con 37% (Figuras N° 12, 14 y 16).

Al centrar el análisis en el **interior** de países por subregiones y comparar la sub región sur con andina se obtiene un OD de 10,25 (IC (0,95): 9,36 a 11,24), lo que permite inferir que hay 10 veces mas posibilidades de ser atendido por enfermas profesionales en los hospitales de la subregión andina que en la sub región sur ($p < 0,0001$). La misma comparación entre subregion sur y subregión centro muestra que en ésta la posibilidad de ser atendido por profesionales es de 6 veces más que en la región sur (IC (0,95): 5,67 a 6,65) ($p < 0,0001$).

La comparación entre la subregión centro y andina muestra que hay una posibilidad de 1,67 mayor de ser atendido por profesionales en la subregión andina (IC (0,95): 1,56 a 1,79) ($p < 0,0001$).

Cuando la comparación la realizamos en los hospitales de **capital** de países por subregiones, se puede observar que entre la subregión sur y la subregion andina, existe la posibilidad 3,16 veces más de ser atendido por enfermeras profesionales en la subregion andina (IC (0,95): 2,99 a 3,35) ($p < 0,0001$). Por su parte, la subregión sur versus centro, marca

una posibilidad de 1,96 veces más de ser atendido por enfermeras profesionales en centro (IC (0,95): 1,87 a 2,05) ($p < 0,0001$). En la comparación subregión centro versus andina, la posibilidad de ser atendido por profesionales es 1,67 veces mayor en la subregión centro (IC (0,95): 1,53 a 1,67) ($p < 0,0001$).

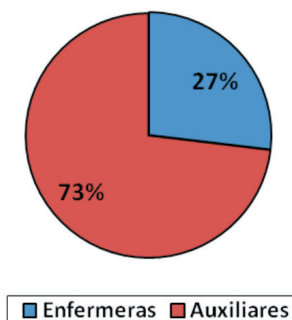


Fig. N° 11: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en hospitales de capital de la subregión Sur

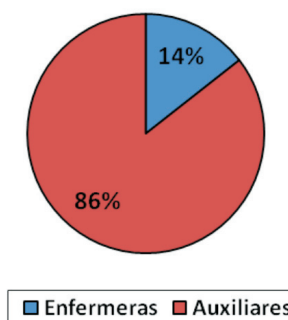


Fig. N° 12: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en hospitales del interior de la subregión Sur

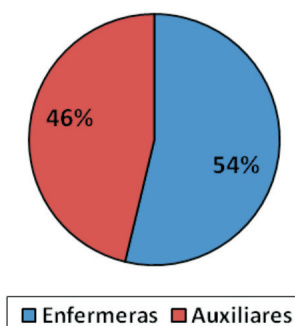


Fig N° 13: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en hospitales de capital de la subregión Andina.

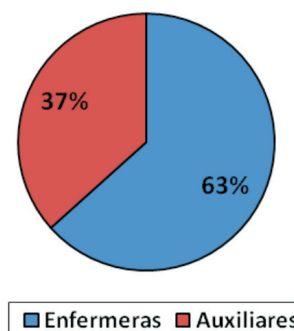


Fig. N° 14: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en hospitales del interior de la subregión Andina.

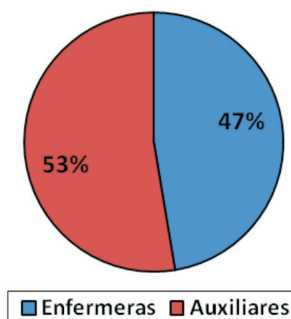


Fig N° 15: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en hospitales de capital de la subregión Centro, México y el Caribe latino

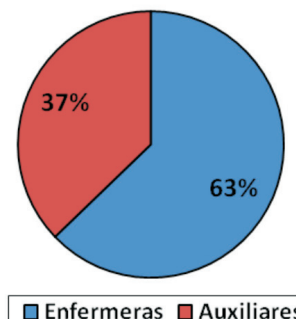


Fig N° 16: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en hospitales de interior de la subregión Centro, México y el Caribe latino

Si se considera a Argentina de manera particular, el comportamiento de la distribución según nivel de formación en hospitales de capital es de 78% y en el interior 40% para enfermeras profesionales (Figura N° 17 y 18).

También es interesante resaltar que Brasil es un país que presenta según los hospitales ingresados en este estudio, el mayor número de auxiliares de la subregión Sur.

Otro dato que se diferencia de la región LA de manera particular y única es Cuba, ya que presenta un 100% de enfermeras profesionales tanto en capital como en el interior del país.

Esto sin lugar a dudas muestra igual posibilidad de recibir cuidados profesionales a la población que reside en capital como en el interior.

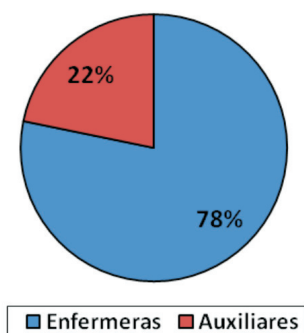


Fig. N° 17: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en hospitales de capital de Argentina.

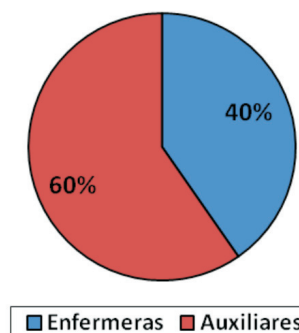


Fig. N° 18: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en hospitales del interior de Argentina.

Los resultados obtenidos del personal de enfermería de las subregiones de LA en relación a la dependencia de las instituciones hospitalarias relevadas (Público, Privado y Mixto) se puede observar que en la sub región Sur, el mayor porcentaje se ubica en la dependencia pública con un 76%, seguido de la privada con 13% y el 10% para el sector mixto (Figura N° 19).

En la subregion Andina el comportamiento de los datos se muestra diferente, siendo idéntico porcentaje para los mixtos y públicos con un 44% y un 12 % para el privado (Figura N° 20).

Por su parte en la subregion Centro, la dependencia pública concentra el porcentaje más alto, 94% y el 6% para el sector privado, sin datos de hospitales del sector mixto (Figura N° 21).

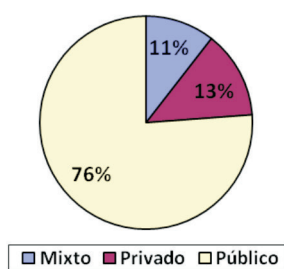


Fig. N 19: Distribución del total del personal de enfermería en los hospitales de dependencia pública, privada y mixta en la subregión Sur

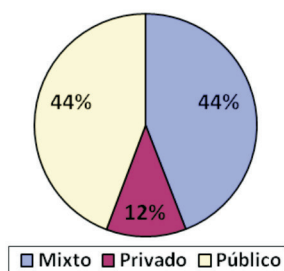


Fig. N 20: Distribución del total del personal de enfermería en los hospitales de dependencia pública, privada y mixta en la subregión Andina

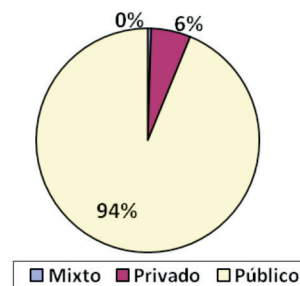


Fig. N 21: Distribución del total del personal de enfermería en los hospitales de dependencia pública, privada y mixta en la subregión Centro.

Cuando se intenta analizar estos mismos datos, pero mostrando la diferencia por formación del personal de enfermería en las diferentes subregiones, la subregión Sur, muestra que en el ámbito público y privado los porcentajes de auxiliares son del 82% y 68% y de profesionales el 18% y 32%, respectivamente.

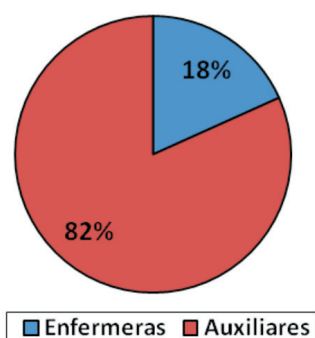


Fig N° 22: Distribución del personal de enfermería según su nivel de formación en hospitales de dependencia pública de la subregión Sur.

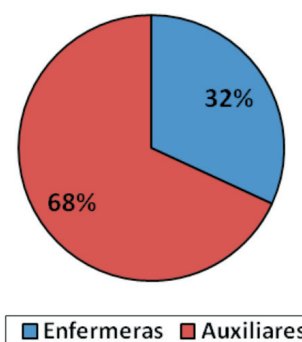


Fig N° 23: Distribución del personal de enfermería según su nivel de formación en hospitales de dependencia privada de la subregión Sur.

En la subregión Andina los datos se muestran similares a la subregión Sur, en ámbitos mixtos y públicos, los porcentajes en profesionales y auxiliares son 54%, 57% y 46%, 43%, correspondientemente (Figuras N° 24 y 26). En el ámbito privado los porcentajes son 52% de auxiliares y 48% de profesionales (Figura N° 25).

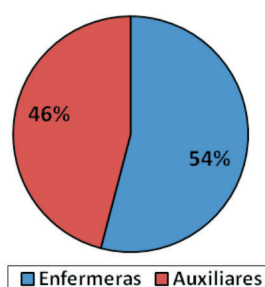


Fig N° 24: Distribución del personal de enfermería según su nivel de formación en hospitales de dependencia pública de la subregión Andina.

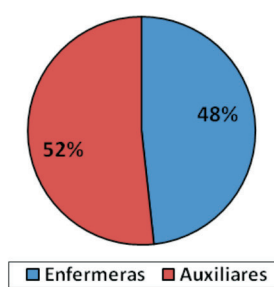


Fig N° 25: Distribución del personal de enfermería según su nivel de formación en hospitales de dependencia privada de la subregión Andina.

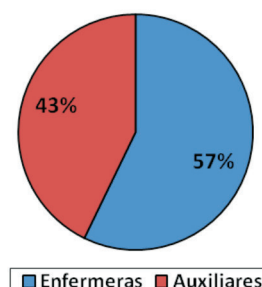


Fig N° 26: Distribución del personal de enfermería según su nivel de formación en hospitales de dependencia mixta de la subregión Andina.

En la subregión Centro los datos de dependencia pública según nivel de formación se observan con mayor porcentaje de enfermeros profesionales, un 55% (Figura N° 27).

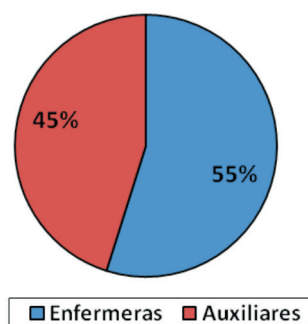


Fig N° 27: Distribución del personal de enfermería según su nivel de formación en hospitales de dependencia pública de la subregión Centro, México y el Caribe Latino.

Al comparar la distribución de personal de enfermería en los hospitales del ámbito de dependencia **privado** entre la subregión Sur y la subregión Andina, se puede afirmar que la posibilidad de ser atendido por profesionales en subregión Andina es 1,99 mayor que en la subregión Sur (IC (0,95): 1,75 a 2,28) ($p < 0,0001$). No habiendo diferencia significativa entre las otras regiones.

Cuando la comparación la realizamos en los hospitales de dependencia **pública**, se puede afirmar que entre la subregión Sur versus Andina, la posibilidad de ser atendido por enfermeras profesionales es 5,27 veces mayor en la subregión Andina (IC (0,95): 4,93 a 5,64) ($p < 0,0001$). Entre la subregión Sur versus Centro, la posibilidad encontrada de ser atendido por profesionales es de 5,54 veces mayor en la subregión Centro (IC (0,95): 5,18 a 5,7) ($p < 0,0001$). En cambio no se hallaron diferencias significativas. entre la subregión Centro versus Andina.

Al identificar los resultados en la República Argentina en los ámbitos privado y público en relación a la formación del personal de enfermería de los hospitales ingresados a este estudio se ve un porcentaje mayor de profesionales en ambos casos (Figuras N° 28 y 29)

Es importante destacar que todos los hospitales relevados en Cuba son públicos y con el 100% de personal de enfermería profesional.

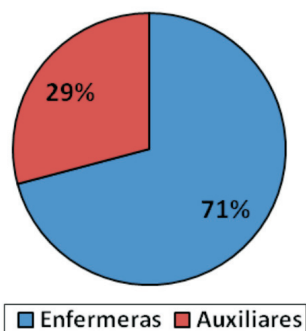


Fig N° 28: Distribución del personal de enfermería según su nivel de formación en hospitales de dependencia pública en Argentina.

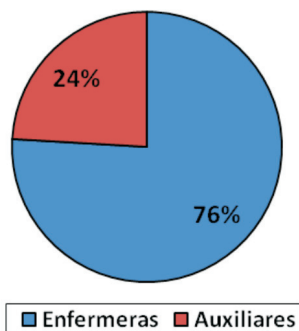


Fig N° 29: Distribución del personal de enfermería según su nivel de formación en hospitales de dependencia privada en Argentina.

CENTROS DE SALUD

Con relación al instrumento N° 2 que fue relevado en los centros de salud de los diferentes países de la Región LA. y teniendo en cuenta el primer objetivo específico composición del recurso humano de enfermería según su nivel de formación y jerarquía de puestos en servicios de salud, modalidad de prestaciones, tamaño, localización, dependencia y turnos, los datos expresan que en el total de centros de salud (n:152) ingresados al estudio, la composición del colectivo de enfermería esta dada por porcentajes similares, un 48,72% de profesionales y un 51,28% de auxiliares de enfermería (Figura N° 30).

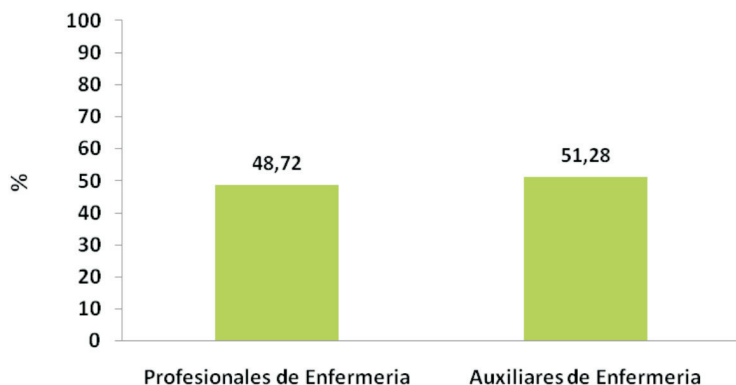


Figura N° 30: Composición del recurso humano de enfermería de Centros de Salud según su nivel de formación, profesionales y auxiliares, en la región de LA.

Al mirar los datos arrojados por los países de la subregión Sur se puede observar que la composición del colectivo de enfermería, según su nivel de formación en los centros de salud, tiene características propias, siendo Argentina el país de la subregión que muestra mayor porcentaje de profesionales de enfermería, (69%), seguido de Brasil, Uruguay y Paraguay y los países que guardan mayor semejanza en los porcentajes entre el nivel de profesionales y auxiliares. Otro aspecto importante se observa al fijar el análisis, en que el mayor porcentaje de auxiliares de la subregión, es para Paraguay. El comportamiento de los datos aquí según nivel de formación es diferente al que presentan los hospitales, pudiéndose observar que el mayor porcentaje en los centros de salud es de auxiliares de enfermería (Figura N°31).

Al mirar de manera particular como aportan los países a la subregión, se observa que de los centros de salud ingresados al estudio es Paraguay el que aporta más a la sub región Sur (Figura N° 31).

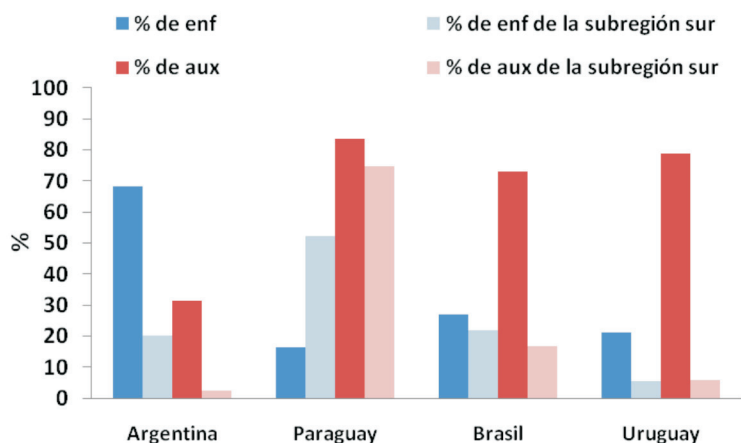


Figura N° 31: Composición del recurso humano de enfermería de los Centros de Salud según su nivel de formación, profesional y auxiliar y su aporte a la sub región sur

Cuando centramos el análisis en la subregión Andina los datos reflejan que en todos los países, menos en Ecuador, los centros de salud del estudio tienen mayor cantidad de auxiliares de enfermería que de enfermeras profesionales. En relación al aporte de recursos humanos de enfermería a esta sub región, es Ecuador el que aporta mayor porcentaje de profesionales y Bolivia de auxiliares (Figura N° 32).

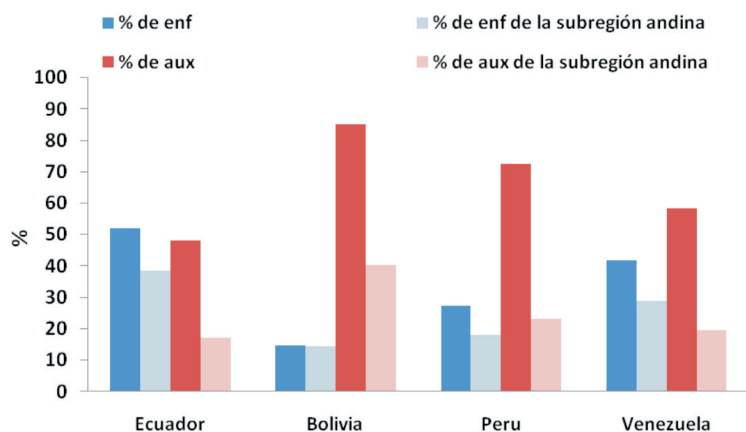


Figura N° 32: Composición del recurso humano de enfermería de los Centros de Salud según su nivel de formación, profesional y auxiliar y su aporte a la sub región Andina

Los datos aportados por la subregión Centro muestran que el país que se diferencia fuertemente de toda la subregión es Cuba, ya que presenta un 100% de enfermeras profesionales en todos los centros de salud estudiados, esto genera solo aportes de profesionales a la sub región. Cabe destacar que en El Salvador hay un porcentaje mayor de profesionales que de auxiliares y en el resto de los países de la subregión se muestra mayor porcentaje de auxiliares de enfermería que de profesionales. En Guatemala se observa el mayor porcentaje de auxiliares de la subregión. Al analizar el aporte que realizan los países a la sub región centro, después de Cuba, México, Panamá y Nicaragua son los de mayor aporte de profesionales (Figura N° 33).

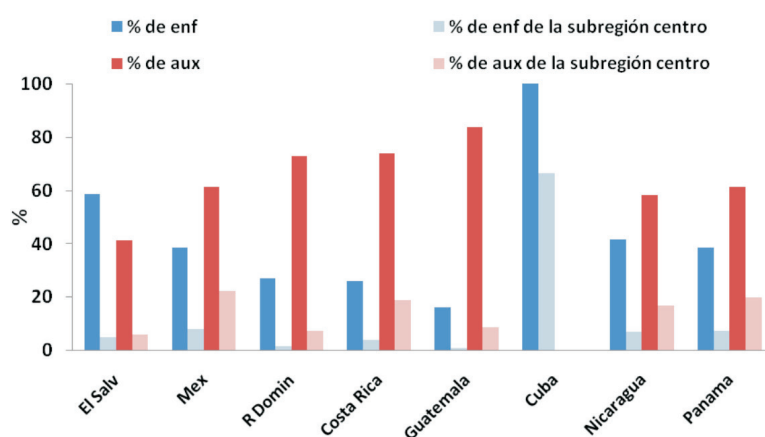


Figura N° 33: Composición del recurso humano de enfermería de los Centros de Salud según su nivel de formación, profesional y auxiliar y su aporte a la sub región Centro.

En relación a como se distribuye según los turnos de trabajo el personal de enfermería en los Centros de Salud de la región de LA, los datos nos revelan que, el 68% del total de personal de enfermería se encuentra designado para el turno de mañana, mientras que para los turnos restantes, tarde con un 22% y noche con un 10%, estos resultados guardan relación con el horario

de atención, ya que hay 36 centros de salud con atención de 24 hs., de doble turno mañana y tarde hay 48 centros y 69 centros funcionan únicamente en el horario matutino (Figura N° 34).

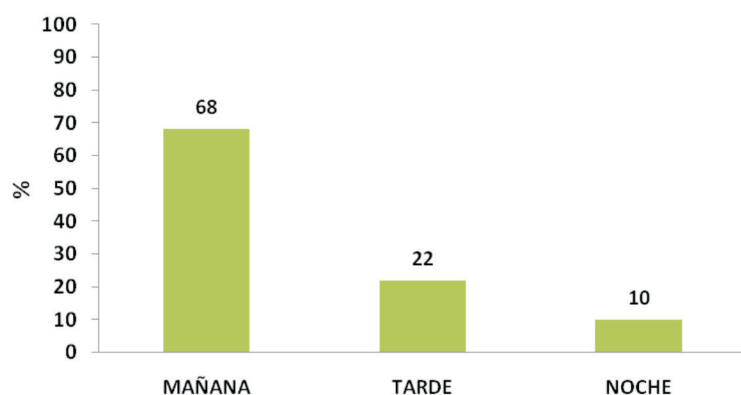


Figura N° 34: Composición del recurso humano de enfermería en los Centros de Salud en la región de LA según su distribución por turnos.

Los siguientes hallazgos muestran el promedio de la relación población de referencia de los centros de salud por cada personal de enfermería en los países de la región LA. y la relación número de enfermeras con número de médicos. Es importante destacar aquí que el número menor de centros ingresados por país fue de 7 y el mayor de 11.

Los países que tienen mayor población de referencia por enfermera por Centro de Salud son Guatemala, Venezuela y Ecuador, los números más bajos son para Cuba y Paraguay (Figura N° 35).

Argentina muestra un promedio de la relación población de referencia por personal de enfermería igual a 2.000 personas por enfermera (Figura N° 35).

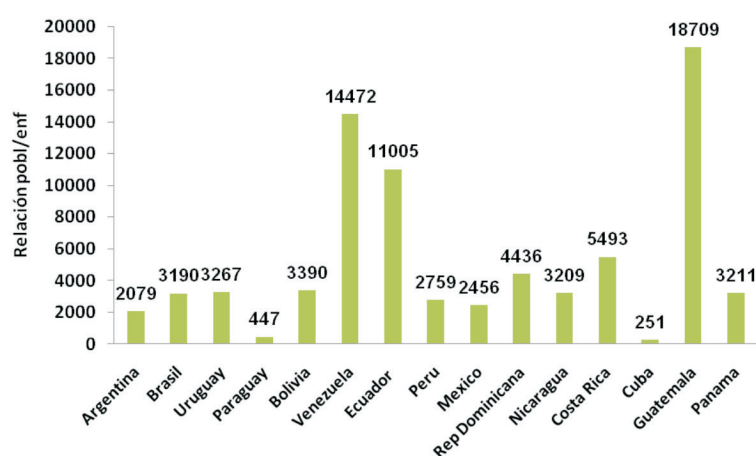


Figura N° 35: Promedio de la relación población de referencia de los Centros de salud por personal de enfermería en los países de la región LA

El análisis estadístico nos permite afirmar que en la relación numero de enfermeras con total poblacional de referencia por centro de salud, no hay diferencia significativa entre los países de LA ($p=0,0172$).

Al analizar el promedio de la relación entre el personal de enfermería y médicos en los Centros de Salud de la región LA., dicha relación va desde el 0.5 en República Dominicana al 3.7 en Guatemala de enfermeras por médico (Figura N° 36).

Al mirar los datos de Argentina la relación que se establece de 1.2 enfermera por médico en los Centros de Salud relevados, es muy similar a la que se establece en los hospitales de las mismas ciudades (Figura N° 36).

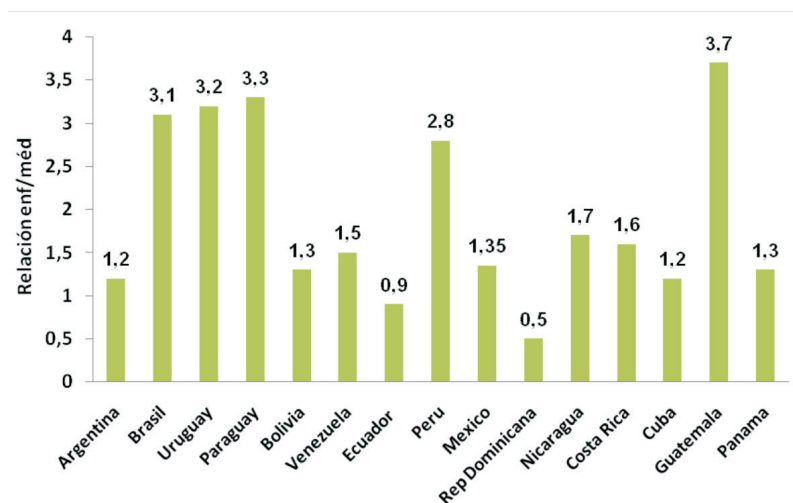


Figura N° 36: Promedio de la relación del personal de enfermería por el personal médicos en centros de salud, de los países de la región LA

Al estudiar el promedio de la relación enfermera- médico de los centros de salud, podemos afirmar que no hay diferencia significativa entre los países de LA ($p=0,08$).

Otra dimensión que resulta interesante analizar es la jerarquía de puestos de enfermería en centros de salud, por lo tanto, mirar la relación entre personal de conducción y total de personal de enfermería en la región y por país, dan resultados que expresan un promedio que va desde 3,57 personal de enfermería a cargo de conducción en Perú, a 36,5 en Brasil (Figura N° 37).

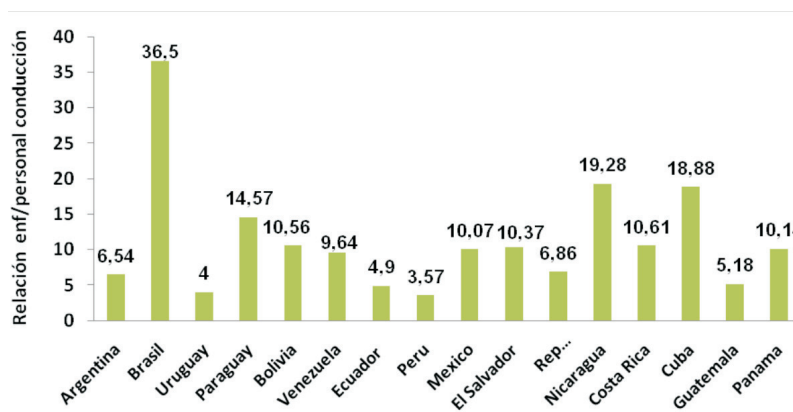


Figura N° 37: Promedio de la relación del personal total de enfermería a cargo del personal conducción en los Centros de Salud en los países de la región de LA

Al estudiar la presente relación podemos aseverar que existen diferencias significativas entre los países, con ($p < 0,0001$). También se puede afirmar que Brasil tiene una relación significativamente mayor al resto de los países de LA (figura 37 bis).

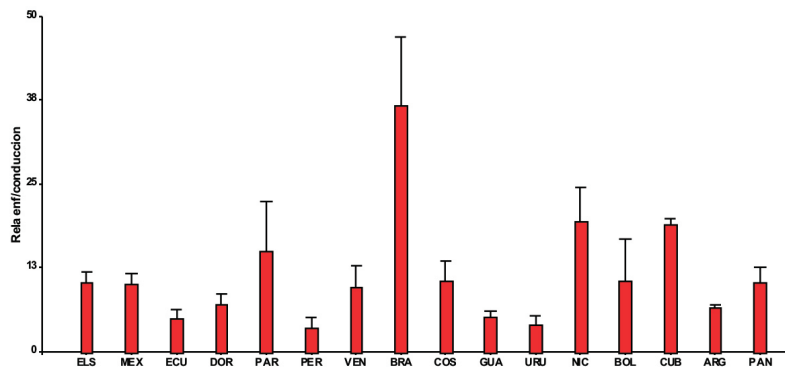


Figura N° 37 bis: Relación significativamente mayor de Brasil con respecto a los demás países, según personal total de enfermería a cargo del personal conducción en los Centros de Salud en los países de la región de LA

Los resultados de la distribución del total de personal de enfermería en los centros de salud de las subregiones, según la localización de los mismos muestran que en la subregión Sur el porcentaje mayor está en la capital con 86%, un 13% para el interior y el 1% restante para rurales. Por su parte la sub región Andina el mayor porcentaje se concentra en el interior con un 61% y la subregión Centro tiene porcentajes del 40% para capital, del 26% para el interior y un 34 % para la zona rural (Figuras N° 38,39 y 40).

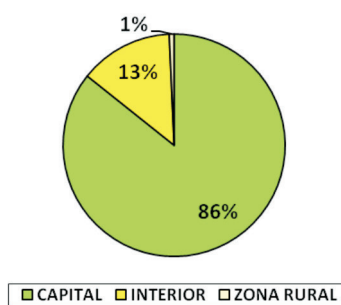


Fig N° 38: Distribución del total del personal de enfermería en centros de capital, interior y zona rural en las subregion Sur

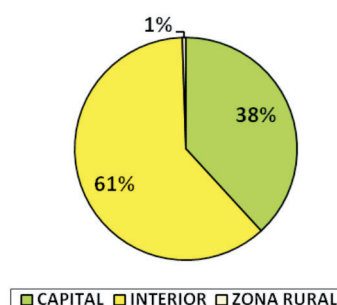


Fig N° 39: Distribución del total del personal de enfermería en centros de capital, interior y zona rural en las subregion Andina

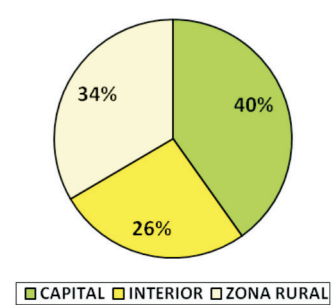


Fig N° 40: Distribución del total del personal de enfermería en centros de capital, interior y zona rural en las subregion Centro, México y el Caribe Latino

En la subregión Sur al comparar la distribución del personal de enfermería según niveles de formación en la localización capital e interior se pueden observar porcentajes mayores para auxiliares de enfermería en ambas dependencias (Figuras N° 41 y 42).

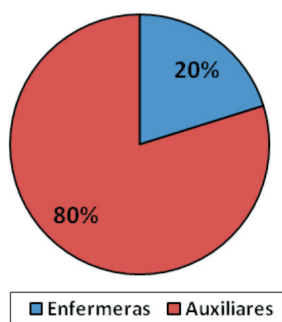


Fig. N° 41: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros de capital de la subregión Sur.

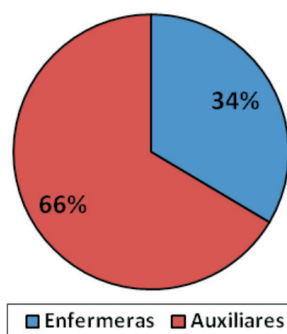


Fig. N° 42: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros de interior de la subregión Sur.

Al mirar la subregión Andina se observa que la distribución del personal de enfermería según niveles de formación en la localización capital e interior ambos presentan mayor porcentaje de auxiliares de enfermería que de profesionales. La zona rural presenta un solo centro relevado (Figuras N° 43 y 44).

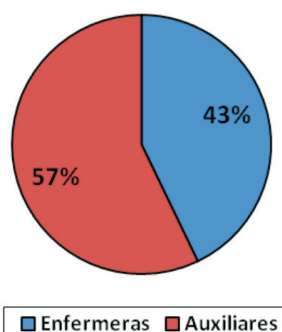


Fig. N° 43: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros de capital, de la subregión Andina.

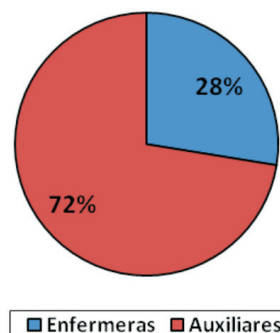


Fig. N° 44: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros de interior, de la subregión Andina

Al mirar la subregión Centro se observa que en cuanto a la distribución del personal de enfermería según niveles de formación en las distintas localizaciones mayor porcentaje de profesionales en interior y zona rural, y en capital porcentajes idénticos (Figuras N° 45, 46 y 47).

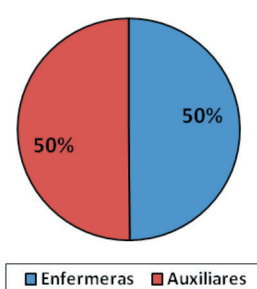


Fig N° 45: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros de capital de la subregión Centro, México y el caribe latino.

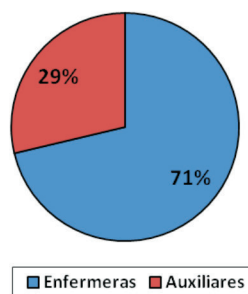


Fig N° 46: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros de interior de la subregión Centro, México y el caribe latino.

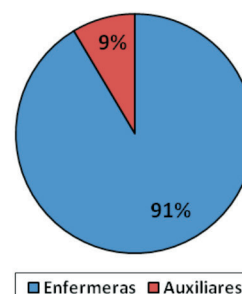


Fig N° 47: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros de zona rural de la subregión Centro, México y el caribe latino.

Al centrar el análisis en la República Argentina los datos expresan que tanto en capital como en el interior hay mayor porcentaje de enfermeras profesionales.

Es interesante señalar que el interior (Córdoba) en los centros de salud de este estudio presenta un 10% más de profesionales que la Capital (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) (Figura N° 48 y 49).

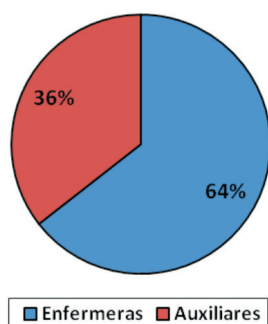


Fig N° 48: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros de capital de Argentina.

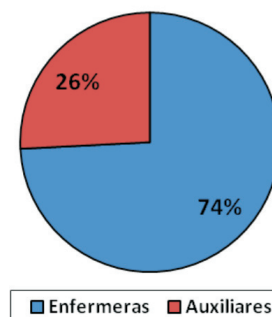


Fig N° 49: Distribución del personal de enfermería según nivel de formación en centros del interior de Argentina.

Al comparar la distribución de personal de enfermería en los centros de salud de localización capital entre la subregión Sur y Andina, se puede afirmar que no hay diferencia significativa entre ambas. Al observar la subregión Sur y la subregión Centro existe una posibilidad 4,9 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la subregión Sur que en la subregión Centro (IC (0,95): 3,43 a 7,07) ($p < 0,0001$).

Por su parte en la comparación entre subregión Centro y Andina, se puede aseverar que existe una posibilidad de 6,54 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la subregión Centro (IC (0,95): 4,74 a 8,99) ($p < 0,0001$).

Cuando la comparación la realizamos en los centros de salud de localización interior, se puede afirmar que entre la subregión Sur versus Andina, la posibilidad de ser atendido por auxiliares de enfermería es 2,97 veces mayor en la subregión Sur (IC (0,95): 2,07 a 4,26) ($p < 0,0001$).

Entre la subregión Sur versus Centro, la posibilidad encontrada de ser atendido por auxiliares de enfermería es de 3,94 veces mayor en subregion Sur (IC (0,95): 3,26 a 4,75) ($p < 0,0001$). Por otra parte, entre la subregión Centro y la Andina no hay diferencias significativas

La **Zona rural** no se analiza por ser muy escasos los centros relevados.

Los resultados obtenidos de cómo se sitúa el total de personal de enfermería de las subregiones de LA en relación a la dependencia de los centros de salud relevados (Público, Privado y Mixto) se puede observar que en la sub región sur, el mayor porcentaje se ubica en la dependencia Pública con un 73%, seguido de la privada con 26% y solo el 1% para el sector mixto (Figura N° 51).

En la subregion Andina el comportamiento de los datos se muestra diferente ya que el 100% de los centros son públicos (Figura N° 52).

Por su parte la subregion Centro, la dependencia pública concentra el porcentaje más alto, 92%, seguido de lo mixto en un 6% y una escasa proporción para privados con un 2% (Figura N° 52).

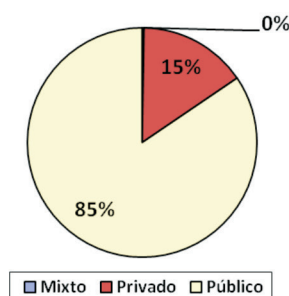


Fig N° 50: Distribución del total del personal de enfermería según dependencia de los centros de salud en la subregion Sur.

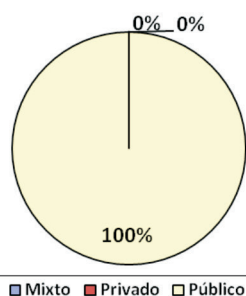


Fig N° 51: Distribución del total del personal de enfermería según dependencia de los centros de salud en la subregion Andina.

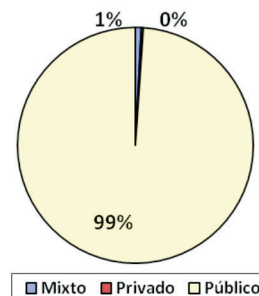


Fig N° 52: Distribución del total del personal de enfermería según dependencia de los centros de salud la subregion Centro.

Cuando se analizan estos mismos datos, pero mostrando la diferencia por formación del personal de enfermería en las diferentes subregiones LA., en la subregión Sur, muestra que en el ámbito público el porcentaje de auxiliares es del 83 % y de profesionales un 17% (Figura N° 53).

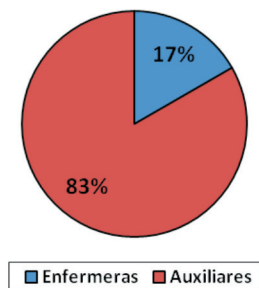


Fig N° 53: Distribución del personal según nivel de formación en centros de dependencia pública de la subregión Sur

En la subregión Andina, los centros de salud solo son públicos y muestran porcentajes menores en profesionales que en auxiliares de enfermería (Figura N° 54).

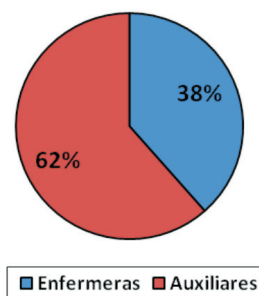


Fig N° 54: Distribución del personal según nivel de Formación en centros públicos de la subregión Andina.

En la subregión Centro los datos según nivel de formación en la dependencia pública muestran un mayor porcentaje de auxiliares de enfermería (Figura N° 55).

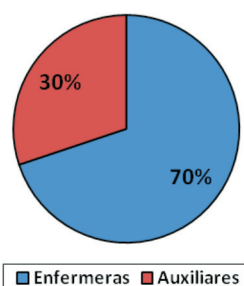


Fig N° 55: Distribución del personal según nivel de formación en centros de dependencia pública de la subregión Centro, México y el Caribe latino.

Al mirar los datos en Argentina se puede observar que el porcentaje de profesionales para los centros de salud tanto públicos como privados es mayor que el de auxiliares, esto es diferente al comportamiento de todas las subregiones (Figura N° 56 y 57).

Se podría inferir que los centros de salud de este país tienen fuerte compromiso con el cuidado profesional dedicado a la protección y prevención de la salud.

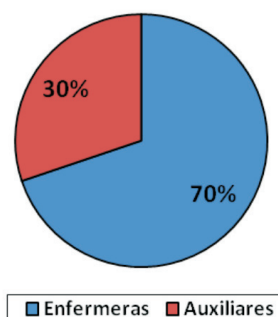


Fig N ° 56: Distribución del personal según nivel de formación en centros de dependencia pública de Argentina

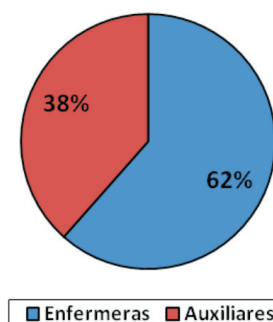


Fig N ° 57: Distribución del personal según nivel de formación en centros de dependencia privada de Argentina

Al analizar la diferencia entre las subregiones al respecto de cómo se distribuye el personal se enfermería según niveles de formación y dependencia de los centros de salud se puede afirmar que a nivel de dependencia pública el comportamiento es el siguiente:

La subregión Sur versus Andina muestra una posibilidad de 3,12 veces mayor de ser atendido por auxiliares de enfermería en la subregión Sur (IC (0,95): 2,36 a 4,12) ($p < 0,0001$).

En la subregión Sur versus Centro existe la posibilidad de 11,58 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en el Centro (IC (0,95): 9,64 a 13,9) ($p < 0,0001$).

Por su parte la subregión Centro versus Andina muestra una posibilidad de 3,71 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en el Centro (IC (0,95): 2,94 a 4,68) ($p < 0,0001$).

HOSPITALES

Los hallazgos referidos al segundo objetivo específico de la siguiente investigación que expresa la distribución del recursos humanos de enfermería en las unidades de atención según especialidad y complejidad de atención de los hospitales relevados en la región LA., nos indican que en la subregión Sur, en las unidades de cuidados generales (clínica médica, clínica quirúrgica, traumatología), la distribución del total de enfermería según nivel de formación es del 29% para enfermeras profesionales y del 71% para auxiliares de enfermería, por su parte la

subregión Centro tiene un compartimiento muy similar a la anterior con porcentajes del 30% para enfermeras y 70% para auxiliares. En cambio en la subregión Andina, las enfermeras ocupan el 53% y la auxiliares de enfermería el 47% (Figuras N° 58, 59 y 60).

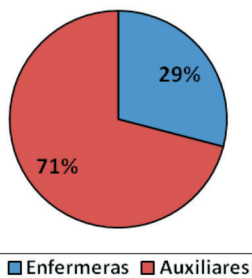


Fig N° 58. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados Generales en los hospitales de la subregión Sur.

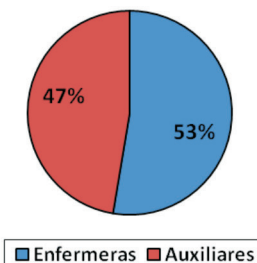


Fig N° 59. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados Generales en los hospitales de la subregión Andina.

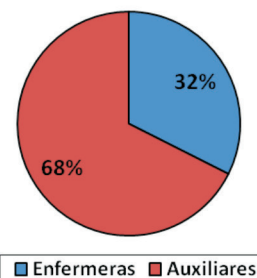


Fig N° 60. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados Generales en los hospitales de la subregión Centro.

Al mirar los hallazgos en los hospitales de la R Argentina, se puede observar que el personal de enfermería según niveles de formación se distribuye en las unidades de cuidados generales con un 59% para enfermeras profesionales y un 41% para auxiliares de enfermería. Esto muestra que Argentina posee la mayor dotación de profesionales de enfermería en esta especialidad en la subregión Sur (Figura N° 61).

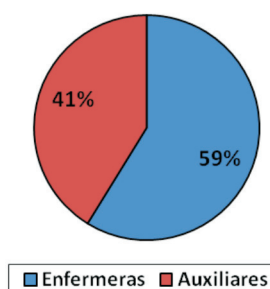


Fig N° 61: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados Generales en los hospitales de Argentina.

Al observar el comportamiento de la distribución de personal de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de cuidados generales se puede afirmar que la subregión Sur versus Andina, existe la posibilidad de 2,71 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la subregión Andina (IC (0,95): 2,31 a 3,18) ($p < 0,0001$).

Por su lado entre la subregión Sur versus Centro, no hay diferencias significativas. En la subregión Centro versus Andina, existe la posibilidad 2,32 mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la subregión Andina (IC (0,95): 2,07 a 2,59) ($p < 0,0001$).

Al considerar los datos en los servicios de cuidados intensivos se puede poner a la vista el comportamiento del personal de enfermería según nivel de formación de la siguiente manera, en la subregión Sur y Andina los porcentajes son iguales, 42% para enfermeras profesionales y 58% para auxiliares de enfermería, mientras en la subregión Centro el porcentaje mayor, 62% es para las enfermeras profesionales (Figuras N° 62, 63 y 64).

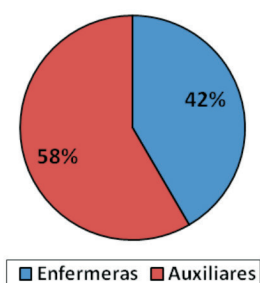


Fig N° 62. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados intensivos de los hospitales de las subregión Sur

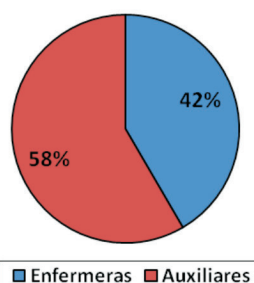


Fig N° 63. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados intensivos de los hospitales de las subregión Andina

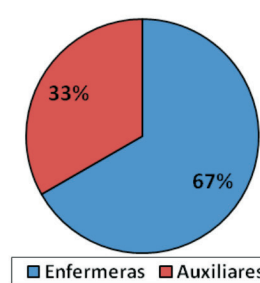


Fig N° 64. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados intensivos de los hospitales de las subregión Centro

Cuando se identifican los datos del personal de enfermería según nivel de formación en los servicios de cuidados intensivos en los hospitales de la R Argentina, el personal de enfermería se distribuye con un 81% para enfermeras profesionales y un 19% para auxiliares de enfermería. Esto nos permite inferir que Argentina posee la mejor dotación de profesionales de la región como Sur, en esta dimensión estudiada (Figura N°:65).

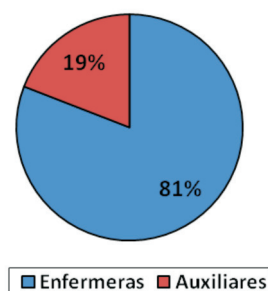


Fig N° 65. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados intensivos de los hospitales de Argentina.

Por los datos anteriores y según los resultados estadísticos al respecto de la *distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cuidados intensivos de los hospitales* podemos afirmar que existe diferencia significativa entre la subregión Sur versus Andina, donde hay una posibilidad de 3,36 mayo de ser atendido por enfermeras profesionales en la Andina (IC (0,95): 2,77 a 4,08) ($p < 0,0001$). Por su lado la subregión Sur versus Centro, muestra la posibilidad de 2,81 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en el Centro (IC (0,95): 2,41 a 3,28) ($p < 0,0001$). No pudiendo afirmar entre la subregiones Centro versus Andina diferencias significativas.

Cuando centramos el análisis en la distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación, en los servicios de cirugía en los hospitales relevados, los datos reflejan que la subregión Andina muestra el mayor porcentaje de enfermeras profesionales en esta especialidad con un 60%, en cambio en la subregión Sur solo el 22% corresponde a profesionales y por su parte la subregion Centro con un 37%. - (Figuras N° 66, 67 y 68).

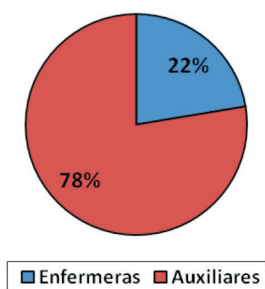


Fig N° 66. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cirugía en los hospitales de la subregión Sur

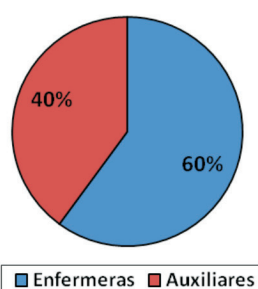


Fig N° 67. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cirugía en los hospitales de la subregión Andina

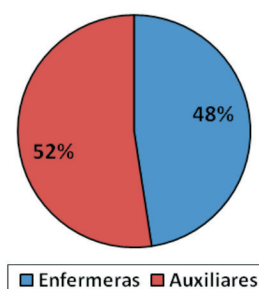


Fig N° 68. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cirugía en los hospitales de la subregión Centro

En los servicios de cirugía de los hospitales de la Republica Argentina ingresados en este estudio se puede observar claramente que los enfermeros profesionales representan el 57% del total de personal de enfermería de ese sector. Nuevamente el mejor porcentaje de profesionales de la subregión Sur es para la R Argentina (Figura N° 69).

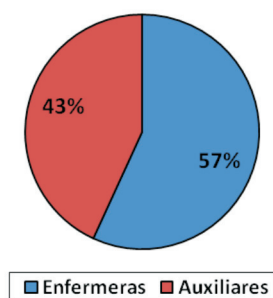


Fig N° 69. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Cirugía en los hospitales de Argentina.

Con respecto a la distribución del personal de enfermería, según su nivel de formación en la especialidad de cirugía en los hospitales de la región de LA, podemos afirmar que la subregión Sur versus Andina, hay una posibilidad 5,23 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la Andina (IC (0,95): 4,2 a 6,5) ($p < 0,0001$). Por otro lado la subregión Sur versus Centro, tiene la posibilidad 3,15 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la subregión Centro (IC (0,95): 2,56 a 3,88) ($p < 0,0001$). Podemos afirmar que la subregión Centro versus Andina tiene una posibilidad 1,66 veces mayor de ser atendido por profesionales en la subregión Andina (IC (0,95): 1,46 a 1,89) ($p < 0,0001$).

Al considerar el servicio de partos, los resultados expresan que en la subregión Andina lleva el mayor porcentaje de profesionales con un 57%, seguida de la subregión Centro con un 44% y en el último lugar la subregión Sur con un 30% de enfermeras profesionales (Figuras N° 70, 71 y 72).

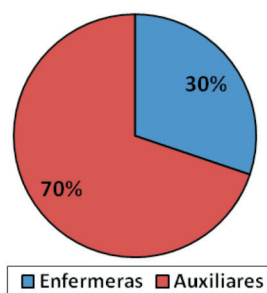


Fig N° 70. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Partos en los hospitales de la subregión Sur.

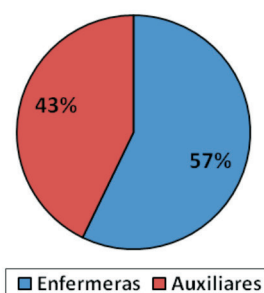


Fig N° 71. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Partos en los hospitales de la subregión Andina.

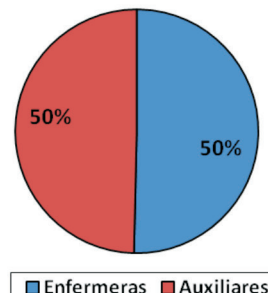


Fig N° 72. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Partos en los hospitales de la subregión Centro.

El recurso humano de enfermería en la especialidad de partos en los hospitales de la República Argentina se comporta de la siguiente manera según el nivel de formación, 59% de enfermeras profesionales y un 41% para auxiliares de enfermería (Figura N° 73).

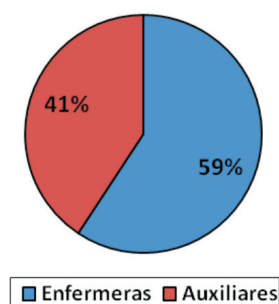


Fig N° 73. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Partos en los hospitales de Argentina.

Con respecto a la distribución del personal de enfermería, según su nivel de formación en la especialidad de partos en los hospitales de la región de LA, podemos afirmar que la subregión Sur versus Andina, hay una posibilidad 3,09 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la Andina (IC (0,95): 2,31 a 4,14) ($p < 0,0001$).

Por otro lado la subregión Sur versus Centro, tiene la posibilidad 2,35 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la subregión Centro (IC (0,95): 1,88 a 2,93) ($p < 0,0001$).

Cuando nos centramos en “partos” y se analizan las subregiones Andinas y Centro, no se puede asegurar con certeza que hay diferencia, ya que la p está muy próxima a 0,05 y se puede observar esto con el valor del límite superior del OR que es casi 1.

La última especialidad considerada para su análisis en los hospitales de la región de LA. es la de Emergencias. Las subregiones Andina y Centro presentan similitudes en la distribución del personal de enfermería según su nivel de formación, expresando un 47% y un 42% para profesionales respectivamente. Por su lado, la subregión Sur muestra un alto porcentaje de auxiliares de enfermería en esta especialidad 73% (Figuras N° 74, 75 y 76).

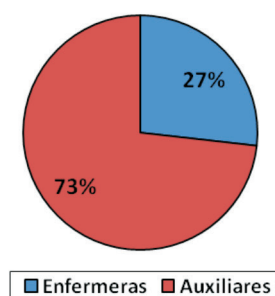


Fig N° 74. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Emergencia en los hospitales de la subregión Sur.

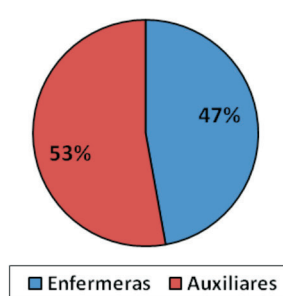


Fig N° 75. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Emergencia en los hospitales de la subregión Andina.

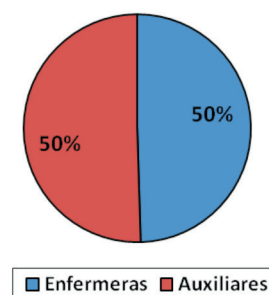


Fig N° 76. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Emergencia en los hospitales de la subregión Centro.

Argentina como viene exponiendo en todas las otras especialidades se diferencia de la subregión Sur mostrando en la especialidad de emergencias una dotación del 43% para enfermeras profesionales y el resto para auxiliares de enfermería (Figura N° 87).

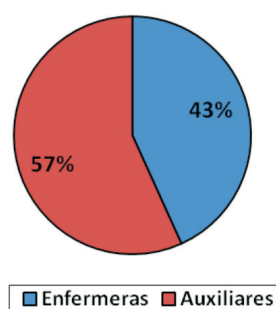


Fig N° 77. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en la especialidad de Emergencia en los hospitales de Argentina.

Con respecto a la distribución del personal de enfermería, según su nivel de formación en la especialidad de emergencias en los hospitales de la región de LA, podemos afirmar que la subregión Sur versus Andina, hay una posibilidad 2,44 veces mayor de ser atendido por auxiliares de enfermería en la subregión Sur (IC (0,95): 2,06 a 2,09) ($p < 0,0001$). Por otra parte la subregión Sur versus Centro posibilidad de 2,68 veces mayor de ser atendido por auxiliares de enfermería en la subregión Centro (IC (0,95): 2,29 a 3,15) ($p < 0,0001$). Mientras que la subregión Andina versus Centro, no hay diferencias significativas, ya que la ($p > 0,05$).

CENTROS DE SALUD

Cuando se presta atención a los centros de salud de las subregiones de LA, en función a su oferta de atención, en relación al número de consultorios que poseen, se puede observar que aquellos de hasta 10 consultorios, siempre tienen las especialidades de clínica médica, cuando además presentan complejidad media también tienen especialidad de obstetricia y pediatría en un 90% de los casos en estudio. Con respecto a la especialidad salud mental, no podemos relacionar ni con cantidad de consultorios ni complejidad, hay un 50% de centros que dicen tener consultorio de salud mental, el mismo comportamiento se expresa para la especialidad de salud bucal. Aquellos centros que presentan más de 10 consultorios en su totalidad son de complejidad media o alta, en un 90% poseen laboratorios de análisis clínicos y en un 10% rayos X.

Con respecto a como se distribuye el personal de enfermería en los centros de salud según su nivel de formación y según el número de consultorios, se puede observar que en la subregión Sur, tanto en los que poseen mas de 10 como en los de hasta 10 consultorios, el porcentaje de profesionales y auxiliares es muy similar (Figuras N° 78 y 79). Por su lado la subregión Andina muestra mayor porcentaje de profesionales en los centros de salud de hasta 10 consultorios (Figuras N° 80 y 81). En cuanto a la subregión centro, México y el Caribe latino los centros de salud de más de 10 consultorios es donde se refleja el porcentaje mayor de profesionales (Figuras N° 82 y 83).

Cuando se analiza a la R Argentina se observa que en los centros de salud de hasta 10 consultorios hay mayor concentración de profesionales de enfermería con un 75%, (Figuras N° 84 y 85).

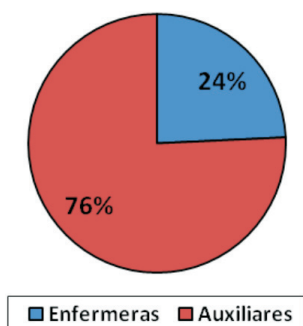


Fig N° 78. Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud con hasta diez consultorios en subregión Sur.

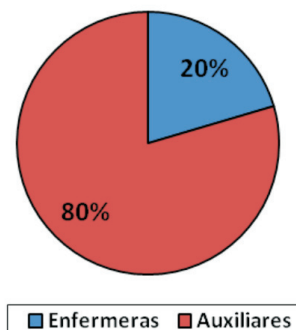


Fig . N° 79: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud con mas diez consultorios en subregión Sur

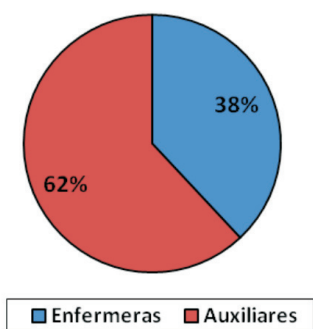


Fig. N° 80: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud de hasta diez consultorios en subregión Andina

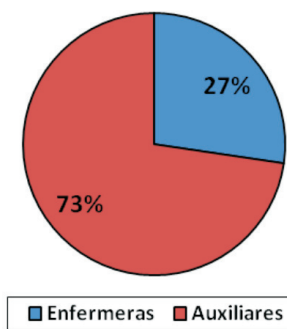


Fig. N° 81: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud de más de diez consultorios en subregión Andina

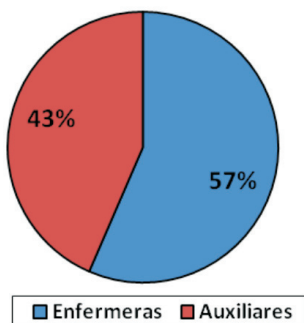


Fig. No 82: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud según el número de consultorios en subregión Centro, México y el Caribe latino

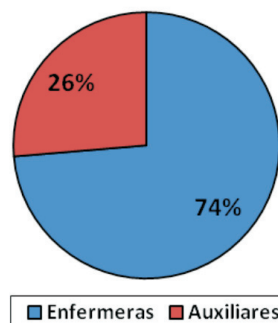


Fig. No 83: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud según el número de consultorios en subregión Centro, México y el Caribe latino

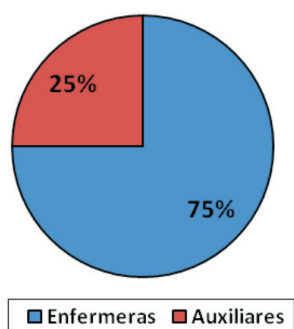


Fig. No 84: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud según el número de consultorios en Argentina

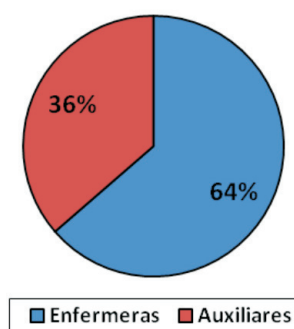


Fig. No 85: Distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud según el número de consultorios en Argentina

Se puede afirmar al respecto de la *distribución del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en centros de salud según el número de consultorios*, que en los centros de

hasta 10 consultorios, la subregión Sur versus Andina no tienen diferencias significativas, esto se mantiene ya que la subregión Sur versus Centro tampoco presentan diferencias significativas. Por su lado la subregión Centro versus Andina tiene una posibilidad de 2,11 veces mayor de ser atendido por enfermeras profesionales en la subregión Centro (IC (0,95): 1,56 a 2,87) ($p < 0,0001$).

Los datos nos revelan que de los centros de salud que ingresaron a este estudio, los que pertenecen a las subregiones Sur y Centro mayoritariamente son de complejidad alta, (Figuras N° 86 y 88), mientras que en la subregión Andina la complejidad de mayor porcentaje es la media (Figura N°87).

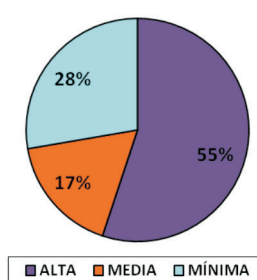


Fig. N° 86: Centros de salud según complejidad alta, media y mínima de la subregión Sur.

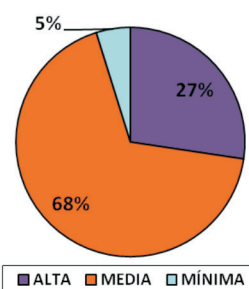


Fig. N° 87: Centros de salud según complejidad alta, media y mínima de la subregión Andina.

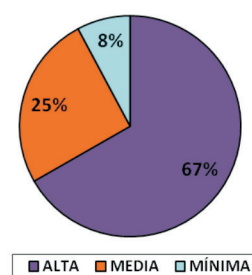


Fig. N° 88: Centros de salud según complejidad alta, media y mínima de la subregión Centro.

Al iniciar el análisis del comportamiento de la dotación del personal de enfermería según nivel de formación en los centros de salud de las subregiones según su complejidad, podemos observar que en los centros de salud de complejidad mínima de la subregión Sur, muestran un porcentaje de enfermeras profesionales menor que el de auxiliares, 20% y 80% respectivamente. (Figura N° 89).

Es de destacar que no es analizada la misma variable en los centros de complejidad media y alta de la misma subregión ya que solo son datos aportados por dos países, en cambio la complejidad mínima es aportada por el total de países de la subregión Sur.

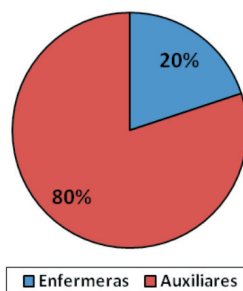


Fig. N° 89: Distribución del recurso humano de enfermería según nivel de formación en centros de salud complejidad mínima en la subregión Sur.

En la subregión Andina la distribución del recurso humano de enfermería según nivel de formación y complejidad de los centros de salud, muestran que la mayoría de los centros son de complejidad media estudiados en el presente trabajo, con una predominancia del grupo de auxiliares de enfermería (Figura N° 90).

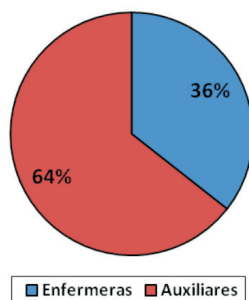


Fig.N° 90: Distribución del recurso humano de enfermería según nivel de formación en centros de salud complejidad media en la subregión Andina.

Por su lado la subregión Centro se comporta de manera diferente, con porcentajes altos de enfermeras profesionales en los centros de salud de complejidad alta 85%, mientras que en los de complejidad media y mínima es mayor el porcentaje de auxiliares de enfermería (Figuras N° 91, 92 y 93).

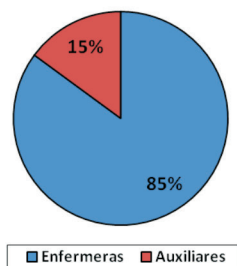


Fig. N°91: Distribución del recurso humano de enfermería según nivel de formación en centros de salud complejidad alta en la subregión Centro, México y el Caribe latino.

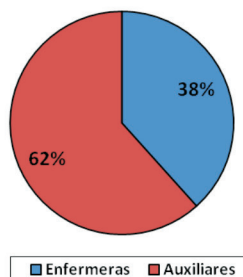


Fig. N°92: Distribución del recurso humano de enfermería según nivel de formación en centros de salud complejidad media en la subregión Centro, México y el Caribe latino.

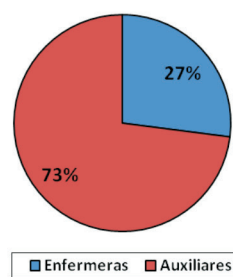


Fig.N° 93: Distribución del recurso humano de enfermería según nivel de formación en centros de salud complejidad mínima en la subregión Centro, México y el Caribe latino.

Al realizar la comparación entre subregiones al respectó de la distribución del personal de enfermería según el nivel de complejidad de los centros de salud de región de LA se afirma que no hay diferencias significativas.

Cuando ponemos en análisis el *tercer objetivo* de este estudio que fue determinar los criterios y modalidades utilizados en los servicios de salud para el cálculo de composición y distribución de personal de enfermería, se utilizaron los hallazgos devenidos del Instrumento N° 3, referido a preguntas abiertas y cerradas para el personal de conducción de enfermería de cada uno de los hospitales y centros de salud ingresados a esta investigación.

Al desplegar los datos de los hospitales, el 90% de este instrumento fue respondido por enfermeras jefas de división o de departamento de enfermería y el 10% por supervisores de área.

Con respecto a la pregunta sobre si se utiliza en la institución la aplicación de una fórmula para calcular la dotación de personal de enfermería, el 90% de los entrevistados responde afirmativamente. Si bien las fórmulas utilizadas son variadas, se pueden identificar en todas las respuestas los siguientes elementos utilizados por las gestoras enfermeras.

Por otro lado, el 10% que responde no utilizar fórmula para el cálculo de personal, sí explicitan criterios utilizados a la hora de dotar de personal de enfermería las instituciones hospitalarias.

Seguidamente se presenta un cuadro que facilitar visualizar la similitud de los criterios y elementos utilizados en ambos casos (Tabla N° 1).

Tabla N° 1: Elementos y criterios utilizados por las enfermeras gestoras en la instituciones hospitalarias de la región de LA. para el cálculo de personal a su cargo.

ELEMENTOS UTILIZADOS PARA LA FORMULA	CRITERIOS UTILIZADOS SIN FORMULA
<ul style="list-style-type: none"> ■ Numero de camas, ■ Índice ocupacional ■ Categorización de pacientes. ■ Jornada laboral, Turnos de trabajo ■ Horas efectivas de trabajo por ano ■ Horas de atención directa, Índice enfermera paciente ■ Categoría de personal de enfermería ■ Índices nacionales y locales (colegio profesional) ■ Estándares internacionales (OPS/OMS/CIE) ■ Política institucional ■ Días del año. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capacidad de camas ■ Índice ocupacional ■ Tipo de pacientes ■ Distribución por horarios ■ Promedio de días interacción ■ Demanda de pacientes, Complejidad de los pacientes atendidos ■ Tipo de recurso humano de enfermería ■ Legislaciones. ■ Normas de calidad ■ Tipo de Institución. ■ Factores económicos ■ Productividad.

Al analizar las mismas preguntas en los centros de salud relevados, los hallazgos expresan que el 80% del total de entrevistados que respondieron fue personal de conducción y el 20 % personal de enfermería de nivel operativo.

Al respecto de la pregunta si se utiliza en el centro de salud fórmula para calcular la dotación de personal de enfermería, el porcentaje mayor, 56% responde negativamente, mientras que el 24% de los entrevistados lo hace afirmativamente y un 20% no contesta (Figura N° 94).

Los entrevistados que responden positivamente a la utilización de formulas muestran los elementos, que se repiten en la mayoría de las respuestas, usados en los centros de salud para calcular la dotación de personal de enfermería. Por otro lado, los que responden no utilizar fórmulas, si expresan los criterios que son tomados en cuenta a la hora de producir los cálculos para dotar los centros a su cargo. La siguiente tabla muestra los dos comportamientos (Tabla N° 2).

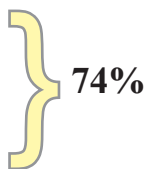
Tabla N° 2: Elementos y criterios utilizados por las enfermeras gestoras en los centros de salud de la región de LA. para el calculo de personal a su cargo.

ELEMENTOS UTILIZADOS PARA LA FORMULA	CRITERIOS UTILIZADOS SIN FORMULA
<ul style="list-style-type: none"> ■ Por número de familias ■ Por Número de población asignada al centro ■ Según nivel de formación ■ Por número de consultorios ■ Por horas de atención de médicos. ■ Por programas del centro y o servicio. ■ Por nivel de demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de familias ■ Población asignada al centro ■ Se tiene en cuenta el nivel de formación ■ Según el número de consultorios ■ Según los diferentes programas del centro y o servicio. ■ Según nivel de demanda ■ Por horas de atención de enfermería para diferentes procedimientos. ■ Según horas de trabajo del personal, horario de atención, licencias y ausentismo.

Al analizar los resultados referidos al *cuarto objetivo* de este estudio, *indagar el grado de suficiencia de la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción*, se puede observar en los hospitales que según la escala presentada en el instrumento de recolección de datos, los hallazgos muestran que el 74% de las respuestas se concentran en una puntuación que va del 1 al 3, manifestando la insuficiencia de la dotación por partes de los encuestados (Tabla N° 3).

Tabla N° 3: Grado de suficiencia de la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción de los hospitales de la región de LA

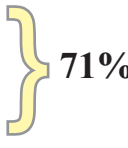
Insuficiencia. Suficiencia	f	%
1	47	16
2	84	29
3	84	29
4	41	14
5	35	12
Total	291	100



Al respecto de los resultados que arroja el *objetivo quinto* en los hospitales, referido a indagar el grado de adecuación de la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción, se puede observar que según la escala presentada en el instrumento de recolección de datos. Los hallazgos muestran que el 71% de las respuestas se ubican en las puntuaciones que van desde 1 a 3, expresando dotación de personal de enfermería inadecuada. Es de destacar que el 29% restante se ubica entre el 4 y 5, manifestando dotación adecuada (Tabla N° 4)

Tabla N° 4: Grado de adecuación de la distribución de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción en los hospitales de la región de LA

Inadecuada/ Adecuada.	f	%
1	50	17
2	81	28
3	76	26
4	49	17
5	35	12
Total	291	100



Siguiendo con el análisis, los encuestados manifiestan que un ejemplo de suficiencia en la dotación de personal de enfermería de los hospitales en la Región de LA. son los servicios de Terapia Intensiva y Cirugía, con un 33% y 23%, respectivamente. Es de señalar que otro 21% de las respuestas manifiestan que no pueden dar ningún ejemplo de suficiencia de dotación de personal (Tabla N° 5)

Tabla N° 5 : Unidad de atención de la institución hospitalaria, ejemplo de suficiencia en la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción de la región de LA.

Ejemplo Suficiencia	f	%
Cirugía	67	23
UTI	96	33
NEO	38	13
Ninguno	61	21
Otros	29	10
Total	291	100

} 56%

Al considerar las razones, motivo de suficiencia en la dotación de personal de enfermería en los servicios elegidos por los enfermeros jefes, aparece el mayor porcentaje, un 33% referido a la utilización de formulas según normas e índices nacionales e internacionales, seguido de un 18% que expresan que las razones son: la complejidad y grado de dependencia de los pacientes. El nivel de formación solo lo encontraron como una razón el 9% de los entrevistados.

Es de señalar que hay un 23 % que respondieron sin razones.

Los encuestados cuando deben responder sobre un ejemplo de insuficiencia de dotación de recurso humano de enfermería en los hospitales, identificaron con el porcentaje mayor a “todos los servicios” con un 22%, seguido del servicio de obstetricia con el 15% y el resto de los servicios con menores porcentajes (Tabla N° 6).

Tabla N° 6: Unidad de atención de la institución hospitalarias, ejemplo de insuficiencia en la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción de la región de LA.

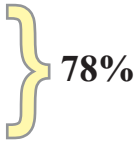
Ej. Insuficiencia	F	%
Todas	65	22
N/C	23	8
Pediatría	26	9
Neonatología	29	10
Emergencias	23	8
Obstetricia	43	15
Cirugía	26	9
CI médica	26	9
UTI	15	5
Otras	15	5
Total	291	100

La opinión de los enfermeros jefes de los hospitales expresa que las razones por las cuales pueden argumentar la insuficiencia son: complejidad de pacientes y grado de dependencia, condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT), aumento de la demanda, falta de política de recursos humanos, presupuesto y cálculos de personal sin normas e índices, todos ellos con porcentajes similares (entre 17-14%). La razón identificada con el menor porcentaje es el nivel de formación de las enfermeras, con un 4%. Es de señalar que hay un 20 % que respondieron sin razones.

Al analizar los resultados referidos al *cuarto objetivo* de este estudio en los centros de salud, *Indagar el grado de suficiencia de la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción*, se puede observar que según la escala presentada en el instrumento de recolección de datos, los hallazgos muestran que el 78 % de las respuestas se concentran en una puntuación que va del 1 al 3, manifestando la insuficiencia de la dotación por partes de los encuestados (Tabla N° 7).

Tabla N° 7: Grado de suficiencia de la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción de los centros de salud de la región de LA

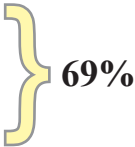
Insuficiente-Suficiente	F	%
1	41	14
2	96	33
3	90	31
4	44	15
5	20	7
Total	291	100



Al respecto de los resultados que arroja el *objetivo quinto* en los centros de salud, referido a *indagar el grado de adecuación de la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción*, se puede observar que según la escala presentada en el instrumento de recolección de datos, los hallazgos muestran el 69% de las respuestas se ubican en las puntuaciones que van desde 1 a 3, expresando dotación de personal de enfermería inadecuadas, es de destacar que el 31% restante se ubica entre el 4 y 5, manifestando dotación adecuada (Tabla N° 8)

Tabla N° 8: Grado de adecuación de la distribución de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción de los centros de salud de la región de LA

Inadecuada-Adecuada	F	%
1	49	17
2	73	25
3	79	27
4	52	18
5	38	13
Total	291	100



Siguiendo con el análisis, los encuestados manifiestan que un ejemplo de suficiencia en la dotación de personal de enfermería en los centros de salud en la Región de LA. son la dotación en los programas de inmunizaciones y planificación familiar con un 50%, seguido del consultorio de emergencias que presentó un 33% (Tabla N° 9).

Al considerar las razones, motivo de suficiencia en la dotación de personal de enfermería en los programas y unidades de atención en los centros de salud, elegidas por los enfermeros jefes aparece un 28% de respuestas que las encuentran en el tipo de demanda, la cantidad de población y la atención intramuro, siendo éste el mayor porcentaje. También se puede ver un 25% de razones referidas a la asignación de funciones y dedicación completa para un tipo de programa o actividad, ilustrando como ejemplos, la dedicación exclusiva a vacunación, a control de recién nacido, dando importancia a mantener un personal fijo para los programas o actividades. Con porcentajes similares aparecen razones que contemplan el presupuesto no adecuado, las CYMAT, referidas especialmente a la comunicación y organización del trabajo, al trabajo en equipo, contar con personal capacitado y a aspectos relacionados directamente a la gestión, como: cobertura de las carpetas médicas, licencias, jubilaciones y uso de indicadores para la dotación.

Tabla N° 9: Programas o Unidad de atención de los centros de salud, ejemplo de suficiencia en la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción de la región de LA.

Ejemplo de Suficiencia	F	%
Inmunizaciones y planificación familiar	146	50
Consultorio de emergencias	96	33
Consulta externa y programas especiales	49	17
Total	291	100

Al tener en cuenta las respuestas de los encuestados referidas a según su opinión dar a conocer un ejemplo de insuficiencia de dotación de personal de enfermería en los centros de salud a su cargo, un 64% de las respuestas señalan que los programas que cuentan con dotación insuficiente son las visitas domiciliarias y toda actividad extramuro del centro de salud. Otro 20% identifica a la salud infantil y de adolescentes como programas de los centros con dotación de enfermería insuficiente, seguida del área de emergencias con un 12%. Solo un 4% identifica insuficiente a los programas o actividades de gestión (Tabla N° 10).

Tabla N° 10: Programas o Unidad de atención de los centros de salud, ejemplo de insuficiencia en la dotación de recursos humanos de enfermería en la opinión de las enfermeras de conducción de la región de LA.

Ejemplo de Insuficiencia	F	%
Visitas domiciliarias y actividad extramuro	186	64
Salud infantil y del adolescente	58	20
Emergencias	35	12
Gestión	12	4
Total	291	100

Los mismos encuestados señalan las principales razones de por qué evalúan de insuficientes los anteriores programas o áreas, agrupándose las respuestas del siguiente modo: 33% por aumento de la demanda, nuevas demandas y programas especiales, un 27% relacionado a problemas de gestión como la falta de reemplazo de las licencias y específicamente falta de organización de los centros, un 20% da razones referidas a las CYMAT, especialmente por la falta de personal fijo, la rotación de turnos y de programas y la falta de formación, y por ultimo

también con un 20% se describen razones en relación a falta de políticas de recursos humanos y de presupuesto.

Al indagar los resultados referidos al objetivo sexto de este estudio que expresa *identificar los problemas y posibles soluciones asociados a la dotación de personal de enfermería*, tanto en instituciones hospitalarias como en los centros de salud, la opinión de las enfermeras jefes señalan que los tres principales problemas asociados a la dotación de personal de enfermería en los hospitales son: en primer lugar, el ausentismo y jubilaciones no cubiertos, seguido de la falta de calidad de la gestión administrativa, relacionada con la utilización de cálculos y formulas específicos y en tercer lugar, fue ponderado de forma similar la cantidad insuficiente en número de personal de enfermería, la escasa asignación presupuestaria y las condiciones y medio ambiente de trabajo del personal de enfermería (CYMAT).

Los mismos encuestados identifican tres principales medidas a adoptar para solucionar la problemática de la dotación del recurso humano de enfermería, dentro de las cuales se ubican en primer lugar: la necesidad de mejorar la gestión y aplicación de formulas para cálculos según normas e índices, en segundo lugar se citan el mejoramiento de presupuesto, el aumento del número de recursos humanos de enfermería y mejoras en las condiciones y medio ambiente de trabajo tales como: salarios, incentivos, capacitación, distribución, reconocimiento, rotaciones. En tercer y último lugar aparece la necesidad de atender los problemas del proceso de jubilación, adelantos, anticipos, reposición de plazas y retiros voluntarios.

Se puede apreciar que se manifiesta concordancia entre las problemática detectada y las principales estrategias de solución, si bien, son ponderadas de manera diferente.

Por su parte el personal de conducción de los centros de salud identificó los siguientes problemas principales asociados a la dotación de personal de enfermería, en primer lugar: la calidad inadecuada en la gestión de recursos humanos, seguido de deficientes condiciones y medio ambiente de trabajo, ausentismos y jubilaciones sin cobertura. En tercer lugar se ubican tres problemas ponderados de la misma manera: cantidad insuficiente en la dotación de enfermería, asignación presupuestaria y aumento de la demanda.

Los mismos encuestados seleccionan las principales medidas que adoptarían si tuvieran

la decisión de mejorar la dotación del personal de enfermería en sus centros de salud. Encabeza el listado la necesidad de mejorar la gestión con aplicación de fórmulas para cálculo de personal, seguido de aumento del número de recursos humanos de enfermería y presupuesto, y en tercer lugar aparece con igual fuerza, la mejora de las condiciones y medio ambiente de trabajo relacionada con salarios, sobrecarga, capacitación y atender los problemas del proceso jubilatorio procurando personal suplementario para cubrir el ausentismo.

A los efectos de visualizar con mayor claridad los principales problemas y soluciones referidos a la dotación de personal de enfermería según la opinión de los jefes de conducción de los hospitales y centros de salud se presenta el siguiente cuadro:

	<i>HOSPITALES</i>	<i>CENTROS DE SALUD</i>
PROBLEMAS	Ausentismo y jubilaciones	Calidad de la gestión administrativa
	Calidad de la gestión administrativa	CYMAT deficientes Falta de previsión ante el ausentismo y jubilaciones
	Cantidad insuficiente y Asignación presupuestaria CYMAT	Cantidad Insuficiente Asignación presupuestaria Aumento de la demanda
SOLUCIONES	Gestión y aplicación de formulas para cálculos según normas	Gestión y aplicación de formulas para cálculos según normas
	Aumentar el número de de recursos humanos de enfermería y mejorar presupuesto CYMAT: mejorar: salarios, distribución, sobrecarga, estímulos, reconocimiento, capacitación, rotaciones, incentivos	Aumentar el numero de recursos humanos de enfermería y mejorar presupuesto
	Atender los problemas del proceso de jubilación, retiro voluntarios y ausentismo	CYMAT: mejorar salarios, distribución, sobrecarga, estímulos, reconocimiento, capacitación, rotaciones, incentivos Atender los problemas del proceso de jubilación: adelantos, anticipos, reposición de plazas, retiro voluntarios

Capítulo 4: DISCUSIÓN

Los servicios de enfermería y partería son un recurso indispensable para alcanzar las metas de salud y de desarrollo, constituyen la columna vertebral de los sistemas de salud en todo el mundo, ya en el año 2002 la Dra. Gro Harlem Brundtland Directora General de la Organización Mundial de la Salud expresaba en esa oportunidad, además de agregar que: “Los gobiernos se enfrentan al considerable reto de asegurar el acceso a servicios de salud de buena calidad, que sean sensibles a las necesidades y a las restricciones que padecen los sistemas de salud en el siglo XXI. Para alcanzar el éxito, se deben intensificar de forma significativa las intervenciones y es necesario reforzar la capacidad de los sistemas de salud nacionales” (88)(116).

Frente a esto, muchos autores expresan que el campo de los Recursos Humanos en Salud está en crisis, también lo señalan estados miembros de la Organización Mundial de la Salud y técnicos que trabajan en el sector. Esta situación también la siente la población que acude a los hospitales y centros de salud buscando la ayuda inmediata a sus problemas y necesidades de salud. Parte de la información recopilada durante largos años a través de investigaciones, sondeos y debates generados a nivel nacional e internacional también da cuenta de ello. Esta crisis remite a innumerables problemas acumulados en el tiempo y a los agregados a partir de las reformas estructurales de los servicios de salud y de las reformas sociales, así como a los nuevos fenómenos que se han venido desarrollando con la política de la globalización como son la precarización laboral y la migración (95) (63) (9).

Las implicaciones de esta crisis son reconocidas por sus efectos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades y el desempeño de los sistemas de salud, entre otros; es por ello, que organismos internacionales están relacionando el logro de los resultados de salud en función de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ya que los mismos representan las necesidades humanas y los derechos básicos que todos los

individuos del planeta deberían poder disfrutar: ausencia de hambre y pobreza extrema; educación de buena calidad, empleo productivo y decente, buena salud y vivienda, el derecho de las mujeres a dar a luz sin correr peligro de muerte, un mundo en el que la sostenibilidad del medio ambiente sea una prioridad, y en el que tanto mujeres como hombres vivan en igualdad.

En los últimos años hemos observado un consenso mundial en torno a los recursos humanos para la salud y un sentido creciente de realizar esfuerzos colectivos que aborden algunos de los problemas más apremiantes. Todos los países de la Región, se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos: insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población; movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud; disposiciones y condiciones precarias de trabajo; escasa motivación y baja productividad del personal de salud; ineficiencia en la asignación de los recursos; desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral, para mencionar sólo algunos (87).

Para muchos países, uno de los problemas actuales más urgentes de recursos humanos es la escasez de enfermeras. Las enfermeras son consideradas uno de los elementos más cruciales de los recursos humanos en salud, es llamado también el personal de vanguardia de la mayoría de los sistemas de salud. Es reconocida su contribución como esencial para alcanzar las metas del desarrollo y para prestar cuidados seguros y eficaces en todos los contextos (35).

Diferentes organizaciones como el Consejo Internacional de Enfermeras, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, expresan que la escasez de enfermeras atraviesa un punto crítico, revelando que la falta de profesionales de enfermería pone en riesgo la atención sanitaria de la región. La escasez de enfermeras no es solo un problema para la enfermería, sino también para los sistemas

de salud de los pueblos, lo que se opone a los intentos de mejorar la salud de las personas. A este problema se le debe agregar la desigualdad tanto en la distribución geográfica como en la composición de la fuerza de trabajo de las enfermeras (119).

Los hallazgos de esta investigación muestran resultados en hospitales y en centros de salud de la región de las Américas, referidos a la situación del recurso humano de enfermería, los primeros describen las características según su composición y distribución, según su formación, relación con número de médicos, de población, según las especialidades de atención, tanto en hospitales como en centros de salud. Los hallazgos muestran la visión de enfermeras gestoras de la región al respecto de la dotación de las unidades de enfermería en sus propias instituciones y los principales problemas y posibles soluciones al respecto. Los mismos son discutidos, con otros estudios, otros hallazgos, para lo cual se identifican según sean resultados devenidos de hospitales o de centros de salud.

Hospitales

La presente investigación muestra resultados en relación a la composición del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en los hospitales de la región que evidencia más auxiliares de enfermería que profesionales. Al mirar otros hallazgos de la misma dimensión se observa que en los hospitales de la sub región Sur el país con mayor porcentaje de auxiliares es Brasil, en la sub región Andina es Bolivia y en la sub región Centro es Guatemala. Al respecto de cuales países de las diferentes subregiones reportan mayor porcentaje de enfermeras profesionales en los hospitales estudiados, se puede afirmar que es Argentina para la subregión Sur, Venezuela para la subregión Andina y Cuba para la subregión Centro, siendo este último país, el único donde el recurso humano de enfermería es solo profesional.

Estos hallazgos coinciden con otros estudios, como los desarrollados por Malvarez entre el período 2004- 2008, donde expresa que los índices de enfermeras por habitantes

son bajos y que existe un número muy alto de ayudantes y auxiliares de enfermería responsables por casi la totalidad del cuidado directo, hay muy pocos tecnólogos y profesionales, y las enfermeras se ubican en posiciones administrativas, en servicios de alta complejidad y en instituciones educativas (67) (65).

La misma autora en otro estudio demuestra que el 60 % de los cuidados de enfermería están siendo proporcionados por ayudantes de enfermería, siendo los países más afectados el Cono Sur y la subregión Andina, este desbalance en la distribución constituye un factor importante en la limitación del desarrollo del recurso humano (23).

Un estudio realizado en Guatemala en el año 2009, aporta datos similares, ya que expresa que el personal auxiliar de enfermería es el más numeroso, el estudio caracteriza la fuerza laboral de enfermería en seis instituciones de Guatemala en 2008, identificando 8.027 auxiliares certificadas por el Ministerio de Salud, 2.061 técnicos universitarios, 209 licenciadas y 15 con grado de maestría en enfermería (83).

En coincidencia con los resultados de la presente investigación, también un estudio de la OPS del 2008, en el país Guatemala, indica que la cantidad de técnicos en salud formados en instituciones reconocidas por el Ministerio de Salud es baja y no se conoce con seguridad su distribución. El personal auxiliar de enfermería es el más numeroso (83).

Otros estudios de OPS-OMS, sobre la distribución porcentual de personal de enfermería en Brasil, registrada en el sistema COFEN/COREns (Consejo Federal de Enfermería), muestra coincidencia con resultados aportados por el presente estudio, ya que expresa que el colectivo de enfermería está conformado por más técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería, que por enfermeras profesionales. En el mismo estudio, coincidiendo también con la presente investigación, se lee que la fuerza laboral de enfermería en Bolivia, está conformada por más auxiliares de enfermería que enfermeras (82) (85).

Al respecto hay coincidencia también con datos arrojados por estudios colombianos

que expresan mayor porcentaje de auxiliares que de profesionales en instituciones de diferentes partes del país, entre ellos Medellín y Bogotá (63).

Otro aporte corresponde al Ministerio de Salud de la Nación la Argentina, quien señala que la fuerza de trabajo de enfermería se compone de licenciadas en enfermería, enfermeras y auxiliares de enfermería, quienes representan el 63%, del total del recurso humano de enfermería, estos datos no coinciden con los resultados arrojados por este estudio (70) (20).

Tampoco hay coincidencia con los resultados del presente estudio de Argentina, con los referidos, por Abramzon en el 2005, que se estima una fuerza de trabajo conformada por 14.474 enfermeras y 57.000 auxiliares de Enfermería y empíricos (1).

Otro estudio de autores argentinos encabezado por Mario Rovere, 2008, considera que en el campo de la Enfermería la situación es bastante heterogénea, se verifica una escasa presencia de las categorías de mayor nivel de calificación (licenciados en enfermería y enfermeros universitarios), una participación irregular de la enfermería profesional y una muy amplia de los auxiliares que en algunas jurisdicciones son mayoría, en la R Argentina. Estos datos presentan la consideración interesante de que la distribución no es homogénea (103). Esto se ve mejor reflejado en un estudio del Ministerio de Salud de la Nación del año 2008, quien refiere distribución de enfermas profesionales y auxiliares por regiones de R Argentina, donde se puede apreciar que para la región donde se encuentran geográficamente ubicados los hospitales ingresados para la presente investigación, la concentración de auxiliares es del 50 %, siendo esta región la que mayor porcentaje de profesionales presenta dentro del territorio argentino (55).

Otros resultados importantes a la hora de analizar dotación de enfermeras en instituciones hospitalarias de la región son los resultados referidos a la relación entre el número de personal de enfermería y número de camas o unidades asistenciales, y también es relevante la relación entre el número de médicos y el número de personal de enfermería. En esta investigación el país de la región que expresa un promedio

significativamente mayor en la dotación del recurso humano de enfermería según el número de camas de los hospitales, es Brasil. En cambio los países de Nicaragua, el Salvador y Bolivia presentan un promedio menor, no alcanzando la relación de una enferma por cama o unidad asistencial.

Se puede observar que los resultados arrojados en la presente investigación distan de los presentados en un estudio de García Fanlo, 1995, donde hace referencia al criterio basado en la relación paciente-enfermero, y establece una relación entre paciente en la internación hospitalaria, medido por el número de camas disponibles y el personal de Enfermería, equivalente a 1 enfermera cada 4 camas. Se puede afirmar que solo el país Brasil se encuentra comprendido en esa relación (49). Otro aporte al particular lo realizan Milos P., 2009, cuando realiza una propuesta de aseguramiento de la calidad de la atención en un contexto de escasez de enfermeras (73). Por su parte también España aporta datos importantes a través de indicadores hospitalarios 2000- 2005 (76).

La relación entre el número de personal de enfermería y el número de médicos en los hospitales estudiados, muestra en la región de las Américas, más médicos que enfermeras. Esta relación en Costa Rica expresa un promedio significativamente mayor que los países de México, Brasil, El Salvador, Argentina, Nicaragua, República Dominicana, Uruguay y Paraguay. A su vez, no se observan diferencias significativas con los restantes países.

Varios estudios de otros autores muestran coincidencia con estos datos, a continuación:

El Informe Salud 2006 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) da cuenta de que hay aproximadamente cuatro enfermeras por cada médico en Canadá y EEUU, mientras que en Chile, menos de una por cada médico (89).

Cameron R. 2006, en un estudio sobre tendencias en material de recursos humanos para la salud en las Américas, hace hincapié en que más del 72% de los países de las Américas han sufrido una pérdida neta de recursos humanos de salud a causa de la

emigración, a la par que en muchos países de América Latina y el Caribe la relación de médicos con enfermeras es de tres médicos por cada personal de enfermería, relación que se expresa invertida a la de los países del norte (3 enfermeras por un medico) (20).

Al comparar con autores peruanos, en el 2011, se observan disidencias con los datos de esta investigación ya que expresan que en Perú la disponibilidad de profesionales médicos son bajas y de enfermeras altas. Además, señalan que la tasa de médicos por habitantes, es casi cuatro veces menor que la de Uruguay y tres veces menor que la de Argentina, países que tienen las tasas más altas en América latina (7).

Por su parte, una autora argentina, Abramzon M, expresa en un estudio publicado en el 2005 que la relación de médicos- enfermeras en la R Argentina es muy desigual, con variables que van desde 19 médicos por enfermera en C Autónoma de Bs As hasta 2 médicos por enfermera en Formosa, en todas las provincias se visualiza mayor cantidad de médicos que enfermeras. Podemos afirmar que los datos aportados por la autora coinciden con la presente investigación, donde específicamente la R Argentina presenta una relación de más médicos que enfermas en los hospitales ingresados al estudio (1).

En el estudio de los autores argentinos, Rovere y Abramzon, 2005, se aprecia que una de las distorsiones más serias que se identifican en Argentina en la estructura del equipo de salud es la referida a la relación médico / enfermero universitario, siendo muy significativo el número de médicos sobre el de enfermeros universitarios (103).

El autor argentino Garcia Fanlo formula criterios basados en la relación médico-enfermero, donde privilegia la constitución del equipo de trabajo en hospitales con internación, a partir de establecer una relación óptima entre tareas sustantivas y asistenciales, llegando a establecer una relación de 2 Enfermeros-ras por médico. Para la presente investigación, estos datos de referencia son coincidentes con los resultados aportados por los hospitales de la R Argentina ingresados al estudio, donde se muestra una relación de 2 médicos por personal de enfermería (49).

Un estudio de Uruguay, 2006, muestra que en el 2005 ha mejorado la relación

número de médicos, número de enfermeras, pero afirman que ésta sigue siendo aun por debajo de la establecida internacionalmente (5).

En el 2011 el Consejo Internacional de Enfermería, con sede en, Ginebra, explicita que el coeficiente de enfermeras por médicos oscila ampliamente desde casi 8 a 1 en la región africana y hasta 1,5 a 1 en la Región del Pacífico Occidental (36).

Otra dimensión que resulta interesante analizar en los hospitales de la región, son los resultados arrojados por esta investigación con respecto a la relación entre personal de conducción y total de enfermeras, con hallazgos que expresan un promedio que va desde 8 personal de enfermería a cargo de enfermeras jefes, a 35, en El Salvador y Guatemala respectivamente.

Al respecto autoras como Malvarez y Castrillón, en este particular, hacen referencia que existe predominio en la práctica de enfermería en América Latina en la ubicación de la mayoría de los profesionales en puestos de conducción y de enseñanza, constituyendo señales de lo que falta aún por evolucionar y del papel central que tienen la ciencia y la educación en enfermería para la composición y dinámica de la fuerza de trabajo (24)(10).

En otro estudio de Argentina, se hace referencia que dicha relación sin duda depende de la organización establecida, y se formulan como criterios para determinar el número de personal jerárquico dentro de los servicios de salud en términos generales que la enfermería dedicada a conducción debe representar entre 8% y 10% del total de personal. Es decir una relación aproximada de 1 a 10, número más que ideal para mantener una óptima comunicación y relaciones humanas en toda la estructura de enfermería (49).

En relación a los resultados de como se distribuye según los turnos de trabajo el personal de enfermería en los hospitales de la región de Latinoamérica, los datos nos develan que es el turno matutino el que tiene el mayor porcentaje, y los turnos vespertinos y nocturno con porcentajes similares, menores.

Otros autores, al referirse a distribución de enfermeras por turnos sugiere y sostiene datos muy similares a los hallazgos de este estudio (13) (2) (18) (19) (38) (71).

Otro aporte de la investigación fue que en la región, los hospitales pertenecientes a la ciudad capital concentran la mayor cantidad de personal de enfermería en relación a los hospitales del interior. La sub región Centro presenta mayor posibilidades de atención por profesionales de enfermería en sus hospitales de capital que las sub regiones Andina y Sur. Por otra parte, la sub región Andina y la sub región Centro muestran es sus hospitales del interior más posibilidades de ofrecer atención por enfermeras profesionales que la sub región Sur.

Varios autores confirman estos resultados como por ejemplo en Perú, Arroyo, J. y Col, señalan que persiste el centralismo en la distribución de profesionales de salud, concentrándose estos en Lima. Los autores señalan que se está trabajando para una mayor dotación de recursos humanos en salud y el establecimiento de incentivos para su ubicación en las zonas alejadas y pobres, siendo esta una forma de afrontar parcialmente los déficits originados por las migraciones de profesionales, sobre todo de especialistas, y su concentración en las grandes ciudades. La distribución por regiones de los obstetras ha venido siendo la más equitativa en comparación con los médicos y enfermeras, siendo además la que viene desconcentrándose de la capital con mayor velocidad (7).

La OPS en su informe de recursos humanos en el 2010, refleja que la distribución de los recursos humanos según área geográfica presenta grandes diferencias a favor de la capital y que la gestión de RRHH debe considerar la adecuación numérica, la distribución geográfica, la compatibilidad social, la remuneración adecuada y competitiva, los incentivos, la infraestructura, la capacitación, el aprendizaje, el liderazgo. El acceso equitativo, la eficiencia, la calidad, el respeto y la dignidad producirán resultados que darán cuenta de la mejoría en la salud de la población (83).

Al considerar los resultados hallados y reportados en esta investigación, por las instituciones hospitalarias de dependencia pública de la región, se puede señalar que estos concentran el porcentaje más alto de personal de enfermería. Al mirar estos resultados en la República Argentina se observa que se concentran más enfermeras profesionales

en los hospitales de capital que del interior, no habiendo diferencias significativas entre públicos y privados.

Al comparar estos hallazgos con otros estudios, se observa que en el proyecto del plan nacional de salud de Chile 2011-2020, la distribución de enfermeras profesionales en instituciones públicas versus las privadas en ese país, bordea un porcentaje cercano al 52% a favor del sector público, confirmando los datos de esta investigación (75).

Otro aporte corresponde al Ministerio de Salud de la Nación Argentina donde se exhibe un predominio del personal de enfermería en el sector público (85)(70).

Un estudio de Uruguay, 2006, expresa claramente que la concentración de médicos y de otros recursos asistenciales no médicos, dentro de los cuales se destaca enfermería y odontología, muestra una importante concentración en Montevideo (5).

Autoras colombianas expresan en un estudio realizado en Cartagena, que las enfermeras se distribuyen en mayor porcentaje en las instituciones privadas (30).

Centros de Salud

Por otra parte, los resultados de esta investigación referidos a la composición del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en los centros de salud de la región, se puede observar que la misma tiene porcentajes similares entre profesionales y auxiliares de enfermería. Al mirar los hallazgos en la sub región Sur, el país con mayor porcentaje de enfermeras profesionales es Argentina, en la sub región Andina es Ecuador y en la sub región Centro es Cuba.

Estudios realizados por Malvarez entre el período 2004- 2008, afirman este hallazgo indicando que hay muy pocos tecnólogos y profesionales preparados para la atención primaria, las enfermeras se ubican mayoritariamente en servicios de alta complejidad (67)(65).

En otro estudio la misma autora, hace referencia a que en general se centraliza la atención en la cura más que en la atención primaria y muestra a Guatemala con el

70 % del personal de enfermería que trabaja exclusivamente en hospitales. Al referirse a México señala que la concentración en hospitales es también mayor en las enfermeras mexicanas (64)(29).

Resultados de autores Brasileños, 2010, y de una investigación del 2006 en Uruguay, ilustran claramente sobre las disparidades existentes, que perjudican claramente al interior del país, referidos a la concentración de profesionales de la salud, y más aun, ya que en el interior la masa médica predomina sobre la no médica (80)(5).

Los resultados de esta investigación que muestran la relación entre enfermeras y población de referencia por centro de salud de los países de la región, está por debajo de las consideraciones internacionales, por ejemplo la OMS define por cada 10.000 habitantes un total de 25 profesionales de la salud. En este estudio no se expresan diferencias significativas entre los países relativa a la relación número de enfermeras por población de referencia. Lo mismo sucede en la relación entre enfermera/médico por centro de salud, no hay variaciones significativas entre los diferentes países de la región.

Diferentes investigaciones confirman estos resultados, Malvarez, 2007 expresa que en América Latina la escasez de enfermeras está vinculada con las condiciones de trabajo, mientras que se observan, en Estados Unidos cifras de 97.2 enfermeras por cada 10.000 habitantes, en Haití varía a 1.1, estimándose para la región un promedio de 30 enfermeras por cada 10.000 habitantes (66) (27).

Otro estudio, Giovine P. 2004, no muestra coincidencia con estos hallazgos, refiriendo un promedio de 78 enfermeras registradas por cada 10.000 habitantes (50).

En el informe 2009 de OMS, los datos indican que, a nivel mundial, hay 13 médicos por cada 10.000 habitantes, con grandes variaciones entre países y regiones. En la Región de África sólo hay 2 médicos por cada 10.000 habitantes, frente a 32 en la Región de Europa. A nivel mundial, hay 28 enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes, desde tan sólo 11 por cada 10.000 en la Región de África hasta 79 en la Región de Europa (81).

Si bien no hay una regla de oro que permita evaluar la cantidad suficiente de personal sanitario, la OMS estima que los países con menos de 23 profesionales de atención de salud (incluidos únicamente médicos, enfermeras y parteras) por cada 10.000 habitantes, probablemente no alcancen las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria de salud que son prioritarias en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (90).

En estudios realizados en Perú por Arroyo J y Col. 2011, se destaca en primer lugar, que en relación a los médicos, en el 2009 este país presentó una tasa de médicos por habitante de 9.4 por 10.000 habitantes, según la información de la OPS. En segundo lugar, en relación con la disponibilidad de enfermeras, se observa que el Perú tiene una de las más altas tasas de disponibilidad por habitante dentro de la región (9.7 enfermeras por 10,000 habitantes), tasa que es cuatro veces mayor que la de Paraguay y tres veces mayor que la de Argentina. Cabe mencionar que, en general, los países de América del Sur no experimentaron grandes cambios en la tasa de enfermeras en el período observado (7).

También se puede establecer coincidencias con los hallazgos, al comparar con un documento del Consejo Internacional de Enfermería del 2011, donde queda expresado que los profesionales de salud están desigualmente distribuidos en el mundo, que la densidad de los recursos humanos de salud varía, en las regiones y entre ellas, en un factor de hasta diez, y hay también grandes variaciones en la combinación de capacidades de los dispensadores de salud, dando algunos ejemplos tales como: en el 2007, el número de enfermeras y matronas por 10.000 habitantes era solamente de 2 en Malí, mientras que en Noruega era de 16,33. Además agrega que muchos países especialmente África, Asia y América Central y del Sur luchan por conseguir un mínimo de dotación de personal de enfermería (36) (61).

Según los resultados aportados por esta investigación, los países de la región muestran diferencias significativas en cuanto a la relación entre personal de enfermería

a cargo por cada personal de conducción siendo Brasil el que presenta mayor proporción en los centros de salud.

Por su lado al considerar los resultados encontrados, referidos a la distribución por turnos del personal de enfermería en los centros de salud de la región, muestra mayor concentración en el turno mañana. Es de destacar que mayoritariamente los centros de salud manejan horarios de mañana y tarde. Al ver cada sub región dentro de Latinoamérica, se puede observar que en las sub regiones Sur y Centro, los centros de salud de la ciudad capital concentran la mayor cantidad de personal de enfermería en relación a los centros de salud del interior. Estos datos coinciden con los hallazgos referidos a los hospitales de las mismas subregiones, anteriormente señalados.

Existen al respecto otros estudios que también dan cuenta en el mismo sentido a los resultados expuestos, son los datos aportados por el CIE, que estima el déficit de enfermeras en los países de África Subsahariana para alcanzar la meta del desarrollo del milenio es de 600.000 enfermeras, y las zonas rurales se visualizan como las menos atendidas (36)(61)(36).

Asimismo, la autora Malvarez, en un estudio del 2004 formula la falta de equidad en la distribución de las enfermeras, ya que se las visualiza concentradas la mayoría en centros de atención de la salud del área urbana (64).

Análogamente, en un examen de diarios publicados en inglés se constató que la escasez de profesionales formados frenaba en las zonas rurales el acceso a los servicios de cuidados paliativos del VIH/SIDA (54).

Otro estudio también, realizado por Olivares R. en Chile, en el 2009, señala un déficit de un 60% de profesionales de enfermería en los centros de atención primaria (79).

Siguiendo con los resultados de esta investigación, la misma mostró que en la sub región Sur los centros de salud de capital tienen más posibilidades de ofrecer atención por enfermeras profesionales que la sub región Centro. La sub región Centro presenta

mayor posibilidades de atención por profesionales de enfermería en sus centros de salud del interior que las sub regiones Andina y Sur. Los centros de salud de dependencia pública de la región concentran el porcentaje más alto de personal de enfermería. Por su lado la República Argentina muestra en los centros de salud tanto de dependencia pública como privada, de capital y del interior, más personal de enfermería profesional que auxiliares.

Un estudio en África 1998, muestra que en las zonas rurales de los países desarrollados y de los países en desarrollo experimentan escasez de profesionales de salud, entre ellos las enfermeras. Por ejemplo, Ghana experimenta “graves diferencias de distribución en lo que se refiere a su geografía y entre los lugares de atención terciaria y primaria” (43).

En un análisis mundial centrado en las regiones de la OMS, se lee que pueden quedar desdibujadas importantes diferencias entre los países en relación a la distribución de enfermeras, y en un análisis de cada país pueden quedar ocultas importantes variaciones geográficas en cuanto a la disponibilidad de enfermeras. Aun en los países en que el coeficiente entre enfermeras y población es bajo, las enfermeras disponibles están muchas veces mal distribuidas, lo que agrava las consecuencias de la escasez. Las regiones rurales de los países en desarrollo tienden a ser las menos asistidas (115).

Hospital

Al considerar los resultados referidos al segundo objetivo específico de la siguiente investigación que expresa la distribución del recurso humano de enfermería en las unidades de atención según especialidad y complejidad de atención de los hospitales relevados en la región de LA, particularmente en los servicios de cuidados generales (clínica médica, clínica quirúrgica, traumatología), la caracterización del total de enfermería según nivel de formación es mayoritariamente de auxiliares de enfermería. Al mirar por subregiones, es en la subregión Andina, donde es mayor el porcentaje de

profesionales que de auxiliares de enfermería, mostrando mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional.

A los efectos de comparar con otros estudios y para ilustrar lo que este nivel de auxiliares puede significar en la práctica, un estudio de Aiken y Col, en el 2004 ponía de relieve que los coeficientes entre enfermeras y pacientes en las salas generales de tres hospitales de Malawi eran de una sola enfermera por 120 pacientes (4)(3).

Otros datos reportados por un estudio de Cuba, se explicita que en el caso de los servicios de Medicina Clínica y Cirugía se establece 1 enfermera para 13 camas, como un índice para dar respuesta a las necesidades de los pacientes (113).

Otros hallazgos de este estudio señalaron que en los servicios de terapia intensiva de los hospitales de la región, la diferencia entre la distribución de enfermas según el nivel de formación se comporta diferente que en las salas de cuidados generales, ya que en las primeras hay mayor porcentaje de enfermeras profesionales. Al poner atención de los resultados por subregiones se observa que el porcentaje de profesionales versus auxiliares en las dos subregiones Sur y Andina son similares, con escaso predominio de auxiliares, mientras que en la subregión Centro el porcentaje mayor es para las enfermeras profesionales. De la Región se puede afirmar que tanto la sub región andina y como la centro muestran mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional.

Por su parte en Argentina, el personal de enfermería se distribuye con un 81% para enfermeras profesionales y un 19% para auxiliares de enfermería. Esto nos permite afirmar que Argentina posee la mejor dotación de profesionales de la sub región Sur, en esta dimensión estudiada.

Según un estudio de México, coinciden los hallazgos ya que se afirma que existen algunas áreas donde el papel de la enfermera ha sido más destacado, las mismas son las unidades de cuidado intensivo, de cuidado intermedio, neonatología, pediatría, sala de labor de parto, cuidado post anestésico, y las salas de cirugía (99).

Al comparar los resultados con estudios de enfermeras cubanas hay coincidencias

con los resultados de esta investigación referidos a distribución de las enfermeras más calificadas en los diferentes servicios de los hospitales (113).

En estudios desarrollados por Malvarez entre el período 2004- 2008, la autora afirma que los índices de enfermeras por habitantes son bajos, y las enfermeras se ubican en posiciones administrativas y en servicios de alta complejidad mayoritariamente (67). (65).

En coincidencia Martínez Cadaya y col. aportan cambios significativos sobre el rol enfermero entre las diferentes posiciones y funciones que ocupan (69).

Hallazgos de investigadores colombianos y mexicanos presentan coincidencias ya que informan que una de las áreas clínicas de mayor desempeño para la enfermería es el área de alta complejidad (30) (107).

En coincidencia también con estos hallazgos, Correa y Col, observaron que un porcentaje alto de enfermeras se concentran en servicios de alta complejidad (37).

Al comparar otros datos de esta investigación, referidos a los servicios de cirugía de los hospitales de la región, la sub región Andina muestra la mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional. En los servicios de parto de los hospitales de la región, la sub región Andina y Centro muestran la mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional. En los servicios de emergencias de los hospitales de la región, la sub región Andina muestra la mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional.

Es importante resaltar que la República Argentina posee mayor dotación de profesionales de enfermería en todas las especialidades consideradas menos en la de emergencia en la sub región Sur.

Otros estudios revalorizan también el rol de la enfermería en los quirófanos y salas de recuperación afirmando que el mismo se ha ido modificando en forma rápida, de tal manera que ocupan un lugar de capital importancia interactuando con elementos propios de estas áreas peri operatorias, como así también otros lugares específicos dentro

de los hospitales donde el papel de la enfermera ha sido más destacado como son las áreas de partos y pediatría (99).

Hospitales – Centros de Salud

Los datos de esta investigación referidos al tercer instrumento utilizado, donde las enfermeras gestoras de cuidado se manifiestan al respecto de esta problemática, se puede observar que en los hospitales de la región la mayoría de ellas utilizan una fórmula para calcular la dotación del personal de enfermería.

En cambio las enfermeras jefes de los centros de salud de la región que participaron, en su mayoría no utilizan fórmula para cálculo de personal.

Un aspecto importante de destacar en los resultados de la investigación es que tanto en los hospitales como en los centros de salud de la región, las jefas de enfermería manifiestan insuficiencia en la dotación e inadecuada distribución en el personal de enfermería.

Al respecto, datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2006, manifiestan que había 59,2 millones de trabajadores de salud asalariados de tiempo completo en todo el mundo (personal de atención directa, personal administrativo y auxiliar), de los cuales más de 21,7 millones (31,6%) residen en las Américas. Actualmente, unos 57 países en todo el mundo se enfrentan a una carencia apremiante de recursos humanos en el ámbito de la salud, que suma en total 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras. Según la OMS los coeficientes de enfermería por 100.000 habitantes en los diferentes continentes manifiestan disímiles cifras: para América 414 enfermeras por 100,000, para Europa 663, en África 71 enfermeras, para Oceanía 186 y en Asia 59 enfermeras por 100.000 habitantes (89).

Asimismo el Consejo Internacional de Enfermeras en un informe del 2010, confirma que el número de enfermeras en muchos países, de renta baja o alta, no llega a mantener el ritmo de la creciente demanda, lo que amenaza conseguir los resultados de

la atención de salud. Los coeficientes medios entre enfermeras y población en los países de renta alta son casi ocho veces superiores a las de los países de renta baja (4).

Al mirar los servicios particulares los datos revelan en los hospitales de la región que son los servicios de terapia intensiva y cirugía los únicos señalados como con suficiencia en la dotación y distribución del personal.

Estos resultados son coincidentes con los hallazgos de Ferro Milano, 2010 y Malvarez, 2004- 2008 donde se confirma que las enfermeras se ubican predominantemente en servicios de alta complejidad, y en menor proporción en centros de salud (46) (67). (65).

En los centros de salud, los hallazgos dan cuenta y refieren como suficientes en dotación y distribución los programas de inmunizaciones y planificación familiar.

Hay varios estudios que afirman que las enfermeras participan en todas las funciones esenciales descritas por la OPS, sin embargo, estas tareas se conocen bajo otros nombres y se cumplen de manera distinta de un país a otro. En el Brasil, por ejemplo, la enfermería de salud pública se ha concentrado en grupos necesitados de niños, en especial, los de edad escolar, cumpliendo plenamente con los programas de inmunizaciones (94) (57) (98).

En Puerto Rico, Bécice y Dominica, las consideraciones son de carácter geográfico, las enfermeras son las principales proveedoras de atención primaria en centros de salud administrados por el gobierno, con un fuerte trabajo en la educación comunitaria y las inmunizaciones (94) (92).

En Cuba, las enfermeras están presentes en cada equipo de salud comunitaria y dan cobertura a casi toda la población, gracias a una importante red de consultorios, la participación de las enfermeras va más allá de los centros de salud, promoviendo la salud de la comunidad en los lugares de trabajo, los vecindarios, previniendo enfermedades (94).

En Dominica, las enfermeras dirigieron el proceso de reuniones de consulta con la

comunidad para elaborar un plan de salud quinquenal. En este proceso, se consolidaron la función de la educación sanitaria y la coordinación con grupos de la comunidad para poner en práctica esos planes y, como parte de las tareas de las enfermeras de atención primaria, se llevó a cabo la promoción de un plan para aumentar los niveles de vacunación (94).

Las enfermeras de Bélize dan asesoramiento constante a las comunidades como parte de sus funciones de directoras de los programas de salud rural (92).

En México, aunque sólo el 7% de las enfermeras poseen formación especializada en salud pública, las campañas de vacunación son parte fundamental de su rol (94).

En Puerto Rico, las enfermeras están dirigiendo con éxito programas en materia de salud de la mujer y vacunación, que abarcan toda la isla (94).

En general, las enfermeras de las Américas han participado más y con mayor eficacia en los aspectos de la salud pública que se realizan durante el contacto directo, cara a cara con el cliente y los miembros de la comunidad para organizar las actividades de salud preventiva (94).

Autores venezolanos dan cuenta en un estudio en el año 2010, que los centros de salud de la región muestran escasez muy marcada de personal de enfermería, observándose que el número de pacientes destinados para ser atendido por una enfermera supera en gran medida la capacidad de la misma (100).

Es importante observar que a los resultados arribados de las respuestas dadas por las enfermeras jefes, en este estudio referidas a las principales razones que justifican la dotación insuficiente en los hospitales de la región según las enfermeras gestoras son: la complejidad de los pacientes y grado de dependencia, las condiciones y medio ambiente de trabajo, el aumento de la demanda, la falta de políticas de recursos humanos, presupuesto y normas de cálculo.

Por su lado las enfermeras gestoras de los centros de salud, afirman que las principales razones que justifican la dotación insuficiente en los centros de salud de la

región son el aumento de la demanda, las condiciones y medio ambiente de trabajo, la gestión y el presupuesto.

La autora colombiana Agudelo, en el 2004, en una reseña de las consecuencias que las políticas de desarrollo de los recursos humanos han tenido para la formación de las enfermeras en América Latina llegaba a la conclusión de que “en las políticas vigentes no se vinculan la planificación, la formación y el empleo del personal, confirmando los hallazgos encontrados (21).

Por su parte, Malvarez, expresa al respecto que la dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, y la escasez de enfermeras en América Latina guarda estrecha relación con procesos tales como la movilidad poblacional creciente, las condiciones de desarrollo de los países, las políticas de recursos humanos en salud, los modelos elegidos de composición de la fuerza de trabajo en enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y las dificultades en la educación de enfermeras, entre otros (64).

Al referirse a la gestión de recursos humanos de enfermería como otra de las áreas críticas, resalta que necesita revisión, el modelo organizacional de la enfermería; la dotación de personal, la asignación del trabajo; el estilo de educación en servicio y las condiciones de empleo y trabajo de las enfermeras (67) (65). Asimismo en otro trabajo señala que países como Ecuador y Argentina han introducido contratos de corta duración para el personal que antes tenía una mayor seguridad en el trabajo (12).

En igual sentido, un estudio de la OPS-OMS, 2012, refiere que las quejas múltiples sobre la problemática de la insuficiencia de personal de enfermería son también referidas a las condiciones de trabajo. La importancia que el recurso humano tiene en el sector, tanto en materia de calidad de atención, como en importancia presupuestaria, obliga a diagnosticar la situación, analizar su complejidad y avanzar en una mejora de sus condiciones de trabajo y de salud, para garantizar tanto la calidad de atención como para evitar procesos migratorios importantes que muchas veces son provocados por altas cargas de trabajo, como por riesgos laborales de diferente orden (físicos, mentales y

sociales). En diferentes hospitales de los Ministerios de Salud de la región, existía un escaso nivel de desarrollo de las condiciones de trabajo y salud del personal que labora en éstos, con la mayor percepción de riesgos asociados a la calidad y disponibilidad de los equipos y mobiliarios de los establecimientos de salud, el nivel de obsolescencia tecnológica de los equipos, su mal estado de operatividad, la falta de material descartable e insumos necesarios para las labores diarias. En estas condiciones, casi la tercera parte de los profesionales respondieron tener problemas de salud debido a problemas del ambiente laboral (86).

Al evaluar la información, los principales problemas en la dotación del personal de enfermería identificados en los hospitales de la región de este estudio son: ausentismo y jubilaciones, calidad de la gestión administrativa y cantidad insuficiente, asignación presupuestaria y condiciones y medio de trabajo.

Varias investigaciones y organismos internacionales refieren la preocupación de esta problemática de escasez de dotación, así se puede ver que la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos Francesa (OCDE) pone de relieve que “la escasez de enfermeras es un problema importante de política general porque en numerosos estudios se ha constatado una relación entre coeficientes más elevados de personal de enfermería y menor mortalidad de los pacientes, índices más bajos de complicaciones médicas y otros resultados favorables. Se prevé que la escasez de enfermeras se agrave a medida que aumenta la edad de los recursos humanos actuales” (78)(58)(77).

El Comité de Hospitales Europeos (HOPE), hace referencia que algunos países ricos de Europa, de América del Norte y de otras partes se enfrentan a un doble problema demográfico, en ellos, unos recursos humanos de enfermería que envejecen se ocupan de un número creciente de personas mayores. Para esos países, el problema más urgente será el modo de sustituir a las muchas enfermeras que se jubilarán en el próximo decenio (110)(47).

Informes de OPS, dan cuenta que en América Latina la escasez de enfermeras

está vinculada con las condiciones de trabajo, esta problemática se ha transformado en los últimos años en una fuente importante de preocupación por parte de las autoridades en muchos países. En Europa, en particular, distintas encuestas dan cuenta del problema: la encuesta europea Next (Nurse's early exit study), su contraparte francesa PRESS (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail) y otra denominada SESMAT (Santé et Satisfaction des Medecins Au Travail) muestran las dificultades que tiene el personal de salud en materia de ambiente físico, pero sobre todo en contención institucional, falta de trabajo en equipo, lo que provoca sobre todo en el área de enfermería una importante rotación e importantes dificultades para cubrir los puestos necesarios. En el caso de las condiciones de trabajo, pareciera que no existe una mejoría de éstas en el ámbito regional y, por el contrario, todo indica que tienden a aparecer nuevos problemas (66) (86).

Según información al particular de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral, el 98% de los graduados encuentra trabajo de inmediato, ante la elevada demanda, aunque los salarios son magros, además el problema es que al déficit actual se sumará el vacío que dejarán las enfermeras que se jubilen, ya que se estima que en cinco años un 40% del personal en actividad estará en condiciones de jubilarse (40).

Autores colombianos expresan que el personal de enfermería de Cartagena identifica condiciones de trabajo deficientes y alta carga laboral en las instituciones de salud en estrecha relación con la satisfacción y las posibilidades de empleo (30).

En este estudio los resultados referidos a las principales medidas identificadas como soluciones para la problemática de dotación en los hospitales según las enfermas jefes, son: gestión y aplicación de formulas según normas, aumentar el número de recursos humanos de enfermería y mejorar presupuesto y condiciones de trabajo y atender los problemas del proceso jubilatorio y ausentismo.

Algunos países han recurrido a tasas nacionales de dotación de personal recomendadas, pero éstas varían en cuanto a su definición, su fuente y la medida en que

pueden considerarse obligatorias o mínimas, enfermeras australianas y californianas han conseguido que en todos los hospitales se establezcan coeficientes mínimos de dotación de personal, como método para mejorar los niveles de personal (105).

Algunos estudios brasileiros entienden que los principales directivos de las instituciones de salud deben ser específicamente, un graduado en una de las cuatro principales profesiones de salud (médicos, enfermeras, odontólogos u obstetras). También afirman que existe una cantidad enorme de directivos/gerentes sin una formación específica en el área de gestión, y que probablemente no son profesionales en administración. A la par que clasifican las fuentes de datos de recursos humanos en salud disponibles en: Cuantitativas(censo demográficos decenales), Dotación de profesionales(egresados de escuelas nivel superior proporcionados por el ministerio de educacion), Empleos y puestos de trabajos (catastros de Ministerios de Salud), Registros administrativos (planillas de sueldos y organigramas funcionales) y Formas de organización administrativas (registros de sindicatos federaciones, asociaciones y consejos profesionales) (11).

Un estudio de Argentina, propone estrategias para enfrentar la escasez de enfermeras en un plan de acción ministerial, entre las que se pueden observar: identificar los problemas de la comunidad, aumentar la motivación, concientización de los objetivos comunes, recrear espacios comunes de interacción, priorizar la educación de la salud de la población, integrar la docencia, los servicios y la investigación, formar y perfeccionar los recursos humanos de salud, combinar la teoría con la practica y el estudio trabajo, incrementar el compromiso institucional con la sociedad, y participación activa del los docentes en el trabajo (55).

Los principales problemas en la dotación del personal de enfermería identificados en los centros de salud son: calidad de la gestión administrativa, condiciones y medio de trabajo, falta de previsión ante el ausentismo y jubilaciones, cantidad insuficiente, asignación presupuestaria deficiente y aumento de la demanda.

Las principales medidas identificadas como soluciones para la problemática en

los centros de salud son: gestión y aplicación de formulas según normas, aumentar el número de recursos humanos de enfermería y mejorar presupuesto y condiciones de trabajo y atender los problemas del proceso jubilatorio y ausentismo.

Hay autores que muestran que en los países desarrollados, la escasez de enfermeras se produce porque el número es insuficiente y porque los índices nacionales de contratación y retención son bajos a consecuencia de una planificación insuficiente, unas oportunidades profesionales poco atractivas o por las jubilaciones anticipadas (15)(48)(53)(112).

El autor brasilero, Zuan Benedetti, 2004, presenta coincidencias cuando afirma que la enfermería, tiene un ejército de trabajadores cada vez más sobrecargados, de edad ya avanzada, llevando sobre sus espaldas las consecuencias de un trabajo insalubre, lo que requiere un alto grado de resistencia física, producto de convivir con las enfermedades infecciosas, los pacientes agresivos, extensiones de jornada de trabajo, con duplicación de turnos (120).

Autores de Bélgica en el 2003, expresan que una planificación eficaz de los recursos humanos es requisito previo para el mejoramiento sostenido de la contratación y retención de las enfermeras, si bien no afirman que la misma vaya a impedir la escasez, pero si sostienen que un sistema eficaz de planificación puede prever dónde puede producirse. Así mismo, la planificación de los recursos humanos de Enfermería específicamente debe tener en cuenta las pautas de comportamiento del mercado de trabajo propio (111).

En el Perú los gestores de servicios no tienen aún directrices sobre cómo conducir y gestionar sus recursos humanos, lo que lo vuelve un terreno aún virgen y expuesto al estilo espontáneo de los gestores (7).

Existen evidencias, que los servicios de enfermería, en la mayoría de los países, enfrentan una problemática que involucra el desequilibrio entre la oferta y la demanda de personal de enfermería, las deficientes condiciones de trabajo, la falta de posicionamiento de esta disciplina y su participación en la toma de decisiones del sector salud que desde

luego, repercute en el cuidado enfermero. Se tiene que tener en cuenta que, por lo general, el cálculo para la dotación de personal de enfermería de los servicios de salud se efectúa con fórmulas estandarizadas que a menudo no se adaptan a la realidad de estos servicios (72) (51).

En México la prestación de los servicios de salud se ha convertido gradualmente en un serio problema para las instituciones, pues tienen múltiples problemas para proporcionar servicios asistenciales y preventivos. La escasez de recursos humanos, económicos y de infraestructura impide que los servicios puedan satisfacer todas las necesidades de la población, de tal manera que no se brindan de manera equitativa (106).

Es interesante aportar la visión de autores que expresan que cuando la demanda de los servicios supera al suministro, pueden utilizarse las listas de espera y otros mecanismos de limitación. Sin embargo, cuando esto ocurre, es importante que los criterios para asignar los recursos sean a la vez transparentes y abiertos al escrutinio y al debate públicos. Esto ayudará a conseguir que las políticas de limitación no sean discriminatorias ni injustas (41).

La OMS ha publicado recientemente recomendaciones de política general para incrementar el acceso a los trabajadores de salud en las zonas alejadas y rurales mejorando la retención, donde se exponen una serie de recomendaciones en los sectores de la formación, la regulación, los incentivos financieros y el apoyo personal y profesional. Además, en el documento se pone de relieve que “la adhesión al principio de equidad de la salud ayudará a asignar los recursos disponibles de manera que contribuyan a reducir las desigualdades en la salud” (117).

También es interesante poder corroborar estudios como los que muestran que las enfermeras pediátricas mejoran el acceso en el Estado de Nueva York, ya que en dicho estado de los EE.UU., las enfermeras pediátricas dispensan servicios de atención primaria de salud, promueven y mantienen el bienestar mediante exámenes físicos periódicos, vigilan el crecimiento y desarrollo y las inmunizaciones y gestionan enfermedades

de la infancia tales como las infecciones respiratorias y auditivas, y la diarrea. Estas enfermeras siguen a los pacientes en contextos ambulatorios y hospitalarios y gestionan los cuidados del niño y de la familia en el hospital. Por los servicios de estas enfermeras han mejorado el acceso, la calidad y los costos de los cuidados (36).

También se hace significativo rescatar que hay estudios que expresan que el acceso a la atención primaria puede mejorarse diversificando los modos de prestación, impulsando las funciones del personal y aplicando los servicios de manera más flexible. Para reducir las desigualdades en el acceso la clave puede consistir en dar prioridad a la asignación de unos recursos limitados en unos servicios bien orientados y prestando servicio previamente a las necesidades evaluadas en los cuidados y en las comunidades (28)(68).

En Suecia, las enfermeras de distrito con una formación adicional están autorizadas para recetar. El Organismo Sueco de Productos Médicos estableció una lista de los productos que las enfermeras pueden recetar. Esa lista tiene más de 230 marcas de medicamentos que las enfermeras de la comunidad cualificadas pueden recetar en 60 casos. La evaluación de las recetas de las enfermeras obtuvo resultados positivos en lo de mejoramiento del acceso para los pacientes, las personas mayores y las discapacitadas (36).

Según las ponencias de los países en una conferencia regional, indicaron que en algunos de ellos, las enfermeras están preparadas para las funciones de gestión y coordinación de los servicios de salud, mientras que en otros, el modelo a seguir es el ejercicio de las funciones curativas en los centros de servicios de salud clínicos. Algunas de estas diferencias provienen de las situaciones dispares de los países americanos (94).

Un estudio brasilero, aporta que es el método científico aplicado en la investigación llevada a cabo por los administradores de servicios de enfermería, lo indicado para proporcionar al personal en la prestación de la asistencia necesaria de enfermería en los hospitales. Es la herramienta indispensable para instrumentalizar determinación y

asignación de personal de enfermería en los puestos de trabajo en las distintas unidades (120).

Autores venezolanos afirman que muchas veces las decisiones relativas a la dotación y estimaciones de personal de enfermería se observan en un contexto de reducción de costos, y a la hora de hacer las estimaciones se realizan en base a indicadores estándares, que muchas veces no se ajustan a la realidad local (100).

Se pueden arribar a las siguientes **Conclusiones**:

De los hospitales

La composición del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en los hospitales de la región está dado por más auxiliares de enfermería que por profesionales.

En los hospitales de la sub región Sur el país con mayor porcentaje de auxiliares es Brasil, en la sub región Andina es Bolivia, en la sub región Centro es Guatemala. Cuba es el único país donde el recurso humano de enfermería es solo profesional.

El país de la región que expresa un promedio significativamente mayor en la dotación de enfermeras según el número de camas de hospitales es Brasil y los países de Nicaragua, el Salvador y Bolivia presentan el menor.

La relación entre enfermera medico indica que Costa Rica presenta un promedio significativamente mayor que los países de México, Brasil, El Salvador, Argentina, Nicaragua, República Dominicana, Uruguay y Paraguay. No presentando diferencias significativas con los restantes países.

Los hospitales de los países de la región muestran diferencias significativas en cuanto a la relación entre personal de enfermería a cargo por cada personal de conducción siendo Guatemala el que presenta mayor proporción.

La distribución por turnos del personal de enfermería en los hospitales de la región muestra mayor concentración en el turno mañana.

En la región los hospitales de la ciudad capital concentran la mayor cantidad de personal de enfermería en relación a los hospitales del interior.

La sub región Andina y la sub región Centro muestran en sus hospitales del interior más posibilidades de ofrecer atención por enfermeras profesionales que la sub región Sur.

La sub región Centro presenta mayor posibilidades de atención por profesionales de enfermería en sus hospitales de capital que las sub regiones Andina y Sur.

Las instituciones de dependencia pública de la región concentran el porcentaje más alto de personal de enfermería.

En la República Argentina se concentran más enfermeras profesionales en los hospitales de capital que del interior, no habiendo diferencias significativas entre públicos y privados.

En los servicios de cuidados generales de los hospitales de la región, la sub región Andina muestra la mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional.

En los servicios de terapia intensiva de los hospitales de la región, la sub región Andina y Centro muestran la mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional.

En los servicios de cirugía de los hospitales de la región, la sub región Andina muestra la mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional.

En los servicios de parto de los hospitales de la región, la sub región Andina y Centro muestra la mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional.

En los servicios de emergencias de los hospitales de la región, la sub región Andina muestra la mayor posibilidad de brindar atención de enfermería profesional.

La República Argentina posee mayor dotación de profesionales de enfermería en todas las especialidades consideradas, menos en emergencia, en la sub región Sur.

En los hospitales de la región la mayoría de las jefas de enfermería utilizan una fórmula para calcular la dotación del personal de enfermería. En los centros de salud de la región la mayoría no utilizan fórmula para cálculo de personal.

En los hospitales de la región las jefas de enfermería manifiestan insuficiencia en la dotación e inadecuada distribución en el personal de enfermería.

En los hospitales de la región son los servicios de terapia intensiva y cirugía los únicos señalados como con suficiencia en la dotación y distribución del personal. Las principales razones que justifican la dotación insuficiente en los hospitales de la región son la complejidad de los pacientes y grado de dependencia, las condiciones y medio ambiente de trabajo, el aumento de la demanda, la falta de políticas de recursos humanos, presupuesto y normas de cálculo.

Los principales problemas en la dotación del personal de enfermería identificados en los hospitales son: ausentismo y jubilaciones, calidad de la gestión administrativa y cantidad insuficiente, asignación presupuestaria y condiciones y medio de trabajo.

Las principales medidas identificadas como soluciones para la problemática en los hospitales son: gestión y aplicación de formulas según normas, aumentar el número de recursos humanos de enfermería y mejorar presupuesto y condiciones de trabajo y atender los problemas del proceso jubilatorio y ausentismo.

De los Centros de Salud

La composición del recurso humano de enfermería según su nivel de formación en los centros de salud de la región está dada por porcentajes similares entre profesionales y auxiliares de enfermería.

En los centros de salud de la sub región Sur el país con mayor porcentaje de profesionales es Argentina, en la sub región andina es Ecuador, en la sub región Centro es Cuba.

Los países de la región no expresan diferencias significativas en la relación entre enfermeras y población de referencia por centro de salud. Lo mismo sucede en la relación entre enfermera/medico por centro de salud.

Los países de la región muestran diferencias significativas en cuanto a la relación

entre personal de enfermería a cargo/por cada personal de conducción siendo Brasil el que presenta mayor proporción en los centros de salud.

La distribución por turnos del personal de enfermería en los centros de salud de la región muestra mayor concentración en el turno mañana.

En las sub regiones Sur y Centro los centros de salud de la ciudad capital concentran la mayor cantidad de personal de enfermería en relación a los centros de salud del interior.

La sub región Sur muestra en sus centros de salud de capital más posibilidades de ofrecer atención por enfermeras profesionales que la sub región Centro.

La sub región Centro presenta mayor posibilidades de atención por profesionales de enfermería en sus centros de salud del interior que las sub regiones Andina y Sur.

Los centros de salud de dependencia pública de la región concentran el porcentaje más alto de personal de enfermería.

La República Argentina muestra en los centros de salud tanto públicos como privados, de capital y del interior, más personal de enfermería profesional que auxiliares.

Los centros de salud de las sub regiones Sur y Centro son mayoritariamente de complejidad alta, mientras que en la sub región Andina son de complejidad media, no expresando diferencias significativas en cuanto a la distribución de personal de enfermería.

En los centros de salud de la región las jefas de enfermería manifiestan insuficiencia en la dotación e inadecuada distribución en el personal de enfermería.

En los centros de salud son referidos como suficientes en dotación y distribución de personal de enfermería a los programas de inmunizaciones y planificación familiar.

Las principales razones que justifican la dotación insuficiente en los centros de salud de la región son el aumento de la demanda, las condiciones y medio ambiente de trabajo, la gestión y presupuesto.

Los principales problemas en la dotación del personal de enfermería identificados

en los centros de salud son: calidad de la gestión administrativa, condiciones y medio de trabajo, falta de previsión ante el ausentismo y jubilaciones, cantidad insuficiente, asignación presupuestaria deficiente y aumento de la demanda.

Las principales medidas identificadas como soluciones para la problemática en los centros de salud son: gestión y aplicación de formulas según normas, aumentar el número de recursos humanos de enfermería y mejorar presupuesto y condiciones de trabajo y atender los problemas del proceso jubilatorio y ausentismo.

Capítulo 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Abramzón, M. 2004. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Publicación N° 62. Representación OPS en Argentina. Bs As. Argentina. Pags: 9-46. [Acceso 5 de octubre 2012] Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub62.pdf
2. Aguirre N., Balmaceda G. y Lara F. 2008. Actitud del personal de enfermería ante la rotación por los servicios hospitalarios. Tesis Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Pag. 43. [Acceso Marzo 2013]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguirre_norma.pdf.
3. Aiken L, Clarke S, Sloane D. 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 288(16):1987–1993. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650>
4. Aiken, J.M. & Kemp, J. 2003. HIV/AIDS, equity, and health sector personnel in Southern Africa. EQUINET Discussion Paper No. 12. [Acceso el 28 de febrero de 2012] Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/HNPLP/Resources/461053-1135289761282/HRHinAfricaBibliographybySubjectHeadings.pdf>. [Full Text].
5. Amarante, V. 2006. Recursos humanos en el sector salud en el Uruguay. Informe elaborado para la OPS. Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay. Montevideo. Uruguay. Pags. 120. [Acceso 31 de setiembre 2012] Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf>
6. Andersson H .2003. Malawi crippled by nursing crisis. BBC News. [Acceso 23 Agosto 2011] Disponible en: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/3590764.stm>.
7. Arroyo, J., Hartz J, y Lau, M. 2011. Recursos humanos en salud. Evidencias para la toma de decisiones. Serie Bibliográfica de Recursos Humanos en Salud; N°14. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud - Lima: Perú. Pags. 114. [Acceso 31 de octubre 2012] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1736.pdf>
8. Australian Resource Centre for Hospital Innovations (ARCHI). 2003. Safe Staffing and Patient Safety Literature Review, Waratah, NSW, Australia. [Acceso 20 de noviembre 2010]

- Disponible en: <http://www.bcehs.com/documents/sleepShiftHoursinAustAmbIndust.pdf>
9. Báez B.P, Gómez Núñez M., Sánchez-Miguel M. C., Díaz-Hernández S. 2007. Situación de la enfermería en Europa. Rev. Salud 2000. 21•Vol. 114. Pag. 21. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/revista/114/S20001142121.pdf> .
 10. Barros O., Weber R., Reveco C., Ferro E y Julio C. 2010. Demand forecasting and capacity planning for hospitals. Aceptado OR Spectrum 2010. . [Acceso Marzo 2012]. Disponible en <http://www.dii.uchile.cl/~ris/RISXXV/hospital.pdf>
 11. Brand AF.; Tolfo SR.; Pereira MF; Almeida, M I R. 2008. Atuação estratégica da área de gestão de pessoas em organização de saúde: um estudo à luz da percepção dos profissionais da área. Gestão & Regionalidade, v. 24 : 79-88
 12. Brito P, Galin P, Novick M. 2003 Labour Relations, Employment Conditions and Participation in the Health Sector. In Ferrinho P, Dal Poz M . Studies in Health Services Organisation and Policy 21, ITG Press, Antwerp, Belgium. [Acceso 12 de diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/Documents.htm>
 13. Brunetti, JA. 2010. Metodología para Cálculo de Planteles básicos funcionales para personal de Enfermería. Trabajo de Recopilación, Cálculo de necesidades de personal de Enfermería a nivel hospitalario “Prácticas que realizan las enfermeras y la institución para prevenir los eventos adversos” Argentina. Pags. 11. [Acceso 30 de setiembre 2012] Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/34043/174794/file/Metodolog%C3%ADa%20para%20C%C3%A1lculo%20de%20Planteles%20b%C3%A1sicos%20funcionales%20....pdf>
 14. Buchan J A. 2004. A certain ratio? Minimum staffing ratios in nursing: a report for the Royal College of Nursing, London: RCN. [Acceso 30 de setiembre 2012] Disponible en http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/287710/setting_appropriate_ward_nurse_staffing_levels_in_nhs_acut.pdf
 15. Buchan J, Parkin T & Sochalski J. 2003. International nurse mobility: Trends and policy implications Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. [Acceso el 28 de Febrero de 2012]. Disponible en http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf

16. Buchan J. and Calman L. 2004. La iniciativa mundial para la revisión de la enfermería La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones. CIE. Ginebra. Suiza . V 16(3):1-60.
17. Burke E.K., P. De Causmaecker, G. vanden Berghe, H. van Landeghem .2004. “The state of the art of nurse rostering” - Journal of Scheduling, Vol. 7 (6): 441–499.
18. Burke EK., Cowling P, De Causmaecker P, Vanden Berghe. G. 2001. “A memetic approach to the nurse rostering problem” - Applied Intelligence, Vol. 15(3): 199- 214.
19. Burke, E.K., P. De Causmaecker, G. vanden Berghe. 1998. “A hybrid tabu search algorithm for the nurse rostering problem” - Lecture Notes in Computer Science, Vol. 1585: 187–194.
20. Cameron R. 2006. Health Human Resources Trends in the Americas: Evidence for Action. Organización Panamericana de la Salud, [Acceso 30 de setiembre 2012] Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce140-11-s.pdf>
21. Castrillon-Agudelo M, Orrego S, Guevara E y Ferraz C. 2000. Framework in the Context of Health Care Reform Estados Unidos, Organización and management of Health Systems and Services. Vol 20 :1-80
22. Castrillon-Agudelo MC, Malvarez S. 2006. Panorama de la Fuerza de Trabajo de Enfermería en América Latina Revista De Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social Vol.14 (3): 145 - 165 .
23. Castrillón Agudelo, M C. 2006. Los estudios sobre fuerza de trabajo en enfermería en las Américas. Revista Mineira De Enfermagem. Vol 10(4):325-337.
24. Castrillón Agudelo, MC. 2008.Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Revista Investigación y Educación en Enfermería, vol. 16(2): 114-121
25. Castrillón, María Consuelo et al. 1999 La Enfermería en Colombia y la Reforma del Sector Salud. Rev Investigación y Educación en Enfermería. Vol 17 (1): 13-33.
26. Centro Internacional sobre la Migración de las Enfermeras. 2007. Autosuficiencia de la enfermería en el contexto mundial. Génova- Philadelphia, PA.
27. Cetrángolo O, Lima-Quintana L. y San Martín M. 2008. Recursos humanos en los hospitales

- públicos y centros de atención primaria. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Chile. [Acceso en febrero 2013]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34262/DocW30fin.pdf>.
28. Chapman, JL, Zechel, A, Carter, Y H. & Abbott, S. 2004. Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. Vol 54(502): 374–381.
 29. CIE. 2002. Report of the ICN Workforce Forum 2002- Consejo Internacional de Enfermeras Ginebra Suiza. Pag 35 [Acceso en febrero 2013]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/pilares-a-programas/icn-workforce-forum-meeting-reports/>.
 30. Cogollo-Milanés Z y Gómez-Bustamante, E. 2010. Condiciones laborales en enfermería de Cartagena, Colombia. *Avances de Enfermería*, Vol 18 (1): 31-38.
 31. Cohen GM. 2008. Protecting health professionals, our most precious resource (guest editorial) *International Nursing Review*. Vol 55 (1): 1-2
 32. Cohn, E G. 2007. Including marginalized Populations in HIV Clinical Trials: A New Role For Nurse-Researchers. *Policy, Politics & Nursing Practice*. Vol 8(4):271-275.
 33. Consejo Internacional de Enfermeras. 2003. Problemas mundiales de la oferta y la demanda de enfermeras. Noticias SEW N°1. Ginebra Suiza. [Acceso 9 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.icn.ch/sewjan-mar03sp.htm>.
 34. Consejo Internacional de Enfermeras. 2006. La escasez mundial de enfermeras: Sectores de intervención prioritaria. Informe CIE /FIFN. [Acceso 5 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.icn.ch/global/shortagesp.pdf>.
 35. Consejo Internacional de Enfermeras. 2010. Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras en la vanguardia de los cuidados de las enfermedades crónicas - CIE. 75 Ginebra, Suiza. Pags 1.
 36. Consejo Internacional de Enfermería. 2011. Resolver la desigualdad: aumentar el acceso y la equidad. Editado por Consejo internacional de enfermeras (CIE) Ginebra, Suiza. Pags. 70. [Acceso 31 de agosto 2012] Disponible en: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2011sp.pdf>

37. Correa A, Palacio M, Serna L. 2001. Situación laboral de los profesionales de enfermería en instituciones de salud, Municipio de Medellín. *Rev. Investigación Educativa Enfermería*. Vol 1992:10-25
38. Corvetta J.H. 2009. Gestión del recurso humano en el departamento de enfermería del Hospital Naval Pedro Mallo. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: <http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Enfermeria%20Pedro%20Mallo.pdf>.
39. CPRN-RCRPP Health Canada. 2004 *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*. Ottawa, Canadá. Págs:5-21. [Acceso 20 Agosto 2012] Disponible em: http://rcrpp.org/documents/30762_en.pdf
40. Desmery, G. 2009 .En la Argentina, faltan unas 90 mil enfermeras y hay exceso de médicos. Entrevista Congreso Argentino en Salud. Buenos Aires Argentina. . [Acceso 11 de noviembre 2012] Disponible en: <http://www.26noticias.com.ar/en-la-argentina-faltan-unas-90-mil-enfermeras-y-hay-exceso-de-medicos-71188.html>
41. Dey, I. & Fraser, N. 2000. Age-Based Rationing in the Allocation of Health Care. *Journal of Aging and Health*, 12(4) : 511-537.
42. Diaz-Bonilla E, Babinard J, Pinstrup-Andersen P. 2001. *Globalisation and health: a survey of opportunities and risks for the poor in developing countries*. Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra. Suiza.
43. Dovlo D. 1998. *Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana*. Ministry of Health, Ghana. Pags. 15. [Acceso 11 October 2012] Disponible en: www.hrhresourcecenter.org/node/181.
44. Dussault G. 2006. *Improving the performance of the health workforce: from advocacy to action*. 47th Directive Council PAHO/WHO. . [Acceso en 12 de diciembre de 2011]. Disponible en <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HR/dussault-eng.pdf>
45. Egger D, Lipson D, Adams O. 2000. *Issues in health services delivery. Human. resources for health : achieving the right balance*. World Health Organization. Génova. [Acceso en 15 de febrero de 2012]. Disponible en http://www.who.int/hrh/documents/en/right_balance.pdf

46. Ferro Milano EJ. 2010. Gestión de capacidades para el servicio de atención de urgencia del hospital. Santiago de Chile. Tesis. Departamento de Ingeniería Industrial. Universidad de Chile. [Acceso febrero 2013]. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cf-ferro_em/pdfAmont/cf-ferro_em.pdf.
47. FNB. 2003. La Profession d'Infirmière au sein du système de santé de Belgique, situation actuelle et souhaits pour le futur. Fédération. Bélgica.
48. Frías-Osuna A, Aceijas-Hernández C, Prieto-Rodríguez MA, Hejerle-Valero C, Gil García E. 2004. Actitudes, percepciones y satisfacción de las enfermeras andaluzas con la Atención Domiciliaria. *Enferm. Clín*; vol 14(6): 297-306.
49. García-Fanlo LE. 1995. Criterios Metodológicos para calcular planteles básicos (óptimos) Secretaría de Asistencia para la Reforma Económica Provincial. Ministerio del Interior / Programa de Reforma Provincial. Argentina. [Acceso 5 de octubre 2012] Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/34043/174794/file/Metodolog%C3%ADa%20para%20C%C3%A1lculo%20de%20Planteles%20b%C3%A1sicos%20funcionales%20....pdf>
50. Giovine P. 2004. Preocupa escasez de enfermeras. . [Acceso 9 de septiembre 2011] Disponible en: <http://www.univision.com/content/content>.
51. Giraldo-Molina C I. 2000. Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos del personal de enfermería. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. 18 (1):49-68. Universidad de Antioquia. Colombia. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105218294004>.
52. Grace H. 2000. Reflexiones de nuestro viaje. En: *Recursos de enfermería: contribuciones al proceso de desarrollo*. Pág.36-37. W.K. Kellogg. Bogotá. Colombia.
53. Gutiérrez JB, González AR, González M Á y col. 2012. Efecto de la implantación de turnos de enfermería “a demanda” sobre las horas de absentismo. *Rev. Gac Sanit* Vol 684:3-4 [Acceso Marzo 2013]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111\(12\)00092-1.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111(12)00092-1.pdf).
54. Harding R, Easterbrook P, Higginson I J, Karus D, Raveis V H. & Marconi K. 2005. Access

- and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses. *Palliative Care*, vol 19(2):51-258.
55. Heredia A M.- 2009. Las Unidades de Enfermería a Nivel Gobierno como ámbitos de regulación. Ministerio de Salud de la Nación Subsecretaria de Políticas de Regulación y Fiscalización Conferencia en el Simposio Internacional de regulación en enfermería. Asociación de enfermería de Córdoba. Actas de Congreso. Cordoba. Argentina.
 56. Institute of Medicine. 2001. Using information technology. In: *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academt press: 164/180.
 57. Junta de Andalucía y Escuela Andaluza de Salud Pública. 2012. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Médicos de familia, pediatras y enfermería DUE en centros de atención primaria. Andalucía. España [Acceso en enero 2013]. Disponible en http://www.calidadsaludandalucia.es/es/capacidad_del_sistema_8_18.html.
 58. Kanai-Pak M, Aiken L H, Sloane D M, y Poghosyan L. 2008. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 17 (24):3324–3329. [Acceso enero 2013]. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x>.
 59. Kingma M. 2006. Las enfermeras avanzan: la migración y la economía mundial de la atención de salud. Ithaca, NY: Cornell University Press. [Acceso marzo 2011] Disponible en www.cnai.info/index.php?option=com_joomdoc&task...
 60. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Yemadji N, Mills A. 2000. Human resources for Health: Requirements and availability in the context of scaling up priority interventions in low-income countries. Department For International Development/ London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK.
 61. Kurowski et al. 2003. reported in Liese, B, Dussault G 2004. *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors*. World Bank, Washington DC, USA. [Acceso el 20 de noviembre 2011} Disponible en: http://www.sobest.com.br/docs/Escassez_enfermeiras.pdf
 62. Lange, Ilta et al. 2000. *La práctica de enfermería en América Latina*. Santiago: Escuela de

Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. Presentado en la Reunión Internacional: “Impacto de la Enfermería en la Salud: América Latina y El Caribe” en Belo Horizonte Brasil

63. Leguizamón L, Gómez V. 2002. Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Bogotá. Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol 2(1):173-182.
64. Malvárez SM, Castrillón-Agudelo MC. 2006. Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina, Segunda Parte. Rev. Enferm. IMSS. Vol 14 :145–165.
65. Malvarez, S. 2007. Orientaciones para la Educación Inicial de Enfermería en las Américas: hacia el 2020. Organización Panamericana de la Salud. X Conferencia de Educación en Enfermería. Toledo. España. [Acceso 20 febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.eean.ufrj.br/aladefe/orientaciones.pdf>
66. Malvarez S. 2007. El reto del cuidado en un mundo globalizado Texto & Contexto Enfermagen. Vol 16 (003): 520-530.
67. Malvárez S. 2004. Recursos humanos de enfermería: Desafíos para la próxima década. Unidad de Recursos Humanos para la Salud. OPS/OMS. Washingtow DC [Acceso 20 diciembre de 2011]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocument/2011/challemesNextDecadeSpan.pdf>.
68. Marius M. Apuntes sobre un nuevo modelo de relación médico-enfermo. Quadern CAPS. Vol 1999 (22): 61-6.
69. Martínez-Cadaya N. y Fernández- Fernández M L. 2012. El rol enfermero, cambios significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en enfermería. Rev. Cultura de los Cuidados. Vol 16 (33):22-29. [Acceso Enero 2013]. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/425>.
70. Merino de Rojas MC. 2004. Equidad en la distribución de los recursos humanos en salud. El Salvador, México Bolivia, y Ecuador. Informe No. 58. Quito, Ecuador.
71. Meza-Galván M A. 2009. Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Sos. Vol 17(3):153-157. [Accesos febrero 2013] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/>

- enfermeriaimss/eim-2009/eim093h.pdf.
72. Meza-Galván M Á, Rodríguez-Nava VF, Gómez-Lamadrid O. 2009. Humanismo en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc Vol 17 (2): 109-111.* [Accesos febrero 2013] Disponible en: http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_enfermeria_instituto_mexicano_seguro_social/Humanismo%20en%20enfermeria.pdf
 73. Milos P, Larrain A I y Simonetti M. 2009. Categorización de Servicios de Enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras *Ciencia y Enfermería. vol 15 (1): 17-24.*
 74. Ministerio de Salud de Uruguay, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2006. La Migración del Personal de Salud en la Región de las Américas. VIII Conferencia iberoamericana de Ministros y ministras de salud. 5 y 6 de Octubre en Colonia de Sacramento. Uruguay. [Acceso marzo 2011] Disponible en: http://www.paho.org/spanish/Dpm/SHD/HR/declaracion_migracion_uru_esp.pdf
 75. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. 2011. Plan Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Acceso 20 de mayo 2011] Disponible en: [http://info.seremisaludatacama.sl/documents/epidemiologia/PSP_2011_2020/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20\(versi%C3%B3n%2012%20Mayo%202011\).pdf](http://info.seremisaludatacama.sl/documents/epidemiologia/PSP_2011_2020/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20(versi%C3%B3n%2012%20Mayo%202011).pdf)
 76. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de España. 2008. Indicadores hospitalarios evolución 2000-2005. Madrid. España. Pag. 77. [Acceso Marzo 2013]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/serie_escri_00_05_es.pdf.
 77. Navazo F. La gestión de los recursos humanos de enfermería a través del sistema informático flor. Clínica Puerta de Hierro. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: <http://www.tecnova.es/flor/puertahierro.pdf>.
 78. OECD. 2004. Récents développements et défis a venir de la gestion des ressources humaines dans les pays membres de l'OCDE. Paris, France. [Acceso el 28 de marzo de 2012] Disponible en [[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2001doc.nsf/LinkTo/PUMA-HRM\(2001\)5-FINAL](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2001doc.nsf/LinkTo/PUMA-HRM(2001)5-FINAL)]

79. Olivares R. 2009. Fuga de enfermeras hacia el sector privado provoca grave déficit en hospitales públicos. El Mercurio. [Acceso 31 de noviembre 2012] Disponible en: <http://diario.elmercurio.cl/detalle/index.asp?id=%7Bc438b2b6-62b7-4592-919b-814ffd6b5fd4%7D>
80. Olivera, A M et al. 2010. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.10 (2): 433-439. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600023>.
81. OMS. 2009. Personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales. Tabla 6. Estadísticas sanitarias. OMS. Ginebra. Suiza. Pag. 95-105. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf.
82. OPS 2004, Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud, Washington D.C., EE.UU.
83. OPS- Universidad R Landivar 2010. “ Información sobre recursos humanos de salud en Guatemala julio 2009 [Acceso 5 de octubre 2012] Disponible en http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/RH_GUA_Informe_RRHH_enero_2010.pdf
84. OPS. 2007, “Panorama de salud en la Región” en La Salud en las Américas 2007. Vol I. Washington, EE.UU.
85. OPS-OMS. 2011. “Regulación de la Enfermería en América Latina”. Serie Recursos Humanos para la Salud No. 56- OPS. Washington, D. C. EE.UU.
86. OPS-OMS. 2012. Estudio comparativo de las Condiciones de Trabajo y Salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Lima-Perú Editado por OPS-OMS. Pags. 96. [Acceso 11 de diciembre 2012] .Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/048003.pdf>.
87. Organización de Naciones Unidas. 2000. Declaración de los objetivos del milenio. [Acceso el 28 de febrero 2011] Disponible en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.shtm>.
88. Organización Mundial de la Salud. 2002. Servicios de Enfermería y partería Orientaciones estratégicas 2002-2008. OMS. Ginebra Suiza Págs. 58 [Acceso en febrero 2013]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/strategic_directions_es.pdf

89. Organización Mundial de la Salud. 2006. Colaboremos por la salud, Informe sobre la salud en el mundo de 2006. Ginebra, Suiza [Acceso el 15 de noviembre de 2011] Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>
90. Organización Mundial de la Salud. 2009. Estadísticas sanitarias Mundiales 2009. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Pags. 143. [Acceso 30 de setiembre 2012] Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf
91. Organización Mundial de la Salud. 2003. Fortalecimiento de la Enfermería y Partería. OMS Ginebra. Suiza. Pag. 6. [Acceso 12 de diciembre 2011].Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5619.pdf
92. Organización Panamericana de la Salud. 2011 Regulación de la enfermería, Serie de Recursos humanos de la salud. Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS) OPS. Washington, D. C Pags.: 6-8. [Acceso 12 de diciembre 2011].Disponible en: <http://www.slideshare.net/msotovercher/hss-hr56regulacin-de-enfermera-en-al-2011>.
93. Organización Panamericana de la Salud. 2005. Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, Informe Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. 4-7 de octubre de 2005. OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care. Toronto, Canadá.
94. Organización Panamericana de la Salud. 2005. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Biblioteca Lascasas 2005; 1. [Acceso 11 de diciembre 2012] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0054.pdf>
95. Organización Panamericana de la Salud. 2006. Planes decenales de recursos humanos en salud: Hacia una visión común. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima.Peru.
96. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. 2007. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59.^a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C. [Acceso el 15

- de noviembre de 2011] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-10-s.pdf>.
97. Osterle A. 2002. Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation*. Vol. 8(46): 46-59.
 98. Pepin JI. 1992. Family Caring and Caring in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 24(2):127-131. [Acceso en febrero 2012]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1414089&pid=S1132-1296200400010000900013&lng=es
 99. Puerta-Román G. 2008. La Enfermera en el Quirófano Enf. Quirúrgica. *Revista de Anestesiología. ISESALUD Tijuana B.C., México*. Vol. 20(3): 114-116. [Acceso 31 de noviembre 2012] Disponible en <http://www.anestesiaenmexico.org/RAM9/RAM2008-20-3/indexram08-3.html>
 100. Rebollo-Malpica D y col. 2010. Impacto de la dotación del recursos humano de enfermería en la optimización de de los cuidados en los hospitales públicos de Barquisimeto. *Salud Arte y Cuidado*. Vol 3 (1 y 2): 50-56.
 101. Reveco C. y Weber R. 2011. Gestión de capacidad en el servicio de urgencia de un hospital público. *Revista Ingeniería de Sistemas*. Vol. 25: 57-75. [Acceso febrero 2013]. Disponible en: <http://www.dii.uchile.cl/~ris/RISXXV/hospital.pdf>.
 102. Rigoli F, Famer-Rocha C, Foster-Allison A. 2005. Desafíos Críticos de los Recursos Humanos en Salud: Una Visión Regional. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Vol 14 (1). [Acceso el 28 de Enero de 2011] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/es_v14n1a02.pdf
 103. Róvere M, Abramzon M. 2005. Recursos Humanos en Salud. Bases para una agenda impostergable. Plan Fénix. UBA –Buenos Aires. Argentina. [Acceso 5 de octubre 2012] Disponible en: <http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20de%20desarrollo%20RRHH/Abra>
 104. Salmon M. and Yan J. 2005. The Caribbean Context: Prelude to Regional Strategies. Presentation at International Nurse Migration Conference, Bellagio, Italy.
 105. Seago J, Spetz J, Coffman J, Rosenoff E, and O’Neil E. 2003. Minimum staffing ratios: The

- California workforce initiative survey. *Nursing Economics* Vol 21 (2): 65-70
106. Secretaria de Salud de México. 2001. Programa Nacional de Salud. 2001-2006: La democratización de la salud en México. Edit por Secretaria de Salud México DF. Pags. 201. [Acceso 30 de noviembre 2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pns20012006.pdf>
107. Secretaria de Salud de México. 2003. Guía técnica para la dotación de recursos humanos de enfermería. . Secretaria de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería. México D.F. pag. 10-19. [Acceso Marzo 2012]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/.
108. SIGMA ThETA TAU - CIE. 2010. Cumbre internacional para buscar soluciones a la escasez mundial de profesores de enfermería. Ginebra. Suiza. [Acceso en 12 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.seden.org/files/Escasez%20mundial%20de%20enfermeros.pdf>
109. Staiger DO, Auerbach DI, Buerhaus P. 1997. Expanding career opportunities for women and the declining interest in nursing as a career. *Nursing Economics*, Vol 18 (5) :230–236.
110. Standing Committee of Hospitals of the European Union (HOPE). 2004. The Healthcare Workforce in Europe: Problems and Solutions. Bruselas. Págs.: 3-20 [Acceso el 28 de marzo de 2012] Disponible en [[http://www.oalis.org/olis/2001doc.nsf/LinkTo/PUMA-HRM\(2001\)5-FINAL](http://www.oalis.org/olis/2001doc.nsf/LinkTo/PUMA-HRM(2001)5-FINAL)
111. Standing H, Baume E. 2003. Equity, Equal Opportunities, Gender and Performance. In Ferrinho P, Dal Poz M. *Towards a Global Health Workforce Strategy*. ITG Press, Antwerp, Belgium.
112. Tizo-Costa D. Fernandes-Martin S C. 2011. Estrés en profesionales de enfermería: impacto del conflicto en el grupo. *Rev. Esc. Enferm. USP*. Vol 45(5):1187-1193. . [Acceso Enero 2013]. Disponible en: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>.
113. Torres-Esperón M, Velásquez-Aznar A y col. 2009. La organización de los servicios hospitalarios de enfermería en Cuba. Una nueva alternativa. *Rev. Infodir*. Vol 7 [Acceso 31 de noviembre 2012] Disponible en : bvs.sld.cu/revistas/infdir/n708/infdir050709.htm
114. Wharrad H, Robinson J. 1999. *The global distribution of physicians and nurses*. Blackwell

- Publishing, UK. *Journal of Advanced Nursing* Vol 30 (1): 109-121
115. WHO. 2003. *Human Resources for Health, A Toolkit for Planning, Training and Management*, [Acceso el 28 de Febrero de 2012] Disponible en: <http://www.hrhtoolkit.forumone.com>.
116. World Health Organization. 2010. *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015 OMS*. Ginebra Suiza Pags. 25. [Acceso en febrero 2012]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.
117. World Health Organization. 2010. *Global policy recommendations: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Executive Summary*. Pags. 4. [Acceso 30 de octubre 2012] Disponible en: http://www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf.
118. Yan Jean. 2007. *Values and image of nursing in the World*. Conferencia central X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería Noviembre 2006 Actas del X Coloquio Córdoba Argentina. Vol 2: 69-77.
119. Zapata-Herrera M. 2008. *Enfermería Una profesión en crisis? Trabajo para optar el título de Magister en Salud Colectiva*. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Medellín, Colombia. [Acceso noviembre 2011] Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/jspui/bitstream/10495/169/1/EnfermeriaProfesionCrisisMedellin.pdf>
120. Zuan Benedetti C M et al. 2004. *Cálculo de Pessoal de Enfermagem em Hospital Universitário do Paraná: uma proposta de adequação*. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 25 : 81-92

Anexo



Washington, 4 de Abril de 2007

Mgtr Maria Cristina Cometto
Universidad Nacional de Córdoba

Estimada María Cristina,

En conocimiento que Ud. se encuentra iniciando un estudio sobre la composición y distribución del personal de enfermería en distintos países de América Latina, me comunico con Ud. a fin de expresarle nuestro interés en colaborar con dicha investigación de modo que la misma adquiera cobertura regional, alcanzado a todos los países de América Latina.

Dado que este es un tema de preocupación para la Organización Panamericana de la Salud y que la dotación pertinente de personal de enfermería constituye uno de los desafíos críticos de la década de recursos humanos de la Región, la Unidad de Recursos Humanos de la OPS puede proveerle apoyo en los siguientes aspectos:

- Acceso a bibliografía actualizada y de última generación
- Facilitar el vínculo con instituciones de los países de América Latina, seleccionar informantes clave y estimular la recolección de la información
- Asesoría para el análisis de los datos
- Publicación de los resultados del estudio en la Serie de Recursos Humanos de la OPS.
- Difusión del estudio por el sitio web

Al mismo tiempo le informamos que no nos será posible proveerle ayuda financiera para el estudio.

En caso de que Ud. considere de interés este ofrecimiento de cooperación le rogamos respondernos por la misma vía.

Sin otro particular le saluda cordialmente.

Silvina María Malvárez
Asesora Regional de Recursos Humanos en Salud
Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos