

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Maestría

Autora: María Gómez Marquisio

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL CAPITAL HUMANO ENFERMERO EN RELACIÓN A LAS POLÍTICAS ORIENTADAS AL SECTOR Y LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS DE ESTE TALENTO HUMANO EN ARGENTINA

2014

Director de Tesis: Dr. Mario Glanc

Co-directora de Tesis: Mg. Daniela Álvarez

Citar como: Isla Blum, M. E. (2008). *Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el subsistema de la seguridad social nacional argentina*. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/501>



Resumen:

La situación actual de déficit del recurso humano en salud respecto de enfermería es crítico en el mundo. A pesar de ser reconocido este factor como clave para el desarrollo de las comunidades, la mayoría de los países tienen serios problemas para abordarlo y solucionarlo.

Esta investigación intenta contribuir con elementos de debate como aporte para la planificación sustentable de este capital humano desde el análisis de la situación del capital humano enfermero en Argentina, las políticas orientadas al sector y las principales problemáticas de este talento humano. En ese contexto se analiza la composición del sector y la determinación de su déficit en relación a número, distribución y formación académica; así también se reflexiona acerca de los principales determinantes que intervienen en la dinámica del recurso en relación a la situación socio-laboral, perfil epidemiológico y migración. Identificar los modos de aplicación de sistemas de la captación y retención del recurso es también un objetivo de estudio y su correspondencia a los principales problemas de la disciplina.

Se analiza además, comparativamente, las estrategias aplicadas en el ámbito internacional para la gestión de este capital humano, identificando la factibilidad de alguno de ellos en Argentina. Así también se efectúa un acercamiento al campo práctico para intentar analizar la situación del recurso en el área local en un ámbito institucional, correspondiente a cada uno de los subsistemas de salud en la ciudad de Buenos Aires. Finalmente se intenta contribuir con la formulación de un sistema de captación y retención del recurso humano enfermero alternativo, compuesto por estrategias integradas que respondan a las causas concurrentes al problema de déficit de este componente clave de los sistemas de salud.

Summary:

The current deficit situation of human resources in health for nursing is critical in the world. Despite this factor be recognized as key to the development

of communities, the majority of countries have serious problems to address it and fix it.

This research tries to contribute elements of debate as a contribution to the sustainable planning of this human capital from the analysis of the situation of the human capital nurse in Argentina, policies oriented to the sector and the main problems of this human talent. In this context is analyzed the composition of the sector and the determination of its deficit in relation to the number, distribution and academic training; Thus it also reflects on the main determinants influencing the dynamics of the resource in relation to the socio-labour situation, epidemiological and migration. Identify the modes of implementation of the recruitment and retention of the resource is also a target of study and its correspondence to the main problems of discipline.

Analyses also, comparatively, strategies at the international level for this human capital management, identifying the possible development of some of them in Argentina. So is also made an approach to the practical field to try to analyze the status of the resource in the local area in a field corresponding to each of the subsystems of health in the city of Buenos Aires, institutional. Finally tries to contribute to the formulation of a system of recruitment and retention of human resources alternative nurse, composed of integrated strategies that respond to the causes of the concurrent to the problem of deficit of this key component of health systems.

Pregunta orientadora del proceso de investigación:

¿Cuál es la situación del capital humano enfermero en Argentina en relación a las políticas orientadas al sector y los principales problemas de este talento humano?

Palabras y conceptos clave:

Enfermería.

Recurso humano/capital humano/talento humano

Políticas.

Estrategias.

Sistema.

Captación.

Retención

ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN	11
2- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	14
2.1- Recurso Humano Enfermero, la problemática en la Argentina.....	27
2.2.1- Objetivo General.....	31
2.2.2- Objetivos específicos.....	31
3- MARCO TEÓRICO	32
3.1- Situación del Recurso Humano Enfermero: El Déficit como problema central.....	32
3.2- Sistemas de Captación y Retención como estrategia.....	34
3.3- La Crisis del Recurso Humano en Salud como prioridad en la agenda regional, subregional y nacional.....	35
3.4- Aumento de la expectativa de vida y nuevo perfil epidemiológico de la población hacia enfermedades crónicas no transmisibles, desarrollo de redes de salud y Atención Primaria de la Salud (APS), nuevo roles enfermeros.....	37
3.5- Cobertura, Acceso y derecho a la salud en Argentina, determinantes para la planificación de los recursos humanos.....	39
3.5.1- Un poco de historia.....	39
3.5.2- Cobertura y acceso en relación a.....	42
4- METODOLOGÍA SELECCIONADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.1- Hipótesis Iniciales.....	44
4.2- Fases, tipos de estudio y variables.....	45
4.3- Fuentes de Información.....	45
4.4- Técnica de recolección de datos y unidades de análisis.....	46
4.5- Tipos de Muestra.....	48
5- DESARROLLO	48
5.1- Análisis de la situación del Recurso Humano Enfermero en Argentina, las políticas orientadas al sector y principales problemáticas de este capital humano.....	48

5.1.1- Análisis de la composición del sector enfermería, determinación de su déficit en cuanto a número, distribución y formación académica e identificación de los principales determinantes que intervienen en la dinámica del recurso enfermero: situación socio-laboral, perfil epidemiológico y migración.....	48
5.1.1.1- Número, distribución y formación.....	48
5.1.1.2- Problemas de formación académica.....	54
5.1.1.2.1-Una experiencia local: Proyecto ALFA funda Enfermería.....	56
5.1.1.3- Situación Socio-laboral.....	58
5.1.1.3.1- Marco jurídico de la profesión.....	58
5.1.1.3.2- Carga laboral, situación salarial y cuest. de género....	63
5.1.1.4- Perfil epidemiológico: envejecimiento y burnout.....	70
5.1.1.5- Problemas de Migración.....	70
5.2- Identificación de los Sistemas de captación y retención del recurso y su correspondencia a los principales problemas del sector.....	71
5.3- Análisis comparativo de las estrategias aplicadas en el ámbito internacional para la gestión del recurso humano enfermero, identificación de la factibilidad de alguno de ellos en Argentina.....	72
5.3.1- En Estados Unidos.....	72
5.3.2- En la Unión Europea y Reino Unido.....	75
5.3.3- En América Latina.....	80
5.3.4- Síntesis comparativa.....	84
5.4- Análisis de la situación del recurso humano enfermero en un ámbito institucional correspondiente a cada uno de los tres subsistemas del Sistema de Salud Argentino.....	85
5.4.1- Descripción general de las Instituciones seleccionadas como muestra de estudio.....	85
5.4.2- Resultados de las entrevistas en el plano micro.....	86
5.4.3- Hallazgos según ámbito de pertenencia.....	98
5.4.4- Conclusiones generales para el plano micro de estudio.....	99

5.5- Formulación de un Sistema de Captación y Retención del Recurso Humano Enfermero correspondiente con las causas concurrentes al problema complejo de déficit del sector.....	100
6- CONCLUSIONES.....	102
7- RECOMENDACIONES.....	103
7.1- Recomendaciones generales.....	103
7.2- Recomendaciones para el área pública en particular.....	104
8- CONSIDERACIONES FINALES.....	105
9- BIBLIOGRAFÍA.....	108
10- ANEXOS.....	114
10.1- Guía para las entrevistas.....	114
10.1.1- Guía para entrevista con los representantes de los Departamentos de Recursos Humanos en relación a enfermeros.....	114
10.1.2- Guía para entrevistas a los representantes de los Departamentos de o Direcciones de Enfermería en relación a sus funciones.....	115
10.1.3- Guía para entrevistas a los enfermeros del área operativa de las instituciones seleccionadas.....	116
10.2- Instrumentos de recolección de datos.....	116
10.2.1- Instrumentos de recolección de datos 1.....	116
10.2.2- Instrumentos de recolección de datos 2.....	119
10.2.3- Instrumentos de recolección de datos 3.....	121
10.3- Plan de trabajo: Diagrama de Gantt.....	124
10.4- Modelos de Solicitud de autorización y consentimiento para el desarrollo de investigación.....	125
10.5- Matrices de datos para el análisis en el plano micro, conducente al logro del objetivo4.....	127
10.5.1- Matriz de datos cuanti-cualitativos correspondientes a las entrevistas dirigidas a los representantes de Las Direcciones/Jefaturas de Enfermería de cada organización (a-b-c): Funciones relacionadas a los problemas del Recurso Humano Enfermero.....	127
10.5.2- Matriz de datos cuanti-cualitativos correspondientes a las entrevistas dirigidas a los representantes de los Departamentos de Recursos	

Humanos de cada organización (a-b-c): Funciones relacionadas a los problemas del Recurso Humano Enfermero y cuantificación de médicos....135

10.5.3- Matriz de datos cuanti-cualitativos correspondientes a las entrevistas dirigidas a los Enfermeros del áreas operativa en base sus funciones, correspondientes a cada una de las organizaciones (a-b-c) relacionadas a los problemas del mismo capital humano.....141

AGRADECIMIENTOS:

A la Lic. Gabriela De Felipa, por compartir su experiencia como Directora de la Carrera de Enfermería en sus diferentes ofertas educativas de la Universidad ISALUD.

A la Lic. Andrea Leyton, Jefa de Dto. Del Sanatorio Otamendi

A la Lic. María del Carmen Martínez. Jefa de Dto. del Sanatorio Sagrado Corazón.

A la Lic. María Cristina Piñeyro. Directora de Enfermería del Instituto Oncológico Ángel H. Roffo

A la Lic. Miriam Maisos. Directora DE RRHH del Instituto Oncológico Ángel H. Roffo.

Al Comité Docente y de Investigación (CDI) del Instituto Oncológico Ángel H. Roffo.

Al Lic. Horacio Mazzini Gerente de RRHH del Sanatorio Sagrado Corazón.

Al Dr. Raúl Tomás Alonso. Gerente de RRHH del Sanatorio Otamendi

Al Dr. Alberto Lambierto Director Médico del Sanatorio Otamendi

Al Dr. Carlos Alberto Díaz. Gerente Médico del Sanatorio Sagrado Corazón.

Al Dr. Ricardo kirchuk. Director del Instituto Oncológico Angel H. Roffo

A la Lic. Lucía Soria

A la Lic. Lidia Benítez

A las enfermeras:

Ayelén Ábalos

Julia Escobar

Soledad Patricia Mamani

Nadia Benegas

A la Dra. Silvina Aranovich del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina.

Al Dr. Alejandro Costa. Subsecretario de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Al Dr. Fernando Avellaneda. Secretario Ejecutivo médico del SIPROSA provincia de Tucumán.

Al Dr. Luis Magno Director de RRHH del Ministerio de Salud de Salta.

A la Lic. Viviana Guitián de la Dirección de RRHH del Ministerio de Salud de Salta.

A la Lic. Susana Aden. Encargada del Dto. de Capacitación de la Dirección Gral. De RR.HH. en Salud de Tucumán.

Al Dr. Marcelo Bellone. Secretario de Planificación en Políticas y Regulación Sanitaria de la provincia de Jujuy.

Al Lic. Eduardo Licciardi y a Cristian Varela, quienes colaboraron con aspectos de soporte técnico.

Y a quienes han sido en gran parte responsables de que este trabajo se haya podido realizar, a mis Directores, el Dr. Mario Glanc y la Mg. Daniela Álvarez quienes me apoyaron a diario.

A mis compañeros de maestría, en especial a Paula Russo, Cristian Walberg, Elsa Gervasio, Susana Rivas, Irene Santilli y Patricia Steren, de quienes aprendí la importancia de enriquecerse con la diferencia.

Y a la Enfermería, mi lugar en el mundo.

1-INRODUCCIÓN:

La situación actual de déficit del recurso humano en salud respecto de enfermería es crítico en el mundo. A pesar de ser reconocido este factor como clave para el desarrollo de las comunidades², la mayoría de los países tienen serios problemas para abordarlo y solucionarlo.

Organismos oficiales y Organizaciones de profesionales en todo el mundo han abordado el tema a partir de la cuantificación del recurso humano de la disciplina ya sea en relación al número de habitantes por país o en su proporción respecto a la disciplina médica, como indicadores que evidencian el problema. Es reconocido por Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los beneficios que proveen los enfermeros dentro del sistema a sus beneficiarios en cantidad y calidad adecuados, a través del desarrollo de funciones esenciales como la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de Salud, en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud y la formación.

Así el déficit del recurso humano enfermero global, constituye un serio problema que interesa a la gestión de los sistemas de salud a la hora de planificarlo. Este problema en su visión compleja, concentra una serie de causas concurrentes que podrían categorizarse con el fin de intentar comprender el fenómeno en sus múltiples dimensiones, en cuatro grandes ramas: formación académica, situación socio-laboral, perfil epidemiológico y problemas relacionados a la migración. Los aspectos relacionados a la formación académica en los que se incluyen diversidad de oferta educativa y requisitos de admisión, problemas de deserción y desgranamiento del estudiantado, escasez de recurso docente relacionado a múltiples cuestiones de incentivos, falta de independencia formativa disciplinar y aquellos vinculados a los nuevos roles en el ejercicio profesional, se relacionan directa o indirectamente con la rama de problemas socio-laborales. Los sistemas de retribución o salarios, carga laboral, multiempleo y escasa disponibilidad de tiempo libre sumados a problemas de imagen y estatus, escasa visibilidad

² OPS/OMS. Recursos humanos para la Salud. 2011.

enfermera y feminización de la profesión; desempleo y sub-empleo, escaso financiamiento para la planificación del recurso y cuestiones de regulación: leyes de ejercicio profesional, convenios colectivos de trabajo y temas derivados de la Ley de Educación Superior hacen a la complejidad de la problemática socio-laboral. Existencia o ausencia de colegios de la disciplina. Deserción de la profesión y problemas derivados de los procesos de autonomía y de modelos de gestión son solo algunos de éstos últimos.

Finalmente el envejecimiento de la población enfermera y el síndrome de desgaste (íntimamente relacionados a la rama socio-laboral) junto a los procesos de migración interna y externa con desplazamiento de los profesionales a los centros de mayor densidad de población y lugares con mejores sistemas de captación y retención relacionados a incentivos, constituyen la médula del conflicto.

Las múltiples dimensiones que hacen al déficit del recurso humano enfermero, algunas de ellas antes mencionadas, desencadenan una serie de estrategias, muchas de ellas innovadoras para intentar frenar este desequilibrio en la oferta y la demanda del recurso enfermero. Las técnicas mejoradas del registro de profesionales, indicadores que representan proporción en relación a médicos y número de habitantes; así como estrategias cualitativas: modelos de reconocimiento profesional, apoyo mentor, alianzas estratégicas, creación de escuelas y consejos de la disciplina, captación internacional y formación de enfermeras líderes son solo algunas de las iniciativas de los países y organizaciones que reconocen el problema e intentan comprometerse con el desarrollo de mejoras.

El desarrollo de la presente investigación intenta contribuir al análisis de la situación del recurso humano enfermero, las políticas orientadas al sector y las principales problemáticas de este capital humano. En ese contexto se analizará la composición del sector y la determinación de su déficit en relación a número, distribución y formación académica; así también se reflexionará a cerca de los principales determinantes que intervienen en la dinámica del recurso en relación a la situación socio-laboral, perfil epidemiológico y migración. Identificar los modos de aplicación de sistemas de la captación y

retención del recurso es también un objetivo de estudio y su correspondencia a los principales problemas de la disciplina.

Se analizarán además, comparativamente, las estrategias aplicadas en el ámbito internacional para la gestión de este capital humano, identificando la factibilidad de alguno de ellos en Argentina. Así también se efectuará un acercamiento al campo práctico para intentar analizar la situación del recurso en el área local en un ámbito institucional, correspondiente a cada uno de los subsistemas de salud en la ciudad de Buenos Aires. Finalmente se intentará contribuir con la formulación de un sistema de captación y retención del recurso humano enfermero alternativo, compuesto por estrategias integradas que respondan a las causas concurrentes al problema de déficit de este componente clave de los sistemas de salud.

2-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS:

La situación actual del capital humano Enfermero es crítica en el mundo. Como todo gran problema no responde a una sola causa sino a un complejo entramado de factores que confluyen afectando la cantidad y calidad del recurso ofertado y demandado en muchos países. Algunas de estas cuestiones, han sido analizadas por organizaciones comprometidas con el problema y en búsqueda de posibles soluciones. Éstos (agrupados por afinidad a fines del estudio) a grandes rasgos están relacionadas a: formación académica (heterogénea oferta educativa, escasa admisión; deserción y desgranamiento en el proceso formativo, déficit del recurso docente con múltiples problemas de incentivos, dependencia de las unidades formativas de facultades de ciencias médicas y formación para el desempeño de nuevos roles), situación socio-laboral (Inadecuados salarios, exceso de carga laboral, multiempleo, estatus e imagen, visibilidad, feminización de la profesión; ausencia o inadecuadas políticas públicas con déficit de financiamiento y regulación, convenios colectivos de trabajo, desempleo y sub empleo, ausencia de colegios; deserción; autonomía profesional relacionada a los modelos de cuidado y gestión); perfil epidemiológico (envejecimiento y burnout) y cuestiones de migración³ entre otros.

Organismos oficiales, organizaciones de profesionales y Organizaciones no Gubernamentales (ONG), en todo el mundo han intentado abordar este complejo problema inicialmente con políticas de nominalización del capital humano a partir de la cuantificación de agentes de la disciplina ya sea en relación al número de habitantes por país o en su proporción respecto a la disciplina médica, como indicadores de evidencia. El reconocimiento de la OMS/OPS de los beneficios de salud que proveen los enfermeros dentro del sistema a sus beneficiarios, en cantidad y calidad adecuados, a través del desarrollo de funciones esenciales como la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de Salud, en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud y la formación así como su

³ O.P.S. Recursos Humanos para la Salud. Educación en Enfermería. "Migración de Enfermeras en América Latina-área de América del Sur" Argentina .Mayo 2009

desempeño participativo en APS⁴, proporcionan el fundamento para llevar adelante estas iniciativas.

Así el déficit del recurso humano enfermero global, constituye un serio problema que interesa a la gestión de los sistemas de salud a la hora de efectuar una planificación sustentable y siendo reconocida la relación que existe entre el acceso a la atención de salud con la disponibilidad suficiente de capital humano cualificado⁵.

En su visión compleja, aspectos relacionados a la formación académica, en los que podría identificarse la falta de una currícula única en contenidos generales y diversidad de niveles de formación, ofrecen como consecuencia diversidad de oferta académica con variedad de requisitos de admisión.

También se hace presente la deserción y desgranamiento de los estudiantes durante el desarrollo de la carrera, derivada y consecuencia de las múltiples relaciones con los problemas socio-laborales, migración y perfil epidemiológico en toda su complejidad.

Respecto del gasto anual global destinado a la educación profesional en salud si bien ronda los US \$ 100 billones, aunque con grandes disparidades entre países, significa menos del 2% del gasto mundial en salud, lo que habla de una muy modesta inversión para lo que representa: "...una industria de intenso trabajo y dirigida por talento"⁶ El costo promedio destinado para el

⁴ OPS Malvares, Godue. Sepúlveda. Rosales y otros. Proyecto de Recursos Humanos para la Salud. Área de Servicios de Salud basados en APS. Módulo Internacional de la Maestría en Sistemas Salud y Seguridad Social. Washington. U.S.A. ISALUD 2012. La propuesta de orientación técnica presentada por los especialistas del proyecto se focaliza en tres áreas centrales: política, gestión y formación del recurso.

⁵ Chavin, Hernan. "Impacto del número de enfermeros en la mortalidad de los pacientes"
"Uno de los estudios más recientes se desarrolló en los Estados Unidos, en la región de Pennsylvania. Se estudiaron 168 hospitales de adultos con el objetivo de determinar la relación entre el número de enfermeros y la mortalidad hospitalaria, complicaciones graves e insatisfacción laboral. Los resultados mostraron que la relación paciente-enfermero variaba entre un máximo de 4 a 1 y un mínimo de 8 a 1 a lo largo de toda la región. Se vio que si esta relación hubiera sido 4 a 1 en todos los hospitales, se podrían haber evitado 1000 muertes en 30 días. También se observó que la mortalidad hospitalaria aumentaba un 7% por cada paciente adicional por enfermero. Además, el aumento del número de pacientes por enfermero de 4 a 6 se acompañaba de un incremento en la mortalidad de un 14%, y el aumento de 4 a 8 de un incremento del 31% (...)"

⁶ Frenk. Chen. Bhutta. Cohen y otros. Rev Med Exp Salud Pública. "Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los Sistemas de Salud en el mundo interdependiente" 28(2): 337-41. Perú 2011.

profesional de enfermería es de \$46.000 en tanto que para médicos es más del doble⁷

Otro aspecto interesante es la dependencia de las unidades académicas de las facultades de ciencias médicas⁸ y los problemas asociados a los nuevos roles en la gestión integral de las organizaciones (auditoría de terreno y clínica; Triage⁹, atención al paciente crónico/domicilio, APS, gestión para la autogestión del paciente, Enfermería de Práctica Avanzada y empresarias) contribuyen, entre otros problemas, indirectamente, al déficit de desarrollo autónomo profesional de la disciplina. Recientemente y a pesar de la gran necesidad de integrar nuevos profesionales al ámbito práctico, los licenciados jóvenes y recién graduados se enfrentan a una oferta que prioriza la experiencia, hecho que se constituye en un serio obstáculo al momento de los procesos de captación del capital humano enfermero.

En cuanto a los nuevos roles de desempeño profesional las auditorías en terreno y clínica médica, proporcionan un campo de evaluación e investigación de gran complejidad y riqueza para estudios de mejoras de calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud, situación que parece no ser suficiente para determinar una inversión global que favorezca este desarrollo.

Así mismo el “Triage”, un método de accionar de enfermería que consiste en identificar a las personas que deben recibir cuidados de salud con criterios predeterminados de categorización según gravedad, ofrece a la disciplina la oportunidad de visibilidad profesional de alto impacto en la salud de las poblaciones en tres diferentes escenarios, pre hospitalario (lugar donde se origina la emergencia u urgencia), servicios de urgencia intramuros y centros de trauma o intensivos; que sin embargo no es practicada ni reconocida en

⁷ Frenk. Chen. Bhutta. Cohen y otros. Rev Med Exp Salud Pública. “Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los Sistemas de Salud en el mundo interdependiente” 28(2): 337-41. Perú 2011.

⁸ Sacchetti, Laura. Rovere Mario. “Surgimiento de la Enfermería Moderna; descifrando Mitos, contextos y Devenires” Asociación Civil El Ágora. Argentina 2011. En el texto los autores reconstruyen los inicios históricos de la disciplina y con ellos las relaciones con la disciplina médica, su dependencia como construcción social.

⁹ Murillo, Josefina “Rol del enfermero en el área de Triage”. El “Triage” es un método que se refiere a la acción de clasificar a las personas que deben recibir cuidados de salud de acuerdo con criterios de clasificación de gravedad con diferenciación de criticidad para que puedan recibir cuidados organizados y efectivos en relación a sus necesidades. página visitada 24/09/2012 <http://www.enfermeria.unal.edu.co>

muchos países a pesar de sus beneficios en definición y orientación de recursos disponibles, atención de salud organizada, disminución de la saturación en los servicios de emergencia, tiempos de espera y permanencia en áreas de alta criticidad.

Para desarrollar las competencias adecuadas para el desempeño en estos ámbitos, los enfermeros deben adquirir amplios conocimientos de organización y funcionamiento de servicios de urgencia, de ubicación del área, de planificación estratégica, de equipos, recursos y talento humano disponible. De diseño y puesta en práctica de protocolos de discriminación crítica de salud, además de conocer las características epidemiológicas y culturales locales y conocimientos en cuidados de urgencia, emergencia y cuidados críticos actualizados¹⁰.

Otro rol importante para la disciplina es el desempeño en ámbitos comunitarios con provisión de cuidados basados en APS, los que son altamente reconocidos y valorados por la OMS/OPS, el enfermero con perfil comunitario es portador de las herramientas necesarias para la consulta y la visita o seguimiento domiciliario, aumentando el acceso a la salud y contribuyendo al logro de la equidad social¹¹, sin embargo esta fortaleza ha sido aprovechada eficientemente solo en algunos países desarrollados y en algunos otros en el marco de profundas reformas de salud.

En cuanto al desarrollo de competencias de gestión para apoyar y acompañar los procesos de autogestión que llevan a delante las personas en sus procesos de salud-enfermedad, requieren del compromiso de asumirse formadoras e impulsoras de nuevos modelos de trabajo. En este nuevo rol la enfermera debe asumir su responsabilidad para brindar más y mejor información en un contexto cambiante y vertiginoso o como llama el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) “cambio perturbador”, tomando en cuenta el acceso a las tecnologías de la información y con ella a datos en tiempo real además del aumento de la expectativa de vida con la consecuente carga de enfermedad asociada. Las personas tienen que aprender de sus propias situaciones de salud, desarrollar alertas y autoevaluarse además de

¹⁰ Ídem.

¹¹ CIE Declaración de posición “Las enfermeras y la Atención Primaria de la Salud” 2007

comprender la complejidad variable de sus regímenes médicos, planificar y efectuar cambios de estilos de vida, solicitar información y consentir para el desarrollo de los mismos ya sea para mantener, recuperar su salud o cursar procesos dignos durante la enfermedad. El CIE reconoce y declara entre otras nuevas funciones la importancia de la enfermera en la autogestión del paciente.¹²

Finalizando con algunos de los problemas asociados a la formación, los sucesos derivados de la débil participación de la enfermera en equipos multidisciplinares en muchas organizaciones, entidades o instituciones hacen al escaso reconocimiento interprofesional observable en el imaginario social. En un estudio publicado recientemente la relación médico-enfermera aunque con algunos sustanciales cambios en las últimas décadas, es un tema de preocupación e investigación ya que de ella depende en gran medida, la calidad de los cuidados de atención, la seguridad de los pacientes y la disminución de los conflictos médico-legales¹³. El modelo tradicional de atención paternalista históricamente desarrollada y aún vigente que posiciona a la disciplina como subalterna hoy, no encuentra posibilidad de desarrollo en tanto que el cuidado se enfoca en las personas y el éxito de las intervenciones de salud depende en gran medida de la comunicación de excelencia y cooperación de todo el equipo. El mejoramiento de la relación de médicos y enfermeras en términos de Vítolo requiere de la consideración de todas las partes incluidas las autoridades de las organizaciones de salud involucradas. Entre las recomendaciones que sugiere el autor para las personas que ocupan puestos responsables en la meso gestión se encuentran:

- “Fomentar una cultura que ponga al paciente en primer plano, priorizando sus necesidades y su seguridad...”
- “Proveer los recursos y brindar las oportunidades necesarias. ¿Tienen los médicos y las enfermeras lo que necesitan para hacer bien su trabajo?..” En el caso de que no se diera esta oportunidad la falta de acceso a los recursos impactaría en desmotivación, frustración y

¹²CIE Día Internacional de la Enfermera 2014 “Las Enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la vida”. Capítulo 4, pág.26. Ginebra Suiza 2014.

¹³ Vítolo, Fabián. “Relación médico-enfermera, esencial para la seguridad de los pacientes” el autor desarrolla entre otros aspectos los modelos de relación, los problemas persistentes y estrategias para mejorar la relación médico enfermera. Biblioteca virtual NOBLE junio 2012.

descontento con deterioro de la relación además de generar posibilidad de errores.

- “Establecer un procedimiento para la resolución de conflictos...” con políticas claras de conducta, debidamente comunicadas y comprendidas.
- “Estimular las recorridas interdisciplinarias, con la participación de médicos, enfermeras y otros profesionales que intervienen en la atención...” con el objetivo de mejorar la comunicación y favorecer un clima de colaboración.

Con respecto a las recomendaciones específicas referidas al personal de enfermería sugiere:

- “Disminuir las brechas de conocimiento que aún existen entre distintas enfermeras...” La capacitación continua como estrategia para empoderar al recurso y favorecer el modelo colegial de relación médico-enfermera, caracterizado por un trato de colegas, basado en la igualdad, la confianza y el respeto mutuo.
- “Desarrollar y dar a conocer a los médicos los protocolos de sus distintas intervenciones...” De esta manera se ponen de relieve las funciones y actividades de las enfermeras dando visibilidad real respecto de las actividades inherentes a la disciplina con su correspondiente carga laboral.

Respecto de la situación socio-laboral de los enfermeros, la cuestión salarial es una dimensión profundamente problemática.

Cuando se habla de “políticas de salarios” (concepción más difundida) o más correctamente “políticas retributivas” se refiere al conjunto de principios y directrices que reflejan la orientación y filosofía de la organización en los asuntos que se relacionan con la remuneración de los trabajadores (en este caso: profesionales de enfermería), de manera que las actuaciones y decisiones se orientarán por sus principios y directrices¹⁴. El concepto no se refiere únicamente a percibir un monto económico sino que incluye otras

¹⁴ Porret Gelabert, Miquel. “Gestión de las personas: Manual para la gestión del capital humano en las organizaciones” ESIC. Madrid 2010. El autor se nutre a partir de conceptos de Chiavenato (1993) en la elaboración de la definición políticas de salario.

compensaciones y beneficios sociales, las que se entienden como un “sistema de retribución”. Para el caso de investigación es interesante reconocer que éste posee ventajas propias que devienen, en términos de Porret Gelabert, de una política retributiva adecuada: Define la posición de la organización sobre el tema, expone los principios que guían las normas de la administración de las retribuciones, establece un sistema coherente y lógico de normas y principios sobre la remuneración y crea mecanismos que facilitan el tratamiento de casos concretos.

Además también las políticas retributivas deben poder conseguir objetivos tales como:

- Atraer y mantener en el puesto de trabajo a los empleados más capaces y eficientes.
- Compensar en función del trabajo que se les exige.
- Permitir satisfacer las necesidades económicas de índole familiar y social.

Estos objetivos en resumen son contemplados como “regla de oro” para atraer, retener y motivar a los profesionales más valiosos.

Es de tener en cuenta que ya Adam Smith, mencionaba la importancia de lo agradable del puesto de trabajo respecto del ambiente social, el grado de estabilidad laboral (aspecto relacionado a políticas laborales, flexibilización y otros), la confianza que se deposita en el trabajador (autonomía y desarrollo) y el costo del aprendizaje en servicio son amplias razones para establecer diferencias en los sistemas de retribución.

Para finalizar y refiriéndonos a los principios para una política retributiva se efectuará mención de dos de ellos a fin de relacionarlos con la problemática abordada:

- El principio de competitividad externa: el que versa acerca de que la oferta debe ser suficientemente atractiva para atraer y retener a los mejores profesionales, proceso que requiere de información extra, por ejemplo saber que sucede en el mercado de trabajo en el ámbito externo. No resuelto este principio puede ser causal de rotación,

ausentismo, conflictos colectivos, personales y de migración interna y externa.

- Equidad interna: este principio junto al anterior resultan de gran utilidad para comprender el problema que deriva de las políticas salariales del sector, la relación proporcional entre la remuneración y la aportación que realiza el profesional en la organización puede provocar conflictos profundos con alto impacto en el clima laboral y un sentimiento colectivo de inequidad en relación a otras disciplinas o áreas.

En el contexto de la escasez global de este capital humano, "...la inadecuada demanda por limitaciones financieras, burocráticas, y organizativas; las deficientes condiciones laborales que impulsan a las enfermeras a dejar la profesión; los salarios inadecuados que fuerzan a las enfermeras a buscar trabajos adicionales o alternativos; las políticas de jubilación obligatoria; y el desequilibrado despliegue de las enfermeras..."¹⁵ hacen del desempleo y subempleo, cuestión difícilmente medible sin políticas que permitan un acopio adecuado de datos, haciendo de él un problema oculto.

A toda esta complejidad se le agregan otras que derivan de las normas y convenios colectivos de trabajo, diferencias en cuanto a categorización según el puesto y lugar de desempeño y problemas derivados de la relación: enfermera/paciente¹⁶ en cantidad y calidad de cuidados. Las leyes de ejercicio profesional con sus respectivas reglamentaciones y los convenios colectivos de trabajo no siempre concuerdan y se apoyan, factores relacionados a la falta de actualización (ver caso argentino) y escasa participación enfermera en federaciones/asociaciones y gremios como verdaderos actores involucrados son determinantes en este complejo escenario.

¹⁵ Consejo Internacional de Enfermería .Centro Internacional para los Recursos Humanos de Enfermería. "Enfermeras desempleadas y subempleadas" 2011.

¹⁶ En este caso se respeta el término "paciente" porque así se menciona en las normas, hoy el término está siendo cuestionado dado a los cambios de los modelos de atención y se incorporan otros como "sujeto de derecho" y "principal".

En relación a estos temas y ante la evidencia de sistemas de retribución incoherentes con el valor que proporciona la disciplina al sector salud y por consiguiente al desarrollo social, el CIE declara públicamente el derecho de las enfermeras a ejercer en un ámbito que ofrezca salarios dónde se apliquen principios de equidad salarial y de salario igual por trabajo de valor comparable¹⁷, como parte del desarrollo de un entorno de calidad de atención en salud. Estos principios, declara, han de basarse en clasificación de puestos según mecanismos de evaluación de rendimiento que reflejen formación, capacidades, experiencia, habilidades, responsabilidad, riesgos, roles y tareas asignadas; participando en las políticas de los países y las organizaciones en los acuerdos a través de sus representantes, sean asociaciones o gremios.

Otro aspecto problemático importante está determinado por la visibilidad que los enfermeros tienen en el seno social. El CIE con motivo del día de la enfermera, publica su carpeta para este año 2014 y con ella un documento donde desarrolla una visión completa de la situación de enfermería en el mundo exhortando a sus miembros a cambiar la imagen como parte de sus responsabilidades personales "...Si no aceptamos el modo en que las enfermeras son consideradas o tratadas en el lugar de trabajo, entonces tenemos la obligación de hacer algo para solucionarlo (...). Hemos de reconocer la responsabilidad personal que nos incumbe sobre la imagen de las enfermeras y sobre cómo nos ve el público..." Si bien los cambios y las transformaciones globales de los Sistemas de Salud terminan siendo facilitadores del desarrollo de la disciplina, otorgando reconocimiento internacional, parece no ser suficiente para que los países con más problemas de déficit se ocupen de difundir y fortalecer el lugar que ocupa en beneficio social. Para Silvina Malvárez¹⁸ "Es necesario desarrollar la aplicación científica del cuidado de enfermería en su función social, que explicita el modo como este conocimiento constituye un aporte para producir, sostener y garantizar procesos de transformación ordenados a superar inequidades sociales, aumentar la salud y la calidad de vida, disminuir la pobreza, potenciar la

¹⁷ CIE "Bienestar social y económico de las enfermeras". Declaración de posición. 2009.

<http://www.icn.ch/es/>

¹⁸ Asesora Regional de Recursos Humanos de Enfermería y Técnicos en Salud- Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas De Salud de la OPS/OMS. Washington,DC,USA.

ciudadanía y la democracia y contribuir al bienestar y el desarrollo humano”¹⁹

Para esta experta la llave maestra que permite la apertura hacia un status jerarquizado y una visibilidad con verdadero reconocimiento está en el desarrollo de Investigación en enfermería (IE), es necesario efectuar contribuciones relacionadas a los temas de prioridad para la salud de las comunidades, los relacionados a aquellos que son determinantes de las inequidades, la pobreza, la marginalidad, los desastres ecológico-ambientales, la falta de acceso y cobertura a la salud de las poblaciones, así como también acerca de los procesos de organización de los servicios de salud.

La falta de colegiación de la disciplina también contribuye a profundizar la crisis, esto también es un factor determinante en el desarrollo de políticas efectivas como bien lo muestran aquellos países que han podido evolucionar al respecto. Una muestra de ellos es el caso del Colegio de enfermeros del Perú (CEP), quienes en su Planificación estratégica abordan una serie de objetivos medibles, con indicadores concretos entre los cuales se encuentran:

- Incrementar los recursos financieros para proyectos de desarrollo que beneficie a las enfermeras del país.
- Optimizar la gestión administrativa y financiera con transparencia.
- Impulsar el desarrollo y liderazgo profesional para fortalecer la presencia política y técnica en los niveles de gobierno.
- Velar por el ejercicio profesional y cautelar en el campo de acción de la enfermera(o)
- Defender los derechos adquiridos y respaldar las decisiones y acciones de las organizaciones reivindicativas: sindicatos y asociaciones.
- Asegurar el bienestar de los Miembros de la Orden.
- Lograr altos niveles de satisfacción de los enfermeros por la gestión del CEP
- Lograr un alto nivel de reconocimiento de la sociedad y gobierno al trabajo de los enfermeros.

¹⁹ OPS “investigación Cualitativa en Enfermería: Contexto y Bases Conceptuales” Capítulo 2 “Reflexiones sobre la Investigación en Enfermería: Contexto y Perspectivas” Washington, DC. 2008. En este capítulo la autora la Dra.Silvina Malvárez, aborda algunas ideas para el desarrollo científico de la Enfermería.

En cuanto al perfil epidemiológico de la disciplina el CIE reconoce que la mayoría de los países carecen de información actualizada acerca del tema, no siendo práctica habitual la recogida de datos tales como información precisa sobre la incidencia de enfermedades profesionales, lesiones y accidentes, como base para la elaboración de políticas concretas para resolver el problema. El Consejo cita en sus declaraciones de posición²⁰ el convenio N° 149 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que trata sobre el empleo y las condiciones de vida y de trabajo del personal de Enfermería, donde se insta a los estados miembros a mejorar las leyes y reglamentos vigentes respecto de la seguridad e higiene del medio en que se ejerce.

Otra arista de esta realidad la constituyen el envejecimiento de la población enfermera y el Burnout²¹ como graves situaciones que requieren atención dados las características y el alto riesgo que sufren los profesionales de esta área. La evolución demográfica de la comunidad enfermera ha sido reconocida por la Academia Americana de Enfermería con gran preocupación, realizando proyecciones que permitan el abordaje respecto de una planificación sustentable basada en la evidencia de sus registros (cuestión que se abordará en otro apartado)

Respecto del Síndrome de Burnout su definición más conocida y reconocida por el mundo científico es la de Maslach y Jackson (1981) que considera al síndrome como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicoemocional, actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás sumada a un sentimiento de inadecuación a las tareas que la persona ha de realizar. La fatiga crónica, los dolores físicos (cabeza, cuello y espalda) trastornos del sueño, desórdenes gastrointestinales y disfunción en la menstruación en el caso de las mujeres, son algunos de los signos y síntomas que presentan

²⁰ CIE Declaraciones de posición. "Seguridad y salud en el trabajo para las Enfermeras"2006. "Abuso y violencia contra el personal de Enfermería" 2006. "Las enfermeras y el trabajo por turnos" 2007. <http://www.icn.ch/es/about-icn/sobre-el-cie/>

²¹ Álvarez Gallego. Fernández Ríos. "El Síndrome de Burnout"<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>

quienes lo transitan. El ausentismo laboral, el comportamiento de alto riesgo, el aislamiento afectivo, la baja autoestima, la conducta irónica y los deseos de abandono laboral son manifestaciones que afectan el comportamiento y las relaciones sociales, contribuyendo al abuso de drogas, alcohol y tabaco, además del desarrollo de enfermedades coronarias y aumento de riesgos de suicidio.

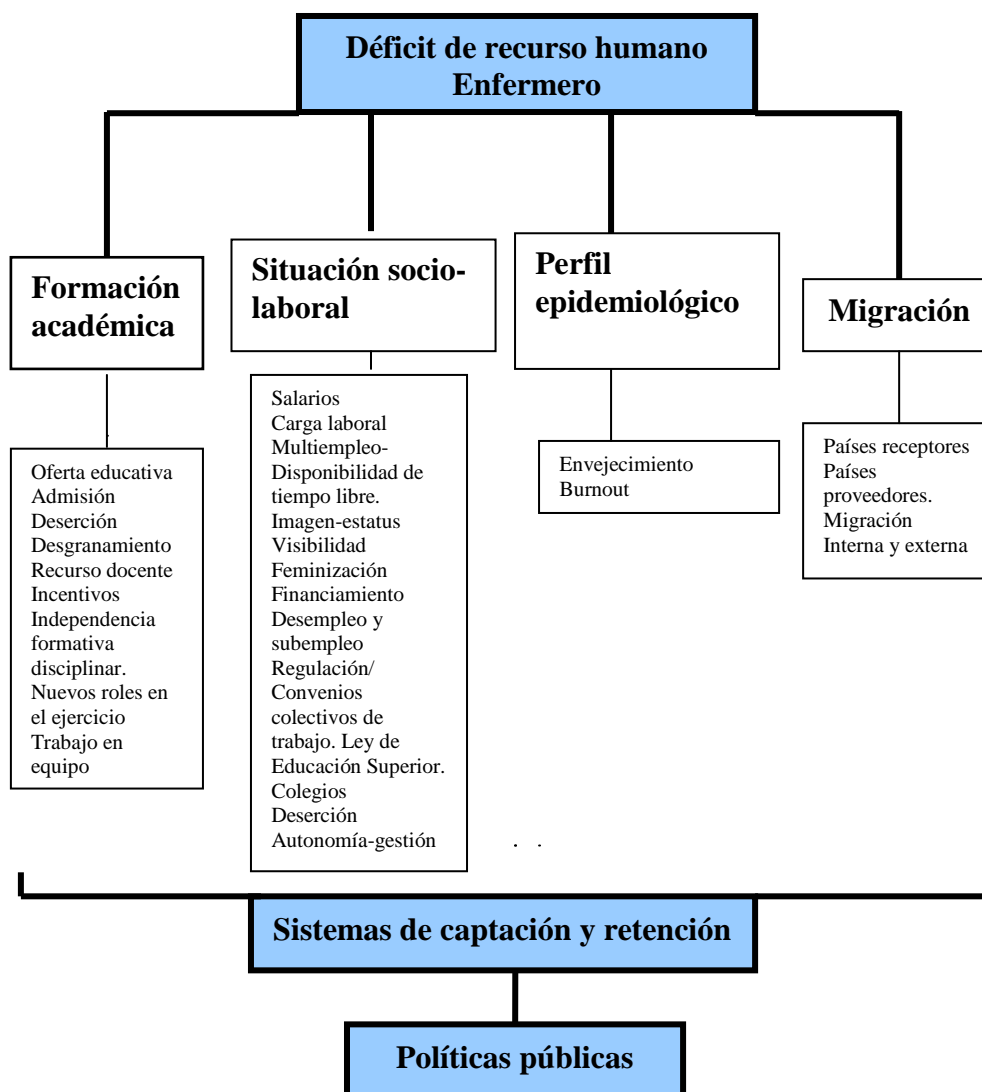
Los enfermeros tienen altos niveles de tensión en el ejercicio profesional, máxime por la naturaleza misma de enfermería que supone un servicio que se presta las 24 horas del día y que en muchos casos se gestiona en trabajo por turnos. Aspectos relacionados al trato directo con las personas y sus familias a las cuales brindan cuidados, altos niveles de exigencia emocional, la naturaleza de las enfermedades, confrontando la vida y la muerte a diario; el volumen de trabajo y exigencias de gran responsabilidad, el déficit de información y formación (dimensiones de formación académica y situación socio laboral) y la convivencia con modelos jerárquicos de atención en salud con escasos o nulos sistemas de desarrollo de liderazgo y motivación, sumado al variable apoyo laboral y profesional son factores de alta incidencia de burnout en estos agentes de salud.

También las consecuencias que se derivan del ejercicio en ámbitos desfavorables. La exposición a abuso físico y verbal, la desvirtuación del rol, provocan conmociones graves con múltiples sentimientos negativos. Lesiones y perturbaciones físicas y psico-emocionales, aumento de estrés y ansiedad con pérdida de autoestima y confianza en la competencia profesional con graves alteraciones en el desempeño y efectos negativos en las relaciones interpersonales son solo algunas de las consecuencias que se asocian al Síndrome. El CIE ha dedicado un capítulo completo en su informe para el día de la enfermera 2014, a la importancia de un entorno laboral seguro para el desarrollo de la disciplina fundamentado en varias investigaciones que demuestran no solo los beneficios en términos de indicadores de morbimortalidad de la población asistida en centros de salud, sino también en satisfacción en el trabajo y entorno laboral en APS.

Las múltiples dimensiones que hacen al déficit del recurso humano enfermero, cuya complejidad se ha intentado describir, desencadenan una serie de estrategias, muchas de ellas innovadoras para intentar frenar este desequilibrio en la oferta y la demanda del recurso enfermero. Las técnicas mejoradas del registro de profesionales, indicadores que representan proporción en relación a médicos y número de habitantes; así como estrategias cualitativas: modelos de reconocimiento profesional, apoyo mentor, alianzas estratégicas, creación de escuelas y consejos de la disciplina, captación internacional y formación de enfermeras líderes son solo algunas de las iniciativas de los países y organizaciones que reconocen el problema e intentan comprometerse con el desarrollo de mejoras.

Cuadro 1

Diagrama del problema



Elaboración propia

2.1- Recurso Humano Enfermero, la problemática en Argentina:

La situación de déficit del recurso humano enfermero en Argentina concentra toda la problemática vista en las diferentes regiones, las relaciones entre las causas concurrentes hacen a su complejo entramado. Así los problemas de formación académica: diversidad de oferta educativa, problemas

de admisión, deserción y desgranamiento; escasez de recurso humano docente, sumado a la falta de incentivos e independencia formativa disciplinar, el ejercicio en nuevos roles y dificultades en el desarrollo del trabajo en equipo, se interrelacionan. Asisten de igual modo problemas relacionados a la situación socio-laboral: deficientes sistemas retributivos, excesiva carga laboral, multiempleo, escasa disponibilidad de tiempo libre; problemas de imagen y status social, escasa visibilidad enfermera, feminización de la disciplina, escaso financiamiento para su desarrollo. Desempleo y subempleo en el contexto de la escasez, incoherencias y falta de complementariedad entre la legislación y los convenios colectivos de trabajo, complejizan la problemática; la falta de Colegios, la deserción de la disciplina y los problemas derivados de los modelos de gestión y su impacto en la limitación de desarrollo de autonomía también contribuyen en esta crisis. El perfil epidemiológico caracterizado por una población envejecida y con alto riesgo de burnout en un contexto con graves problemas de desplazamiento migratorio interno y externo en búsqueda de mejores condiciones de vida y desarrollo, terminan de completar el complejo escenario. Todo ello representa un escenario desalentador y poco motivador, que habla de una gran dificultad por parte del Sistema de Salud para posicionar este capital humano como sustancial y de gran incidencia en el desarrollo de salud de las comunidades.

Desde los ámbitos nacional y provincial y en lo que se refiere a las políticas públicas se comienzan a desarrollar estrategias para paliar el problema. Desde las políticas de reconversión de personal empírico a fines de los '80 y hasta los procesos de profesionalización de auxiliares de enfermería que se comienzan a aplicar en 1994 con apoyo y cooperación técnica de la OPS/OMS²².

El Programa que se desarrolló en 20 jurisdicciones provinciales de todo el país, buscó además de aumentar el número de profesionales enfermeros, mejorar la calidad de atención mediante la profesionalización de los auxiliares que se encontraban desarrollando actividades en los servicios de salud de todo el país. Así se pretendió aumentar la calidad de los servicios asistenciales y

²²Heredia, Ana María. Malvarez, Silvina María. OPS/OPS "Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina 1990-2000" 2002

educacionales y ofrecer un ámbito de desarrollo cultural a un conjunto de actores argentinos que, por diversas razones no accedían a la educación superior. Con amplia participación social en las que se incluyeron: organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales, gremios, asociaciones, escuelas de enfermería e instituciones gubernamentales se llevó adelante un proceso complejo de definición de perfil educativo y gestión de un programa que tuvo gran impacto en relación a la reestructuración de esta fuerza de trabajo, en redistribución del poder, en capacidad de movilización e intervención en las decisiones profesionales. Todo este proceso impactó fuertemente en todo el equipo de salud, derramando una suerte de gran estímulo que trascendió a los propósitos iniciales, no solo los auxiliares de enfermería ingresaron al proceso profesional sino que los profesionales ampliaron su formación y más aún otros profesionales también lo hicieron. Por contrapartida, estos programas que inicialmente se desarrollarían solo por algunos años (dos para el primero y seis para el segundo), continúan aún vigentes determinando la configuración de una nueva modalidad de formación con los riesgos ello implica²³.

Más recientemente, se entiende que los recursos humanos de enfermería debieran tener prioridad en un plan de desarrollo por lo que concentra su accionar en las “Bases para un plan de Desarrollo del Recurso Humano de Salud”²⁴ expuesto en el informe del proyecto en el 2005. En él se efectúa una declaración sobre la situación profesional de médicos y de enfermeros en el que entre otras variables se expresan de este último colectivo: formación universitaria, condiciones laborales y de profesionalización, datos de ingresos y egresos de la carrera, información sobre la carrera terciaria y de instituciones formadoras, de asociaciones de la disciplina y de dotación de aquel entonces de profesionales del sector. Finalizando el trabajo con una serie de recomendaciones para abordar el problema del déficit entre los cuales se incluyen: principales estrategias y líneas de acción, fortalecimiento de la

²³ Federación Argentina de Enfermería (FAE) “Enfermería y su realidad actual” 2009 <http://lafederacionargentinadeenfermeria.blogspot.com.ar>

²⁴ OPS Ministerio de Salud de la Nación Argentina. “Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud” Buenos Aires. Noviembre 2005

formación en función de responder a la demanda de salud del sistema y la propuesta de realizar un censo nacional de la disciplina, datos que se encuentran en dicho informe.

Continuando con esta línea de trabajo y como insumo de valiosa información, el Ministerio de Salud de la Nación a través del Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino²⁵ (SIISA) en su Red Federal de Registros de profesionales de la Salud, proporciona información unificada y detallada respecto de los recursos humanos a nivel federal como contribución para la gestión y planificación en el área. Este sistema integra el Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud que busca constituirse en el Nodo Integrador de una Red de Observatorios de Recursos Humanos de la Argentina y ocupar el rol de articulador de la información aportada por distintas fuentes y jurisdicciones provinciales, sistemas de información institucionales y diversos sectores productores de información de la educación y el trabajo, facilitando el acceso a decisores e investigadores.

²⁵ <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>

2.2.1- Objetivo General:

Analizar la situación del capital humano Enfermero en Argentina, las políticas orientadas al sector y las principales problemáticas de este talento humano.

2.2.2-Objetivos específicos:

- Analizar la composición del sector enfermería y determinar su déficit en cuanto a número, distribución y formación académica e identificar los principales determinantes que intervienen en la dinámica situación socio-laboral, perfil epidemiológico y migraciones.
- Identificar la aplicación de sistemas de captación y retención del recurso y correspondencia a los principales problemas del sector.
- Analizar comparativamente las estrategias aplicadas en el ámbito internacional para la gestión del recurso humano enfermero, identificando la factibilidad de alguno de ellos en Argentina.
- Analizar la situación del recurso humano en un ámbito institucional de cada uno de los tres subsistemas.
- Contribuir con la formulación de un “sistema de captación y retención del recurso humano enfermero” alternativo, compuesto por estrategias integradas que respondan a las causas concurrentes al problema de déficit de un componente clave, como lo es la enfermería para los sistemas de salud.

3- MARCO TEÓRICO

3.1- Situación del Recurso humano Enfermero: El Déficit como problema central.

La situación del sector enfermería se constituye en un problema de gran complejidad a nivel global el que se cristaliza en una realidad donde la demanda supera en casi todos los países a la oferta de estos profesionales. Problemas relacionados a formación académica, situación socio-laboral, perfil epidemiológico y problemas derivados de la migración conforman los principales ejes de este tejido.

Sólo países como Francia, Irlanda, Finlandia, Países Bajos, Dinamarca, Suecia, y Alemania, pertenecientes a la Unión Europea y Reino Unido superan el 70% de enfermeros respecto de médicos, proporción que es considerada aceptable por los organismos Internacionales (OMS/OPS) preocupados por el tema. En Estados Unidos a través de la Academia Americana de Enfermería se ha declarado una escasez de 140.000 enfermeros con una proyección para el 2020 en ascenso, en tanto en América Latina la situación es aún más grave, solo Nicaragua, Brasil y Guatemala superan el porcentaje aceptable por la OMS/OPS.

En Argentina la relación no solo se encuentra en el rango no aceptable sino que además continúa siendo inversa, por cada enfermero se corresponden 2.2 médicos, concentrándose en el país toda la problemática global antes mencionada (ver cuadro 2)

La enfermería, disciplina declarada como sustancial para el desarrollo de salud de las comunidades, que es posible pensarla **“como la ciencia, el arte, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano, que se organiza y expresa socialmente con identidad singular, en un complejo campo de conocimientos, un campo de intervención y un campo de responsabilidad social propios que constituyen una identidad profesional”**²⁶ Y con cuyo **“...saber y talento contribuye al conjunto de trabajadores de la salud a**

²⁶ OPS Malvárez, S. “Investigación Cualitativa en Enfermería: Contexto y Bases Conceptuales” Capítulo 2 “Reflexiones sobre la Investigación en Enfermería: Contexto y Perspectivas” Washington, DC. 2008.

resolver los problemas de salud de la población²⁷...” “que abarca cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación”.²⁸ El déficit cuanti-cualitativo de este recurso humano²⁹ condiciona el funcionamiento eficiente y sustentable de los sistemas de salud a todo nivel, así las organizaciones, asociaciones e instituciones de salud en todo el mundo han desarrollado estrategias para mitigar este mal. Unen, ordenan, organizan y activan las fuerzas productivas del conocimiento, en la ejecución de algunas ideas, para llegar a cumplir con objetivos del mediano y largo plazo de recomposición del recurso, con visión compartida, con objetivos de calidad y con la utilización de los recursos constituidos en el presupuesto (caso de hospitales magnéticos detallado en

²⁷ Nájera, Rofsa María/Castrillón, María Consuelo. “La enfermería en América Latina” Universidad Nacional de San Luis. 2008 Las Autoras desarrollan conceptos referidos a la situación actual del recurso, sus áreas críticas y los lineamientos para un plan de desarrollo de la disciplina en el contexto social de múltiples cambios que la humanidad debe enfrentar: “la aceleración del tiempo histórico, la globalización, la revolución cultural, la revolución informática, el imperio de la racionalidad económica y cambios de paradigmas de pensamiento y acción”

²⁸ C.I.E. (Consejo Internacional de Enfermeras) 2010. <http://www.icn.ch/es/>

²⁹ Recurso Humano: Cuando se hace referencia a este concepto y a solo efecto de este estudio, el mismo se asigna a los profesionales que son empleadas en una organización o empresa. Haciendo un poco de historia el concepto surge en 1929, en reacción al enfoque de eficiencia de Taylor, los psicólogos y expertos en empleo iniciaron el movimiento de “recursos humanos” que comenzó a ver los trabajadores en función de su psicología y adecuación a la organización, más que como partes intercambiables. Este movimiento crece a lo largo del siglo XX y evoluciona a medida que nota que un empleado es mucho más que “trabajo” y que puede aportar mucho más que eso, a la empresa y a la sociedad y de esta forma surgió el concepto de “capital humano”. http://www.degerencia.com/tema/recursos_humanos

“Capital humano” es un término usado en ciertas teorías económicas del crecimiento para designar a un hipotético factor de producción dependiente no solo de la cantidad, sino también de la calidad, del grado de formación y de la productividad de las personas involucradas en un proceso productivo. En este trabajo nos referiremos a la fracción del recurso/capital humano constituido por los profesionales que conforman el colectivo enfermero. http://es.wikipedia.org/wiki/Capital_humano

otro apartado). Estas estrategias³⁰ permiten orientar los esfuerzos de las organizaciones, para equilibrar las demandas y las oportunidades en el contexto presente para llegar a un futuro deseado.

3.2-Sistema de captación y retención como estrategia.

Del latín *systema*, proveniente del griego *σύστημα*, es un objeto compuesto, cuyos componentes se relacionan con al menos algún otro componente sea material o conceptual.

“...significa relaciones entre elementos de naturalezas diversas que son conectados en una organización a partir de la cual se produce lo que se puede llamar emergencia, calidades o cualidades nuevas y también restricciones sobre las cualidades de las partes. Aquí está presente la idea que se debe abandonar todo modo de pensar reduccionista que pueda pensar un todo a partir de los elementos tomados separadamente”³¹. Un sistema tiene la capacidad de mantener un determinado grado de organización frente a las influencias distorsionadoras procedentes tanto del ámbito externo como del interno y su función principal es la de convertir la información, energía y recursos, en un producto planificado útil en el afuera y dentro de sí mismo³².

En el contexto de la investigación es que adquiere significado el concepto de “sistema” a la hora de pensar en una serie de estrategias en respuesta a la situación de complejidad de un recurso crítico como lo es la enfermería en el sistema de salud argentino. Pensar en un “objeto compuesto, cuyos componentes se relacionan con al menos algún otro componente sea material

³⁰ Díaz, Carlos Alberto. “La Empresa Sanitaria Moderna 2. Como crear tu propia Bestia Sistémica en el Siglo XXI” Argentina 2011, el autor desarrolla el concepto de “estrategia” como un componente esencial para la gestión de los recursos en salud.

³¹ Díaz, Carlos Alberto. “La Empresa Sanitaria Moderna 2. Como crear tu propia Bestia Sistémica en el Siglo XXI” Argentina 2011 El autor cita conceptos de Edgar Moran (2002). El desafío de la complejidad. www.iadb.org/etica.

³² Dee Ann Gillies. “Gestión de Enfermería. Una aproximación a los Sistemas” Masson-SALVAT Enfermería 1994.

o conceptual” representaría una forma de abordaje integral al problema del déficit, que contemple la mayor cantidad de variables problemáticas intervinientes posibles.

3.3- La Crisis del recurso humano en salud como prioridad en la agenda regional, subregional y nacional.

La crisis del recurso humano en salud es reconocida en forma prioritaria por la reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en el “llamado a la Acción de Toronto” realizada en octubre del 2005 en Canadá. En ella se intentó movilizar a los organismos estatales, nacionales e internacionales y las organizaciones civiles en el compromiso para el desarrollo de los recursos humanos en salud necesario para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el acceso de las comunidades a los servicios de calidad en salud y a las prioridades de salud de las naciones. En ese contexto ya se define el período 2006-2015, la década de los Recursos Humanos en Salud para las Américas. De esta forma se reconoce la importancia prioritaria de abordar el problema en los ámbitos nacional, subregional y regional para aunar esfuerzos en toda la región que permitan promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud.

En el documento surgido de dicha reunión se establecen como principios guía para las acciones concertadas: los recursos humanos como base del Sistema de Salud como factor esencial en la mejoría en la calidad de vida de las poblaciones, el trabajo en salud como servicio público y de responsabilidad social en equilibrio y los trabajadores de salud como protagonistas en este proceso de desarrollo social.

En este marco se definieron los temas que deberían abordarse en la implementación de planes y acciones en relación al problema, entre los cuales se encuentran el fortalecimiento de los liderazgos de la salud pública, el incremento del financiamiento para los planes de desarrollo de los recursos humanos, la coordinación e integración de acciones en los tres niveles

(nacional, subregional y regional), asegurar la planificación a largo plazo para contribuir a la continuidad de los programas y mejorar los sistemas de información para la toma de decisiones.

Entre los desafíos propuestos por los representantes de las naciones reunidas se deben mencionar:

- “1. 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.
2. 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.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
4. 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.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (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.”³³

Con un llamado a la efectividad y sustentabilidad claros que proponen estos procesos, es que se efectúan estas declaraciones internacionales con el firme propósito de impactar en las decisiones políticas y sociales que permitan el pleno desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

Posteriormente en la “Agenda de Salud para las Américas 2008-2017” llevada a cabo en Panamá, durante junio del 2007, los ministros y secretarios de salud de las naciones americanas declaran su compromiso con el diálogo y la acción conjunta para promover y avanzar en el logro de los objetivos

³³“Llamado a la acción de Toronto 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas” Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. 2005

regionales de salud a través de las áreas de acción de la “Agenda de Salud para las Américas”. Sin embargo recientemente (septiembre de 2012) en la 28a Conferencia Sanitaria Panamericana de la Salud de la OPS, fue presentado un informe de evaluación de mitad de periodo a partir de mediciones en 23 países sobre las metas regionales propuestas y donde representantes de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería reconocieron que los mismos no han sido todo lo que se quisiera. Aunque se reconoce el esfuerzo y apoyo de la organización internacional por efectuar el seguimiento, llamó a fortalecer la Enfermería como componente esencial en el desarrollo de modelos de atención basados en APS.

3.4- Aumento de la expectativa de vida y nuevo perfil epidemiológico de la población hacia Enfermedades Crónicas no transmisibles, desarrollo de redes en salud y APS, nuevos roles enfermeros.

La OMS alerta: “... el aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad”. Las proyecciones efectuadas por el organismo internacional hablan de que entre 2000 y 2050, la población mundial mayor de 60 años pasará de 600 millones a 2000 millones, triplicándose y la mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados, donde este grupo de personas pasará de 400 millones a 1,7 millones para el mismo periodo. Se calcula que durante el 2008 de las 57 millones de defunciones en el mundo, 36 millones se produjeron por enfermedades no trasmisibles³⁴ Este cambio demográfico lleva consigo una carga de enfermedad también en aumento que sumado al incremento de muertes relacionado al mismo fenómeno, implica la necesidad de desarrollar una vasta gama de

³⁴ OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 Pág. 34-35

servicios de salud en todos los niveles de atención con el consecuente aumento en cantidad y calidad de recurso humano disponible para proveerlos, en los que se incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, los cuidados para personas con enfermedades graves o crónicas y los cuidados paliativos.

En este marco la: “Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas” propuesta integral publicada el 28 de mayo de 2010 por la OPS/OMS, las “Redes Integradas de Servicios De Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” se desarrollan los atributos esenciales que las caracterizan, en los cuales diferenciados según su ámbito de abordaje, los recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) constituyen junto a la “Gestión integrada de los sistemas de apoyo, clínico , administrativo y logístico”, el “Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red...” y Gestión basada en resultados” un componente esencial dentro de la Organización y la Gestión.

Con fines de orientación técnica en este documento la OPS reafirma el concepto de “recurso humano” como el capital más importante del sistema y que hace posible la disponibilidad de los servicios de salud apropiados para cubrir las necesidades de la población en relación a la composición de equipos básicos de salud de las RISS. En la conformación de estas unidades multidisciplinarias y de trabajadores multipropósito se apoya la cultura de cohesión e identificación, promoción de valores y actitudes de colaboración, trabajo en equipo y orientación hacia resultados. El fomento del autocuidado como modelo de atención, la información a tiempo y adecuada y la participación activa de los involucrados en la adquisición de nuevos y mejores estilos de vida, además de la provisión de tratamiento en la enfermedad y en el morir dignamente, son funciones que los enfermeros planifican, ejecutan y evalúan como el mayor componente de los equipos de salud en un contexto que exige cada vez más del fortalecimiento en estos roles.

De la misma manera para la OMS el rol de la Enfermería en la constitución de equipos eficientes para la Seguridad del Paciente es pertinente y así lo

expresa en la Guía Curricular Multiprofesional publicada en el 2012³⁵. Desde hace ya más de una década los Estados Miembros de esa organización acordaron el compromiso de trabajar en Seguridad del Paciente, ante la necesidad de disminuir el daño a pacientes y familiares afectados por eventos adversos ocurridos en los ámbitos de salud y ante la evidencia de los beneficios financieros que resultan de mejorar los procesos de seguridad. En un contexto de alta litigiosidad, costos de reinternación, infecciones intrahospitalarias, lucro cesante, invalidez y otros, con resultado de millones de dólares al año en gastos extraordinarios, adquiere relevancia la participación de Enfermería integrando activamente equipos de trabajo y comités de Seguridad del Paciente.

3.5- Cobertura, acceso y derecho a la salud en Argentina, determinantes para la planificación de los recursos humanos.

Definir la mejor política de salud es uno de los más complejos desafíos de gestión pública en Argentina³⁶. Con un gasto total en salud aproximado al 10% de su PBI, sólo una porción marginal está destinada al desarrollo de planes y programas de salud (fracción del presupuesto público) para asegurar igualdad de derechos en materia de servicios de salud. La fragmentación y la segmentación hacen al escenario complejo e intrincado en materia de cobertura, acceso y derecho ciudadano que caracteriza al sistema de salud argentino y en esta situación navegan como pueden los recursos humanos encargados de llevarla adelante.

3.5.1-Un poco de historia

Así recién a mediados de los años 40, el sector público comenzó a ocuparse como prestador y como formulador de políticas específicas con la creación del Ministerio de Salud (MS). Hasta entonces el sector estaba caracterizado por

³⁵OMS/USAL Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional Versión Preliminar en Español. Pag.134-142 Buenos Aires. Argentina 2013. En el texto se desarrollan los diferentes tipos de equipos que se encuentran en la atención clínica y que resultan relacionables y significativos al tiempo de pensar en los procesos de Seguridad del Paciente, Equipos Principales, de coordinación y de Contingencia; todos ellos con participación de líderes directos del cuidado del paciente, entre ellos los enfermeros.

³⁶ OPS/OMS. CEPAL. PNUD. 6. "Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. El Sistema de Salud Argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros". 2011 Pág 1-32.

escasa regulación estatal, acciones relacionadas con urgencias, sanidad de fronteras, higiene pública y epidemias. La provisión de servicios de salud se encontraba concentrada en establecimientos estatales, sociedades de beneficencia, mutuales de comunidad y de grupos laborales además de establecimientos privados con predominio del modelo pluralista no planificado³⁷

Posteriormente la oferta de salud pública se amplía y se desarrollan programas de lucha contra enfermedades endémicas, ya desde entonces la “cobertura” estuvo a cargo de los subsectores público (con planificación estatal centralizada³⁸) de la seguridad social y del privado. A partir de 1955 el estado Nacional transfiere responsabilidades a las provincias. En este periodo la capacidad instalada del sector privado se incrementa en tanto la del público disminuye. Hasta los '70 se desarrolla el modelo pluralista de planificación descentralizada. En este modelo el Estado posee un rol menos dominante por lo que deja de ser el principal instrumento para dar una provisión de salud compartiendo esa actividad con el sector de seguridad Social y el privado.

A partir de entonces se amplía la cobertura en manos de la Seguridad Social a toda la población trabajadora en relación de dependencia (Ley N° 18.610). En manos de los gremios, por ramas de actividad, el sistema las Obras Sociales, modelo de aseguramiento obligatorio basado en aportes y contribuciones del mundo laboral, crece. Así mismo con la ley N° 19.032 se

³⁷ Arce, H. Modelo pluralista no planificado. Para el autor este modelo se representa hasta 1945 y está caracterizado entre otros aspectos por: El concepto de salud como responsabilidad individual y caritativa, el Estado se limita a la higiene pública, sin planificación ni ejecución de acciones, con predominio de entidades benéficas. Actividad mutual intensiva de comunidades extranjeras y laborales (financiaban servicios y algunas prestaban directamente como el caso de hospitales de colectividad). La sociedad de beneficencia administraba los hospitales públicos. La asistencia pública atendía epidemias y emergencias en la vía pública. Se crean 1.202 mutuales desde 1845 a 1913. En 1910 había 150 mil personas en mutualidades y la medicina privada estaba constituida por un médico que atendía en una pieza de su casa por prestación o abono

³⁸ Arce, H. Modelo de Planificación Estatal Centralizada. Momento de fin de 2° guerra caracterizado según el autor por el modelo económico Keynesiano – protagonismo del Estado en la asignación de recursos al gasto social s. Se crea el sistema de salud de Inglaterra (1948) también la ONU y OMS. En Argentina se ve una creciente injerencia estatal en la planificación y administración de servicios de salud. Concepto de salud pública. Se confiscan los bienes de la sociedad de beneficencia y se crea la Dirección nacional de asistencia social y Salud Pública (en el ministerio del interior en el año 1944. Este se transforma en Secretaría en 1946 y en 1949 se crea el Ministerio de Salud Pública. Se duplican la cantidad de camas, se impulsa la actividad mutual por ramas de la producción. Se fomentan los sindicatos e incorporan mutuales.

crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en tanto que el sistema Público brinda atención a una creciente población carente de cobertura de seguro social y también a otros con ingresos altos. De esta forma se consolida un modelo fragmentado con problemas de eficiencia, con provisión de múltiples coberturas, ausencia de coordinación de los subsectores y de regulación de los subsectores no públicos que junto a la apertura del sistema económico privilegió la incorporación progresiva de tecnología de alta complejidad no relacionada a las necesidades prioritarias de salud de la población. A pesar de algunos intentos de superar la crisis como lo fue el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1974 y las leyes N° 23.660 y 23.661 en 1989 (propuestas de creación del Seguro Nacional de Salud y la actualización del nomenclador de prestaciones médicas, odontológicas y bioquímicas), no logra superar la excesiva fragmentación interna y externa (hacia dentro de los subsistemas y entre ellos) que se evidencia con la falta de coordinación y articulación, obstaculizando el desarrollo de niveles aceptables de equidad y cobertura.

En la década del 90 la desregulación de los mercados de la salud se constituyó en otro intento que no proporciona los resultados deseados. Luego de la crisis del 2001-2002, las políticas desarrolladas en el marco de la emergencia sanitaria, permiten avanzar en el acceso a los servicios de salud a los grupos más carenciados y vulnerables, así surgen el Plan Nacer, ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico y Programa Remediar.

Sin embargo debe decirse que a pesar de estos logros el sector salud en Argentina sigue siendo poco equitativo en materia de acceso a servicios de salud de calidad. La segmentación y la fragmentación como características de todo el sistema contribuyen a la complejidad del problema. “En efecto, la existencia de tres subsectores, y en particular la historia y premisas de su conformación determinan que la heterogeneidad y fragmentación del sistema de salud argentino se asiente en relación a quienes acceden a sus servicios, cuales son los riesgos cubiertos, los alcances de la cobertura y las fuentes de financiamiento, generando coberturas diferentes, exposiciones a riesgos asimétricos y en definitiva, sub sistemas dentro de los sistemas donde a pesar de un universalismo conceptual, cada cual recibe según lo favorecido o no que

haya resultado en su existencia”³⁹ “...un sistema en el que confluyen diferentes modelos de provisión, gestión y financiamiento de los servicios recibidos por la población, los que incluso cuentan con diferentes marcos normativos no necesariamente vinculados entre sí. Estos sub modelos se agrupan según el segmento poblacional al que estén dirigidos, diferenciándose en términos de canasta prestacional, calidad ofrecida, alcance de la cobertura y capacidad de respuesta de acuerdo a la inserción laboral, capacidad de pago voluntario o compulsiva o posición social del beneficiario (target)”⁴⁰

3.5.2- Cobertura y acceso en relación a:

- Distribución de la población según sub-sistema y distribución geográfica.
- Distribución por niveles de ingreso.
- Distribución de recursos físicos y humanos.

En ausencia de un registro único de beneficiarios y cobertura, los datos censales proporcionan los datos con los que se cuenta.

En cuanto a la población con cobertura de la seguridad social y seguro privado y voluntario alcanza el 52% (2001) aunque respecto de la distribución geográfica las provinciales registran variabilidad que va de 30% a casi el 70%, algunas relacionadas al empleo público y otras a la mayor edad de la población.

En el ámbito de la seguridad social merece un apartado el caso del PAMI. La cobertura de prestaciones de salud para los jubilados institucionalizada a partir de la Ley N° 19.032 (1971) con la creación del Programa de Atención Médica Integrada (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados (INSSJP), los veteranos de guerra, los mayores de 70 años y sus familias a cargo, es la mayor obra social por número de

³⁹ Glanc, M. Ideas básicas para la comprensión del Sistema de Salud Argentino. Buenos Aires Junio 2011/revisado 2012 El autor analiza en profundidad la situación de salud en Argentina.

⁴⁰ Idem.

beneficiarios: 3.3 millones de personas de las cuales el 30% es mayor de 65 años.

En tanto que en el sector privado, la Ley N° 24.754 obliga a las empresas de medicina pre-paga a garantizar la cobertura igual a las vigentes para las obras sociales nacionales (PMOE) y a las establecidas por la Ley N° 24.455 que las obliga a cubrir los tratamientos médicos, psicológicos y farmacéuticos, HIV/SIDA y de los que dependan del uso de estupefacientes. Además de asegurar la cobertura a los mayores de 65 años con al menos 10 años de antigüedad sin aumentarles la cuota, libre de riesgos de rechazo, por edad ni enfermedades preexistentes a partir de la sanción de la Ley N° 26.682. de Medicina Prepaga.

Otro aspecto importante de la cobertura es la distribución x niveles de ingreso datos que se han obtenido por las Encuestas de Utilización de Servicios de Salud 2003-2005 de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud DIES del MS también citada en el Documento de Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina de la OPS/OMS. En él se muestra que la mayor dependencia de los servicios de Salud Pública está en el 1° y 2° quintil con menores ingresos, representando el 42% de la población total encuestada, mientras que la población asegurada perteneciente al 5° quintil era del 83%, en lo que se concluye que la dependencia a los servicios de Salud Pública aumenta a medida que disminuye el ingreso per cápita de las familias.

Finalmente, para los fines de este estudio el dato más interesante a la hora de reflexionar acerca de acceso, cobertura y derecho a la salud de la población argentina es el relacionado a la distribución de recursos físicos y humanos de las provincias (recuérdese que en ellas recae la responsabilidad de provisión de salud). La realidad nos muestra una verdadera crisis al respecto ya que existe un desfasaje en relación a la necesidad de salud de la población con un número creciente de habitantes por médico a medida que nos desplazamos hacia las provincias, situación que se agrava por la relación de 1 enfermero por cada 2.2 médicos (ver cuadro 3), proporción invertida a la necesaria para garantizar un mínimo base de acceso y calidad a los servicios de Salud.

4- METODOLOGÍA SELECCIONADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio se abordará en dos planos: uno “macro” general, sectorial, político-sanitario a nivel global y otro “micro” institucional. Para este último, dadas las características estructurales del Sistema de Salud Argentino, constituido por tres subsistemas que coexisten: Público, sistema de Seguridad Social y Privado, se incluyen tres organizaciones prestadoras de servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, correspondientes a cada uno de los subsistemas.

4.1- Hipótesis iniciales:

- Las políticas de salud nacionales tendientes a mejorar cuantitativamente la situación del recurso humano enfermero no responden a la complejidad del problema de déficit.
- Los Sistemas de Captación y Retención del capital Humano Enfermero no existen como tales, sino como estrategias desarticuladas funcionales a las instituciones y organizaciones de salud que desconocen la multiplicidad de factores incidentes en el problema.
- El Sistema de Salud Argentino con sus características de fragmentado y segmentado se constituye en el escenario ideal para la ausencia de políticas integradas para asegurar la captación y retención del talento humano enfermero.
- La formulación de un sistema integrado de captación y retención del recurso humano enfermero, orientado a resolver la complejidad del problema de déficit, podría resultar un aporte alternativo para la planificación estratégica y sustentable, para el desarrollo profesional y el mejoramiento de la participación de un componente crítico de los

sistemas de salud. Además de un modo de superar parte de los problemas derivados de la fragmentación y segmentación del sistema.

4.2 -Fases, tipos de estudio y variables:

1ª fase. Plano macro:

Estudio descriptivo, cuanti- cualitativo: datos estadísticos internacionales y nacionales; datos referidos a los determinantes sociales relacionados al problema del déficit. Estudio retrospectivo-prospectivo 2005-2012 en Argentina, conducentes al logro de los objetivos específicos 1, 2 y 3.

Variables de estudio:

- Condición socio-demográfica del recurso: número, distribución y formación.
- Políticas de captación y retención.
- Problemas del sector: formación, situación socio-laboral, perfil epidemiológico y migración.

2ª fase: Plano micro:

Estudio descriptivo cuanti-cualitativo: datos estadísticos locales y datos referidos a los determinantes sociales relacionados al problema del sector en el área local. Estudio transversal 2012-2013. Conducente al logro del objetivo 4. Estudio de casos.

Variable de estudio: situación del recurso humano Enfermero en el área local en relación a las dimensiones problemáticas: situación socio laboral, de formación académica y perfil epidemiológico y migración.

3ª fase:

Momento analítico explicativo: enfoque-cualitativo 2012-2013. Conducente al logro del objetivo 5.

Integración de los resultados obtenidos.

4.3 Fuentes de información:

Primarias: Informantes clave, expertos del sector, directores/jefes de departamentos de enfermería y gerentes/jefes de las áreas de recursos

humanos y enfermeros de áreas operativas de las organizaciones seleccionadas.

Secundarias: Publicaciones científicas referidas a los diferentes problemas del sector, declaraciones de posición de asociaciones profesionales: Consejo Internacional de Enfermería y Asociaciones miembros; documentos de la OPS/OMS; Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Ministerios de Salud provinciales y legislación vigente en relación al tema de estudio.

4.4 Técnicas de recolección de datos y unidades de análisis:

1ª fase:

Recolección de datos bibliográficos y análisis documental. Individuales y colectivas. Entrevistas a informantes clave en las descripciones de algunas experiencias.

2ª fase:

Recolección de datos a través de entrevista individual estructurada y semi-estructurada, diferenciada según cargos y áreas en base a las funciones correspondientes (3 instrumentos diferentes).

Dirigidas a:

- Un representante meso-gestor de la dirección o departamento de Enfermería: director o jefe. Unidad de análisis colectiva.
- Un representante meso-gestor del Departamento de Recursos Humanos: gerente o jefe. Unidad de análisis colectiva.
- Dos enfermeros (el más antiguo y el más nuevo dentro de cada institución) Unidades de análisis individuales.

4.5 Tipo de muestra:

Nivel macro:

Muestra de carácter intencional que busca un acercamiento analítico a los grupos profesionales que brindan apoyo técnico al sector salud en general y al sector enfermería en particular y publicaciones de investigación científicas.

Constitución de la muestra:

Documentos emitidos por organismos de reconocimiento profesional del área de la salud y del sector enfermería:

- OPS/OMS
- CIE
- Academia Americana de Enfermería (AAE)
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina
- Ministerios Provinciales.
- Federación Argentina Enfermería (FAE)
- Otras publicaciones científicas.

Tipo de muestra para el nivel micro:

Estudio de casos: muestra de carácter intencional que busca la ilustración de la comunidad de estudio donde se intenta conocer los rasgos más característicos de esa realidad.

La selección también estuvo relacionada al acceso.

Constitución de la muestra:

- Instituto de Oncología Ángel H. Roffo
- Sanatorio Sagrado Corazón
- Sanatorio Otamendi

Nota:

El conjunto de decisiones y prácticas de la propuesta de investigación se intentará efectuar desde la construcción de un diseño flexible en términos de Marradi. Archenti y Piovani, con las ideas de situación intermedia entre dos polos ideales: el de diseño estructural y el de diseño emergente.

5- DESARROLLO

5.1- Análisis de la situación del capital humano Enfermero en Argentina, las políticas orientadas al sector y las principales problemáticas de este talento humano.

5.1.1- Análisis de la composición del sector enfermería, determinación de su déficit en cuanto a número, distribución y formación académica e identificación de los principales determinantes que intervienen en la dinámica del recurso enfermero: situación socio-laboral, perfil epidemiológico y migración.

5.1.1.1- Número, distribución y formación:

La enfermería en Argentina constituye un grupo heterogéneo conformado aproximadamente por 254.923 individuos, de los cuales el 8.30 % son Licenciados en Enfermería, el 42.26 % Enfermeros; el 49.41 % auxiliares de Enfermería, por lo que el país cuenta con casi la mitad de su fuerza de trabajo de Enfermería sin formación técnico profesional (ver gráfico 1) Así la razón profesional existente es de 1 enfermero por cada 2.2 médicos aunque si consideramos a la fuerza total de trabajo de enfermería (incluidos a los auxiliares de Enfermería) la relación es de 1 por cada 1.1 médicos.

Sin embargo de las proporciones relativas que se muestran en el cuadro 2 se observa que todas las provincias presentan minoría respecto de médicos, exceptuando las provincias de Buenos Aires, Santiago del Estero, Chubut, Santa Cruz, La Pampa y Catamarca aunque esto no es signo alentador, ya que al observar la distribución según formación, esta fuerza de trabajo está compuesta por auxiliares de Enfermería hecho que se repite en todas las provincias a excepción de las provincias de Entre Ríos y Salta.

Cuadro 2

Reporte general de la Fuerza de Trabajo de Enfermería y Médicos en Argentina, distribución por provincia, formación y proporción relativa según área profesional.

	Médicos	Lic. Enfermería	Enfermero (nivel técnico)	Auxiliares de Enfermería	Total fuerza de trabajo de Enfermería	% F. de trabajo de Enfermería respecto de Médicos	% Médicos respecto de fuerza de trabajo de Enfermería
CABA	124.112	12.592	56.783	34.266	103.641	45.50	54.50
Buenos Aires	57.000	3.445	25.605	53.450	82.500	59.14	40.86
Córdoba	18.108	405	5.077	3.068	8.550	32.08	67.92
Santa Fe	14.271	211	2.655	458	3.324	18.89	81.11
Mendoza	7.657	-	-	4.997	4.997	39.48	60.52
Entre Ríos	6.457	333	3.275	2.533	6.141	48.74	51.26
Chaco	5.517	167	1.092	4.106	5.365	49.30	50.70
Río Negro	5.113	292	1.281	3.111	4.684	47.81	52.19
Neuquén	4.254	332	1.415	2.436	4.183	40.09	59.91
Santiago del Estero	2.174	41	302	5.120	5.463	71.57	28.43
Tucumán	6.844	296	1.736	2.141	4.173	37.88	62.12
San Juan	3.592	308	1.023	1.793	3.124	46.51	53.49
Corrientes	5.484	-	723	-	723	11.64	88.36
Misiones	2.887	101	662	1.249	2.012	41.06	58.94
Chubut	1.973	80	771	1.758	2.609	56.94	43.06
Santa Cruz	1.171	76	1.036	1.503	2.615	69.07	30.93
Jujuy	1.837	103	957	591	1.651	47.32	52.65
Salta	3.176	2.180	1.798	120	4.098	56.33	43.66
San Luis	1.652	77	452	759	1.288	43.80	56.20
La Pampa	1.060	57	222	1.356	1.635	60.66	39.34
Catamarca	1.026	60	205	955	1.220	54.31	45.69
Formosa	1.819	3	259	-	262	12.59	87.41
La Rioja	1.411	8	110	-	118	7.71	92.29
Tierra del Fuego	913	39	309	199	547	37.46	62.54
TOTAL	279.508	21.206	107.748	125.969	254.923	47.70	52.30

Fuente: SIISA 19/XI/2012. Origen de los datos: Red Federal de registros de Profesionales de La Salud, excepto para la Provincia de Buenos Aires cuya fuente de datos para enfermería es el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y para médicos el Colegio de médicos de la Provincia; para la Provincia de Jujuy, el Acta de reunión de la Coordinación de Planificación Estratégica entre el Departamento Provincial de Enfermería y la Dirección Provincial de Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la provincia, efectuada el 3 de octubre de 2012; para Tucumán los datos de Enfermería recibidos el 8 de mayo de 2013 del Ministerio Provincial y para Salta la Dirección de RRHH del Ministerio de Salud de La Provincia, datos recibidos el 27 de mayo de 2013 (el dato correspondiente a médicos se refiere a activos).

Total fuerza de trabajo de Enfermería y relación porcentual relativa de Médicos y Enfermeros: elaboración propia.

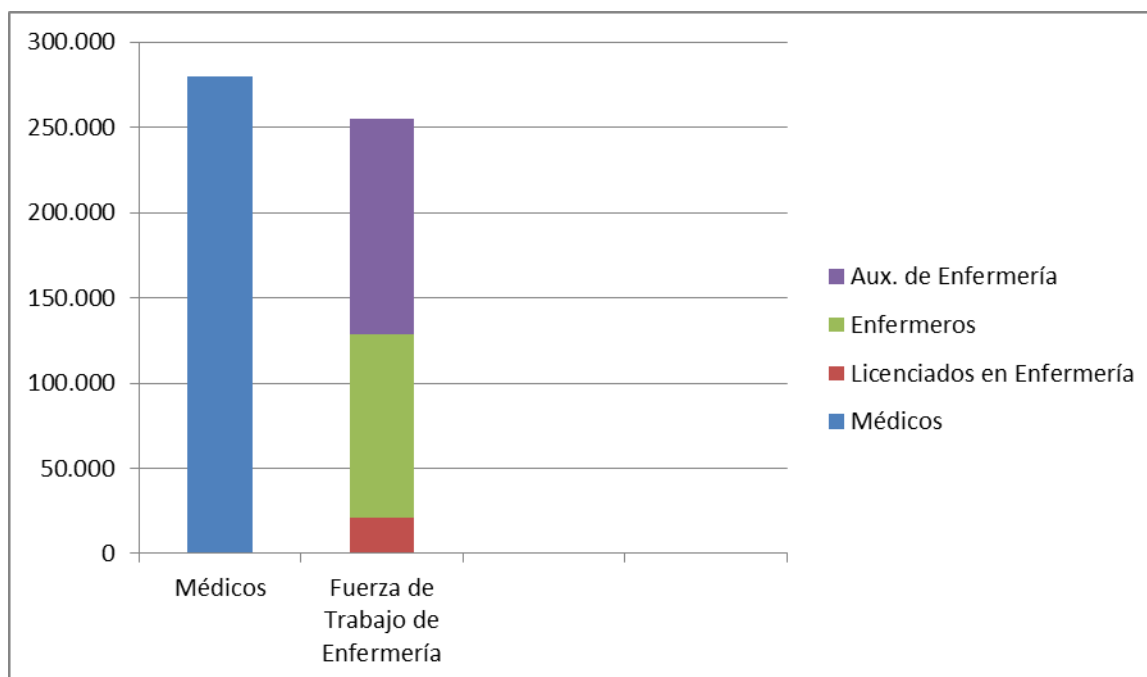
Sesgos: no incluye informes de bajas profesionales que se estiman se jubilan en entre 65 y 75 años y fallecidos.

La Provincia de Corrientes no discrimina el Nivel de Licenciados en Enfermería. Formosa y la Rioja no matriculan Auxiliares de Enfermería.

El registro no publica formación de posgrado.

Gráfico 1

Número y distribución relativa según formación de la Fuerza de Trabajo de Enfermería y Médicos en Argentina. 2012-2013.



Fuente: Elaboración Propia en base a los datos del cuadro 2

En las jurisdicciones de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires, Córdoba y Entre Ríos, se concentra el 78 % de la fuerza de trabajo de enfermería (ver figura 1), proporcionando acceso y cobertura potencial a poco más de 23mill de personas representando el 57.48% de la población total del país⁴¹.

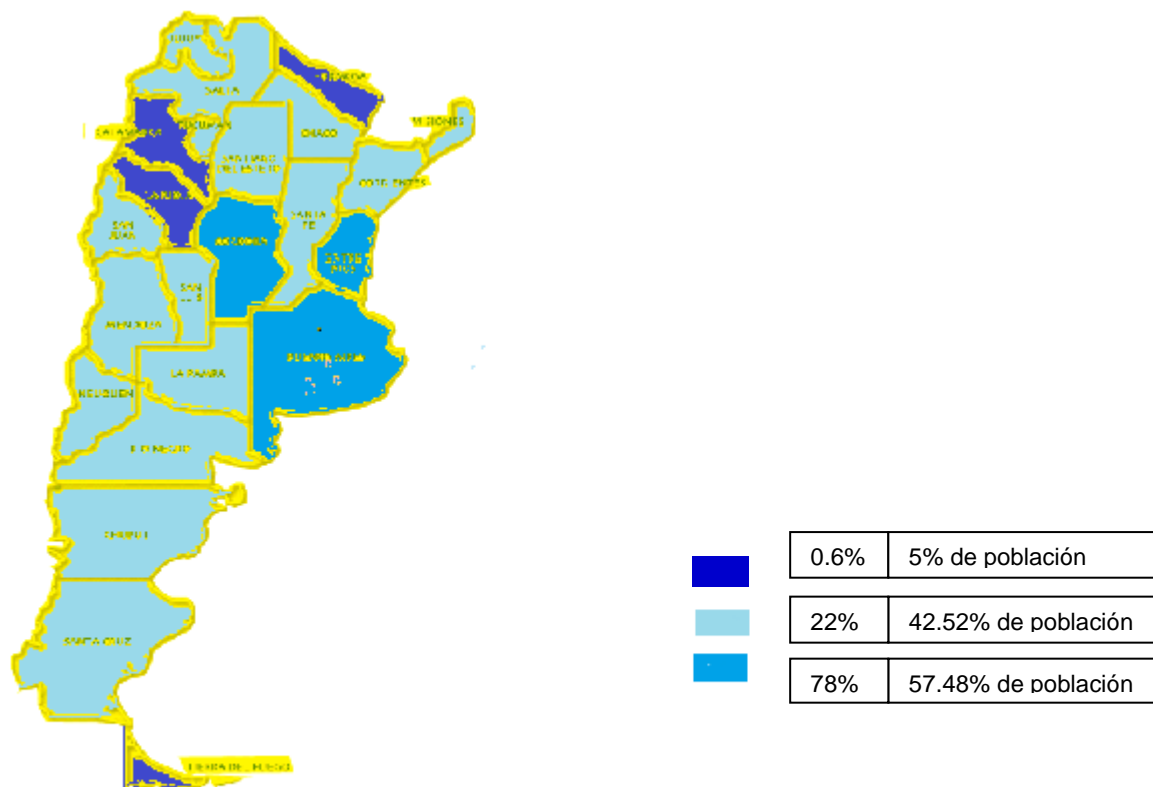
En relación a la situación cuantitativa de La Rioja, Formosa, Corrientes y Tierra del Fuego, para casi 2mill de personas que representan casi el 5% de la población⁴², se cuenta tan solo con 0.6% de este capital humano haciendo un total en estas jurisdicciones de 1650 agentes de la Fuerza de Trabajo de Enfermería.

⁴¹- Para un total de 40.117.076 de hab. donde para La Ciudad Autónoma de Buenos Aires corresponden 2.890.151, para Buenos Aires 15.625.084, para Córdoba 3.308.876 y para Entre Ríos 1.235.994 hab. Haciendo un total correspondiente a las 4 jurisdicciones de 23.060.105 hab. Casa Rosada Presidencia de la Nación Argentina <http://www.presidencia.gov.ar> Pág. consultada 20/11/2012

⁴² Para un total de 40.117.076 de hab. donde para Corrientes corresponden 992.595 hab., para Formosa 530.162, para La Rioja 333.642 y Tierra del Fuego 127.205 hab. Haciendo un total de 4 Jurisdicciones con 1.983.604 hab. Casa Rosada Presidencia de la Nación Argentina <http://www.presidencia.gov.ar> Pág. consultada 24/05/2013

Figura 1

Concentración proporcional de la Fuerza de trabajo de Enfermería en Argentina según jurisdicción y población.



Fuente: elaboración propia en base a datos del cuadro 2 e información de estadística demográfica de la Presidencia de la nación <http://www.presidencia.gov.ar> Pág. consultada 20/11/2012

Es oportuno mencionar y describir en este apartado, los procesos por los cuales transitan las jurisdicciones para lograr un registro confiable de datos referidos a los recursos humanos, así por ejemplo el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy mediante una serie de resoluciones da formalidad normativa a la decisión de constituir un Registro único de profesionales, técnicos y auxiliares del sector salud. Ante la falta de integración de estos datos, debido a la existencia de múltiples sistemas y niveles de producción, tratamiento y

difusión de la información y la necesidad de aumentar la eficiencia de la capacidad de producción estatal del sector a la hora de la planificación y contribuir a la articulación de información sanitaria confiable de carácter federal se establece la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEP)

Se aprueba entonces el 12 de julio de 2011 la resolución N° 006657 que permite la creación del Sistema Único de Información Sanitaria de Jujuy (SUnIS) en función a las actuaciones de la Secretaría de Planificación de Políticas y Regulación Sanitarias.

El proceso burocrático que hace posible la implementación de esta política encuentra iniciativa en el ámbito del MERCOSUR en el 2004 con la resolución N° 27 con la creación de la “Matriz Mínima de Registro de Profesionales de la Salud” a la que se incorpora en el 2005 el Ministerio de Salud De la Nación Argentina mediante la resolución N°604 y en la que firma convenio con los Ministerios Provinciales en el 2008, momento en el cual designa supervisor responsable de dicho registro en la Provincia de Jujuy, resolución N°934 y en la que finalmente Nación aprueba convenio con dicha provincia a través del decreto N° 3970 en 2009.

En este marco las autoridades del Ministerio junto a representantes del Departamento Provincial de Enfermería y de Planificación Estratégica en Capital Humano observan y comparten formal y periódicamente los avances en el registro correspondiente al área de enfermería, de cuyo último encuentro (30 de octubre de 2012) se informa que la provincia cuenta con 1060 diplomados de Enfermería de los cuales 103 son licenciados a los que se les suma 591 auxiliares de Enfermería haciendo un total de 1651 personas que constituyen esta fuerza de trabajo.

Así también la FAE conjuntamente con la Asociación de Enfermería de la Capital Federal (AECAF) reconoce y muestran profunda preocupación por la situación de déficit de este capital humano⁴³. La convocatoria a reuniones con

⁴³ AECAF “Declaración de posición sobre la escasez y formación del recurso humano de Enfermería” Revista Visión de Enfermería Actualizada (VEA) N° 27 Argentina. Septiembre 2011.

gestores y administradores de enfermería y confección de declaraciones de posición respecto de la oferta y demanda actual son evidencia clara del llamado a propiciar decisiones por parte de autoridades sanitarias a través de políticas integrales que aborden el problema en los tres subsectores del sistema de salud argentino. En estas declaraciones se explicitan entre otros, principios fundamentales, análisis del problema del déficit, propuestas y recomendaciones con el fin de orientar las decisiones de las autoridades sanitarias en todo el sistema de salud, de la comunidad académica y de la sociedad en general.

5.1.1.2 - Problemas de Formación académica:

Es interesante para el estudio reconocer que actualmente están cursando en sus diferentes años de formación: 2244 residentes del equipo de salud en el marco del Sistema Nacional de residencias del Equipo de Salud, correspondiente al plan de Investigación y formación de Recursos Humanos. El 85% de los cupos corresponden a médicos, de los cuales el 68% están asignados a las especialidades consideradas prioritarias: Medicina general y de familia, pediatría, ginecología, anestesiología, terapia intensiva de adultos y pediátrica, neonatología y psiquiatría⁴⁴. Cabe destacar que el 15% de las residencias son asignadas al resto de las disciplinas, incluida enfermería.

Así mismo no puede dejarse de mencionar la iniciativa intercontinental manifiesta en el proyecto ALFA Tuning- América Latina 2004-2008, que se inicia en la Unión Europea y que trasciende la frontera continental creando un espacio de discusión e intercambio entre las universidades del viejo continente y las de América Latina y el Caribe con los objetivos de:

- “Contribuir al desarrollo de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles en una forma articulada en toda América Latina”
- “Impulsar, a escala latinoamericana, un importante nivel de convergencia de la educación superior en doce áreas temáticas...” (entre las que se encuentra Enfermería) “... mediante las

⁴⁴ Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Planes y programas. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. 2012 <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos>

definiciones aceptadas en común de resultados profesionales y de aprendizaje”

- “Desarrollar perfiles profesionales en términos de competencias genéricas y relativas a cada área de estudios incluyendo destrezas, conocimientos y contenido en las cuatro áreas temáticas que incluye el proyecto.
- “Facilitar la transparencia en las estructuras educativas e impulsar la innovación a través de la comunicación de experiencias y la identificación de buenas prácticas”.
- “Crear redes capaces de presentar ejemplos de prácticas eficaces, estimular la innovación y la calidad mediante la reflexión y el intercambio mutuo”
- “Desarrollar e intercambiar información relativa al desarrollo de los currículos en las áreas seleccionadas y crear una estructura curricular modelo expresada por puntos de referencia para cada área, promoviendo el reconocimiento y la integración latinoamericana de titulaciones”
- “Crear puentes entre las universidades y otras entidades apropiadas y calificadas para producir convergencia en las áreas de las disciplinas seleccionadas”

Para completar los principales problemas del sector en el área de formación académica, las diferentes categorías de formación que egresan de las escuelas universitarias y no universitarias, nacionales, provinciales y municipales o privadas, varían en niveles desde los Auxiliares de Enfermería que realizan cursos de 9 meses con primario completo a Enfermeros con secundario completo, que cursan la carrera durante 2 años y medio a 3 años y que completan su ciclo de licenciatura en las universidades con 5 años de formación, sin tener clara definición de funciones y tareas en ejercicio profesional y a lo que se le suma la denominación social común: “enfermeros”. Estas cuestiones favorecen la multiplicidad de oferta educativa, con diversidad de perfiles, problemas de deserción y desgranamiento del estudiantado además de la escasez de profesores.

5.1.1.2.1 Una experiencia local:

Proyecto ALFA funda Enfermería

En el marco de ALFA III⁴⁵ se inicia en diciembre del 2012 el proyecto “Formación Universitaria para la profesionalización de Personal Auxiliar de Enfermería” programa co-financiado por la Comunidad Europea, con una duración de 36 meses. En dicho proyecto la Universidad Pública de Navarra (UPNA) de España, la Università degli Study di Pavia (UNIPV) de Italia, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) de Perú, Universidad Nueva San Salvador (UNSSA) de El Salvador, la Universidad Gran Asunción (UNIGRAN) de Paraguay y la Universidad ISALUD de Argentina, trabajan como socios para promover el acceso a esta fuerza de trabajo a la educación superior e intentar revertir “...el déficit crónico de enfermeros calificados...”

Más de 2000 estudiantes en 16 sedes, cursan el programa de profesionalización que comenzó por iniciativa local y con financiamiento de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) y que luego se fortaleció con el programa ALFA funda Enfermería. El objetivo: modificar la actual situación de formación de más del 60% de fuerza de trabajo de la disciplina en el país, compuesta por auxiliares de enfermería, proporción que en algunas provincias se eleva a 80% como es el caso de Santiago del Estero con las consecuencias que ello genera en términos de calidad de atención y resultados de salud.

En las provincias de Jujuy, Río Negro, Santiago del Estero, Misiones, y en las localidades de la provincia de Buenos Aires Bahía Blanca y Carmen de Patagones, se encuentran los centros de estudio que proporcionan acceso a este talento humano con necesidades de formación y que en el caso de Jujuy integran esfuerzos de los ámbitos de salud público y privado. Hasta la fecha han egresado 650 enfermeros Universitarios preparados para el ámbito

⁴⁵ ALFA III. El proyecto ALFA en su tercera y última fase conserva el principio de las anteriores: promover la Educación Superior en América Latina como medio para contribuir al desarrollo económico y social de la región. <http://alfafundaenfermeria.org>

profesional laboral, en tanto en la Carrera de grado, cursan 60 alumnos y en el Ciclo de Licenciatura más de 100, con 16 licenciados egresados.

Al respecto de las características sociodemográficas de los becarios al programa, la mayoría son mujeres de mediana edad, cabezas de familia y en menor proporción mayores entre 50 y 60 años. No más del 10% corresponden a aspirantes masculinos de todas las edades con cierta tendencia creciente en el grupo etario de entre 25 y 35 años. La mayoría de los estudiantes son argentinos aunque también cursan ciudadanos de Perú, Bolivia y Paraguay residentes en el país. El doble empleo es una característica del 70 % de los discentes.

Referido al proceso de captación de aspirantes a la disciplina la participación en la Expo universidad, comunicación social a través de afiches colocados en puntos estratégicos son parte de las estrategias clásicas utilizadas; captación a través de los delegados sindicales en las diferentes instituciones de salud y programas destinados a comunidades específicas⁴⁶, conforman las estrategias innovadoras a la que se suma un programa de becas para el desarrollo de capacitación continua para los formadores y los lic. en ejercicio docente.

Con relevancia para este estudio y por su recurrencia en relación a los problemas que afectan a la disciplina, los más importantes que se perciben incluyen la diversidad de formación con la que los aspirantes ingresan, con múltiples falencias relacionadas a la lectoescritura y metodología de estudio; las derivadas del desajuste entre las incumbencias determinadas en la Ley de Ejercicio Profesional y la práctica real con el consecuente impacto en la calidad del cuidado. También las brechas entre el perfil del enfermero que se está formando o que ya ha egresado y el requerido por el sistema de salud con orientación comunitaria y en APS.

La información proporcionada por la Directora⁴⁷ se completa con un avance de los resultados de una investigación en curso, donde se indaga al respecto

⁴⁶ Se refiere al caso de la población de González Catán en la Obra del "Padre Mario Pantaleo"

⁴⁷ Lic. Gabriela Felippa directora de la Carrera de Enfermería de la Universidad ISALUD en sus tres ofertas: Carrera de grado. Ciclo de Licenciatura y Profesionalización de Auxiliares de Enfermería.

de la alta tasa de deserción a las diferentes ofertas pedagógicas de la Universidad en esta área. Problemas familiares y laborales lideran el ranking de las causas que detonan el abandono a la carrera, la falta de recursos y el escaso apoyo laboral parecen ser las variables de mayor incidencia.

Finalmente deben citarse las estrategias de captación de algunas organizaciones de salud que se acercan a la universidad para ofrecer puestos de trabajo a los estudiantes próximos a egresar, este proceso se completa con el apoyo de capacitación teórica y entrenamiento práctico proporcionado por la universidad durante un periodo de 3 meses en el área requerida.

5.1.1.3- Situación socio-laboral

5.1.1.3.1- Marco jurídico de la profesión

En relación al área normativa, la Ley Nacional N° 24.004 de Ejercicio profesional, registro y matriculación en Argentina sancionada y promulgada en 1991, determina: conceptos y alcances, de las personas comprendidas, de los derechos y obligaciones; del registro y matriculación, de autoridad de aplicación, de régimen disciplinario, de disposiciones transitorias y varias. Y cuya reglamentación sancionada y promulgada dos años después a través del Decreto Nacional 2497 cuenta con 29 artículos que aunque no todos reglamentados, describe las competencias, funciones y actividades del nivel profesional y auxiliar, que entre otras fallas, no establece las que corresponden al nivel de licenciado. Esta falla sumada a problemas de gestión⁴⁸ de las organizaciones e instituciones, propician, el desarrollo de estrategias de “promoción” de personal no calificado para ocupar puestos de meso y macro conducción. La ley de alcance Nacional actúa como ley madre de la ley N° 298, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; de jurisdicción provincial la ley N° 12.245 de Buenos Aires e invita al resto de las provincias en su artículo 28 a adherir al régimen establecido por ella dado el carácter federal del país, aunque no todas lo hacen. En cuanto a los colegios de Enfermería existentes en Misiones, Santa

⁴⁸ Se hace referencia a las gestiones que no consideran los sistemas de promoción de personal por mérito.

Fe, Salta, Catamarca y Santiago del Estero, recae en ellos la habilitación y control del ejercicio⁴⁹.

Actualmente se encuentra en Cámara de Diputados el proyecto de Ley de Reforma de la Ley 24.004, expediente: 7323-D-2012, publicado en Trámite Parlamentario N° 145 del 16/X/2012 en cuyos fundamentos propone:

- Declarar insalubre la actividad, por exposición de alto riesgo, ya sea por contacto con agentes infecciosos y/o tóxicos así como también por desempeño en ámbitos estresantes, con riesgo de bournout y mobbing.
- Crear un organismo que regule y tutele el ejercicio en calidad de Dirección Federal.
- Determinar condiciones laborales en relación a duración de jornada de trabajo, régimen previsional, maternidad y licencias.
- Piso salarial de carácter nacional.
- “Promover planes de formación para los ingresantes a la carrera y profesionalización del recurso humano existente”

En tanto los convenios colectivos de trabajo de alcance nacional FATSA⁵⁰/ATSA⁵¹Buenos Aires, que se derraman al ámbito provincial y local para organizaciones, entidades e instituciones de salud en las negociaciones en relación a la relación enfermera/paciente, es dable mencionar la postura inamovible de los empresarios en una relación 10/12, que no contempla

⁴⁹OPS/OMS Serie Recursos Humanos para la Salud 56 “Regulación de Enfermería en América Latina” 2011. La organización Internacional publica un compendio de la situación de regulación de la disciplina en el continente con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre la regulación de los recursos humanos enfermeros, disponer de información referencial al respecto e identificar prioridades que se desprendan de dichas reglamentaciones y mejorar la calidad de servicios de salud y promover la mejora de condiciones laborales para los enfermeros.

⁵⁰ FATSA “Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina” “Asociación sindical de segundo grado, creada con el objeto de asegurar la defensa gremial, política, social, mutual y cultural de los casi 200.000 trabajadores de la actividad de la salud agrupados en los sindicatos de primer grado (A.T.S.A.) que la componen.

⁵¹ ATSA “Asociación de Trabajadores De La Sanidad Argentina” Constituido por sindicatos de primer grado.

grado de dependencia del principal⁵², “necesidades” ni “calidad” de atención a excepción de la modificación del artículo 7° del convenio colectivo 122/75. En él se incorpora el inciso 10 bis, destinado a la asignación del número máximo de pacientes que serán atendidos por personal de enfermería únicamente para la atención de rehabilitación, en el que establece la asignación de hasta seis pacientes en turno mañana y tarde y hasta 7 pacientes en el turno noche.

Para continuar con el panorama legal, recientemente el MS a través de la Resolución Nacional 199/2011, aprueba el listado de especialidades reconocidas para el Licenciado en Enfermería: Enfermería en salud del Adulto, enfermería en salud del Anciano, Enfermería en salud materno infantil y del adolescente, Enfermería en salud mental y psiquiatría, Enfermería en la atención de Paciente Crítico: neonatal, pediátrico y adulto y finalmente: Enfermería en cuidados Paliativos; sin embargo al no encontrarse comprendido en el artículo 43 de la Ley N° 24.521 de Educación superior⁵³, la enfermería pierde la oportunidad de regulación y acreditación con reconocimiento completo como carrera de grado. Esta situación sumada a los efectos también vigentes del artículo 7 de la misma ley⁵⁴, que permite estudiar la carrera sin tener el secundario completo, termina por lesionar la oportunidad de brindar mayor calidad en servicios de salud.

⁵²Díaz, Carlos. “La Empresa Sanitaria Moderna 2 Como crear tu propia bestia Sistémica en el siglo XXI” Se utiliza el término “principal” referido a la relación de agencia económica donde por contrato un agente proveedor de salud realiza algo por cuenta del principal, con delegación de autoridad decisoria.

⁵³ Cañete, Miriam. Fuente, Alejandra. “Entrevista al Mg. Lic. José Jeréz” Revista Visión Enfermera Actualizada (VEA) N° 31 septiembre 2012. En el artículo el especialista describe las posibles soluciones normativas para hacer de la disciplina una carrera con futuro alentador.

⁵⁴ Ley N° 24.521 De Educación Superior. En su art. 7 establece: “Para ingresar como alumno a las instituciones de nivel superior, se debe haber aprobado el nivel medio o el ciclo plomado de enseñanza. Excepcionalmente, los mayores de 25 años que no reúnan esa condición, podrán ingresar siempre que demuestren, a través de las evaluaciones que las provincias, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires o las universidades en su caso establezcan, que tienen preparación y/o experiencia laboral acorde con los estudios que se proponen iniciar, así como aptitudes y conocimientos suficientes para cursarlos satisfactoriamente”

En tanto el Ministerio de Salud de la Nación y la OPS y las asociaciones de Enfermería apoyan el proyecto de Ley de Emergencia⁵⁵ que promueve la implementación y el desarrollo de formación de 45.000 nuevos enfermeros para el 2016. Esta propuesta política responde a la necesidad de fomentar el número de egresados dada la evidencia, ya que se inscriben a la carrera 6 mil jóvenes, egresando cada año, solo 2 mil⁵⁶. La Ley de Emergencia de Enfermería que cuenta con media sanción de Cámara de Diputados, establece la creación de un plan que otorga becas para el estudiante e incentivos para las instituciones de formación con el objetivo de impacto de modificar la actual relación numérica nacional entre enfermeros y médicos (en el documento establecida en 1 enfermera cada 4 médicos); y atacar dos de los múltiples problemas actuales, la excesiva carga de trabajo conjunta con el proceso de estudio, lo que hace al retraso o abandono de la carrera y la falta de profesores.

Diferencialmente, la Subsecretaría de Planificación de la Salud, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, aprueba la Resolución N° 640/09 que hace posible el Programa Provincial de Desarrollo Integral de Enfermería “Eva Perón”⁵⁷

Esta iniciativa se lanza marzo del 2009 con el propósito de disminuir el déficit provincial estimado en 4500 enfermeros en el ámbito de la salud pública cuyo objetivo principal es: Promover la disminución del déficit de enfermeros de la Provincia de Buenos Aires a través de la formación integral y continua para una mejor calificación profesional recuperando el contenido vocacional y de servicio comunitario de la profesión, a fin de cubrir las demandas actuales del Sistema de Salud. Siendo sus ejes estratégicos:

- Recuperar el contenido vocacional y el servicio comunitario de la profesión.

⁵⁵ Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto de Ley de emergencia de Enfermería. Plan Nacional de desarrollo de la Enfermería. <http://msal.gov.ar/htm/site/pdf/anexo-12-03-08.pdf>. Argentina 2008

⁵⁶ OPS. Recursos Humanos para la Salud. Educación en Enfermería. “Migración de Enfermeras en América Latina-área de América del Sur” <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es> Argentina .Mayo 2009.

⁵⁷ Programa provincial de Desarrollo Integral de Enfermería “Eva Perón” <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/evaperon/evaperon.html#>

- Impulsar la formación integral y continua para una mejor calificación profesional.
- Priorizar áreas críticas como atención primaria de la salud, neonatología, gerontología, cuidados críticos adultos y pediátricos, emergencias, salud mental.
- Jerarquizar la profesión en el ámbito público generando mejores condiciones de trabajo.

El programa cuenta con 41 centros de formación: hospitales bonaerenses, otorgando becas a los estudiantes y con acuerdo de prestar servicios rentados al sistema público de salud una vez finalizado la tecnicatura superior y por el mismo periodo de tiempo de la formación.

Respecto de las políticas concertadas en el seno de las asociaciones profesionales se debe citar la primera conferencia de políticas de Enfermería en la ciudad de Córdoba⁵⁸ en septiembre de 1998, convocada por la FAE y la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA). En ella se formularon las 7 políticas de Enfermería para el decenio 2000, a partir del análisis de la situación del sector en el marco de un escenario social caracterizado por intensos cambios. Es entonces cuando dichas organizaciones acuerdan lineamientos y prioridades de desarrollo para la construcción y conducción de los destinos profesionales hacia el siglo XXI. Entre las políticas sustantivas se encuentran:

- Desarrollo de servicios de Enfermería.
- Educación en Enfermería.
- Investigación en Enfermería.
- Desarrollo de organizaciones profesionales de Enfermería
- Condiciones de vida y trabajo de la enfermeras.
- Imagen pública de la Enfermería.

⁵⁸ Primera Conferencia de políticas de Enfermería. Córdoba. Noviembre 1998.
<http://www.nursite.com.ar>

Y dentro de esta última, lineamientos muy interesantes que responden a la dimensión problemática de “imagen y estatus” correspondiente a la dimensión socio-laboral abordada en esta investigación, relacionadas a:

- fortalecer la imagen pública en los medios de comunicación social, para clarificar su rol, aumentar visibilidad y reconocimiento social.
- promover la capacitación y formación de los enfermeros en áreas de conocimientos técnicos, estrategias de mercado y comunicación social.
- Difundir la oferta de servicios de enfermería con altos niveles de eficacia y eficiencia, respondiendo a la demanda existente y demostrando la accesibilidad y la relación costo-eficacia de sus prestaciones.
- Promover la toma de posición de la enfermería ante los problemas y reclamos sociales, haciendo sentir su presencia a través de la participación pública.
- Promover alianzas con organizaciones de distintos ámbitos y apoyar la realización de proyectos comunitarios (...)
- Promover la integración regional, nacional e internacional de la enfermería, uniendo esfuerzos para publicitar y difundir las acciones, roles, procesos y producción científica de los enfermeros.

5.1.1.3.2- Carga laboral, situación salarial y problemas de género.

Siguiendo con los problemas socio- laborales de la disciplina, se hace necesario indagar respecto de las relaciones existentes entre la situación económica de la mayoría de los enfermeros y las exigencias del medio social en que se desarrolla. Así la excesiva carga laboral⁵⁹ sin definición clara de número máximo de pacientes a atender y sin relación a las necesidades de

⁵⁹ Chavin, Hernan. “Impacto del número de enfermeros en la mortalidad de los pacientes” el autor expresa preocupación por la falta de definición del número óptimo de relación enfermera-paciente a ser atendido. <http://carlosregazzoni.blogspot.com.ar/2008/10/impacto-del-nmero-de-enfermeros-en-la.html>

salud que requiere⁶⁰; el multi-empleo, la feminización del recurso y la regulación⁶¹ que asociados a un salario básico magro, que en el mejor de los casos resulta del acuerdo de paritarias gremiales, construye un escenario sin incentivos.

En cuanto a las modalidades de contratación del recurso se debe citar la Ley N° 20.744 de Contrato de Trabajo, en cuyas disposiciones generales referidas al ámbito de aplicación, que aunque no son aplicables a los dependientes de la administración pública en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal, por acto expreso o por convenios colectivos es posible su inclusión; expresa la legalidad de la actual modalidad general: la situación de eventualidad (Capítulo IV, Título III en su art. 108). Ciertamente este tema es considerado por los organismos representantes del colectivo como un elemento que alimenta la precariedad laboral y aumenta el sentimiento de inseguridad afectando la proyección de futuro.

Referido a las remuneraciones del sector, un evento significativo se encuentra en el proceso sindical llevado adelante por la Federación de Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina. En el 2012, en el marco de paritarias FATSA/ Confederación Argentina de Clínicas Sanatorios y Hospitales (CONFECILISA) /Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (ADECRA)/ Cámara Argentina de Clínicas y Establecimientos Psiquiátricos (CACEP)/ Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos (AAEG)/Cámara Argentina de Entidades Prestadoras de Salud (CEPSAL), se renovó el convenio colectivo de trabajo 122/75, en donde se establece en su apartado de “personal técnico y servicios complementarios” un aumento de salarios básicos para enfermeros y para los

⁶⁰Rollan Rodríguez. Carmona. Quiróz y otros. Nure Investigación. Revista Científica de Enfermería. Proyectos de investigación. “Escalas de medida de carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados críticos. Correlación entre NAS y NEMS” Las autoras intentan establecer relaciones entre el EI Nursing Activities Score (NAS) y el EI Nine Equivalentes for Nursing Manpower Use (NEMS), en búsqueda del más adecuado criterio de medición entre muchos otros. En Argentina solo contamos con las Unidades de Producción de Enfermería (UPE) que se encuentran normalizadas en la Resolución 194/1995. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección de calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, no actualizada hasta la fecha.

⁶¹ Ley Nacional N°24.004 de Enfermería. Ejercicio Profesional, Registro y Matriculación. En su artículo 10, inc. e, dice: “Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente (...)” El cumplimiento de la ley excede los recursos de cualquier profesional dado la escasa remuneración básica que percibe.

establecimientos geriátricos exclusivamente el correspondiente a los auxiliares de enfermería. Se acordó así, en conformidad una nueva escala salarial que se hará efectiva en tres etapas, agosto, diciembre de 2012 y febrero de 2013 (CCT 122/75). En tanto que para Hospitales de Comunidad, en acuerdo con representantes de la Asociación de Hospitales sin Fines de Lucro el proceso se efectuará en dos etapas, julio de 2012 y febrero de 2013. Así mismo para el personal que se desempeña en ambulancias, identificado como categoría II B (personal de enfermería y/o acompañante terapéutico), en acuerdo con la Federación de Cámaras de Emergencias Médicas y Medicina Domiciliaria en cuatro etapas, repartidas en agosto, octubre, diciembre y febrero (CCT459/06). Mientras tanto para el personal que se desempeña en ámbitos ambulatorios, conforme a lo establecido en el CCT 108/75 la enfermería encuentra asignada su situación salarial como personal de 1° y 3° categoría, enfermería especializada que desempeña funciones en uno o más servicios y enfermería que realiza tareas inherentes a su profesión en relación de dependencia, caba o supervisora en consultorios externos respectivamente. En tanto que en paritarias correspondientes al 2013, los valores asignados para actualización salarial se hicieron efectivos en el periodo comprendido entre julio y febrero del 2014.

En lo que respeta a lo asignado para quienes tengan el título de grado, se acuerda un adicional por Licenciatura Universitaria del 15% del salario básico de convenio, extensivo a “(...) todo profesional técnico y de servicio que posea u obtenga el título de Licenciado en algunas de las carreras universitarias de salud (...)”⁶² Respecto a este acuerdo es interesante reflexionar a lo dispuesto en la Ley de Contrato de Trabajo, donde en el Título IV de la Remuneración del Trabajador, en su capítulo IV De los Salarios Profesionales. Art. 133, referido a concepto: Remuneraciones Superiores: “(...) se fijarán los salarios profesionales que correspondan a la naturaleza del trabajo, riesgos del mismo, aptitud técnica exigida, capacidad económica y demás características del sector de la actividad a que corresponda la empresa, explotación o establecimiento.”

⁶²Convenio Colectivo de Trabajo CCT 103/75. 2012. <http://www.sanidad.org.ar/>

Otro aspecto significativo de la disciplina global que se replica en el país es la mayoría de participación femenina, ésta alcanza al 84,5%, con algunas variaciones jurisdiccionales⁶³.

Aunque el fenómeno creciente de masculinización del personal de enfermería se observa en todas las jurisdicciones y con mayor fuerza entre los profesionales menores de 40 años. Esto se registra en el grupo de menores de 30 años en las provincias de Corrientes (38,1%), Formosa (40,1%), Mendoza (35,4%), Misiones (30,1%) y Santa Cruz (34,5%)⁶⁴.

Cuadro 3

Escalas salariales correspondientes a los acuerdos colectivos de trabajo FATSA 2012

Descripción de importe/mes	Julio 2012	Agosto 2012	Octubre 2012	Diciembre 2012	Febrero 2013
CCT 122/75 - 2012 Clínicas, Sanatorios, Institutos con internación, establecimientos geriátricos y Sanatorios de Neuropsiquiatría.					
Enfermeros de cirugía		4.730,10		5.059,15	5.141,41.
Enfermero/ra de Piso/Consultorios externos		4.600,00		4.920,00	5.000,00
Para establecimientos geriátricos exclusivamente: Auxiliar de Enfermería		4.169,98		4.460,07	4.532,59

⁶³ -OMS/OPS Serie Recursos Humanos para la Salud. "Migración de Enfermeros para América Latina, área de América del Sur". 60 Washington, DC. Agosto 2011

⁶⁴ Ídem.

CCT 103/75-2012 Hospitales Particulares, de Beneficencia y Mutualidad					
Cabo enfermero profesional	4.729,10			5.140,33	
Enfermero profesional	4.600,12			5.000,13	
Auxiliar de enfermería	4.101,41			4.458,05	
CCT 107/75 Mutualidades					
Enfermeros y Personal de Esterilización		4.600,00		5.000,00	
CCT 459/06 Empresas de Emergencias Médicas Domiciliarias y Traslado de Pacientes con fines Sanitarios					
Categoría II B		4.600,00	4.720,00	4.880,00	5.000,00
CCT 108/75-2012 Centros de Diagnóstico y tratamiento sin internación					
Enfermera especializada 1° categoría		4.946,33		5.290,43	5.376,45
Enfermera/ caba o supervisora 3° categoría		4.600,12		4.920,12	5.000,13

Elaboración propia en base a datos de los Convenios Colectivos de Trabajo de FATSA 2013

Cuadro 4

Escalas salariales correspondientes a los acuerdos colectivos de trabajo FATSA 2013

Descripción de importe/mes	Julio 2013	Agosto 2013	Noviem. 2013	Diciem. 2013	Febrero 2014
CCT 122/75 - 2013 Clínicas, Sanatorios, Institutos con internación, establecimientos geriátricos y Sanatorios de Neuropsiquiatría.					
Enfermeros de cirugía		5.912,62		6.478,18	
Enfermero/ra de Piso/Consultorios externos		5.750,00		6.300,00	
Para establecimientos geriátricos exclusivamente: Auxiliar de Enfermería		5.212,48		5.711,06	
CCT 103/75-2013 Hospitales Particulares, de Beneficencia y Mutualidad					
Cabo enfermero profesional	5.911,38			6.476,82	
Enfermero profesional	5.750,15			6.300,16	
Auxiliar de enfermería	5.126,76			5.617,14	
CCT 107/75 Mutualidades					
Enfermeros y Personal de Esterilización		5.750,00		6.300,00	
CCT 459/06 Empresas de Emergencias					

Médicas Domiciliarias y Traslado de Pacientes con fines Sanitarios					
Categoría II B		5.750,00	6.175,00		6.300,00
CCT 108/75-2013 Centros de Diagnóstico y tratamiento sin internación					
Enfermera especializada 1° categoría		6.182,92		6.774,33	
Enfermera/ caba o supervisora 2° categoría		5.911,97		6.477,46	

Elaboración propia en base a datos de los Convenios Colectivos de Trabajo de FATSA 2014

Haciendo una observación general de los cuadros que anteceden, la fuerza de trabajo de enfermería, durante el periodo comprendido entre julio de 2012 y febrero de 2013 con vigencia hasta el siguiente periodo de paritarias, percibió salarios por valores comprendidos entre \$4.532,59 y \$5.376,45 (cuadro 4) Del mismo modo en el periodo comprendido entre julio y febrero de 2014 el valor de los mismos se situó entre \$5.126,76 y 6.774,33 (cuadro 5).

En ambos periodos los valores alcanzados por la fuerza de trabajo de enfermería no alcanzan el salario de un trabajador registrado en el ámbito privado, el que ascendía a \$7.394 en el primer periodo y a \$9001 en el segundo, en tanto que si lo comparamos con el salario Mínimo Vital y Móvil de \$3.300⁶⁵ en algunos casos apenas lo dobla.

Si bien esta evidencia revela una mejoría en las retribuciones, hoy, dada la situación inflacionaria en la que se encuentra la economía argentina, solo lo hace en términos nominales.

⁶⁵Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación Argentina
<http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/bel/index.asp> consultado el19/IX/2013 y 1/IV/2013

5.1.1.4- Perfil epidemiológico: envejecimiento y Burnout.

En cuanto al área relacionada al perfil epidemiológico local una investigación realizada y publicada recientemente tuvo como objetivo el estimar la prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras del sector público y privado⁶⁶, indagando en una muestra de 121 profesionales en proporciones cuantitativas similares, en su mayoría mujeres (70%) y con un promedio de 10 años de ejercicio profesional. El estudio se realizó tomando en cuenta 3 dimensiones del problema:

- Agotamiento emocional (cansancio o fatiga que puede manifestarse físico y/o psíquicamente, con una sensación descrita como “no poder dar más de sí mismo a los demás)
- Despersonalización (desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia beneficiarios del propio trabajo)
- Falta de realización profesional (la persona experimenta una serie de respuestas negativas hacia sí mismo, de su trabajo y típicas de depresión, la moral baja, incremento de irritabilidad, la evitación de relaciones profesionales, la baja productividad, la incapacidad para soportar la tensión, la pérdida de motivación hacia el trabajo y la baja autoestima)

Entre las conclusiones del trabajo los autores encontraron el 33% de la muestra con altos niveles de burnout con mayor afectación en el sector público. Con una prevalencia respecto de la variable “realización personal” de 92,2% con niveles altos de desgaste, con un 39% de “despersonalización” y 41% de los profesionales con altos niveles de “agotamiento emocional”

5.1.1.5 Problemas de migración

⁶⁶ Arguello, Noelia. Desuque, Diego. “Prevalencia del síndrome de Burnout en enfermeros del sector público y privado” VEA. N° 28. Argentina. Diciembre 2011.

En tanto en un informe de la OMS/OPS referido a la migración de Enfermeras en América Latina, en el área de América del Sur,⁶⁷ el Caso argentino tuvo como principales hallazgos que el 41% de las enfermeras inmigrantes provenían de países limítrofes (fuentes secundarias de 200 profesionales que solicitaron revalidas, con ubicación de 19 de ellas que respondieron a una encuesta auto administrada) y el 21% del Perú. La mayoría de las enfermeras se encuentran insertas laboralmente en el sistema de salud y tienen entre 32 y 51 años de edad. El 68% poseen nivel universitario: 50% son licenciadas y el resto nivel técnico profesional. Entre los motivos de la migración se encuentran los familiares, los económicos y los de búsqueda de desarrollo profesional.

Ya en el 2005 la OPS alertaba las condiciones de migración enfermero en el país⁶⁸, donde empresas particulares contrataban profesionales para trabajar en Italia aunque también existía oferta para Canadá, Australia y Estados Unidos, así también revela la existencia de estudiantes de Bolivia, Perú y Paraguay que vienen a estudiar al país y luego se quedan.

5.2. Identificación de aplicación de sistemas de captación y retención del recurso y correspondencia a los principales problemas del sector.

El programa Provincial de Desarrollo Integral de Enfermería “Eva Perón” se constituye en un sistema de captación y retención del recurso humano enfermero en el país en los términos de este estudio, ya que propone soluciones para intentar modificar cuanti-cualitativamente el déficit del sector a partir del abordaje de dos de las ramas problemáticas del recurso: formación académica y situación socio-laboral (ver cuadro 1). Su formalidad en el marco

⁶⁷ OMS/OPS Serie Recursos Humanos para la Salud. “Migración de Enfermeros para América Latina, área de América del Sur”. 60 Washington, DC. Agosto 2011 Pág. 9

⁶⁸ Malvárez, Silvina. Serie Recursos Humanos 39”Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina”. Washington, DC. Noviembre 2005

de las políticas públicas lo posiciona en un verdadero plan estratégico que aborda la problemática de este capital humano desde varias aristas (ver cuadro 5), proporcionando una solución interesante con los recursos disponibles y aumentando la eficiencia del sistema público de salud.

Cuadro 5

Representación del Sistema de captación y retención Enfermero del Programa “Eva Perón”. Ejes estratégicos y correspondencia a los problemas del sector.

Sistema de captación y retención	Ejes estratégicos	Problema
Programa Eva Perón	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de los contenidos vocacionales y el servicio comunitario. • Jerarquizar la profesión en el ámbito público 	Socio-laboral
	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar la formación integral y continua • Priorizar APS, neonatología, gerontología, cuidados críticos en adultos y pediátricos, emergencias y salud mental 	Formación académica

5.3- Análisis comparativo de las estrategias aplicadas en el ámbito internacional para la gestión del recurso humano enfermero, identificación de la factibilidad de alguno de ellos en Argentina.

5.3.1- Estados Unidos:

La asociación Americana de Enfermería ha declarado la escasez de aproximadamente 140.000 enfermeros con una proyección de 800.000 para el

2020 con lo cual hace explícito el apoyo y reconocimiento a una serie de estrategias desarrolladas por las organizaciones de salud, a saber:

- Desarrollo de modelos innovadores y creativos de práctica profesional: “Modelo de reconocimiento de Enfermera Imán”. Los hospitales que practican este modelo son reconocidos y evaluados como “Organizaciones Magnéticas”⁶⁹ en cuanto a la excelencia en salud en relación al desarrollo enfermero y sus beneficios para la comunidad. 372 Organizaciones de salud en 46 estados americanos y distrito de Columbia sumados a 4 entidades internacionales 2 en Australia, 1 en el Líbano y otra en Tailandia participan y compiten en la actualidad por el premio de “Reconocimiento Magnético” de un camino que se inició en 1994 en el primer hospital que incorpora el programa basado en el fomento de la calidad, que identifica la excelencia de la práctica de enfermería y crea oportunidad de diálogo interdisciplinar. El liderazgo transformacional, el empoderamiento estructural, las prácticas profesionales ejemplares; nuevos conocimientos, innovación y mejoras y finalmente resultados de calidad empíricos son los componentes del programa de “Reconocimiento Magnético”, todos ellos en procesos valorativos que duran entre 1 y 7 años.

Existe evidencia de que el programa de reconocimiento magnético es beneficioso para las personas ya que disminuye las tasas de mortalidad y de complicaciones además de brindar mayor satisfacción al cliente. El hospital también se beneficia ya que se distingue de otras organizaciones por la alta calidad de los servicios de enfermería brindadas constituyéndose en un alto valor agregado para la misma y finalmente para las enfermeras es un “factor oro” de representación profesional con todo lo que ello implica.

- Iniciativas de las instituciones de salud de creación de ambientes de retención del recurso: apoyo educativo, alianzas estratégicas con escuelas de enfermería, apoyo mentor, apoyo administrativo y creación de Consejos.

⁶⁹ Di Tomassi, Marianne. Hospitales magnéticos “¿la experiencia es trasladada al entorno europeo?”

http://onlinecongresos.es/microsites/fbiz_external_play_microsite.php?idcontent=2010-08-12L26gvnhHOg&userflag=fbiz_microsite_user_key

- Captación internacional de Enfermeras (se agregan otros países: Australia, Irlanda y Reino Unido). En esta alternativa juegan países que se presentan como atractivos para la captación de enfermeros y actúan como estímulos creando un escenario interesante para profesionales que necesitan de éstos. Sin embargo solo es una estrategia paliativa ya que algunos de los países proveedores no son los que tienen sobreoferta sino que muchos de ellos no logran un contexto con incentivos para la inserción productiva de los enfermeros, dejando así al descubierto un mayor problema de déficit en el país de origen. También se debe mencionar el proceso complejo para hacer efectivo el ejercicio de la profesión en los países receptores, ya que el acceso al desempeño de la disciplina en condiciones de legalidad se encuentra condicionado por múltiples aspectos que terminan obstaculizando este proceso de inmigración. Considerado éste por el Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.) como un derecho, aunque sujeto a consideración ética y necesario debate multisectorial y político por sus implicancias en el impacto en la salud de las poblaciones de los países que quedan desabastecidos. La Asociación Americana de Enfermería ha declarado al respecto, que para obtener la “Visascreen” otorgada únicamente por la Comisión de Graduados de Escuelas extranjeras de Enfermería y asegurar la provisión de cuidados seguros y de alta calidad, es necesario una revisión de equivalencias, competencias en el lenguaje inglés y un examen; cuestiones que implican gastos importantes de recursos financieros y no financieros que recaen no solo en los sistemas de salud y seguridad social sino también en el profesional enfermero.
- Campañas de difusión de la carrera por parte de organizaciones privadas de mercado.

Aun considerando las muchas y profundas diferencias existentes entre el país del norte, culturales, históricas y aun las financieras, tanto la estrategia de reconocimiento Imán como el de fortalecimiento y apoyo a la disciplina son modelos posibles en Argentina. Sin embargo no se debería olvidar el actual modelo imperante, característico también en la región, el modelo de salud tradicional caracterizado por el protagonismo médico, su reconocimiento

permitiría dar el primer paso para su modificación y el desarrollo de estrategias beneficiosas para el fomento del trabajo en equipo y superación del modelo clásico hegemónico.

En cuanto a la estrategia migratoria, su intensificación pondría en riesgo la salud de las poblaciones que resultan proveedoras, dado que ningún país goza de exceso cuantitativo de profesionales de enfermería. En tanto lo referido a las campañas de difusión, ésta podría ser una estrategia significativa para el desarrollo de visibilidad enfermera en el área local en cualquiera de los ámbitos de la salud.

5.3.2 - Unión Europea y Reino Unido:

En la Unión Europea y Reino Unido se vive un crisol de realidades respecto del déficit cuantitativo del recurso, para un total de 490.468.964 hab. Corresponden 3.965.327 enfermeros, siendo el 70,97% en relación con los profesionales médicos, aunque los términos relativos por país son los que muestran la profundidad del problema.

España es un ejemplo de lo antedicho, ya que cuenta con 54,42% de enfermeros respecto de médicos, superando solo a Grecia y Bulgaria con un ratio de 531 enfermeros por cada 100.000 habitantes, aunque mejor que Portugal, Rumania, Grecia, Chipre y Bulgaria; mientras que en el resto del continente la valoración porcentual es mayor, destacándose Francia con 69,01%, Reino Unido 84,72%, Irlanda 87,40%, Finlandia 82,66%, Países Bajos 81,48%, Dinamarca 78,34%, Suecia 76,91% y Alemania 74,46%⁷⁰. Esto hace un total de sólo 8 países con una relación cuantitativa en mejora aceptable de Enfermeros respecto de profesionales médicos, considerados por la OPS, para los 19 restantes que conforman el bloque continental, la realidad es otra.

Para el Consejo General de Enfermería en este desequilibrio radica la principal causa del flujo migratorio del recurso humano enfermero (ver cuadro 1, como 4º causa concurrente).

⁷⁰ Consejo General de Enfermería. Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios en la Unión Europea. 2007

Algunas experiencias exitosas como la de Gran Bretaña, son el resultado de la implementación de fuertes políticas aplicadas a nivel nacional respondiendo a la alta tasa de abandono y desmotivación profesional que a fines de los noventa generó un programa que sigue siendo exitoso “Making a Difference”⁷¹ Esta estrategia orientada a fortalecer la contribución de las enfermeras a la salud de los ciudadanos surge del reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias de gobierno de la falta de apoyo de las organizaciones de salud a las innovaciones en enfermería. Así integró medidas del tipo estructural, funcionales, de liderazgo, incluyendo también medidas económicas y académicas.

Sin embargo la actual crisis del recurso se revela fuertemente en Europa dada la situación de crisis económica de la región, impulsando procesos de migración en países cuyas políticas de recorte no perdonan la disciplina aun padeciendo reconocido déficit de este capital humano, expulsando tanto médicos como enfermeras del sistema sanitario. Este proceso como informan diversos medios⁷² y que comenzó en los ´90 se profundiza en el último año con cifras incoherentes tomando en cuenta las necesidades de enfermería por ejemplo que presenta España. Alemania, Austria, Finlandia, Suecia, Francia, Bélgica y Reino Unido entre otros, son los países que captan y valoran los profesionales formados en ese lugar, con estrategias que resultan atractivas como provisión de vivienda, enseñanza del idioma y colegio para los niños. En algunos casos con culturas totalmente diferentes como es el ejemplo de Arabia Saudí el estímulo es el salario. Gran Bretaña, Francia e Italia parecen ser los destinos preferidos por sus políticas de captación, en las que se incluyen inducción en las áreas de trabajo por tiempo más prolongado, flexibilidad para aprender el idioma y facilidades para acceder a viviendas.

⁷¹ Molina mula, J. El sistema Sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. Index Enferm vol.20 no.4 Granada oct.-dic. 2011.
<http://scielo.isciii.es>

⁷²<http://www.expansion.com/2012/10/26/funcion-publica/1351247890.html>. Las enfermeras dejan España para cubrir 12.000 vacantes en la Unión Europea. consultada 20-III-2014
http://politica.elpais.com/politica/2012/08/06/actualidad/1344284347_177524.html El éxodo de médicos y enfermeras se duplica por los recortes sanitarios. Consultado 20-III-2014

Cuadro 6

Descripción cuantitativa relativa de médicos y enfermeros de algunos países de la Unión Europea y Reino Unido.

País	% Enfermeros respecto de médicos	% Médicos respecto de enfermeros
España	54,42	45,58
Francia	69,01	30,99
Alemania	74,46	25,54
Suecia	76,91	23,09
Dinamarca	78,34	21,66
Países Bajos	81,48	18,52
Finlandia	82,66	17,34
Reino Unido	84,72	15,28
Irlanda	87,40	12,60

Fuente: elaboración propia en base a datos extraídos del Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios en la Unión Europea. 2007.

En el *Enfermería Global Leadership Institute* de Ginebra, el CIE también ha creado un programa de desarrollo de liderazgo para el cambio (LPC) en el que grupos de enfermeras de todo el mundo, reunidas, participan en procesos de formación orientados a "... revisar y ampliar sus conocimientos y capacidades relativos a la dirección nacional y mundial en una cultura de aprendizaje estimulante y en colaboración"⁷³ y así preparar a los enfermeros para el liderazgo interno y en sectores más amplios, en el contexto actual de cambios y reformas de los sistemas de salud. Siendo las bases del proyecto el desarrollo de comprensión de la reforma de la salud internacional y sus implicancias para las enfermeras dirigentes y gerentes además del desarrollo

⁷³ C.I.E. Pilares y programas. "Liderazgo para el Cambio". <http://www.icn.ch/>

de habilidades y estrategias de desarrollo gerencial, liderazgo y políticas que tienen un impacto a nivel nacional y de la organización.

Así mismo en una reciente publicación el mismo organismo detalla la importancia de una herramienta de gestión de los recursos humanos innovadora que consiste en identificar los conocimientos, las habilidades, el aprendizaje y el desarrollo personal que necesitan los enfermeros para hacer bien su trabajo. El Marco de Conocimiento y Capacidades (MCC) o su sigla en inglés KSF es un marco amplio que apoya un enfoque justo y consistente para la Planificación del Desarrollo Personal y el avance en la carrera profesional, dentro del Servicio Nacional de Salud.

El proceso consiste en el desarrollo de un acuerdo entre los administradores y funcionarios referida a:

- “Tener claro lo que se espera de ellos en su trabajo.
- Tener información periódica sobre la forma en que se desempeñan en el trabajo.
- Mostrar cómo contribuyen a los objetivos y al propósito del equipo.
- Mostrar cómo su trabajo es compatible con servicios seguros y eficaces para los pacientes y sus familias.
- Desarrollar un plan por cualquier nuevo aprendizaje que necesiten para adquirir nuevas habilidades o mejorar sus habilidades existentes y que esté de acuerdo a su propio plan de desarrollo personal.
- Discutir cualquier idea que tengan para mejorar los servicios que ayudan a proporcionar.

El CIE también propone a través del International Center for Human Resources in Nursing “Prácticas de trabajo flexible en la Enfermería” consistentes en la retención de las enfermeras maduras y con experiencia como importantes iniciativas de recursos humanos, además de estrategias de prácticas de trabajo flexibles tales como: proceso de jubilaciones por etapas

planificadas, planes de trabajo a tiempo parcial y contratos estacionales, entre otros.

En tanto el desempeño en nuevos roles reconocidos social y profesionalmente recientemente analizados en Journal of Clinical Nursing, proporcionan en el continente un incentivo de peso para el desarrollo de la disciplina. En Suecia “la enfermera psicosocial en cuidados oncológicos” con formación de posgrado en psicología, brinda cuidados integrales a personas con cáncer; en Inglaterra respondiendo a las necesidades surgidas del cambio demográfico y la extensión en la expectativa de vida “los enfermeros de distrito” atienden necesidades domiciliarias a personas con enfermedades crónicas y en Escocia aunque ya con trayectoria de más de 10 años “la enfermera en prácticas de urgencia” atienden en la mayoría de las instituciones y también fuera de ellas.

Las estrategias europeas presentadas son factibles en Argentina, en tanto se amplíen los recursos financieros que permitan su sostén en el tiempo y se supere la hegemonía característica del modelo de salud de la región. El desarrollo de liderazgo para el cambio trabajado y propuesto por el CIE es una herramienta muy valiosa, conocida ampliamente por la disciplina y aplicada en la región. Así junto a Brasil, Paraguay y Chile, Argentina integró un grupo de trabajo en donde cada país designó un mentor y 3 participantes que asistieron a seminarios formativos en la primera fase del proyecto con el objetivo de trabajar el desarrollo personal con proyectos institucionales. Posteriormente se desarrolló la segunda fase del programa aunque con menor número de participantes y recursos financieros limitados (financiado en parte por una ONG, la Fundación Kellogg www.wkff.org), ahora ya con la intención de establecer una red entre los países participantes con el agregado de invitación a Uruguay.

Con respecto a los programas que incluyen a las enfermeras experimentadas con interés de permanecer en los sistemas de salud, podrían ser desarrollados como una estrategia de reconocimiento a la disciplina sumada a la posibilidad de desarrollar políticas nacionales como el MCC. De la misma manera el desempeño en nuevos roles posicionaría claramente a la

enfermera en el país, aun reconociendo las profundas diferencias con el viejo mundo. Argentina hoy, requiere de expertos en APS y enfermeros altamente capacitados en la atención de personas de 3ra. y 4ta. edad, dado el aumento de la expectativa de vida y el nuevo perfil epidemiológico hacia las enfermedades crónicas no transmisibles coherente con el resto del mundo.

Así también estas enfermeras podrían aportar en relación a la escasez de profesores, aunque este evento solo debe considerarse en tanto existan recursos dirigidos a la formación docente para el nivel profesional.

5.3.3- En América Latina:

En América Latina en el 2009, para un total de 577.200.000 habitantes corresponden 1.083.177 enfermeros, con gran disparidad respecto de la relación médicos- enfermeros. Siendo la Argentina el 2° país con menor proporción respecto de médicos, con un rango de dispersión importante respecto de los países en mejor situación de la región como lo son Brasil y Guatemala con 76,88 y 81,86% respectivamente.

Cuadro 7

Descripción cuantitativa relativa de médicos y enfermeros de Latinoamérica. 2009

País	enfermeros	médicos	% de enfermeros en relación a médicos	% de médicos en relación a enfermeros
Uruguay	2.880	12.384	18,86	81,13
Argentina	29.000	108.800	21,04	78,96
Colombia	23.940	58.761	28,94	71,06
México	88.678	195.895	31,16	68,83
Perú	17.108	29.790	36,47	63,52
Chile	10.000	17.250	36,69	63,30
El Salvador	5.103	7.938	39,13	60,86
Costa rica	3.653	5.204	41,24	58,75
Venezuela	28.000	48.000	41,67	58,33
República Dominicana	15.352	15.670	49,48	50,51
Ecuador	20.586	18.335	52,89	47,10
Cuba	83.880	66.567	55,75	44,24
Paraguay	10.261	6.355	61,75	38,24
Bolivia	18.091	10.329	63,65	36,34
Panamá	8.158	4.431	64,80	35,19
Honduras	8.528	3.676	69,87	30,12
Nicaragua	5.862	2.045	74,13	25,86
Brasil	659.111	198.153	76,88	23,11
Guatemala	44.986	9.965	81,86	18,13

Fuente: elaboración propia en base a datos extraídos de World Health Organization. Word Health Statistics 2009. Table 6 Health Workforce, infrastructure, essential medicines.

Ya en el Plan de Desarrollo de la Enfermería para América Latina propuesto en octubre de 1997 en Washington⁷⁴, producto de la conjunción del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería y el Centro Colaborador de Enfermería OPS/OMS, en su cuarta línea de acción expresa como objetivo prioritario: Desarrollar un plan de recursos humanos de enfermería que conecte la relación oferta-demanda personal, para el logro del equilibrio del recurso y cuya meta estuvo

⁷⁴ Soto, Iraidis. Manfredi, Maricel " Plan de Desarrollo de Enfermería para América Latina: una propuesta" Serie de Desarrollo de Recursos Humano N° 6. OPS/OMS Washington. 1997

orientada a desarrollar una base de datos de recursos humanos en enfermería que facilite la toma de decisiones.

La propuesta define estrategias que deben ser mencionados, dada la actual realidad que viven los países afectados y en relación al objetivo no alcanzado declarado en aquel entonces:

- “Desarrollar investigaciones que orienten las políticas de formación y preparación de recursos de Enfermería.
- Definir los parámetros para la cuantificación y cualificación de personal de enfermería que necesitan los países, consecuentes con la misión y visión de enfermería.
- Fomentar la utilización de la información para la toma de decisiones y el monitoreo de los planes de desarrollo de recursos humanos.
- Fortalecer los núcleos de investigadores y la interacción de los mismos para trabajar en forma multicéntrica.”

Posteriormente los países latinoamericanos incluyeron Programas de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, como una respuesta al aumento de demanda de los sistemas de salud en reforma y mejoramiento de la calidad de atención en los servicios⁷⁵. Con el apoyo sostenido de la OPS y ONG sumados a organismos multilaterales, a través de políticas y acciones de las carteras de educación y salud de estos países se llevaron adelante acciones para el desarrollo del proyecto en el continente.

Cabe destacar que Colombia ha logrado desde 1958 lo que otros países de la región no han podido hasta ahora (incluida la Argentina): la independencia disciplinar formativa, desprendiéndose tempranamente de la escuela superior de higiene, comprendiéndose las diferencias de los objetivos que en los campos de investigación y docencia ambas persiguen⁷⁶.

⁷⁵Malvárez Silvina. OMS/OPS Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Unidad de desarrollo de recursos humanos. Área de desarrollo estratégico de la Salud “Profesionalización de auxiliares de enfermería en américa latina”. N° 13 Washington, DC 2005

⁷⁶“Avances en enfermería” Consejo directivo de la Universidad Nacional de Colombia. Acuerdo n° 1 de 1958 “Por el cual se crea una facultad”
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_16.pdf

Continuando con una línea que los coloca a la vanguardia, Colombia trabaja desde la facultad para el fortalecimiento de los profesionales de enfermería en el desempeño en áreas críticas, pre hospitalarias y de Triage. Este método que requiere de clasificar a las personas según criticidad, asignación de recursos de atención es reconocido en el país y muy bien liderado por enfermeros con altas capacidades en esta área.

Las estrategias propuestas para los países de la región por el consenso de los países para el desarrollo del talento humano enfermero, han de ser observadas con atención. Argentina en gran forma comparte una cultura continental respecto de la característica de los Sistemas de Salud además de la problemática compleja de este capital humano, el apoyo para el desarrollo de la investigación que no es más que “Enfermería basada en la evidencia” es un recurso que le aportaría al país un valor agregado significativo, factible de desarrollar. Así también, debe observarse, el impacto de la profesionalización de los Auxiliares Enfermería en Argentina y considerarlo como una estrategia poderosa dada el actual número, distribución y formación del recurso en el país (ver figura 1).

Para finalizar con las estrategias desarrolladas en América Latina para el desarrollo de la disciplina y su factibilidad en Argentina, el fortalecimiento de los colegios existentes en la Nación y la posibilidad de fomentarlos en el resto del país, además de repensar a la disciplina en forma autónoma en el ámbito formativo, pueden encontrar posibilidad de desarrollo en el país, en tanto y en cuanto se pueda optar por un protagonismo compartido y multiprofesional de liderazgo en salud en especial en APS y Seguridad del Paciente.

5.3.4- Síntesis comparativa

Cuadro 8

Cuadro comparativo de las estrategias internacionales para la gestión del recurso humano enfermero.

	Estrategias
EEUU	Modelo de reconocimiento de Enfermera Imán. Apoyo educativo, apoyo mentor y administrativo. Creación de Consejos Captación internacional de Enfermeras Campañas para la difusión de la carrera
Unión Europea	Migración “Making a Difference” Liderazgo para el cambio Marco de conocimiento y capacidades (MCC) Prácticas de trabajo flexible
América Latina	Capacitación académica formal para el desempeño en nuevos roles. Independencia formativa disciplinar (creación de la Facultad de Enfermería de Colombia) Colegios Políticas Regionales: OPS Orientación Técnica para el fortalecimiento en APS (incluye evaluación y seguimiento)

	<p>Educando futuros líderes en Seguridad del Paciente.</p> <p>Profesionalización de Auxiliares de Enfermería</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaboración Propia a partir de la investigación desarrollada

5.4 Análisis de la situación del recurso humano enfermero en un ámbito institucional correspondiente a cada uno de los tres subsistemas del Sistema de Salud Argentino.

5.4.1- Descripción general de las Instituciones seleccionadas como muestra de estudio

Las Instituciones seleccionadas para el estudio corresponden a cada uno de los subsistemas que coexisten en el Sistema de Salud Argentina, se encuentran en jurisdicción de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y corresponden a centros de salud de alta complejidad.

- **Sanatorio “Sagrado Corazón”** perteneciente al sub sistema de la Seguridad Social. Esta institución de salud de alta complejidad se encuentra ubicado en Bartolomé Mitre 1955 de la Ciudad de Buenos Aires y cuenta con 207 camas de internación en un espacio de 12.500 m2 en 11 plantas. Con sus áreas clínico-quirúrgicas, emergencias, terapia intensiva, centro ambulatorio y consultorios, brinda atención a afiliados y familiares de la obra social de empleados de comercio.⁷⁷
- **Instituto de Oncología Dr. Ángel Roffo**, perteneciente al subsistema Público de salud. El Instituto de Oncología Ángel H. Roffo de la Universidad de Buenos Aires se inauguró el 19 de abril de 1922 y está ubicado en Avenida San Martín 5481 de la Ciudad de Buenos Aires⁷⁸. De gestión pública descentralizada brinda cobertura en su especialidad en un predio de 4 ha. Con 13 pabellones. Atiende 63.870 consultas y

⁷⁷ <http://www.faecys.org.ar/sanatorio.pdf>

⁷⁸ <http://www.institutoroffo.com.ar>

produce 2792 egresos anuales en sus áreas de consultorios, Hospital de Día e internación.

- **Sanatorio Otamendi y Mirolí**, perteneciente al subsistema Privado. Esta organización que fue fundada en septiembre de 1928 se encuentra ubicada en Azcuénaga 870 de la ciudad de Buenos Aires⁷⁹, cuenta con una planta física de 7 pisos con una capacidad de internación de 161 camas, atiende necesidades de salud a través de sistema de pago por prestación, prepagas y una selección de planes de Obras Sociales reconocidas. Ofrece servicios de salud a adultos y neonatos en sus plantas obstétricas, clínico-quirúrgica, terapia intensiva y unidad coronaria; servicio de emergencia y hospital de día, áreas de diagnóstico y tratamiento, cirugía para pacientes ambulatorios y consultorios de guardia.

5.4.2- Resultados de las entrevistas en el plano micro.

Cuadro 9

Resultado de las entrevistas dirigidas a los representantes de Las Direcciones/Jefaturas de Enfermería de cada organización (a-b-c) en relación a sus funciones y a las variables de estudio: problemas socio-laborales, de formación académica y de perfil epidemiológico y migración.

Directores/Jefes del Dto. de Enfermería	
Problemas socio-laborales	<p>Presencia minoritaria masculina aunque en los puestos de meso-gestión tiende a ser igualitaria.</p> <p>La asignación de tareas se desarrolla con diferentes modalidades y combinaciones en las que se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención integral con asistentes técnicos.

⁷⁹ <http://www.sanatorio-otamendi.com.ar/>

	<ul style="list-style-type: none"> • por N° de pacientes y • por cantidad y calidad de cuidados <p>Las fuentes de captación también son variadas, aunque mayoritariamente son externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2/3 Avisos públicos • Captación interna, de la escuela.
<p>Problemas de formación académica</p>	<p>En general no cuentan con personal específico para la selección del enfermero ingresante.</p> <p>2/3 Dijeron tener ficha de perfil global/específico para el puesto de trabajo y los 3 comparten los métodos de selección del candidato, el que incluye.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de currículum. • Examen y entrevista <p>Los criterios de selección se reconocen como complejos y se ponderan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El modelo de atención. • Lo actitudinal • La capacidad técnica <p>No hay diferenciación de tareas, excepto en algunos sectores.</p> <p>Los periodos de adaptación del enfermero novato varían entre 1 semana y 1 mes, periodo que disminuye dependiendo de la experiencia que ya posea.</p> <p>2/3 Cuentan con enfermeros orientadores en tanto que solo 1, con ficha de descripción de puesto presente en los servicios y otro informa “lo que se espera de ellas”</p> <p>2/3 Cuentan con comité docente y con alto índice de participación en los encuentros de capacitación continua.</p> <p>2/3 Mantienen un registro de las enfermeras que se están formando.</p> <p>2/3 Participan en proyectos de investigación referidos</p>

	<p>a los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el área neonatal, estudio de Gammaglobulina neonatal (externa a la institución) • hipotermia posquirúrgica • Análisis de la situación de Enfermería; • flebitis, • úlcera por presión, • caídas, medición de indicadores básicos. <p>2/3 Participan en jornadas formales multidisciplinarias aunque 1 de ellas lo hace solo en forma externa.</p> <p>En cuanto a la distribución por formación 2/3 cuentan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 175 Licenciados • 347 Enfermeros • 23 Auxiliares de Enfermería.
<p>Problemas de Perfil epidemiológico y migración</p>	<p>El índice de ausentismo es para 2/3 30%, en tanto que el otro es sustancialmente menor 13%.</p> <p>Entre las principales causas se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maternidad • Agotamiento • Presentación a exámenes • Ejercicio de tareas gremiales <p>Dentro de las causas por enfermedad se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stress • Crisis de pánico. • Lumbociatalgias • Accidentes de trabajo en áreas musculo esqueléticas • Resfríos y gripe <p>Se percibe que entre los factores que influyen en el ausentismo se encuentran:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Doble Empleo • Mayor requerimiento de Cuidados enfermeros en el caso de pacientes oncológicos. • Subestimación personal dentro de la institución (problemas de autoestima) <p>2/3 dijeron estar desarrollando estrategias para la disminución de estos factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juntas Médicas • Mayor diálogo y acompañamiento cercano • “Reformulación de la idea de profesión” <p>1/3 con registro de rotación = 65, cuyas causas están asociadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intenso trabajo • Alta complejidad • Trabajo intenso durante toda la semana <p>Respecto de las estrategias para abordar el problema de alta rotación se mencionaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo de una comisión • Mantenimiento prolongados de los contratos (en el caso de los/as enfermeros/as en situación de eventualidad)
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro 10

Resultado de las entrevistas dirigidas a los representantes de los Departamentos de Recursos Humanos de cada organización (a -b -c) en relación a sus funciones y a las variables de estudio con cuantificación de médicos.

Dirección/Dto. de RRHH	
---------------------------	--

<p>Problemas socio-laborales</p>	<p>3/3 de la muestra cuentan con descripción para el puesto de trabajo.</p> <p>En los tres ámbitos cuentan con proceso de sistematización de la selección, en los que se incluyen entrevistas, presentación de requisitos básicos incluidos documentos de habilitación y autorización para el ejercicio y exámenes de salud ambiental.</p> <p>1/3 agrega la instancia formal de examen de conocimientos.</p> <p>La efectividad y la eventualidad en el puesto de trabajo son las modalidades de contratación que ofrecen y se refieren a esta última como “planta transitoria” y de “contrato por tiempo indeterminado”</p> <p>Con un total de 2/3 de la muestra de 415 personas en situación de efectividad</p> <p>Con un salario básico en un rango de \$5000 a \$9000 a lo que se le suman adicionales voluntarios entre los que se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Premios por asistencia y puntualidad • Diferenciales por áreas de desempeño y/o áreas cerradas. <p>La comunicación con esta fuerza de trabajo es directa, a través del Dto. de Enfermería y/o por cartelera o correo.</p> <p>2/3 dicen contar con espacio de desarrollo para procesos de investigación con incentivos de puro interés científico y profesional.</p> <p>1/3 invirtió en becas para la reconversión técnico-profesional</p>
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>1/3 cuenta con ficha de evaluación de desempeño</p> <p>2/3 dijeron efectuar algún tipo de análisis de potencial del personal.</p> <p>1/3 cuenta con planes de carrera y en igual relación efectuó evaluación de clima laboral.</p> <p>No cuentan con actividades recreativas.</p> <p>El completo de la muestra de estudio dijo brindar orientación y/o asesoría legal para el personal.</p>
Problemas de formación académica	<p>La distribución según el grado de formación arroja:</p> <p>2/3</p> <ul style="list-style-type: none"> • posgrado-n/d • licenciados 175 • enfermeros 347 • auxiliares de enfermería 23
Problemas de perfil epidemiológico y migración	<p>1/3 dice tener en su plantel personal de nacionalidad extranjera, provenientes de Bolivia, Uruguay y Perú aunque muy pocos.</p> <p>La muestra seleccionada dicen brindar servicio de medicina adicional y entre las causas de ausentismo se perciben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El pluriempleo • Enfermedad • Estrés relacionado a la demanda de la atención en áreas críticas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo particular por incentivo económico. • Situación de personal altamente demandado. “ si a un enfermero le va mal en una institución, puede conseguir empleo en otra” • Por hijos enfermos. <p>Entre las principales causas de enfermedad se encuentran</p> <p>Las relacionadas al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema musculo esquelético: lumbalgias, afecciones de brazos y manos. • Psicoemocionales: crisis de pánico, depresión. • Gastrointestinales. • Maternidad.
<p>Problema central</p>	<p>La muestra seleccionada reconoce el déficit del recurso humano enfermero en los sistemas de salud global aunque dicen estar institucionalmente cubiertos.</p> <p>Las formas de reclutamiento, 2/3 dicen efectuarla a través de publicaciones en diarios, escuelas, referencias de los mismos trabajadores y en forma espontánea.</p> <p>2/3 cuentan con procesos de inducción para el personal ingresante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los principales problemas que se observan en la disciplina están relacionados a: el reemplazo paulatino de la vocación por la oferta de multiempleo “ es una salida laboral más que un arrame vocacional”

	<ul style="list-style-type: none"> • “falta de profesionalidad que desde hace 15 años ha ido disminuyendo” <p>La muestra de estudio cuenta con un total de 780 médicos.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro 11

Resultado de las entrevistas dirigidas a los Enfermeros del área operativa en base sus funciones, correspondientes a cada una de las organizaciones (a-b-c) relacionado a las variables de estudio.

Enfermeras de áreas operativas	
Datos sociodemográficos	<p>Para completar el estudio se entrevistaron 6 enfermeras del área operativa:</p> <p>3 entre 20 y 29 años</p> <p>1 de 30 años y</p> <p>2 de entre 60 y 63 años</p> <p>Todas ellas de nacionalidad argentina excepto 1 de nacionalidad boliviana, aunque solo 2 de ellas son nacidas en Buenos Aires, siendo el resto de Jujuy, Mendoza y Misiones. Con una variable amplia de años de tituladas que va desde 1 año a 32. Con una antigüedad según requerimientos para el estudio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3/6 de 1 mes a 2 meses • 3/6 de 2 a 38 años

<p>Problemas socio-laborales</p>	<p>Las enfermeras dijeron tener un plan de carrera, excepto 1, en los que se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • curso de puericultura • la carreras de grado • Profesorado • Maestría <p>Aunque reconocen entre los obstáculos posibles para su desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuidado de la familia “ los chicos, mis nenes” • El acceso espacio-temporal “ la distancia ,la falta de tiempo” • La salud “ ya no soy una niña que viajaba horas para estudiar” <p>Todas se perciben autónomas en las decisiones respecto de los recursos disponibles.</p> <p>El ausentismo por motivos de salud en el último año estuvo relacionado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migrañas • Cirugía de cadera • Accidentes de tránsito <p>Cuando se indagó acerca de los motivos de ingreso a las instituciones , éstas estuvieron relacionadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia anterior en la institución. • Adhesión al proyecto institucional
----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- El gusto por el cambio.
- Sentido de pertenencia al lugar
- La situación de posibilidad de multiempleo eventualidad
- Por valoración al ambiente laboral
- Por la comunicación y las relaciones
- Por formar parte los objetivos propuestos
- Por el ingreso económico
- Aspectos relacionados al rol desempeñado.

Así dijeron:

-“Por el trabajo, conociendo a la gente” –

“el ambiente laboral, muy buena relación con mis pares y equipo médico. Es un lugar donde podés hablar y te escuchan, eso es muy importante”

-“La calidez”

“... mi objetivo siempre fue ese”

-“El ingreso económico seguro, trabajo bien y no te explotan, trabajo en equipo. Gano dinero, bien, cómoda y ocupo bien el rol de la Enfermera”

-“Es mi vida, con esto formé mi familia, eduqué a mis hijos, me formé”

Entre los problemas de la disciplina percibidos como más importantes se dijeron:

-“Compañerismo, creo que es en todos lados” -“ qué hace y cumple todos los roles, podría ser el salario”

-“en aquellos años ha ido mejorando, más

	<p>conocimiento, eso ha cambiado bastante, estoy aprendiendo día a día”</p> <p>-“El ausentismo. No todo el mundo se capacita y si te capacitás al par no le cae muy bien”</p> <p>- “1° el salario, el sueldo es bajo, el futuro de la jubilación es muy bajo. 2° Todas las leyes han hecho desvalorizar a la Enfermería. Las leyes apoyan la actual situación de los auxiliares; 3° la desvirtuación del rol, se eliminan los escalafones por gerencia, están desapareciendo los derechos. 4° Limitaciones frente algunos accidentes, falta de unión para defendernos; 5° Falta de colegiatura y 6° el doble empleo”</p> <p>-“no somos unidos, no se considera como una profesión, en otros lados no te dejan avanzar. Aquí rige el modelo médico hegemónico, falta buena formación de Enfermería”</p> <p>Aunque se perciben con posibilidades de solución a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento universal de roles. • Capacitación, información y participación • Cambio de mentalidad.
<p>Problemas de formación académica</p>	<p>Todas las enfermeras dijeron participar de proyectos de mejora para la atención de cuidados de salud en la institución a excepción de 1 de ellas que lo hace fuera. Estos proyectos están relacionados a cuidados de enfermería en Trombosis, cuidados paliativos y traqueotomías.</p> <p>La participación en equipos multidisciplinares fue reconocida por ellas y calificada como “buena” y “muy buena”</p> <p>Se reconocen como participantes en sesiones de información y decisión sobre el tratamiento y</p>

	<p>respuesta a necesidades de las personas que atienden y en capacitación continua a excepción de 2 de ellas.</p> <p>Los temas de actualización estuvieron relacionados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RCP • Al área de neonatología • Dolor • Tratamiento quimioterápico. <p>Las enfermeras entrevistadas reconocen su participación en la formación del enfermero novato a excepción de una de ellas que dijo “no, yo soy la que está formándose”</p> <p>La mitad de la muestra dijo no sugerir ni participar en proyectos de investigación, el resto dijo hacerlo en temas relacionados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Tensión arterial relacionada al embarazo (fuera de la institución) “ si, en tensión arterial en el embarazo, en el barrio donde vivo”
<p>Problemas de perfil epidemiológico y formación</p>	<p>Cuando se les preguntó acerca de la posibilidad de migrar dentro o fuera del país en algún momento de su carrera o actividad por motivos relacionados a la misma, el lugar elegido y el motivo, solo 2/6 respondieron afirmativamente, siendo los países seleccionados España y Australia, en búsqueda de mejores condiciones económicas y laborales.</p>

5.4.3- Hallazgos según ámbito de pertenencia

Cuadro 12

Hallazgos destacados en relación al ámbito de pertenencia

Ámbito	Hallazgos destacados
Público	<p>Integración del género masculino en su plantel</p> <p>Captación interna de novatos (de la escuela)</p> <p>Proceso de adaptación del enfermero novato en el turno de mayor carga de trabajo.</p> <p>En la selección del candidato se busca que éste se encuentre “cómodo”</p> <p>Ficha de descripción de funciones dispuesta en el servicio.</p> <p>No hay registros de rotación “no se va nadie”</p>
OOSS	<p>Integración del género masculino en su plantel</p> <p>La figura innovadora del “mentor”</p> <p>La figura innovadora (única en el país) de la “Enfermera de Vinculación” con investigación y ponencia en el exterior: Berlín y Australia.</p> <p>Menor ausentismo</p> <p>Desarrollo de una comisión como estrategia para la disminución de la rotación.</p> <p>Eventualidad solo en periodo vacacional.</p> <p>Plantel únicamente técnico/profesional.</p>
Privado	<p>Disposición de comité docente, de comité de seguridad del paciente y vigilancia epidemiológica.</p> <p>Inversión en becas para la formación técnica y profesional.</p> <p>Análisis de potencial del personal enfermero con planes de carrera y diagnóstico de clima laboral.</p> <p>Aporte con actividades recreativas y deportivas planificadas con apoyo económico del ámbito gremial.</p>

5.4.4- Conclusiones generales para el plano micro de estudio:

La muestra en general reconoce el déficit del capital humano enfermero aunque refiere una dotación cubierta. En su mayoría el plantel es de nivel técnico con escaso personal auxiliar de enfermería y con minoritaria presencia masculina. Diversas son las fuentes de reclutamiento, mecanismos externos e internos en las que se incluyen lugares de formación conectados directa o indirectamente con las organizaciones; mientras que en lo referente a la modalidad de contratación conviven la efectividad o de planta permanente con la situación de eventualidad. Los mecanismos de selección de los candidatos para los puestos de trabajo incluyen, entrevistas, presentación de currículum y evaluaciones bajo criterios de competencias donde las aptitudes y las actitudes tienen igual peso. Las organizaciones cuentan con variables periodos de adaptación para el enfermero novato que van desde una semana a un mes acompañados por enfermeros expertos, según la experiencia con la que cuenta el ingresante.

En general, la atención es integral y sin división de funciones ni tareas en relación a nivel de formación, con dos criterios presentes en la asignación de cuidados: el número de pacientes y la calidad de los cuidados requeridos.

Respecto de los aspectos de formación académica las organizaciones estudiadas cuentan con figuras o comités docentes con importante participación del capital humano enfermero en los procesos de capacitación continua. Relacionados a la participación en procesos de investigación los temas abordados están vinculados a diagnósticos específicos de la disciplina y de seguridad del paciente sin presencia de incentivos adicionales por parte de las instituciones.

Con respecto a las retribuciones, el salario piso es respetuoso de los convenios colectivos de trabajo aunque con adicionales variables dependiendo de políticas específicas de cada institución.

Respecto del perfil epidemiológico y burnout el ausentismo varía desde un 13 hasta un 30%, relacionado en parte a la característica de género del sector, agotamiento y stress y enfermedades profesionales, tal es el caso de las musculoesquelético; a lo que se agregan los ausentismos por tareas relacionadas a funciones gremiales. Entre los factores incidentes en esta

dimensión problemática se perciben el multiempleo, la excesiva carga laboral asociada a cuidados especiales y problemas de autoestima profesional mientras que la rotación también se halla asociada a los mismos ingredientes.

En relación a las cuestiones de migración la muestra cuenta con algunos agentes de nacionalidad boliviana, uruguaya y peruana y la posibilidad de migrar estuvo asociada a la búsqueda de mejores condiciones económico-laborales y los países de preferencia fueron España y Australia.

El ingreso económico, el buen clima laboral y el trabajo en equipo fueron algunos de los aspectos mencionados por los enfermeros como motivadores para ingresar y permanecer en estas instituciones, aunque también se incluyen el gusto por el cambio y los beneficios que se derivan de los dos sistemas de contratación, el efectivo que permite seguridad y el eventual en un escenario de multiempleo.

Finalmente el número total de enfermeros que componen la muestra de estudio es sustancialmente inferior al número de médicos que asisten en ella.

5.5-Formulación de un “sistemas de captación y retención del recurso humano enfermero” correspondiente con las causas concurrentes al problema complejo de déficit del sector.

Un Sistema de Captación y Retención del Recurso Humano Enfermero dirigido a mejorar la planificación para este talento Humano de variable cualificación, debe partir de la premisa de que está constituido por un colectivo afectado por múltiples determinantes que inciden en su desarrollo.

Entre las causas analizadas pueden reconocerse como destacadas a partir de este estudio todas las que corresponde a la dimensión socio-laboral con intrincadas asociaciones entre ellas. Así la carga laboral en relación a lo dispuesto por los convenios colectivos de trabajo son determinantes en la permanencia del agente enfermero en el sistema; la autonomía relativa del colectivo con su escasa representación autónoma también se relaciona con lo anterior y a su vez determina un lugar social con las mismas características de debilidad. El multiempleo relacionado a los magros salarios en búsqueda de

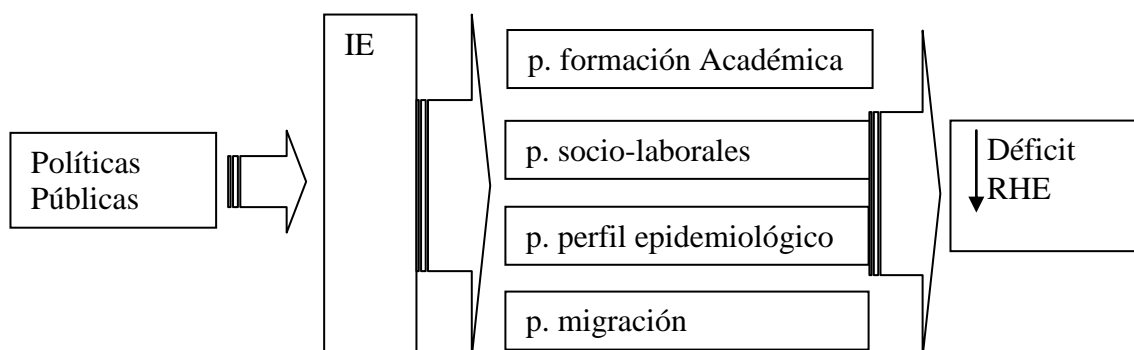
una mejor calidad de vida para el agente enfermero es también un fuerte determinante en aspectos relacionados a la rama de perfil epidemiológico que lo hace un círculo nada virtuoso.

Mientras tanto en lo que respecta a la rama de formación académica la deserción y la escasez de profesores así como el desarrollo en nuevos roles parece ser determinante y altamente relacionable con la rama socio-laboral. Respecto de la migración, las tres dimensiones antes mencionadas hacen las veces de embudo y son determinantes en el número y concentración geográfica de esta fuerza de trabajo que se muestra hoy en Argentina, además de las relaciones que se establecen con la inadecuada distribución en relación a los niveles de formación, situación que se constituye en el nodo problemático de mayor peso relativo en cuanto al logro de la disminución de la brecha de la inequidad social característica de la región.

El desarrollo de estrategias de captación y retención para el sector es una necesidad actual acuciante. Pensarla como un “sistema” con la Investigación en Enfermería como política central, proporcionaría respuesta integral a toda la problemática compleja e intrincada del RHE en Argentina a todo nivel de gestión. Impactaría simultánea y profundamente en la satisfacción paulatina y creciente de las necesidades surgidas en relación de las dimensiones problemáticas estudiadas, al tiempo que fomentaría el reconocimiento de este componente clave para los sistemas de salud con su contribución al conocimiento científico, colocando a la disciplina como co-protagonista de la salud en igualdad de condiciones multiprofesionales.

Cuadro 13

Sistema de Captación y Retención para el Capital humano Enfermero en Argentina basado en Investigación en Enfermería (IE).



6- CONCLUSIONES:

Los 254.923 individuos miembros del colectivo enfermero en Argentina están siendo afectados por múltiples determinantes que condicionan su desarrollo e impactan en los Sistemas de Salud, obstaculizando la satisfacción de demanda permanente que estos tienen por ellos. Las políticas de salud nacionales tendientes a mejorar cuanti-cualitativamente la situación del capital humano enfermero no responden a la complejidad del problema de déficit. De la misma manera las políticas públicas nacionales tendientes a captar y retener al RHE no existen como sistemas que respondan en forma integral a la complejidad de factores determinantes que influyen sobre el colectivo, sin embargo existe importante evidencia en el ámbito público provincial y en el ámbito privado de iniciativa de cambio.

Una mejor remuneración para la disciplina, mejores condiciones en relación a estabilidad, menor carga laboral y trabajo en equipo son solo algunos aspectos necesarios a ser contemplados según la evidencia rescatada en el plano micro del estudio, pero claramente no son condicionantes suficientes para el logro de un verdadero mejoramiento del colectivo. Los países que han podido lograr una relación aceptable entre médicos y enfermeras han desarrollado una complejidad de estrategias con fuerte compromiso político para posicionar a la enfermería en el lugar profesional que le corresponde. La IE es, en estos países un factor de conocimiento altamente reconocido y valorado por la población y con influencia real en los procesos de salud-enfermedad de las mismas. Transformar nuestros sistemas, organizaciones, entidades e instituciones en sitios donde la enfermería pueda desarrollarse con plenitud profesional, es un reto que con certeza impactaría en disminución de la inequidad social para la región.

Es prioritario entonces, superar la instancia de debate de las últimas décadas al respecto y abordar el problema con políticas públicas activas, que permitan modificar el actual déficit en número, distribución y formación y concentración geográfica, dada la evidencia de casi la mitad del recurso sin formación técnico-profesional, la razón profesional existente de 1 enfermero por cada 2.2 médicos y la concentración en los centros urbanos, máxime los

objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos por el país en relación a las políticas concertadas internacionalmente.

Un Sistema de Captación y retención con la IE como política central es una propuesta integral que actuaría como motivación para el desarrollo del colectivo a la vez de proporcionar una respuesta sustentable a las necesidades del Sistema de Salud Argentino en materia de recursos humanos aun en su característico ámbito fragmentado y segmentado.

Depende de nosotros, de nuestra capacidad de avanzar en el reconocimiento de la disciplina Enfermera como un capital humano altamente valioso para el desarrollo de salud de las comunidades y con ella al logro de equidad social o permanecer anclados en el debate infértil que nos seguirá haciendo pensar en una disciplina “descuidada” por los sistemas de salud, en ese contexto.

7-RECOMENDACIONES:

7.1-Recomendaciones Generales:

- ❖ Superar las instancias de debate de las últimas décadas y desarrollar políticas concretas de abordaje al problema crónico del déficit del capital humano enfermero.
- ❖ Retomar los propósitos del Llamado a la acción de Toronto como respuesta a las necesidades que aun hoy, están plenamente vigentes.
- ❖ Fortalecer el Sistema de Información Sanitaria respecto del Número, distribución federal y de formación por niveles, con especial atención en la formación de posgrado, dada su implicancia en la IE y en cuidados basados en la evidencia. Así también es recomendable categorizar por rango etario y sexo.
- ❖ Ensayar una proyección de déficit cuantitativo de este capital humano como mecanismo de eficiencia en la planificación estratégica.
- ❖ Reconocer las experiencias formadoras y de respuesta integral Institucional al problema del déficit del Recurso Humano Enfermero, tanto de la iniciativa pública como privada, aprender de ellas e incorporar a estos expertos en esta discusión.

- ❖ Fomentar el conocimiento de los beneficios que el desarrollo de la disciplina provee en materia de acceso a la salud y equidad social.
- ❖ Fomentar el desarrollo científico de la Enfermería como estructura medular de los programas, en especial en temas relacionados a APS y Seguridad de Paciente. Desarrollar un sistema integral de acopio de IE que supere la fragmentación del Sistema de Salud Argentino con identificación y seguimiento de los procesos de cambio generados de la implementación de las mismas.
- ❖ Difundir los resultados de la aplicación de Enfermería Basada en la Evidencia y en especial aquellos que supongan el logro de mayor acceso y cobertura de salud y todo aquel proceso que implique la disminución de la brecha de la inequidad social.
- ❖ Favorecer los procesos de Colegiación del Sector.

7.2- Recomendaciones para el área pública en particular:

- ❖ Revisar la actual oferta de residencias para las diferentes disciplinas colocando a la Enfermería como prioritaria.
- ❖ Reconocer y movilizar los mecanismos necesarios para situar en agenda el problema del déficit del RHE en las instituciones de salud pública.
- ❖ Llamar a discusión a las universidades y a las asociaciones del sector para conocer sus propuestas y fomentar el acercamiento en red para la formación y desarrollo del área tanto a nivel nacional como provincial y local.
- ❖ Trabajar fuertemente en aquellas provincias más deficitarias con el fortalecimiento en la conversión de Auxiliares de Enfermería de aquellas que ya la han incorporado e introducirla en aquellas que no lo han podido lograr.
- ❖ Buscar financiamiento sustentable para el desarrollo de nuevos enfermeros en el marco de una red de formación universitaria, con salida laboral inmediata con el título intermedio en relación a las necesidades reales provinciales y locales.

- ❖ Reconocer el déficit remunerativo del sector y desarrollar nuevas formas de incentivos para mejorarlos.
- ❖ Fortalecer programas de capacitación continua en las instituciones del sector, generando incentivos de formación para el logro de planes de carrera. Identificar líderes capaces de generar vínculos en procesos multidisciplinares y grupales.
- ❖ Formar una comisión experta para desarrollar un sistema de acopio, análisis, evaluación y difusión de procesos y resultados de la IE, compuesto por enfermeros, a nivel nacional con proyección provincial y local.
- ❖ Desarrollar un programa de captación y reclutamiento de aspirantes en los colegios secundarios tomando en cuenta las necesidades locales y donde además se expliquen las competencias profesionales de la disciplina, los aspectos éticos- profesionales y sus beneficios para el desarrollo social de las comunidades.

8-CONSIDERACIONES FINALES

La posibilidad de pensar en la IE como una estrategia integradora para dar respuesta a la problemática compleja del sector al mismo tiempo que generar respuesta a una demanda permanente de los sistemas de salud, requiere del reconocimiento de que la misma es un proceso intrínseco del profesional de enfermería, inscripto tanto en sus leyes de ejercicio profesional como en los contenidos en sus códigos de ética. Así en la ley N° 24.004 de ejercicio de la enfermería en su Capítulo I Concepto y alcances, art. 2° dice: “El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.” En tanto que en el elemento del Código N° 2 del CIE: La

enfermera y la práctica, dice: “Realizar y difundir investigaciones que muestren los vínculos entre el aprendizaje continuo y la competencia para la práctica.” Y el elemento del Código No 3: La enfermera y la profesión “Dirigir, difundir y utilizar la investigación para impulsar la profesión de enfermería.”

Atender los temas prioritarios y los resultados de las experiencias de la IE en Latinoamérica y el Caribe es también un requerimiento necesario para llevar adelante un proceso de excelencia. Para el CIE la calidad de atención y su eficiencia en costos, los cuidados basados en la comunidad, la fuerza de trabajo de enfermería y la reforma de la atención en salud son algunos de ellos. Mientras que Silvina Malvares⁸⁰ nos propone investigar sobre la contribución de los cuidados enfermeros a la solución de los problemas relacionados con la pobreza, la marginalidad, las inequidades, la vida en las grandes urbes, el impacto sanitario de los desastres ambientales y la falta de cobertura de atención en salud. Además de las capacidades de la gente y los procesos asociados al mantenimiento, pérdida o conservación de la salud. La organización de los servicios de salud, la calidad y equidad de las prácticas de enfermería, los costos de los cuidados, la organización de enfermería y su transformación también esperan ser investigados, de la misma manera que la pertinencia de la educación en relación con las prioridades de salud, las políticas y la ética de las normas de la disciplina. Invita además a efectuar análisis del valor de la pertinencia y el puesto social del desarrollo de la enfermería basada en la evidencia, a indagar sobre los determinantes sociales de la salud y la forma en que la enfermería participa en ellos. Es necesario investigar sobre el poder de las prácticas de cuidado de la enfermería en la APS, sobre temas referidos a la Seguridad del paciente en relación los cuidados de enfermería y finalmente, sobre los efectos de cualquiera de los problemas graves que cursa la enfermería en la mayoría de los países en el contexto de la escasez.

⁸⁰ Silvina Malvárez .Licenciada en Enfermería. Magister en Salud Materno infantil. Especialista en Salud Mental. Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Nacional de Córdoba. Asesora Regional de Recursos Humanos de Enfermería y Técnicos en Salud. Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud POS/OMS Washington DC, USA. “Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales” “Reflexiones sobre la IE: Contextos y perspectivas. “Capítulo 2 Paltex OPS 2008.

Sin duda también deberán considerarse los obstáculos que se deberán sortear para el desarrollo de la IE. Hernandez Zambrano⁸¹ los identifica claramente: el paradigma positivista que jerarquiza la validez científica de la producción anglosajona y excluye a las de habla hispana restándole visibilidad a pesar de los avances de la producción científica brasileña y española. Los mismos actores latinoamericanos que excluyen la producción local dándole mayor validez a la anglosajona. La brecha existente entre la teoría y la práctica y la falta de transferencia de la producción científica a la práctica por falta de competencia de los enfermeros en el manejo de Tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs), escasa formación para implementar la evidencia y miedo al cambio de la práctica en el ámbito laboral.

Finalmente solo resta conjugar la pasión y la inspiración para lograr una producción de conocimiento universalizable y humanizado como propone la misma autora. La primera para que el conocimiento generado circule, se difundan grandes fuentes de conocimiento, aumente el conocimiento de las TICs y se modifique hacia una cultura de la IE. La segunda para que se practiquen los resultados, conscientes de la diversidad y riqueza local, comprometidos e involucrados en el destino de todos.

⁸¹ Sandra Milena Hernández Zambrano. Enfermera , Becaria Fundación Index-Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Miembro Del Grupo de Investigación y Excusiones y Resistencias en el cuidado de la Salud. “Obstáculos y retos en el ciclo de producción científica de la enfermería latinoamericana” Biblioteca Las Casas.2010

9-BIBLIOGRAFÍA:

-Arce, Hugo. *Evolución de los Modelos de Organización Sanitaria del siglo XX en Argentina. Modelos y Etapas de organización Sanitaria*
Universidad Nacional de Rosario. Agosto 2009.

-Arguello, Noelia. Desuque, Diego. *Prevalencia del síndrome de Burnout en enfermeros del sector público y privado*
VEA. N° 28. Argentina. Diciembre 2011.

-ALFA funda ENFERMERÍA.

<http://alfafundaenfermeria.org>

-Álvarez Gallego. Fernández Ríos. *El Síndrome de Burnout*
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>

-Cañete, Miriam. Fuente Alejandra. *Entrevista Mg. Lic. José Jeréz*
Revista VEA N°31 septiembre 2012. Adecra. Pág. 9

-CIE Declaración de posición. *Bienestar social y económico de las enfermeras.*
2009

<http://www.icn.ch/es/>

-CIE Declaraciones de posición. *Seguridad y salud en el trabajo para las Enfermeras* 2006. *Abuso y violencia contra el personal de Enfermería* 2006. *“Las enfermeras y el trabajo por turnos”* 2007.

<http://www.icn.ch/es/about-icn/sobre-el-cie/>

-CIE Pilares y programas. *Liderazgo para el Cambio.*

-CIE *Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios en la Unión Europea.* 2007

-CIE Centro Internacional para los Recursos Humanos de Enfermería. *Enfermeras desempleadas y subempleadas* 2011.

-CIE International Center for Human Resources in Nursing *Prácticas de trabajo flexible en la Enfermería*

<http://www.icn.ch/>

- Consejo directivo de la Universidad Nacional de Colombia. Acuerdo n° 1 de 1958 Por el cual se crea una facultad. *Avances en enfermería* "http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_16.pdf"
- CIE *Las Enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la vida* Día Internacional de la Enfermera. Ginebra, Suiza.2014
- Dee Ann Gillies *Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas* Masson –SALVAT Enfermería. Barcelona, España 1994.
- Díaz , Carlos Alberto. *La Empresa Sanitaria Moderna 2. Como crear tu propia Bestia Sistémica en el Siglo XXI* Argentina 2011.
- Díaz Sánchez, Verónica et al.
El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. Nure Investigación, nº 28, España 2007
- Di Tomassi, Marianne. *Hospitales magnéticos¿la experiencia es trasladada al entorno europeo?*
http://onlinecongresos.es/microsites/fbiz_external_play_microsite.php?idcontent=2010-08-12L26gvnhHOg&userflag=fbiz_microsite_user_key
- Expedientes en Cámara de Diputados de la Nación Argentina: 7323-D-2012; 5486-D-2012; 2947-D-2012; 2411-D-2012 y 2020-D-2012.
- Frenk. Chen. Bhutta. Cohen y otros. Rev Med Exp Salud Pública. *Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los Sistemas de Salud en el mundo interdependiente* 28(2): 337-41. Perú 2011.
- Heredia, Ana María. Malvárez, Silvina María. *Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina 1990-2000* OMS/OPS 2002
- Hernández Zambrano. Sandra Milena. *Obstáculos y retos en el ciclo de producción científica de la enfermería latinoamericana.* Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en </lascasas/documentos/lc0537.php> consultado el 2/IV/2014
- Malvárez Silvina. OMS/OPS *Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe.* Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Unidad de desarrollo de recursos humanos. Área de desarrollo estratégico de la Salud *Profesionalización de auxiliares de enfermería en américa latina.* N° 13 Washington, DC 2005.

- Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Silvina Malvárez Reflexiones sobre la IE: Contextos y perspectivas. Capítulo 2 Paltex OPS 2008.
- Ministros de Salud de las Américas *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017* Panamá junio 2007
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Proyecto de Ley de emergencia de Enfermería. Plan Nacional.*
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Planes y programas. *Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.* 2012
<http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud*
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires *Programa provincial de Desarrollo Integral de Enfermería “Eva Perón”*
<http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/evaperon/evaperon.html#>
- Molina mula, J. *El sistema Sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras.* Index Enferm vol.20 no.4 Granada oct.-dic. 2011.
- Nájera, Rosa María. Castrillón, María Consuelo. *La enfermería en América Latina* Universidad Nacional de San Luis. 2008
- Observatorio de recursos humanos en salud *Llamado a la acción de Toronto. 2006-2005 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas.* Canadá 2005.
- OPS Recursos Humanos para la Salud. Educación en Enfermería. *Migración de Enfermeras en América Latina-área de América del Sur* Argentina .Mayo 2009
<http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>
- OPS “investigación Cualitativa en Enfermería: Contexto y Bases Conceptuales” Capítulo 2 “Reflexiones sobre la Investigación en Enfermería: Contexto y Perspectivas” Washington, DC. 2008.
- OPS Malvárez, Godue. Sepúlveda. Rosales y otros. *Proyecto de Recursos Humanos para la Salud. Área de Servicios de Salud basados en APS.* Modulo Internacional de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Washington. U.S.A. ISALUD 2012.

- OPS Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud* Buenos Aires. Noviembre 2005. - OPS/OMS. Serie Recursos humanos para la Salud.
56 *Regulación de Enfermería en América Latina* 2011.
<http://new.paho.org>
- OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012
- OMS/USAL *Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional. Versión Preliminar en Español* Buenos Aires, Argentina 2013.
- OMS/OPS Serie Recursos Humanos para la Salud. *Migración de Enfermeros para América Latina, área de América del Sur*. 60 Washington, DC. Agosto 2011
- OPS/OMS *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud. N° 4 Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington DC. Mayo 2010.
- OPS/OMS. CEPAL. PNUD. 6. *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. El Sistema de Salud Argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. 2011
- Perich, María Elena. Federación Argentina de Enfermería. *CIE Liderazgo para el Cambio en la Enfermería. Caribe y América Latina. Experiencia Argentina*
- Primera Conferencia de políticas de Enfermería. Córdoba. Noviembre 1998.
<http://www.nursite.com.ar>
- Porret Gelabert, Miquel. *Gestión de las personas: Manual para la gestión del capital humano en las organizaciones* ESIC. Madrid 2010.
- Rollan Rodríguez. Carmona. Quirós y otros. Nure Investigación. Revista Científica de Enfermería. Proyectos de investigación. *Escalas de medida de carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados críticos. Correlación entre NAS y NEMS*
- Saccchetti, Laura. Rovere, Mario. *Surgimiento de la Enfermería Moderna; descifrando Mitos, contextos y Devenires*. Asociación Civil El Ágora. Argentina 2011.-
- Schweiger, Arturo *Sistemas de costos Hospitalarios*
Plataforma virtual. ISALUD 2009

- Soto, Iraidis. Manfredi, Maricel *Plan de Desarrollo de Enfermería para América Latina: una propuesta*. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N°6.OPS/OMS Washington. 1997
- Vítolo, Fabian. *Relación Médico-enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes* Biblioteca virtual. Fundación NOBLE junio 2012.
- Visión de Enfermería Actualizada (VEA) N° 27 Argentina. Septiembre 2011.
Declaración de posición sobre la escasez y formación del recurso humano de Enfermería Asociación de Enfermeras de Capital Federal (AECAF) Argentina 2009.

10- ANEXOS

10.1 Guía para las entrevistas

10.1.1 Guía para los representantes de los departamentos de Recursos Humanos (RRHH) en relación a sus funciones.

Cuadro 14

Funciones de los Dptos. de RRHH de las organizaciones.

1	2	3	4
Función de empleo	Función de administración de personal	Función de dirección y desarrollo	Función de relaciones laborales y sociales.

Fuente: Porret Gilabert, Miquel. "Gestión de Personal: Manual para la Gestión del Capital Humano en las Organizaciones" ESIC Madrid. 2010

1- Función de empleo.

- Necesidades cuanti-cualitativas del personal enfermero.
- Existencia de formas con descripción de puestos de trabajo
- Fuentes de reclutamiento. Contactos con organizaciones proveedoras
- Procesos de selección.
- subproceso de acogida.

2- Función de administración.

- Gestión de contratos de trabajo, tipos de contratos ofrecidos y demandados.
- Nominalización del personal, lugar de procedencia: legajos.
- Control de presencia, altas, bajas y necesidades.
- Salarios, incentivos.

3- Función de dirección y desarrollo de RRHH.

- Formas de comunicación y participación.
- Detalles de la formación: legajos.

- Promoción y desarrollo: adiestramiento (procesos de inducción) y motivación
(investigación y trabajos individuales y grupales)
- Evaluación de desempeño.
- Evaluación de potencial, criterios: experiencia, habilidades, aspiraciones e intereses.
- Existencia de planes de carrera.
- Diagnóstico de clima laboral.
- Sistema de desarrollo de liderazgo.

4- Función de servicios sociales.

- Orientación.
- Actividades sociales y recreativas: becas, seguros voluntarios, fondos de pensiones, otros...
- Servicios de comedores.
- Asesoramiento jurídico.
- Servicios de salud aportados por la empresa, perfil demográfico-epidemiológico.
- Ayuda económica y social.

10.1.2 Guía para las entrevistas a los representantes de los Departamentos de Enfermería o Direcciones en relación a sus funciones.

En base a Dee Ann Gillies “Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas. Proceso de Gestión de Enfermería”
“El Gerenciamiento del Recurso Humano”

- 1- Función dotación del Personal Enfermero
- 2- Selección y contratación.
- 3- Orientación del Personal
- 4- Sistemas de Clasificación de Pacientes y asignación de Enfermería.
- 5- Función de Control de ausentismo.
- 6- Rotación del personal enfermero.

7- Funciones de formación, cambio y resolución de problemas

10.1.3 Guía para las entrevistas a los enfermeros de las áreas operativas de las Instituciones seleccionadas.

En base a las funciones generales del enfermero

10.2 Instrumentos de recolección de datos

10.2.1 Instrumento de recolección de datos 1

Desarrollado en base a las funciones del departamento de Recursos Humanos propuesta por Porret Gilabert (ver anexo 9.1), Miquel. En “Gestión de Personal: Manual para la Gestión del Capital Humano en las Organizaciones” ESIC Madrid. 2010

Se aplicará a cada una de las organizaciones de salud seleccionadas como muestra.

Justificación: se aclara en rojo a qué área del problema se dirige la pregunta.

Entrevista para el representante del Departamento de Recursos Humanos

-función de empleo

- 1- ¿Reconocen la necesidad de enfermeros? Si-----no-----si la respuesta es sí,
¿Qué cantidad de enfermeros necesitan? -----
Y ¿En qué áreas?-----
----- problema central del déficit
- 2- ¿De qué forma los reclutan?-----

----- mecanismo de mitigación
- 3- ¿La institución cuenta con formas de descripción de puestos de trabajo para enfermería?
Si-----no----- problema socio-laboral
- 4- ¿Cuenta la institución con un proceso sistematizado de selección sí----- no-----
----si la respuesta es sí, puede describirlo (aclarar selección por género si existiera)---

----- p. Sociolaboral

- 5- Una vez incorporado el personal, cuenta la institución con un proceso sistematizado de acogida y adaptación sí-----no-----si la respuesta es sí, puede describirlo----
-
-
-
- mecanismo de mitigación al problema-

-Función de Administración:

- 1- ¿Qué tipo de contrato de trabajo ofrecen?-----
- p. socio-laboral
- 2- ¿Con qué número de enfermeros en situación de efectividad laboral trabaja la institución? -----
- p. socio-laboral
- 3- ¿Con qué número aproximado de personal enfermero eventual trabaja la Institución?--
- p. socio -laboral
- 3-¿Tienen en el plantel enfermeros extranjeros? Sí-----no-----si la respuesta es sí, ¿cuántos? -----y ¿de qué países?-----
-
- p. de migración
- 4- ¿Cuál es el salario básico de un enfermero? \$----- p. socio-laboral
- 5- Cuentan con algún sistema de incentivos económicos adicionales sí-----no-----
- si la respuesta es sí, ¿puede mencionarlos?-----
-
- ídem-

Función de Dirección y Desarrollo:

- 1- ¿Cómo se comunican con el personal de enfermería, en forma directa o a través del Departamento de Enfermería?-----
- p. socio-laboral
- 2-Podría decirme cuál es la distribución según grado de formación:
- a- N° de Enfermeros con título de Post –grado-----
- b- N° de Licenciados-----
- c- N° de Enfermeros -----
- d- N° de auxiliares de Enfermería----- p. de formación académica
- 3-¿La institución ofrece un espacio de desarrollo e investigación para el sector? Sí-----
- no----- si la respuesta es sí, podría mencionarme que tipos de incentivos se les adjudica?-----
- p. formación académica y socio-laboral
- 6- ¿El departamento cuenta con una ficha de evaluación de desempeño? Sí-----no-----
- si la respuesta es sí, ¿podría proporcionarme una copia? sí-----no-----
- ponderaciones: (espacio para ser llenado con la ficha en mano) -----
-
- p. socio-laboral

- 7- ¿El departamento efectúa un análisis de potencial del personal enfermero? Sí-----
 ----no----- ;si la respuesta es sí, ¿podría mencionar los criterios que toma en
 cuenta dicho análisis?-----
 -----experiencia, habilidades, aspiraciones, intereses, liderazgo) p. socio-laboral
- 8- ¿Cuentan con planes de carrera? Sí-----no----- -ídem
- 9- ¿Efectúan evaluaciones diagnósticas del clima laboral? Sí-----no----- ídem

Función de servicios sociales:

- 1- ¿La organización cuenta con alguna forma de actividad social y/o recreativa dirigida a
 los enfermeros? Sí----no-----; si la respuesta es sí, ¿podría mencionarlas?-----

 -----p. socio-laboral-
- 2- ¿Cuenta la Institución con asesoramiento jurídico para el sector? -
 Sí-----no----- p. socio-laboral
- 3- ¿La organización cuenta con un servicio salud adicional? Sí-----no-----
 ---- p. perfil epidemiológico
- 4- ¿Podría decirme cuáles son las principales causas de ausentismo del personal
 enfermero?-----

 -----ídem
- 5- Y ¿cuáles son las principales causas de ausentismo por enfermedad? -----

 -----ídem

Finalmente:

- 1-¿Podría mencionarme los principales problemas que observa en la disciplina?-----

 -----p. central
- 2-¿Con qué número de médicos cuenta la a institución en su staf permanente?-----ídem

10.2.2 Instrumento de recolección de datos 2

Entrevista para el representante de la Dirección o Departamento de Enfermería (con cargo en la meso-gestión) En base a Funciones relativas a los Recursos Humanos Propuesta por Gillies, Dee Ann, en "Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas" MASSON-SALVAT Enfermería. Barcelona. España 1994.

-Función dotación del Personal Enfermero

- 1-¿Con qué dotación de enfermeras cuenta? Problema central
- 2-¿Tiene hombres en el plantel? Sí-----no-----; si la respuesta es sí, ¿en qué proporción?--
-----y me podría decir ¿cuál es su distribución por edad?-----

-----socio-laboral-
- 3- A su entender ¿cuál sería la dotación general necesaria para adecuada atención en su institución?----- Problema central

-Función Selección y contratación.

- 4- ¿Cuenta con personal específico para la tarea de selección? Sí-----no-----formación
- 5-¿Cuenta con una ficha de perfil global y/o específico para el puesto? Sí-----no-----; si la respuesta es sí, ¿podría facilitarme una copia? Sí-----no-----, si la respuesta es no, podría describirme el método habitual de selección del candidato?-----

-----ídem-
- 6-¿Cuáles son los criterios de selección más importantes que toma en cuenta su gestión?-----

-----ídem
- 7-¿Tiene diferenciadas las tareas asistenciales? Sí-----no-----formación
- 8-La asignación regular de las tareas se efectúa por N° de pacientes sí-----no-----; si la respuesta es no, podría mencionar ¿qué otra modalidad utiliza?-----

-----socio laboral-
- 9- ¿podría mencionar las fuentes de captación del recurso? (internas y externas)-----

-----socio-laboral y migración

-Orientación del Personal

10-una vez captado el candidato, ¿cuentan con un período formal de formación introductorio? Sí-----no-----; si la respuesta es sí, ¿de cuánto tiempo?-----

Formación

11-¿Cuenta con enfermeras orientadoras? sí-----no-----

ídem

11-El personal ingresante cuenta con una ficha de descripción del puesto de trabajo sí-----no-----.

problema Situación socio-laboral

- Función de Control de ausentismo

12-¿Cuál es su índice de ausentismo del último año?-----perfil epidemiológico

13-¿cuáles las principales causas del ausentismo?-----

-----ídem-

14-¿cuáles son las principales causas por enfermedad?-----

-----ídem-

14-¿Qué factores cree usted que contribuyen al ausentismo?-----

-----ídem-

15- Se han desarrollado estrategias orientadas a su disminución? Sí-----no-----;

Si la respuesta es sí, podría mencionarlas-----

-----ídem

-Funciones de control de Rotación del personal enfermero.

16- ¿Tiene calculado el índice o número anual de rotación? (porcentaje o número de enfermeras que dejan su puesto de trabajo a lo largo del año) Sí-----no-----; si la respuesta es sí, ¿podría decírmelo?----- migración

17-¿Cuentan con un registro de identificación de estas causas? Sí-----no-----, si la respuesta es sí, podría decirme ¿cuáles son las principales causas?-----

----- ídem

18-¿Se han desarrollado estrategias para la disminución de esta rotación? Sí-----no-----;
si la respuesta es sí, ¿podría mencionarlas?-----

-----ídem

-Funciones de formación, cambio y resolución de problemas

19-¿La gestión cuenta con un comité docente para el proceso de capacitación continua?
Sí-----no-----
20-¿cuál es el índice de participación de su plantel? -----formación
21- ¿Tiene usted nominalizado a los enfermeros que están en este momento formándose?
Sí-----no----- ídem
22-¿Sus enfermeros participan en algún proceso de investigación? Sí-----no-----; si
la respuesta es sí, ¿podría decirme sobre qué temas se está investigando?-----

-----socio-laboral y formación
23-¿Participan en proyectos y/o jornadas formales multidisciplinarias? Sí-----no-----;
si la respuesta es sí, ¿podría mencionarme los efectuados en el último año?-----

-----ídem

-finalizando

24- ¿Cuáles son los principales problemas que usted ha observado en enfermería durante su
gestión?-----

----- problema central
25- En términos generales ¿qué cambios cree usted que serían necesarios para resolverlos?----

-----ídem-

10.2.3 Instrumento de recolección de datos 3

Entrevista para los enfermeros en base a “Las funciones del enfermero general” en
“Administración de los Servicios de Enfermería” de María Luz Balderas Pedrero. Mc.Graw-
Hill Interamericana Editores. Méjico, 2009.

1-edad-----Nacionalidad-----ciudad de nacimiento-----

2-¿Cuántos años hace que se recibió?-----

3-¿Qué antigüedad tiene dentro de la institución?-----

3-¿qué lo llevó a ingresar a esta institución?-----

4-¿qué lo lleva a permanecer en la institución?-----

5-¿Cuáles son a su entender, los problemas más importantes de la disciplina?-----

6-¿Cree usted que estos problemas pueden resolverse? Si-----no-----; ¿por qué?-----

7-¿participa usted en proyectos de mejora para la atención de cuidados de salud dentro de la institución? Si-----no-----; si la respuesta es sí, ¿puede mencionarlo?-----

-----p. formación académica

8-¿Cuenta con un plan de carrera? Sí-----no-----; si la respuesta es sí, ¿Podría usted describirlo?-----

-----socio-laboral

¿Cuáles cree usted que podrían ser los principales obstáculos para llevarlo adelante (el plan de carrera)?-----

-----socio laboral-

9-¿Usted participa en equipos multidisciplinares de atención (médicos, kinesiólogos, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos y otros) cómo calificaría esa relación?-----

----- formación académica

10-¿Participa en las cesiones de información y discusión sobre el tratamiento y necesidades de las personas que atiende? Sí-----no-----;si la respuesta es no: ¿por qué?-----

-----formación académica

11-¿Participa en acciones de capacitación continua? Sí-----no-----; si la respuesta es sí: puede mencionar el último evento y cuando fue?-----

-----formación académica y socio laboral-
si la respuesta es no, ¿podría decirme por qué?-----

12- ¿Toma decisiones respecto de los recursos de los que dispone (edilicios, insumos, tiempo de atención y otros)? Sí-----no-----; si la respuesta es sí: ¿puede describirlos?-----

-----socio-laboral
si la respuesta es no: ¿por qué?-----

13-¿Participa en el proceso de enseñanza de los enfermeros novatos? Sí-----no-----; si la respuesta es no: ¿Cuás es el motivo?-----

-----formación académica

14-¿Sugiere y/o participa en proyectos de investigación? Sí-----no-----; si la respuesta es sí: ¿podría mencionarlo?-----

-----situación socio laboral y formación

15- ¿Ha pensado en algún momento migrar dentro o fuera del país, por alguna causa relacionada al ejercicio de la enfermería? Sí-----no-----; si la respuesta es sí: ¿a dónde y por qué?-----

-----migración

16-¿Ha tenido que ausentarse del trabajo por motivos de salud en el último año? Sí-----no-----; si la respuesta es sí: podría decirme ¿Cuál fue la causa?-----

-----perfil epidemiológico

10.3 Plan de trabajo

Meta: Concretar la investigación

Objetivos intermedios:

1-Diseñar la estructura general del proyecto de tesis.

2-Indagar en terreno.

3-Analizar los resultados.

4-Desarrollar propuestas y/o recomendaciones.

Cuadro 15

Diagrama de Gantt

Actividades/meses	A	M	J	J	A	S	O/Nov.	D/ Mar.	A/M
1-Presentación escrita, tentativa del diseño del proyecto									
1.1-Construcción del escenario actual en relación al déficit y las políticas públicas vigentes									
1.2-Construcción del marco teórico y referencial									
2-Diseño del instrumento de recolección de datos.									
2.1-Abordaje en terreno.									
3- Tabulación y análisis de los hallazgos.									
3.1- Conclusiones									
4-Elaboración de propuestas y recomendaciones.									

10.4 Modelos de solicitud de autorización y consentimiento para el desarrollo de investigación en las organizaciones seleccionadas.

... de noviembre de 2012

A: Dr./Lic. ...Director Médico de...

Ref.: Solicitud de autorización para el desarrollo de investigación.

De mi mayor consideración, me dirijo a usted con el fin de informarle que actualmente curso el último cuatrimestre de la Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social en la Universidad ISALUD y que con el fin de completar la carrera estoy elaborando mi trabajo de tesis. La misma trata del “Análisis de la situación del Recurso Humano Enfermero en relación a las políticas orientadas al sector y sus principales problemáticas en Argentina”, parte de dicha investigación requiere “Analizar la situación del recurso humano en un ámbito institucional correspondiente a cada uno de los tres subsistemas que integran el Sistema de Salud Argentino”, con lo cual solicito se me autorice para llevar adelante la investigación en terreno en la Institución que usted lidera.

Para el cumplimiento de este objetivo se requerirá efectuar 4 entrevistas a informantes clave:

- Gerente o Jefe de Recursos Humanos.
- Jefe de Departamento de Enfermería.
- Una enfermera asistencial con tiempo prolongado en la Institución (la más antigua)
- Una Enfermera asistencial en ejercicio, con no más de 1 año en la organización.

Los temas que se abordarán estarán relacionados al recurso humano enfermero, las políticas institucionales del sector y los principales problemas de la disciplina. Desde ya la Institución formará parte formal de la muestra de estudio y los datos obtenidos se analizarán estrictamente en el contexto de la investigación cuyos resultados estarán a disposición de las organizaciones participantes.

Desde ya agradezco el permanente apoyo, esperando pronta respuesta.

Saluda atte.

...de noviembre de 2012

A: ...

Ref.: Consentimiento de entrevista y uso de datos para investigación.

De mi mayor consideración solicito su consentimiento para efectuar la entrevista que corresponde al cumplimiento de "Analizar la situación del recurso humano enfermero en un ámbito institucional correspondiente a cada uno de los tres subsistemas que integran el Sistema de Salud Argentino" en el contexto de la investigación que llevo adelante como trabajo de tesis de maestría. Los temas abordados estarán relacionados al recurso humano enfermero, las políticas institucionales orientadas al sector y los principales problemas de la disciplina.

El presente consentimiento lo deja en libertad de contestar libremente las preguntas que se efectuarán u omitir respuesta si así lo cree conveniente, con la seguridad de que los datos obtenidos serán utilizados estrictamente en el contexto de la investigación.

Adjunto autorización para el desarrollo de la investigación en la institución.

Desde ya agradezco su colaboración.

Atte.

...

10.5- Matrices de datos para el análisis en el plano micro, conducente al logro del objetivo4.

10.5.1-

Matriz de datos cuanti-cualitativos correspondientes a las entrevistas dirigidas a los representantes de Las Direcciones/Jefaturas de Enfermería de cada organización (a-b-c): Funciones relacionadas a los problemas del Recurso Humano Enfermero.

Cuadro 16

Funciones	Problema socio-laboral	p. formación académica	p. perfil epidemiológico y migración	p. central
F. Dotación del Personal Enfermero				
1-dotación y distribución por edad				a-310
				b-168, mayoría de gente entre 25 y 35 años dispuestos en los turnos más pesados, el 10% mayores
				c-400 +- 25% +45 70% entre 30 y 55 5%+50
2-presencia masculina y proporción respecto de femenina.	a-si, "20%, en jefes el 50%"			
	b-si			
	c-no			
3-dotación general necesaria				a-"faltan 20 enfermeros"
				b-"faltarían 160 personas según normas ISO"
				c-"es la adecuada con un porcentaje muy bajo a los efectos de cubrir las necesidades

				del paciente más el 10% distribuidos en algunas áreas”
F. Selección y Contratación				
4-existencia de personal específico para la selección		a-si		
		b-no		
		c-no		
5-existencia de ficha del perfil global y/o específico para el puesto. Método de selección del candidato		a-no; “presenta currículum, 1ra. entrevista con un psicólogo, luego nos pasan los seleccionados y hace otra selección con el jefe de unidad; pasa a RRHH para estudios y contrato...”		
		b-si, “entrevista propias de la función del servicio, se busca perfil idóneo y que la persona se sienta cómoda para el lugar”		
		c-si ⁸²		
6-criterios de selección más importantes		a-“complejo, no hay posibilidad de selección como uno quisiera, las principales: condiciones humanas, a veces nos tenemos que conformar, hay muy poca gente”		
		b-“perfil de la enfermera con		

⁸² “Página web donde ingresa el currículum, en general la demanda es espontánea, cada postulante que cumplen los requisitos con un examen básico y otro para terapia intensiva. Se revisan y si cumplen con el 60% aprobado, pasa a entrevista con la jefa de departamento”

		modelo de Florence Nightingale”		
		c-“Capacidad técnica con el examen, se pondera actitudinal”		
7-Existencia de diferenciación de tareas		a-no		
		b-si “en algunos sectores”		
		c-no		
8-asignación regular de tareas x nº de pacientes u otra modalidad	a-si, “pero con atención integral, tienen asistentes técnicos...”			
	b-si			
	c-no “por horas de atención, listado de situación de los pacientes, se cruza con cantidad de cuidados en relación al proceso de atención de Enfermería”			
9-fuentes de captación internas y externas	a-avisos en el diario y en universidades.			
	b-interna de la escuela “con internado único en el país, cada 10 enfermeras 1 se toma de afuera”			
	c-“perceptivo, ingreso de personal nuevo con conocimientos específicos”			
F. de orientación al personal				

10-Existencia de un periodo formal de adaptación, determinación temporal.		a-si, "2días en el aula y 2 semanas en servicio con un mentor hasta 1 mes"		
		b-si, "1 semana por turno mañana donde está el grueso de las tareas"		
		c-si " de 1 semana, de 7/15 día dependiendo de la evolución cuando se trata de personal con experiencia"		
11- 11.1-cuenta con enfermeros orientadores y 11.2-existencia de ficha de descripción de puesto		a- 1-si 2-no		
		b- 1-si, "las enfermeras jefe" 2-si, la ficha está en los servicios con descripción de funciones		
		c- 1-no "está en desarrollo" 2-no "si se les dice que se espera de ellas"		
F. de control de ausentismo				
12-índice de ausentismo del último año			a-13%	
			b-30%	
			c-30%	
13- principales causas de ausentismo			a-"licencia médica y por maternidad, agotamiento"	
			b-maternidad	
			c-" por examen, muy poco por enfermedad y tareas gremiales + del 30%"	
14-principales causas por enfermedad			a-no sabe	
			b-"artritis, cirugías de cadera,	

			<p>lumboceatalgias, stréss (los menos) por el paciente oncológico”</p> <p>c-“mucho accidente de trabajo del área musculoesquelético, algunas licencias psiquiátricas y resfríos, gripe”</p>	
15- qué factores que contribuyen al ausentismo			<p>a-doble empleo</p> <p>b-calidad del paciente que atienden, identificación con las familias del paciente oncológico, crisis de pánico”</p> <p>c- “1° la variable carga de trabajo externa (muchas tienen doble empleo), 2° Falta de apoyo terapéutica institucional y 3° gran subestimación del personal de esta institución”</p>	
16- desarrollo de estrategias orientadas a la disminución de estos factores			<p>a-no</p> <p>b-si, “juntas médicas y diálogo permanente, llamado telefónico al personal en su casa”</p> <p>c-si “reformular la idea de la profesión, se trabaja en autonomía relacionada a miedos con acompañamiento cercano por parte</p>	

			del departamento, se ha rescatado personas con problemas institucionales”.	
F. de control de rotación				
17-Existencia de registro de rotación, índice o N° anual de rotación			a-si, 65	
			b-,si “no se va nadie”	
			c-no “salvo las eventuales”	
18- existencia de registro de causas			a-si, “intenso trabajo, en alta complejidad cada enfermero atiende 2 pacientes; sábados y domingos 40 y 50 operaciones igual que en la semana”	
			b-si, jubilación	
			c-	
19-existencia de estrategias para la disminución de la rotación			a-desarrollo de una comisión	
			b-xxx	
			c-si “que el grupo de gente que viene como eventual, se trata de tenerla por tiempos prolongados”	
F. de formación, cambio y resolución de problemas				
20-Existencia de comité docente para capacitación continua.		a-si,” 1 coordinador docente está a cargo del mentoring y a cargo de la docencia incidental, el problema hoy es el pase de		

		guardia”		
		b-no		
		c-si, “ 3 enfermeras que hacen la función docente, llevan el proyecto de Enfermería y con el comité de Seguridad del Paciente, vigilancia epidemiológica”		
21-Índice de participación		a-sale a terreno		
		b-“todas participan”		
		c-“ recién empiezan a introducirse en el campo”		
22- existencia de registro de los enfermeros que se están formando		a-si, “el enfermero docente lleva este registro” “tenemos enfermeros dedicados exclusivamente con presentación en el exterior en Berlín y Austria (SIGMA THETA TAU), rol único en el país: enfermera de vinculación.”		
		b-si		
		c-no		
23-participación en proyectos de investigación, mención de los temas		a-si, “análisis del enfermero de vinculación”		
		b- “es una asignatura pendiente, recopilan datos pero no lo hacen para investigación”		

		c-si, ⁸³		
24-Participación en jornadas formales multidisciplinares.		a-no, “fuerte modelo tradicional con separación entre enfermeros y médicos”		
		b-si, festejo de los 100 años, historia de la enfermería en el Roffo, Miss Williams venida de Inglaterra, fundadora, aquí siguen siendo: nurse”		
		c-si “externas: manejo de vías centrales, disminución del Chagas, IRAM, capacitación para capacitadoras por parte del personal de meso-gestión”		
Otros				
25-principales problemas observados en enfermería				a- ⁸⁴
				b- ⁸⁵
				c- ⁸⁶
26-cambios necesarios para resolver estos problemas				a-“no sé, es muy complejo”
				b-“...más compañerismo en la gestión como colegas”

⁸³ si “ en el área neonatal, estudio de Gammaglobulina neonatal afuera, hipotermia posquirúrgica, internas Análisis de la situación de Enfermería; flebitis, úlcera por presión, caídas, medición de indicadores básicos”

⁸⁴ “Conseguir gente con formación y disposición; hay un grupo bastante grande que tiene una actitud no profesional, con consecuencias graves, hay enojo con la vida, en un rol de víctimas.”

⁸⁵ “ En los mandos hay un poco de egoísmo, competencia no sana (...) la gente grande que está en los mandos medios que se resisten a los cambios”

⁸⁶ “Falta de actualización de conocimiento, falta de identificación con la profesión, dificultad en la independencia y autonomía de la profesión, las enfermeras más antiguas dicen: esto no me corresponde”

				c-“ se está trabajando en los cambios que se relacionan con todo lo antes mencionado”
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------

10.5.2-

Matriz de datos cuanti-cualitativos correspondientes a las entrevistas dirigidas a los representantes de los Departamentos de Recursos Humanos de cada organización (a -b -c): Funciones relacionadas a los problemas del Recurso Humano Enfermero y cuantificación de médicos.

Cuadro 17

Funciones	Problema socio-laboral	p. formación académica	p. perfil epidemiológico y migración	p. central
f. empleo				
Pregunta 1- Reconocimiento y cuantificación del déficit.				a- si, cuentan con 1 enfermero de más.
				b-si, no maneja esos datos
				c-si, “están cubiertos”
2-formas de reclutamiento				a-diarios y referencias de los trabajadores
				b-no sabe
				c-“a través de escuelas o en forma espontánea o eventualmente avisos en el diario”
3- Descripción de puesto de trabajo	a-no			
	b-si			
	c-si			
4-Proceso de sistematización de la selección, descripción. Acogida y adaptación,	a-si, entrevista, psicotécnico.			a-si, inducción en filosofía de la institución y modalidades del sector.
	b-si, presentación			b-no sabe

descripción	de requisitos para el cargo			
	c-si, "presentación de currículum y entrevista en el Dto. de E.; con examen, luego RRHH chequea la documentación con entrevista y examen de salud ambiental"			c-si, inducción
f. de Administración				
Preguntas 1-Tipo de contrato de trabajo ofrecido	a-"efectivo y eventual solo en periodo vacacional".			
	b-"De planta permanente y transitoria"			
	c-"eventual, plazo fijo y por tiempo indeterminado"			
2-cuantificación de personal efectivo	a-282			
	b-no tiene en este momento			
	c-133			
3- cuantificación de personal eventual	a-11			
	b-tampoco			
	c-x			
4-existencia y cuantificación de enfermeros extranjeros, nacionalidad de los mismos.			a-no se llevan registros.	
			b-no sabe	
			c-si, "pocas, de Bolivia, Uruguay Perú y otros"	
5- salario básico de un enfermero	a-convenio colectivo 122-75			
	b-\$9.000			
	c-\$5.603			
6-incentivo económico adicional	a-si, adicional voluntario según área de desempeño.			
	b-si, premio por asistencia			
	c-si, "precentismoc y puntualidad,			

	atención por camas e incentivos voluntarios en determinadas áreas cerradas, variable referida al sueldo bruto %15 más, que reemplaza a los ticket”			
f. de Dirección y desarrollo				
1-comunicación directa o indirecta	a-ambas, en forma indirecta a través de cartelera			
	b-ambos “depende de cual sea el motivo, pedido médico o artículo se comunican acá”			
	c-“a través del Dto. de Enfermería , cartelera de RRHH y correo”			
2-distribución según grado de formación		a- P. grd-n/d Lic.-80 Enf-202 Aux.- x		
		b-no sabe		
		c- ⁸⁷ P.grd.n/d Lic.- 95 Enf.- 145 Aux.-23		
3-espacio de investigación		a-si		
		b-no sabe ⁸⁸		
		c-si		

⁸⁷ No está incluido el personal jerárquico ni el eventual.

⁸⁸ Los datos específicos de enfermería los maneja la Dirección.

4-incentivos relacionados con investigación	a-interés científico y profesional			
	b-no sabe			
	c- "por becas se reconvirtió con el Instituto Padre Luis Tessa en el '95"			
5-ficha de evaluación de desempeño-	a-no ⁸⁹			
	b-no sabe			
	c-si			
6- análisis del potencial y criterios	a-,no "si del periodo inicial" b-no sabe c-si			
7-planes de carrera	a-no b-no sabe c-si			
8-evaluación diagnóstica de clima laboral	a-no			
	b-no			
	c-si, "aunque en los 2 últimos años no"			
f. de Servicios Sociales				
1-Actividad social o recreativa	a-no			
	b-no sabe			
	c-no, las actividades sociales están embarcadas por el gremio, campeonatos deportivos y apoyo económico"			
2-asesoramiento jurídico	a-no "aunque brindan orientación"			
	b-si, asesor legal para todo el Instituto			
	c-si			

⁸⁹“ La institución solo cuenta con solo dos años de desempeño en el mercado”

3-servicio de salud adicional			a-si "medicina laboral"	
4-principales causas de ausentismo			b-si, "se solicita a la dependencia de la Universidad"	
5-principales causas por enfermedad			c-si	
			a-"pluriempleo, stress en sectores críticos, trabajo particular x incentivo económico; situación de recurso altamente demandado" "si a un enfermero no le va bien en una institución puede conseguir empleo en otra"	
			b-"por enfermedad"	
			c-Por enfermedad y por hijos enfermos	
			a-"episodios agudos: gripe y patologías gastro intestinales, prolongadas: traumatológicas y maternidad"	
			b-"lesiones y lumbalgias, asma, cirugías de brazo, manos"	
			c- "Enfermedades profesionales, enf. Psiquiátricas en gral. En todo el personal, ataques de pánico, vértigo, depresión"	

Otros				
1-Principales problemas que se observan				a-“en los últimos años ha cambiado el arrame vocacional. Va cediendo con el paso de los años, fue tornando a personas que no empezaron la carrera por la vocación sino en función de la oferta de 2 y 3 trabajos” “es una salida laboral más que un arrame vocacional”
				b-no sabe
				c-“Falta de profesionalidad que desde hace 15 años ha ido disminuyendo”
2-Nº médicos				a-336
				b-220
				c-230

10.5.3-

Matriz de datos cuanti-cualitativos correspondientes a las entrevistas dirigidas a los Enfermeros del área operativa en base sus funciones, correspondientes a cada una de las organizaciones (a-b-c) relacionadas a los problemas del mismo capital humano.

Cuadro18

edad	a-1-29	b-1-20	c-1-39
	a-2-25	b-2-63	c-2-60

Nacionalidad	a-1- boliviana			
	a-2- argentina			
	b-1- argentina			
	b-2- argentina			
	c-1- argentina			
	c-2- argentina			
Ciudad de nacimiento	a-1- Potosí			
	a-2- Buenos Aires			
	b-1- Jujuy			
	b-2- Mendoza			
	c-1- Capital Federal			
	c-2- Posadas-Misiones			
2-Años de recibido/a	a-1- 6			
	a-2- 5			
	b-1- 1			
	b-2- 32			
	c-1- 14			
	c-2- 20			
3-Antigüedad dentro de la Institución	a-1- <1 mes			
	a-2- 2 años			
	b-1- 2 meses(3 sin salario)			
	b-2- 29 años			
	c-1-1 mes			
	c-2-38 años			
Funciones del Enfermero General	Problema socio-laboral	p. formación académica	p. perfil epidemiológico y migración	p. central
4- motivo de ingreso a la Institución				a-1-“ya trabajé aquí, por motivos de turno, tuve que irme”
				a-2-“me gustó el proyecto, me gustó el cambio, antes trabajaba en otra

				<p>institución”</p> <p>b-1-“me gusta, porque acá estudié”</p> <p>b-2-⁹⁰</p> <p>C-1-“ el ingreso rápido y la eventualidad, tengo dos trabajos, tengo dos trabajos efectivos...”</p> <p>C-2-“cubrí vacaciones por unos meses y me quedé”</p>
5- motivo de permanencia en la Institución				<p>a-1-“por el trabajo, conociendo a la gente”</p> <p>a-2-“el ambiente laboral, muy buena relación con mis pares y equipo médico. Es un lugar donde podés hablar y te escuchan, eso es muy importante”</p> <p>b-1-“la calidez”</p> <p>b-2- “lo mismo, mi objetivo siempre fue ese”</p> <p>c-1-“el ingreso económico seguro, trabajo bien y no te explotan, trabajo en equipo.Gano dinero, bien, cómoda y ocupo bien el rol de la Enfermera”</p> <p>c-2-“es mi vida, con esto formé</p>

⁹⁰ “yo tuve muchos años a mi mamá con cáncer, vi el maltrato con el paciente, con la gente que lo atendía. Me propuse estudiar enfermería y mi objetivo fue estar en un lugar oncológico. Ser diferente, dejé todo lo que hacía, siempre fui administrativa, pedí en un lugar oncológico, me presenté y quedé”

				mi familia, eduqué a mis hijos, me formé”
6-Percepción de los problemas más importantes de la disciplina				a-1- “Compañerismo, creo que es en todos lados”
				a-2- ⁹¹
				b-1-“ qué hace y cumple todos los roles, podría ser el salario”
				b-2- “en aquellos años ha ido mejorando, más conocimiento, eso ha cambiado bastante, estoy aprendiendo día a día”
				c-1- ⁹²
				c-2- ⁹³
7- posibilidades de solución de los problemas percibidos				a-1-si
				a-2-si
				b-1-si “si todos cumpliéramos los roles, sería bueno”
				b-2-si
				c-1-si “capacitándose e informándose, participando”
				c-2-si “ con el tiempo, cambiar la mentalidad”
8-participación en proyectos de mejora para la atención de cuidados de salud en la Institución. Descripción.		a-1- si		
		a-2-si “ en un proyecto de trombosis, colaboré en la toma de datos con un superior”		
		b-1-si “charlas de capacitación”		

⁹¹ “El ausentismo. No todo el mundo se capacita y si te capacitás al par no le cae muy bien”

⁹² “1° el salario, el sueldo es bajo,, el futuro de la jubilación es muy bajo. 2° Todas las leyes han hecho desvalorizar a la Enfermería. Las leyes apoyan la actual situación de los auxiliares; 3° la desvirtuación del rol, se eliminan los escalafones por gerencia, están desapareciendo los derechos. 4° Limitaciones frente algunos accidentes, falta de unión para defendernos; 5° Falta de colegiatura y 6° el doble empleo”

⁹³ “no somos unidos, no se considera como una profesión, en otros lados no te dejan avanzar. Aquí rige el modelo médico hegemónico, falta buena formación de Enfermería”

		b-2-si "cuidados paliativos y traqueostomizados"		
		c-1-no "en otros, sí"		
		c-2-si "aunque me estoy por jubilar, cuando me llaman participo"		
9-portación de plan de carrera. descripción	a-1- si "hacer la Licenciatura o puericultura" a-2-si "quiero terminar las materias de la Licenciatura y hacer el profesorado" b-1-si "hacer la licenciatura y alguna especialidad" b-2-si "técnica de farmacia, en mi juventud" c-1-si " en el futuro, una maestría y como hobby..." c-2-no			
10-Principales obstáculos para llevar adelante su plan de carrera	a-1-" los chicos, mis nenes" a-2- "soy soltera y sin hijos, quizá la familia, aunque no creo que sea imposible, aunque se complicaría un poco" b-1-"si uno quiere todo se puede"			

	b-2- "la familia, los cuidados de la familia"			
	c-1-, la familia, la distancia, la falta de tiempo"			
	c-2-" la salud, ya no soy una niña que viajaba horas para estudiar"			
11- participación en equipos multidisciplinares de atención. Calificación de la relación		a-1-no		
		a-2-si "muy buena"		
		b-1-si "buena"		
		b-2-si, "muy buena, porque me enseñaron temas que no sabía"		
		c-1-si "buena"		
		c-2-si "muy buena"		
12-Participación en cesiones de información y discusión sobre tratamiento y necesidades de las personas que atiende, si la respuesta es no, el por qué.		a-1- si		
		a-2-si		
		b-1-si		
		b-2-si " tenemos chicas muy capacitadas, me gusta preguntarles a ellas"		
		c-1-no "en el hospital sí, se puede"		
		c-2-si		
13-Participación en acciones de capacitación continua. Mención y ubicación temporal del último evento.		a-1-no "capacitación en neonatología en otro lugar"		
		a-2-si "en cursos de RCP, dolor y tratamiento"		
		b-1-si "de quimioterapia"		
		b-2-si		
		c-1-no		
		c-2-si "RCP hace dos años"		
14- percepción de toma de	a-1- si "			
	según las			

decisiones respecto de los recursos disponibles. descripción	necesidades de los pacientes”			
	a-2-si “se habla con los jefes de servicio y con el grupo se va decidiendo”			
	b-1-si			
	b-2-si			
	c-1-si “insumos, informo, la atención directa e indirecta y sugiero porque son residentes			
	c-2-si “insumos”			
15- participación en la formación de novatos; si la respuesta es no, motivos.		a-1-si		
		a-2-si		
		b-1-no “yo soy la que está formándose”		
		b-2-si		
		c-1-si		
		c-2-si		
16-Sugerencia o participación en proyectos de investigación; si la respuesta es sí, mención.		a-1-si, “ en Tensión arterial en el embarazo, en el barrio donde vivo” (entusiasmada)		
		a-2-si		
		b-1-si “ lavado de manos y toma de TA”		
		b-2-no		
		c-1-no		
		c-2-no		
17-posibilidad de migrar dentro o fuera del país por motivos relacionados al ejercicio de la enfermería, lugar y motivo.			a-1-no	
			a-2-no	
			b-1-no	
			b-2-no	
			c-1-si “España, Barcelona, por el 2001, por el corralito y	

			problemas de falta laboral en la familia”	
			c-2-si “a Australia tenía todo preparado para irme y no lo hice por mi familia”	
18-ausentismo por motivos de salud en el último año			a-1-no	
			a-2-si “por migrañas, hace 1 mes estuve internada”	
			b-1-no	
			b-2-“cirugía de cadera en dos oportunidades”	
			c-1-no	
			c-2-si “ por accidente de tránsito”	