

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA ENFERMERÍA

Alicia Cabrera¹

Resumen

El artículo tiene como propósito brindar algunos elementos para fundamentar un proyecto nacional de enfermería, en el marco de la reforma del sector salud. Desde la visión del autor sobre el desarrollo de las macropolíticas y su aplicación en las áreas sociales, se formula una propuesta alternativa para la profesión de enfermería, de manera de integrarnos con identidad, en la construcción del nuevo modelo asistencial.

El artículo se organiza en tres capítulos dedicados: al modelo sanitario actual, la situación de enfermería y una propuesta para generar verdaderas transformaciones. Se trata de explicar de manera directa y sin rodeos, la compleja operativa del modelo neoliberal en el escenario regional. Así también como esta operativa impacta en el sector salud y se recrea tratando de sostener sus principios elementales basados en la acumulación de riqueza, inequidad social y defensa de la propiedad privada.

En el capítulo II, se presenta la situación de enfermería regional, comparándola con la realidad de países con mejores indicadores sanitarios. El diagnóstico de la realidad nacional de enfermería se analiza desde algunos documentos políticos elaborados por organismos internacionales de jerarquía para la salud y la enfermería. Así también se presentan resultados de investigaciones de enfermería que estudian impacto en la calidad asistencial, como forma de aportar elementos que sustenten la propuesta alternativa.

Se proyecta el servicio de enfermería para un futuro Sistema Nacional de Salud, considerando prioritarias, el área de primer nivel de atención y la hospitalización convencional. Sobre la consiga estratégica de materializar cambios estructurales indispensables, se propone cuadruplicar el número de enfermeros universitarios en nuestro país y se estimula un proceso mental de ruptura con los esquemas actuales de funcionamiento.

Finalmente, la propuesta planteada implica un desafío que provoca al intelecto, promueve las críticas y abre el necesario debate sobre nuestro propio futuro.

NATIONAL PLAN FOR THE DEVELOPMENT OF HUMAN RESOURCES IN NURSING

Summary

The article has been written to give some elements to provide basis for a National project in Nursing within a

Health's reform frame. In the author's view about the development of macro-politics and their application on social areas, an alternative proposal is formulated for nursing profession, so that one can integrate work, feeling identified with the building of a new model in assistance. The article has been organized in 3 chapters: present model of Health Service, nursing situation and a proposal to generate real transformations. The aim is to explain in a direct way, the complex neo-liberal model that is working in the region. And how the impact on the sector of Health is recreated, trying to sustain its elementary principles based on wealth accumulation, social inequity and private-property protection.

The regional nursing situation is presented in chapter 2, and it is compared with the reality of other countries with better indicators in Health. The diagnosis of the national reality in nursing is analyzed considering some political documents written by International Organizations which are of high hierarchy in Health and Nursing. Then, results about investigations in nursing can also be found in this article. This investigation shows the impact of the quality of Health services to give elements that provide the basis for the alternative proposal. The Nursing service is projected for future national services in Health considering as priorities the first level attention area and conventional hospitalization. With the strategy to materialize indispensable structural changes, the author proposes to quadruple the number of nurses in Uruguay and stimulates a mental process of finishing with today's working schemes.

Finally, the author proposal implies a challenge that "invites" to acute understanding, promotes criticism and opens a necessary debate about our future.

PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA ENFERMAGEM

Resumo

Este artigo tem como propósito oferecer alguns elementos para fundamentar um projeto nacional de enfermagem, no âmbito da reforma do setor saúde. A partir da visão do autor sobre o desenvolvimento macropolíticas e sua aplicação nas áreas sociais, formula-se uma proposta alternativa para a profissão de Enfermagem, de maneira a nos integrar com identidade, na construção do

¹ Licenciada en Enfermería. Profesora Directora de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Maestrando en Administración. E-mail: alicab@adinet.com.uy

novo modelo assistencial. O artigo se organiza em três capítulos dedicados: ao modelo sanitário atual, à situação da Enfermagem e uma proposta para gerar verdadeiras transformações. Trata-se de explicar de maneira direta e sem rodeios a complexa atuação do modelo neoliberal no cenário regional. Analisa também o impacto dessa atuação no setor saúde e como se recria, na tentativa de sustentar seus princípios elementares baseados na acumulação de riqueza, desigualdade social e defesa da propriedade privada.

No capítulo II, apresenta-se a situação de Enfermagem regional, comparando-a com a realidade de países com melhores indicadores sanitários. O diagnóstico da realidade nacional da enfermagem é analizado por meios de alguns documentos políticos elaborados por organismos internacionais de hierarquia para a saúde e a enfermagem. Também são apresentados resultados de investigações de enfermagem que estudam o impacto na qualidade assistencial, como forma de ofrecer elementos que sustentem a proposta alternativa.

Projeta-se o serviço de Enfermagem para um futuro Sistema Nacional de Saúde considerando prioritárias a área de primeiro nível de atendimento e a hospitalización convencional. Sobre o lema estratégica de materializar mudanças estruturais indispensáveis, propõe-se quadruplicar o número de enfermeiros universitários em nosso país e se estimula um processo mental de ruptura com os esquemas atuais de funcionamiento.

Finalmente, a proposta em questão implica um desafío que provoca o intelecto, promove críticas e abre o necessário debate sobre nosso próprio futuro.

Capítulo I - La salud, una forma de ver nuestra realidad

El modelo neoliberal continúa profundizándose en su propuesta globalizadora de apropiación y generación de riqueza, mediante diversas estrategias. En América Latina se han incorporado a las áreas de interés del gran capital, los recursos naturales, tales como el agua y el petróleo, así también como actividades que históricamente pertenecieron a la competencia del Estado. Las hoy llamadas áreas sociales: educación, seguridad social y salud, deben ser integradas a la cartera de negocios de los diferentes grupos económicos y para ello hay que transformarlas en mercancía. Para que esto se materialice, es necesario un gran estudio de mercado y desplazar al sector privado los clientes y servicios rentables. En buen castellano, los “clientes pobres” que no tengan capacidad de pago demostrada y que por ende, no le interesen al sector privado, serán beneficiarios plenos de los servicios estatales.

Es por ello que en los esquemas de reforma y siempre bajo la consigna de eficiencia y equidad, se comienza por identificar o “focalizar” los sectores pobres o marginales. Esta segmentación tiene la finalidad de separarlos y de esta manera dejar la cancha despejada para que el libre mercado opere y se ocupe de satisfacer los requerimientos del resto de la población.

Varias son las herramientas que contribuyen a la instalación de estos planes:

a) *Un discurso tramposo*, que juega con lenguajes y conceptos distorsionados. Como por ejemplo: “solidaridad” que se sustituye por “filantropía social”, “equidad” por prestaciones según capacidad de pago, “accesibilidad” por pertenencia administrativa a un tipo de servicio público o privado. Así también, el concepto de “descentralización” que se sustituye por el desplazamiento de las responsabilidades del Estado a las comunidades locales, sin los recursos correspondientes. Se podría seguir con los ejemplos, pero nos importa subrayar la gran estafa conceptual: el principio de “universalidad”. En ese sentido, la extensión de las prestaciones definidas a través de una canasta de servicios básicos, destinada al conjunto de la población, no implica el uso y goce del derecho a la salud para todos los ciudadanos por igual. Los modelos de canasta básica, predeterminan una serie de servicios de bajo costo y supuesto “alto impacto”, que deben llegar a la totalidad de la población sin diferencias de condición económica.

Los problemas que plantean estos esquemas organizativos, en principio se pueden vislumbrar en dos grandes aspectos: 1) En la definición de los servicios que integran el paquete y 2) Cuando los tratamientos que requiere la enfermedad no están incluidos en esa canasta.

En relación al primer problema planteado y sin desconocer que se avanza día a día en los estudios de diagnóstico y práctica basados en evidencias, los profesionales de la salud somos críticos de estas metodologías. Las mismas permiten la predicción sobre la base de una realidad “congelada” o parcial y por lo tanto no exenta de error.

Los avances del conocimiento científico nos permiten afirmar que el equilibrio entre salud y enfermedad es un fenómeno altamente complejo y determinado por una gran variedad de causas que interactúan de manera sinérgica, en lo biológico, social, psicológico y económico. Por tanto la definición política de los productos de la canasta con estas metodologías de predicción, son falibles y foráneas. Nuestro país no cuenta con resultados de investigaciones propias, salvo casos excepcionales, que le permitan realizar sus propias conclusiones, en torno a los problemas sanitarios más frecuentes.

2) El segundo problema se presenta, al momento de necesitar los servicios que no se encuentran fijados en la canasta. De aquí en adelante se abre una gran interrogante para los ciudadanos sin capacidad de pago extra seguro. ¿Podrán acceder al servicio que necesitan? ¿Quién cubrirá la alícuota del arancel correspondiente a las prestaciones? ¿Qué sucede si el ciudadano no tiene dinero? Cuando esta hipótesis se transforma en realidad el problema se resuelve con la lógica del mercado. De esta manera se diluye el sentido solidario y se sustituye por el individualismo. En definitiva el principio de universalidad queda sujeto al plano estrictamente económico financiero, ya que “todos” los ciudadanos no pueden acceder a “todos” los servicios. De esta manera se desvirtúa la esencia del sistema y el legítimo derecho a la salud, fundado en que todo ser humano debe recibir atención sanitaria en función de sus necesidades y por tanto tener un trato igualitario, independientemente de su capacidad económica, postura religiosa o ideológica.

b) Compromisos formales con los organismos de crédito.

El proyecto de Estrategia Asistencia País (EAP), acordado con el Banco Mundial para el quinquenio 2005-2010, diseña políticas estatales y establece compromisos para los países de la región en torno al programa de asistencia financiera, sobre la base de tres metas programáticas: Reducir la vulnerabilidad, sustentar el crecimiento y mejorar los estándares de vida. Se detallan los riesgos, los montos de los préstamos y los indicadores esperados en el plano económico. En particular en el sector salud se expresa: “En este contexto, una necesidad estratégica clave sería mejorar el marco de incentivos para todos los actores del sistema, primordialmente reduciendo la fragmentación y aumentando la efectividad de los incentivos financieros y regulatorios para una mayor eficiencia y equidad” (1)

De acuerdo a lo expuesto, el tema clave se centra en el financiamiento y los altos costos asistenciales.

Concretamente, se pretende limitar el gasto público para destinarlo exclusivamente a la asistencia de las clases sumergidas y paralelamente aliviar la carga de deuda ya contraída por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Según esta lógica se continúa restringiendo el gasto público, se activa el mercado, crece la riqueza y por ende se puede “honrar la deuda”.

A través de modificaciones en la normativa vigente, llámese en el lenguaje del banco: “Crear un entorno habilitador para el sector privado o la modernización del Estado”(2), se diseña una artillería jurídica dedicada a desplazar el financiamiento y los servicios del sector público al privado. Se trata de no emplear el mecanismo de las privatizaciones, dado la alta resistencia que ha demostrado la sociedad en este tema. Para ello se crean otras formas más sutiles y aparentemente democráticas, en las cuales el Estado se “asocia” con el capital privado. De acuerdo a ello se definen órganos de decisión estratégica con integración mixta (público- privado) y con la capacidad de administrar los fondos públicos. En nuestro país tenemos algunos ejemplos como: el Fondo Nacional de Recursos (FNR), Centro Nacional de Quemados (CENAUQUE), Comisiones Honorarias, Servicios Incentivados administrados por comisiones de apoyo, entre otros.

c) Interlocutores sociales calificados. El modelo opera con generadores de opinión pertenecientes a los partidos políticos, integrantes de la sociedad civil y del cuerpo académico. De esta manera los llamados “clientes” de los organismos internacionales de crédito, mantienen un curso de alta calidad técnica, que por alejado y complejo, tiene la capacidad de influir en la población como un “producto” serio, creíble e inmodificable. En definitiva y según el pensamiento de gran parte de la población: “*Hablan difícil los hombres que saben y si ellos lo dicen, debe ser así*”.

Si analizamos la marcha de estos planes en la región y en nuestro país, podemos observar que se comenzó con la Seguridad Social. Esta ha sufrido una abrupta reforma en la cual se ha desplazado la administración de los aportes de los trabajadores, desde el Estado a las empresas privadas y aseguradoras, las que trabajan con grandes sumas de

dinero, con el fin de lucrar a través de la especulación financiera. La ley las habilita a realizar inversiones en empresas privadas o públicas, pero el riesgo corre por cuenta de los afiliados. En suma, la ganancia de los negocios es para las administradoras de fondos y los riesgos son para las personas, afiliadas en cuentas personales. Los pobres son del Estado, el que se ocupa de las pensiones a indigentes o a trabajadores de bajos ingresos. Este gran negocio, se inicia bajo el rótulo de “Reforma de la seguridad social”, impuesta por los organismos de crédito, para hacer efectivos los préstamos y abrir el mercado a las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP). El mismo esquema económico se plantea para el sector salud, apetecible por el volumen del gasto público (11% del PBI).

En definitiva, disminuir el gasto público, liberar el mercado y administrar el gran fondo de recursos presupuestales con destino al financiamiento del sector privado, es el objetivo. La regulación implica crear un marco jurídico que ordene el mercado, que identifique con claridad los segmentos según capacidad de pago y que integre al sector privado en la administración del financiamiento global. La propuesta consiste en extender y profundizar el modelo de administración mixta, integrar a las empresas privadas en los órganos de decisión estratégica y desde el sector público, administrar las prestaciones y el financiamiento como si fuera un gran Fondo Nacional de Recursos, donde el sector Estatal (Ministerio) es un socio minoritario.

A manera de síntesis el paradigma se sustenta en tres estrategias globales: privatización, descentralización y focalización, ellas han adquirido la categoría de “verdades absolutas” en el pensamiento colectivo, por ello si estas lógicas dominantes no son cuestionadas y estudiadas en particular, no se podrán encaminar las soluciones a los temas reales del conjunto de la población (3).

Dentro de este modelo de lógica neoliberal, también se reproducen sus propias contradicciones, dado que la esencia de la concepción se sustenta en la inequidad. De esta manera, de no resolverse los temas de fondo de la economía o sea, la producción y el destino de la riqueza nacional y su distribución, se supone que continuará la exclusión y el aumento de los pobres. Indefectiblemente el Estado continuará haciéndose cargo de una población pobre en crecimiento, cada vez con menos presupuesto y dejando en evidencia, las diferencias entre la salud para los pobres y la salud para los ricos.

Capítulo II - Los recursos humanos en salud y la enfermería

Los recursos humanos en cantidad y calidad, continúan siendo en muchos países un tema desatendido en las reformas sectoriales.

A nivel de América Latina se profundizan las diferencias de recursos, en especial los humanos y en particular los recursos de enfermería. Así lo demuestran los estudios estadísticos que comparan las inequidades entre la América Latina y los países desarrollados con economías consolidadas (4).

Tercera sección

La información presentada en los cuadros nos muestran, entre otros aspectos, una correspondencia entre los países que cuentan con personal de enfermería de rango elevado en los indicadores enfermero /población y la obtención de indicadores positivos en los resultados de la atención sanitaria.

En el documento "Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud" (OPS 2001) (5), se presenta una serie de países reconocidos como modelos asistenciales y de gestión a nivel mundial, como Canadá, Estados Unidos, Cuba. Estos países cuentan con un índice de 97,2 enfermeras por 10.000 habitantes para afrontar la asistencia de los programas sanitarios, mientras que nuestro país tiene 9 enfermeros cada 10.000 habitantes (Indicadores Básicos- OPS, 2003) (6)

Existen investigaciones de enfermería realizadas a gran escala que han tratado de salirle al paso a la restricción de recursos y al aumento creciente de las demandas de atención. El estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos por Hartz *et al.* (citado por OMS, 1998) en 3.100 hospitales, mostró que las instituciones que tenían un buen porcentaje de enfermeras generales y una alta razón

de enfermero por paciente, tienen comparativamente tasas menores de mortalidad (7).

Investigaciones sobre carga de trabajo óptima para enfermería (Aiken, L. *et al.* 2002) realizados en hospitales públicos estadounidenses, demuestran que a partir de cuatro pacientes por enfermero, que se considera la carga óptima, se identifica un aumento en la probabilidad de muerte de la población atendida. Los resultados obtenidos permitieron arribar a las siguientes conclusiones: seis pacientes por enfermero presentaron un aumento del 14% de la tasa de mortalidad dentro de los 30 días de su admisión. Cuando se atendieron ocho pacientes por enfermero, las cifras aumentaron al 31% la tasa de mortalidad, en relación al grupo que atendía a cuatro pacientes o sea, la carga óptima (8).

Para analizar realidades más cercana, podemos considerar un estudio multicéntrico realizado en la ciudad de Buenos Aires, abarcando 14 hospitales de agudos y 23 salas pediátricas (J. Paganini, 1993). En el mismo se demuestra una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las variables: Número de horas-enfermero por paciente-día y tasa de letalidad por diarrea aguda. Los resultados expresan que: "cuanto mayor fue la disponibilidad de per-

RECURSOS DE SALUD			
INDICADORES	LALC	CANADA-USA	Diferencias
Gasto en salud (% PBI)	7.2	14.4	7.2% (-50%)
Camas hospitalarias por 1000 habitantes	2.9	4.0	1.1 (-28%)
Médicos por 10.000 habitantes	21.4	27.4	6.0 (-22%)
Enfermeros por 10.000 habitantes	7.4	96.5	89.1 (-92%)
Personal capacitado en atención al embarazo (%)	66.9 %	98.8 %	31.9 % (-32%)
Personal capacitado en atención al parto(%)	85.6 %	99.4 %	13.8 % (-14%)

Fuente: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Salud Perinatal, n° 19, Diciembre 2001: 56. Ed. OPS/OMS. Montevideo, Uruguay.

MORTALIDAD			
INDICADORES	LALC	Canadá-USA	Diferencias
Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	89.4	8.2	11 veces mayor
Mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos	38.8	10.0	4 veces mayor
Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	29.1	7.0	4 veces mayor
Mortalidad por enfermedades transmisibles /100.000 habitantes	82.0	28.0	3 veces mayor
Mortalidad de menores de 5 años por EDA (%)	8.2	0.6	12.5 veces mayor
Mortalidad de menores de 5 años por IRA (%)	10.7	2.4	3.5 veces mayor

Fuente: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Salud Perinatal, n° 19, Diciembre 2001:56. Ed. OPS/OMS. Montevideo, Uruguay.

sonal de enfermería menor fue el riesgo relativo de morir por la enfermedad mencionada" (9).

Sin desconocer la relatividad de estos datos y los abismos existentes entre los países desarrollados y nuestra realidad, la carencia de personal de enfermería calificado es un problema generalizado. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), expresó en el documento "Primera idea general de los recursos Humanos de enfermería en el Mundo", 2004 en la voz de J. Oulton de la Dirección General: "La escasez de enfermeras pone en peligro las metas de los sistemas de salud en todo el mundo y desafía nuestra capacidad para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones" (10). Los documentos de la última Reunión Internacional de Enfermería, realizada en Bello Horizonte- Brasil en el año 2000, expresan que las reformas sanitarias operadas en América Latina, se han centrado en la reducción presupuestal del Estado y han impactado negativamente, observándose los siguientes resultados: deterioro de los indicadores distributivos con aumento de la inequidad, reducción del mercado de trabajo y de salarios. Despidos de personal y flexibilidad laboral. Debilidades e insuficiencias de normas reguladoras. Incremento de los costos asistenciales y subsidios cruzados que favorecen al sector privado en desmedro de la magra situación presupuestal del sector público (11).

Estos valiosos documentos identifican una serie de fortalezas en la profesión que debemos considerar a la luz de nuestra realidad:

- La proximidad y continuidad del vínculo productivo con los usuarios, en todos los niveles asistenciales y en las diferentes etapas de la vida.
- La capacidad de interlocutor para defender los derechos de la población.
- La innovación en las propuestas curriculares con desarrollo de niveles posbásicos.
- La amplitud y versatilidad de nuestra área de dominio.
- El método integrador del proceso de atención de enfermería.
- La capacidad y convicción para desarrollar trabajo en equipo.
- Las competencias reconocidas en el gerenciamiento de los servicios.

Las debilidades se visualizan en las siguientes áreas:

- Falta de influencia en las definiciones políticas estratégicas del sector y en la capacidad de liderazgo para la negociación de propuestas.
- Escasa participación en los centros de decisión profesional, gremial y política de gobierno.
- Carencias en el cumplimiento o ausencia de marcos normativos que regulen la actividad profesional y definan niveles de calidad en la prestación de servicios de enfermería
- Desvalorización e intrusismo en el campo de acción laboral por el empleo de recursos menos calificados.
- Contradicciones entre los servicios formadores y asistenciales que afectan el desarrollo de la profesión.
- Desarrollo insuficiente de la investigación científica en la disciplina.

- Desequilibrios en la relación de personal profesional y auxiliar, así también como en las políticas de formación de los recursos humanos.

De acuerdo a lo expuesto, podemos afirmar que nuestra situación es similar a la del contexto regional.

Las cifras hablan por sí solas de un modelo que ha fracasado en sus resultados sanitarios y mantiene graves fallas estructurales.

Mientras que tenemos enfermeros profesionales y auxiliares desocupados, se aumentan las cifras de migración y se agudizan los índices de relación enfermero- paciente en la asistencia.

En el diagnóstico de la situación nacional realizado por el Comité Técnico de Enfermería (2003), se estima contar con 2.400 profesionales y 18.000 auxiliares de enfermería habilitados y en etapa laboral activa. Esto hace a un total aproximado de 20.400 enfermeros profesionales y auxiliares, que conformarían la fuerza de trabajo potencial, en condiciones de participar en el mercado laboral. Si bien no tenemos estudios actualizados respecto a las cifras de ocupados y desocupados, el estudio realizado para las IAMC en el año 2000, reveló la existencia de 6.200 cargos de enfermería. Dado que posteriormente se efectivizó el cierre de mutualistas, estos números son inferiores.

En relación al subsector público, los últimos datos aportados por el Departamento Central de Enfermería de ASSE del año 1997, informan la existencia de 308 cargos de licenciados y 2.707 de auxiliares. Cabe aclarar, que las políticas de reducción del gasto público, unidas al estímulo a la privatización de servicios hospitalarios han provocado una evidente disminución de estas cifras en los últimos años.

El Hospital de Clínicas, Centro de Referencia Nacional, tiene servicios desprovistos de profesionales y auxiliares, lo que afecta de manera significativa la calidad asistencial y la formación de los recursos humanos en el área de la salud. En el diagnóstico realizado en el año 1999, con datos aportados por la División Enfermería, se destaca la presencia de 80 puestos vacantes de licenciados en el Hospital Universitario y una tendencia creciente de las mismas, relacionada con las condiciones de trabajo y los bajos salarios.

Nos parece oportuno y a manera de síntesis sobre este tema, reflexionar sobre algunas de las conclusiones a las que llegan los economistas M. Rodríguez y M. Buchelli, en oportunidad de realizar un estudio diagnóstico del sector salud para el BID: "La baja cantidad de enfermeras es percibida históricamente como uno de los problemas del sector. Hoy la oferta supera la demanda. La competencia entre las instituciones por la captación de enfermeras de elevada formación se eliminó por la falta de empleo. Las limitaciones presupuestales y la falta de atractivo de los incentivos económicos son algunas de las causas de no estimular la opción por esta carrera" (12).

"El problema de la escasez de enfermeras es un fenómeno también observado en otros países. Bajo el diagnóstico de que las bajas remuneraciones están en la base de la escasez de enfermeras, no pudiendo recurrir a los incentivos de inmigración tal como lo hacen los países

desarrollados, un cambio para superar esta escasez es el aumento salarial” (13).

Capítulo III - Propuesta alternativa

El modelo asistencial vigente requiere de profundas transformaciones estructurales que solamente se lograrán a través de un Sistema Nacional de Salud (SNS), con un alto control del Estado en la administración del sector. Debemos encaminar los esfuerzos hacia el modelo más integral y más justo para la población. Por ello la meta planteada en el Octavo Congreso de la Central Obrera, es avanzar hacia un Sistema Nacional de Salud (14). Los paquetes de seguro, crean condiciones para el fraccionamiento de sectores de mercado por capacidad de pago, a partir de un menú de prestaciones básicas, que aunque se pueden diseñar mediante estudios de riesgo, admiten la probabilidad de eventos no contemplados, dejando a personas excluidas y sin asistencia. La interdependencia causal de los factores asociados a los fenómenos de enfermedad, obligan al Estado a comandar políticas públicas en materia de vivienda, saneamiento, trabajo, medio ambiente y educación, sin las presiones y aberraciones que generan los intereses del capital. En definitiva, lo que nuestro Profesor H. Villar llama la “rentabilidad social”, ganancia en años de vida saludables y felicidad para nuestros niños y viejos, verdadero capital de la sociedad uruguaya (15). La propuesta de cambio deberá resguardar las legítimas competencias del Estado, para que este efectivice el control estratégico del sector y transforme la salud en un derecho a través de la reforma de la Constitución.

Las posibles influencias de los grupos de interés se deberán controlar mediante la aplicación de normas de calidad e incompatibilidad, que permitan recuperar cierto nivel de credibilidad y de garantía ética, en la administración pública. Así también se deberán crear las condiciones para la democratización del sistema, favoreciendo el acceso al conjunto de las profesiones de la salud a los puestos de nivel decisorio, hoy restringidos fundamentalmente a los profesionales médicos. De esta manera se podría comenzar a quebrar una política histórica de dominio de la corporación médica, destinada a preservar un aparato de poder sin fisuras, al servicio del interés privado.

Posicionados en este contexto político, queremos proponer algunos aspectos básicos de cambio desde la óptica de enfermería:

- Ser verdaderos actores de cambio político
- Tener una estructura de cargos de enfermería que nos permita actuar en el nuevo modelo.
- Lograr incentivos económicos y sociales para mantener y ampliar la cantidad de recursos humanos en enfermería.
- Mejorar la calidad de la formación auxiliar y profesional a través de una carrera unificada y de acuerdo a variadas estrategias de profesionalización y posgrado.

Creemos conveniente traer a la memoria las resoluciones de la 54^a Asamblea Mundial de la Salud realizada en Ginebra año 2000, donde se insta a los Estados Miembros a que los enfermeros participen de las políticas

sanitarias a nivel estratégico y den respuestas propias, a los necesarios cambios que se producen en los procesos de reforma del sector salud.

La dificultad mayor que deben sortear las fuerzas de cambio, consiste en fortalecer valores y combatir antivalores presentes en el colectivo. El fuerte peso de los modelos autoritarios- paternalistas, que priorizan los intereses particulares a los colectivos, aún subsisten en nuestra profesión. Ya se ha reformulado el perfil de formación de los enfermeros profesionales (Plan de estudios 1993) jerarquizando la función asistencial con enfoque preventivo y la formación en gestión asistencial. Así también se creó la Ley n° 17.678 en el año 2003, con la finalidad de concretar la unificación curricular en la formación de los dos niveles de enfermería. A pesar de ello aún no se cuenta con la fuerza de trabajo integrada al mercado, por falta de oferta de cargos a nivel de los servicios asistenciales.

En oportunidad de presentar al Ministro de Salud Pública (MSP) Dr. C. Bonilla, el nuevo perfil de competencias del “Equipo de enfermería Comunitaria”, el Comité Técnico manifestó la necesidad de alcanzar la meta de 1.860 puestos de licenciados, junto con igual número de auxiliares e internos de enfermería, para atender la actividad en centros de salud del primer nivel de atención, con una estructura de recursos adecuada. La solicitud se basó en la misma relación profesional- habitante establecida por el MSP para el médico de familia y los cálculos fueron realizados sobre la base del censo de población del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2000) que estimaba 3.341.521 habitantes en el país. Estos equipos comunitarios, deberán estimular la participación activa de la población, integrándose a los núcleos barriales, para fortalecer los programas asistenciales que se implementen desde el primer nivel de atención.

Si realizamos un ejercicio de simulación a nivel hospitalario, trabajando el supuesto de atender en exclusividad el nivel operativo, según los estándares pautados por el MSP y posteriormente avalados por la Comisión Nacional de Calidad y Acreditación de Servicios de Enfermería (CONASE), corresponde calcular:

1 Licenciado operativo cada 15 camas de internación en cuidados generales (16)

En ese sentido, podríamos realizar la siguiente aproximación: Para cubrir la demanda asistencial de profesionales de nivel operativo en los servicios de internación convencional y en los cuatro turnos, se necesitarían 3.443 puestos de trabajo.

Desde el punto de vista metodológico, partimos de la afirmación de que los estándares de relación enfermero /cama no son los más adecuados para definir las plantillas de personal en los servicios hospitalarios. Según Cuesta Gómez, son más recomendables los estudios de tiempo de enfermería por paciente y últimamente se recomiendan las investigaciones aplicadas, las que permiten clasificar la demanda asistencial de acuerdo a niveles de dependencia de enfermería. De todas formas y con la relatividad de estas normas, los diferentes países parten de estándares de dotación mínimos, a partir de los cuales se establecen las estructuras básicas de funcionamiento en el sector salud. En este sentido, los parámetros definidos por Cuesta

Gómez para la dotación de enfermería a nivel hospitalario, oscilan desde 1 recurso de enfermería cada 5 camas, en hospitales pequeños; hasta 1 recurso de enfermería por cama, en hospitales grandes o de distrito (17). Así mismo, en lo que refiere a la composición profesional/ auxiliar, se plantea la relación: 40% de personal profesional y 60% auxiliar para las áreas de atención convencional o cuidados mínimos.

De acuerdo a los criterios mencionados, el nuevo modelo asistencial debería proponerse un nivel mínimo de 3.443 cargos de licenciados enfermeros operativos y un nivel óptimo, que correspondería a 5.164 cargos de licenciados y 7.746 auxiliares .

Este ejercicio de modelización a escala nacional, nos muestra la necesidad de crear a corto plazo, puestos de trabajo de nivel profesional, auxiliar e internos, destinados a dotar de recursos de enfermería al primer nivel de atención y la asistencia hospitalaria convencional.

Probablemente las cifras manejadas provoquen sorpresa, pero en uno de los últimos informes del CIE, sobre la situación de los recursos humanos de enfermería en el mundo (2004) se expresa:

“La relación comunicada entre población y enfermera oscila en los diversos países entre menos de 10 y más de 1.000 enfermeras cada 100.000 habitantes. El coeficiente medio entre población y enfermeras en los países de renta elevada es casi ocho veces superior al de los países de renta baja” (18).

En nuestro caso proponemos ir trabajando en un plan nacional de desarrollo de recursos humanos, la posibilidad de cuadruplicar el número de enfermeros profesiona-

les, como forma de equilibrar las relaciones enfermero-médico y enfermero- población, en base a estándares recomendados internacionalmente.

Un plan de nivel estratégico de reconversión del sector salud, requiere del diseño de un modelo de enfermería alternativo, que marque las metas cuali y cuantitativas a largo plazo, como forma de posicionar las aspiraciones del colectivo desde una perspectiva de cambio.

La enfermería auxiliar y profesional conforman un equipo y su desarrollo en todos los niveles asistenciales está en dependencia de la creación del Sistema Nacional de Salud. El cambio debe ser apoyado con políticas de formación y redistribución de los recursos humanos de enfermería en todo el país, para asegurar la accesibilidad de la población al servicio de enfermería, en todos los niveles y modalidades asistenciales.

Para finalizar, tenemos la convicción de que las personas somos el fundamental motor para los cambios. Creemos que la capacidad de autocrítica y memoria de los grupos humanos es determinante en estos procesos, así también la participación organizada y el liderazgo. Mediante ellos, se crean condiciones para la generación de proyectos colectivos y podremos aspirar a obtener logros, para beneficio del conjunto de la sociedad.

Según A. Donavedian (1972): “La conciencia en los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan. Sólo son mecanismos potenciadores. Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. (...) El comercialismo no debe ser una fuerza central en el sistema (19).

Referencias bibliográficas

- 1) Banco Mundial. *Estrategia de Asistencia al País para la República Oriental del Uruguay 2005-2010. Informe N° 20355-UR . 5 de Mayo del 2005. p 20-21 y 32-33.*
- 2) *Idem.*
- 3) Acuña C. *Indicadores comparativos en los países del MERCOSUR y Chile. Publicación Serie Prosur 2001.*
- 4) Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Salud Perinatal n° 19. Montevideo: OPS /OMS; 2001.*
- 5) Organización Panamericana de la Salud. *Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. Washington: OPS; 2001.*
- 6) Oficina Panamericana de la Salud . *Situación de salud en las Américas; indicadores básicos. Washington: OPS; 2003.*
- 7) *Idem p.5.*
- 8) Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. *Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA.2002; 1987-1993.*
- 9) Paganini,J. *Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Washington: OPS; 1993.*
- 10) Consejo Internacional de Enfermería. *Burdett Trust for Nursing. Primera idea general de los recursos humanos de enfermería en el mundo [en línea] 2004. Disponible en: <http://www.icn.ch> [Fecha de acceso 23 de julio de 2005].*
- 11) Oficina Panamericana de la Salud. *Programa de formación de recursos humanos. Documento resumen del 1er. Simposio de políticas, regulación y gestión de RRHH de enfermería. Asunción: OPS; 2003.*
- 12) Universidad de la República. *Unidad de Preparación del Proyecto de desarrollo del Hospital de Clínicas y de Formación de Recursos Humanos en salud. Consultoría de Mercado Laboral y Remuneraciones. Montevideo: s.n.; 1999.*
- 13) *Idem p.12.*
- 14) Congreso de la Central de Trabajadores, 8. *Informe de la Comisión de Salud. PIT-CNT; 2004.*
- 15) Villar H. *La salud un política de Estado. Montevideo: s.n.; 2003.*
- 16) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Programa de la Garantía de la Calidad y Acreditación de Servicios de Salud. Manual de Estándares para la acreditación de servicios de Enfermería. Montevideo: Ediciones de Enfermería; 2000.*
- 17) Cuesta Gómez A. *La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona: Doyma; 1986.*
- 18) *Idem p.10.*
- 19) Otero Jaime M. *Advenis Donabedian y la calidad de la atención de salud. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art04.htm> [Fecha de acceso 29 de julio de 2005].*