

CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS Y CONDICIONES DE TRABAJO DE ENFERMERAS EGRESADAS DE LA UNIVERSIDAD DE DE ANTIOQUIA 1984 ⁽⁰⁾

*Enoris Arango Vasco **
*Consuelo Castrillón Agudelo *****
*María Eugenia Ortiz Zapata ***
*Margarita Rueda Ramírez ****
*Alba Lucía Salazar Jaramillo **
*Gloria Tobón Acosta **

1. MARCO TEORICO

1.1. CRISIS Y DESEMPLEO

El análisis de las condiciones de trabajo y las características del desempleo de los profesionales de enfermería en el Departamento de Antioquia es necesario entenderlo en su dimensión histórica dentro de procesos básicos de la sociedad: Económicos y políticos, por sus implicaciones tanto en la temática que nos ocupa como en las prácticas en salud, espacio en el cual se ejerce la práctica de enfermería.

La coyuntura en la cual comienza a observarse el fenómeno de desempleo a nivel de profesionales de la salud guarda estrecha relación con la denominada "Crisis Mundial", gestada según algunos investigadores ⁽¹⁾ en el auge de la Postguerra y que irrumpe en todo el mundo capitalista a

* Estudiantes programa complementario de Enfermería U. de A.

** Enfermera, Secretaria Ejecutiva Asdean

*** Enfermera, egresada de la U. de A.

**** Enfermera, profesora de la Facultad de Enfermería de la U. de A.
Coordinadora del Estudio.

⁰ Investigación promovida y financiada por la Asociación de Enfermeras de Antioquia (Asdean).

partir de finales de los sesenta. Esta crisis significa el agotamiento de un ciclo de acumulación de capital y simultáneamente una profunda redefinición en la relación entre el capital y el trabajo, generando un deterioro creciente en las condiciones de vida y trabajo de amplios grupos de la población. La crisis se confirma con la tendencia recesiva que viven la mayor parte de los países capitalistas desde 1979. Su característica más sobresaliente es la presencia simultánea de inflación y desempleo que, según los entendidos, se explica por la estructura monopólica del capital que tiene profundas consecuencias para los países capitalistas latinoamericanos.

Pero la crisis económica y las estrategias de los gobiernos para superarlas, afectan a las demás estructuras sociales.

Es así como el Estado capitalista da prioridad a las necesidades económicas sobre las necesidades humanas. Cuando se afecta la economía se disminuyen los recursos para los servicios. Todo esto, para permitir que el proceso de acumulación de capital en manos de unos pocos se dé sin obstáculos y de un modo tan suave como sea políticamente posible, puesto que los recursos del Estado dependen de la acumulación de capital.

En Colombia se observa un grave déficit de recursos humanos, materiales y financieros para salud, en proporción a la población total, y la tendencia del presupuesto para este sector continúa un comportamiento marcadamente decreciente ⁽²⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾.

El crecimiento económico de los Estados Latinoamericanos apoyado en el endeudamiento público ha llevado a una deuda externa exorbitante, lo cual profundiza sus crisis fiscales. Se disparan los precios inflacionarios, se agudizan los conflictos sociales y políticos y la década del 70 y principios del 80 se caracterizan por profundas manifestaciones de violencia, pauperización absoluta de las clases trabajadoras y el incremento en el desempleo y subempleo aun a nivel de las profesiones, entre éstas las del sector salud, que no habían sido afectadas en nuestro país. Esta situación reconfirma la tesis de que "en los sistemas capitalistas las cualificaciones educativas no son garantía de la ocupación, ya que las categorías y volumen de empleo son definidas por fuera del sistema educativo" ⁽⁵⁾.

1.2. PROPUESTAS DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES FRENTE A LA FORMACION Y UTILIZACION DE ENFERMERAS EN AMERICA LATINA

En la preparación del Plan Decenal de Salud de las Américas (1972) que dio nacimiento a la política de extensión de cobertura, los ministros de salud reunidos en Santiago de Chile en su III reunión especial, hicieron las siguientes recomendaciones:

—Establecer un sistema de enfermería en el 60% de los países de la región en el cual esté claramente identificado el papel de la enfermería, número y categorías del personal que se requiere para alcanzar los objetivos de los planes nacionales de salud y los programas necesarios para la preparación de dicho personal.

—Proporcionar una atención de enfermería libre de riesgos para el

paciente, en el 60% de los hospitales de 100 camas o más y en el 60% de los servicios de salud a la comunidad.

—Lograr una fuerza laboral activa para América Latina y el Caribe, en 1980, que represente una proporción de 19 miembros del personal de enfermería por 10.000 habitantes. De este grupo 4.5 por 10.000 habitantes, deberán ser enfermeras. Esto significa aproximadamente 700.000 miembros del personal de enfermería lo que representa un incremento de un 184% en el número de enfermeras graduadas en América Latina ⁽⁶⁾.

Se reconoció, además, que la extensión de la cobertura de los servicios de salud sólo podía lograrse en la medida en que los servicios dispusieran de personal de enfermería en número y calidad convenientes para prestar la atención necesaria.

En 1977 ratificaron el objetivo de ampliación de la cobertura y determinaron que la atención primaria era la estrategia principal para alcanzar ese objetivo dentro del contexto del desarrollo económico y social de cada nación. En el mismo año la Trigésima Asamblea Mundial de la Salud "OMS" decidió que la principal meta social de los gobiernos en los próximos decenios debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva.

La declaración del Alma Ata (U.R.S.S.), formulada por representantes de 134 gobiernos el 12 de septiembre de 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, identificó que es ella la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 como parte del desarrollo general conforme al espíritu de la justicia social ⁽⁷⁾.

1.3. CONTEXTO EN EL CUAL SE REALIZA EL PRESENTE ESTUDIO

Tanto en el estudio de Recursos Humanos realizado por el Ministerio de Salud de Colombia en 1965, como en el macrodiagnóstico de enfermería, realizado en 1972, encontramos escasez en cuanto a número de enfermeras e inadecuada distribución geográfica e institucional.

De acuerdo a este macrodiagnóstico se formularon planes alternativos entre los que figuran: ⁽⁸⁾

—Incrementar el número de egresos de enfermeras, licenciadas y tecnólogas.

—Los cargos de enfermería deberían obedecer a una política racionalizada para lograr una adecuada utilización y distribución del escaso recurso disponible.

—Crear un mecanismo legal y financiero que permitiera una distribución geográfica más adecuada, evitando la concentración en determinadas regiones e instituciones. Este mecanismo cobraría forma, más tarde, en el servicio social obligatorio.

En cumplimiento de la primera alternativa y de las políticas del go-

bierno de turno, se crean en la década del 70 once (11) unidades docentes de enfermería y se amplían los cupos en las existentes ⁽⁹⁾.

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, durante sus 32 años de funcionamiento ha graduado 1.707 enfermeras, de las cuales 605 (35,44%) egresaron entre 1979 y 1983.

Los siguientes pueden considerarse momentos coyunturales, de este programa (9): Fue creado en 1950 y aprobado oficialmente en 1961 por la Asociación Colombiana de Universidades. Sólo a partir de 1963 se exigió el bachillerato completo para ingresar al programa. El programa complementario, denominado "Licenciatura en Enfermería" se inició en 1965 y se reformó en 1970. En 1978 se reestructuró el programa básico, con lo cual se suprimió la formación de enfermeras generales (tecnólogas en enfermería) y se estableció un plan de estudios de cuatro años, aunque se mantiene el complementario para egresadas de años anteriores a 1983 cuando comienzan a egresar las promociones del nuevo programa.

En 1976 se creó el servicio social obligatorio (S.S.O.) como estrategia para ampliar coberturas y como requisito legal para registrar el diploma. Para 1983 existían en el país 564 plazas aprobadas ⁽¹⁰⁾, número insuficiente si tenemos en cuenta que existen 19 programas de enfermería y si cada uno tuviera un egreso semestral de 50 profesionales, tendríamos un total de 1.900 egresados compitiendo por dichas plazas. El caso más crítico lo presentó Antioquia donde 118 enfermeras esperaban su nombramiento para cumplir con el requisito del S.S.O.; ocho (8) de ellas represadas de años anteriores.

Desde 1980 está congelada la creación de cargos para enfermeras en las principales instituciones de salud de Antioquia, especialmente en el Seguro Social y en el Hospital San Vicente de Paúl, por el contrario han aumentado las contrataciones a término fijo generando formas de subempleo en el sector salud, lo cual implica inestabilidad laboral y pérdida de prestaciones sociales.

Entre tanto la proliferación de centros médicos privados que funcionan sin control se aprovecha del ejercicio de reserva que van conformando las enfermeras, para contratarlas con salarios que en muchos casos no superan a los fijados en el sector oficial y mixto para niveles auxiliares y con asignación de funciones no acordes con su formación.

Pero la situación de aquéllas vinculadas a las instituciones de salud no deja de presentar también sus problemas. Desafortunadamente no tenemos estudios sistemáticos sobre condiciones de trabajo de las enfermeras en Co'ombia. Excepto el trabajo de María Elisa Moreno Ferguson sobre: "Condiciones socio-económicas y educacionales de enfermería en Bogotá y Cundinamarca" ⁽¹¹⁾, de cuyas conclusiones podría plantearse que se trata de una profesión predominantemente femenina, joven, que percibe bajos salarios, que tiene necesidad de vivienda, que trabaja primordialmente en el sector oficial, con jornadas laborales promedio de 48 horas a pesar de las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo y el Consejo Internacional de Enfermeras para reducir esta jornada a 40 horas. Que los turnos se caracterizan por ser rotatorios y desgastantes, sin contar el trabajo adicional que como mujeres deben continuar en el hogar en actividades dirigidas a la reproducción bio-social de la familia. Los turnos

restringen no sólo el ejercicio regular de cualquier actividad social, sino que trastornan, además, los ciclos fisiológicos. La falta de recursos humanos y materiales y la deficiente infraestructura de nuestras instituciones hospitalarias tampoco constituyen las mejores condiciones para el ejercicio de enfermería a nivel de los servicios de salud.

La falta de personal y criterios para asignación de funciones, a pesar de varias propuestas serias presentadas por algunas universidades como la de Antioquia, ha traído como resultado que la enfermería asuma funciones que aunque no le competen debe realizarlas por ser de vital importancia para la prestación del servicio de salud. También ha sido despojada progresivamente de otras funciones en la medida en que se van perfilando nuevas profesiones y prácticas sociales.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer las condiciones socioeconómicas y de trabajo de profesionales de enfermería egresadas de la Universidad de Antioquia.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2.1. Caracterizar la muestra según sexo, estado civil y nivel de formación.

2.2.2. Identificar el grupo social de pertenencia de enfermeras egresadas de la Universidad de Antioquia.

2.2.3. Describir las condiciones de vida de estos profesionales.

2.2.4. Conocer las condiciones de trabajo de los vinculados al sector salud.

2.2.5. Identificar el índice de desempleo.

3. METODOLOGIA

3.1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo en el cual se utilizó una encuesta precodificada para recopilar la información. El universo del estudio fueron las 1.707 enfermeras egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia entre 1953 y 1983.

La muestra se hizo estratificada por quinquenios de promoción y con asignación proporcional según el número de profesionales en cada período, lo anterior por considerar que las variables en estudio son afectadas por la fecha de egreso.

Los estratos de la población considerada son los siguientes:

<u>PERIODO</u>	<u>Nº DE EGRESADAS</u>
1953 *	11
1954 - 1958	165
1959 - 1963	234
1964 - 1968	204
1969 - 1973	228
1974 - 1978	260
1979 - 1983	605
TOTAL	<u>1.707</u>

Asumiendo un error en la muestra del 5% y una confianza del 95% se obtuvo un tamaño muestral de 314, distribuido así:

<u>PERIODO</u>	<u>MUESTRA</u>
1953	2
1954 - 1958	30
1959 - 1963	43
1964 - 1968	38
1969 - 1973	42
1974 - 1978	48
1979 - 1983	111
TOTAL	<u>314</u>

Dentro de cada estrato se seleccionó la muestra en forma sistemática (cada 5), de las actas de grado proporcionadas por la oficina de Admisiones y Registro de la Universidad de Antioquia. La muestra se hizo con reemplazamiento. Dada su dispersión se obtuvieron 178 respuestas, lo cual aumentó el error al 7%. Del análisis se exceptuaron 10 encuestas correspondientes a enfermeras religiosas, dado que sus características diferentes podrían sesgar los resultados.

En el procesamiento de la información se emplearon procedimientos electrónicos, para lo cual se contrató el servicio de la compañía Ingeniería de Sistemas.

3.2. VARIABLES

Las variables estudiadas fueron:

3.2.1. Características generales del grupo: Sexo, estado civil, má-

* Período especial durante el cual sólo egresaron religiosas

ximo nivel de formación alcanzado, año de finalización del programa básico (enfermera general).

3.2.2. Características socioeconómicas analizadas a través de dos dimensiones: Grupo social de pertenencia y condiciones de vida.

Por grupo social de pertenencia se entiende el origen social de la familia y se valoró a través de la inserción en la producción (ocupación y rama de la actividad laboral) y del nivel de educación del padre o tutor. Con estos tres indicadores se constituyó un índice para determinar tres estratos: Alto, medio y bajo.

En el estrato bajo se agruparon aquellas personas cuyo padre o tutor tenía como ocupación principal ser obrero o jornalero o aquellos trabajadores independientes o empleados de los servicios que tuvieran niveles de educación inferiores a secundaria incompleta. En el estrato medio se agruparon las enfermeras cuyo padre o tutor fuera trabajador independiente o empleado del sector servicios con educación superior a secundaria completa. Como pertenecientes al estrato alto, se consideraron aquellas enfermeras cuyo padre o tutor fue reportado como patrón o empleador en cualquier rama de la actividad productiva independientemente del nivel de educación.

Condiciones de vida. Entendida como la posibilidad o no de satisfacer consumos básicos con la remuneración obtenida. Se midió a través de los indicadores: Posesión de vivienda e ingreso familiar mensual y su relación con el aporte salarial de la enfermera, además de cubrimiento de servicios de salud para personas a cargo.

3.2.3. Condiciones de trabajo. Son las condiciones de desgaste laboral o modalidades de consumo de la fuerza de trabajo y la utilización de las capacidades de este recurso humano. Este concepto fue adaptado a partir de los trabajos de los investigadores Jaime Breilh y Cristina Laurell. Esta variable se analizó mediante los siguientes indicadores:

—Vinculación al trabajo: Realizando el S.S.O., sin vinculación laboral. En este indicador se analizó el desempleo y para controlarlo se consultaron las razones por las cuales no se ejerce la profesión teniendo en cuenta aspectos como: Cambiar de profesión, ser ama de casa, jubilada, pensionada y migración. Se definió por desempleo el no haber podido conseguir trabajo en el momento de diligenciar la encuesta.

—Estabilidad laboral según: Tipo de contratación y tiempo de vinculación a la institución actual. En tipo de contratación se consideraron los contratos a término fijo y contratos a término indefinido.

—Instituciones que absorben estos profesionales clasificadas en: Estatales, mixtas y privadas.

—Áreas de trabajo: Hospitalización, docencia, cargos administrativos, servicios ambulatorios, otros y mixta.

—Función principal en el área de trabajo: Administrativa, asistencial, investigativa, docente, educación a la comunidad y mixta.

—Remuneración básica mensual.

—Dependencia jerárquica de: Enfermera, médico, otro del área de la salud, otro profesional diferente al área de la salud, independiente.

—Desgaste: Por tareas adicionales en el hogar, actividades laborales extras, características de los turnos y facilidades para la alimentación en el lugar de trabajo.

4. RESULTADOS

De las 314 enfermeras de la muestra se encontró que habían fallecido el 1,6%, otras se encontraban en el exterior (6%) fuera del departamento (8%), el 13,4% correspondía a religiosas y no fue posible localizar el 17,5%. De las 178 encuestas diligenciadas (54%), diez (10) correspondían a enfermeras religiosas, las cuales tienen condiciones de vida diferentes desde el punto de vista del consumo y de las relaciones de trabajo. Por estas razones se optó por analizar separadamente el grupo de enfermeras seglares a las cuales se refiere el presente informe.

4.1. HALLAZGOS GENERALES

Se trata de un grupo profesional predominantemente femenino, 99%. El porcentaje de hombres, 1% se comportó en forma muy similar a la población. La muestra homogénea para solteras y casadas representando cada grupo el 48,2%. El 3,6% restante corresponde a viudas y sin información.

4.1.1. Nivel de formación (gráfico 1)

Licenciadas	62%
Enfermeras generales	26%
Magister	7%
Especialistas	5%

Proyectando estos resultados a la población con el error aceptado en la muestra (7%), significa que todavía existen de 324 a 563 enfermeras egresadas de la Universidad de Antioquia con nivel de tecnólogos.

Para los cálculos que debe hacer la facultad de enfermería, con el objeto de estimar el período en el cual podría cerrarse el programa complementario, debe tenerse en cuenta que en este grupo se encuentran tecnólogos que no han nivelado la formación secundaria (aproximadamente 144), ya que ésta es requisito para la admisión al programa sólo a partir de 1963. Para las tecnólogas egresadas del quinquenio 1964 - 1968 (aproximadamente 61) existe mayor probabilidad de que no estén interesadas en realizar la complementación, debido a que han cumplido o están próximas a cumplir el tiempo de trabajo necesario para obtener la jubilación considerando estos cálculos se estima que el potencial de tecnólogas que aun aspiran al programa complementario es de 269.

El nivel de formación avanzada (Magister y especialista) se presenta en mayor proporción en egresadas de los períodos comprendidos entre

1954 a 1963, decreciendo notablemente para especialistas a partir de 1964 y para magister a partir de 1973 (gráfico 1).

Esta situación, sugiere la necesidad de abrir programas de formación avanzada en áreas prioritarias teniendo en cuenta, además, las necesidades de cualificación del recurso humano en salud planteadas por el desarrollo en la tecnología para el diagnóstico y tratamiento, las políticas y estrategias del Estado para la prestación de servicios, las nuevas áreas de trabajo que surgen para éstos y otros profesionales, dirigidas a dar atención a grupos organizados de la población: Atención a pre-escolares, escolares, adolescentes, trabajadores y ancianos entre otros ⁽¹³⁾.

4.2. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS

4.2.1. Grupo Social de Pertenencia (Gráfico 17).

El comportamiento de la muestra fue contrario a opiniones muy difundidas que consideran una tendencia a la proletarización en las enfermeras egresadas de la Universidad de Antioquia a partir de la "política de puertas abiertas" (década del 70). Este estrato social ha constituido el grupo mayoritario durante todos los quinquenios: 53% de la muestra, el estrato medio corresponde al 37% y el alto al 10%.

El estrato medio ha tenido una presencia sin mayores variaciones a partir de 1954, con una leve tendencia al aumento a partir de 1973 momento en el cual se observa descenso de los estratos bajo y alto. Este comportamiento en el origen social del grupo estudiado corresponde además, al momento en el cual comienzan a manifestarse y agudizarse los efectos de la crisis económico-social en nuestro país y al surgimiento acelerado de programas de enfermería en universidades e institutos privados ⁽⁹⁾.

4.2.2. Condiciones de vida.

El 69% de la muestra posee vivienda propia, de éstas 45% sin deuda y 24% la está amortizando. No posee vivienda el 39% de la muestra. Esta situación es diferente a la de las enfermeras de Bogotá y Cundinamarca ⁽¹¹⁾ donde sólo el 34% tenía vivienda propia en 1982.

A pesar de tratarse de una población predominantemente femenina y joven muestra una tendencia importante a ser independiente desde el punto de vista económico, si observamos por ejemplo las relaciones entre posesión de vivienda y estado civil (gráfico 12) el 60% de las enfermeras solteras posee vivienda; de las casadas el 78%.

Se observó, además, que las enfermeras constituyen una fuerza económica muy importante en sus familias, pues en el 90% de aquellas que trabajan su salario constituye más del 50% del ingreso familiar mensual.

4.3. CONDICIONES DE TRABAJO

4.3.1. Vinculación al trabajo y desempleo.

Al momento de la encuesta se encontraban:

Trabajando	121	72%
En S.S.O.	7	4.2%
Sin vinculación laboral	40	23.8%

Dentro del grupo que reportó no tener vinculación laboral, expresaron las siguientes razones:

Desempleo	23	14%
Amas de casa	4	2.4%
Jubiladas	4	2.4%
Otros	4	2.4%
Por cambio de profesión	1	0.6%
Por no tener S.S.O.	3	1.8%

El 14% corresponde al índice de desempleo encontrado en la muestra y es compatible con el índice de desempleo general de Medellín (17.2%) reportado por el DANE para el primer semestre de 1984.

La situación crítica de desempleo afecta fundamentalmente a las enfermeras egresadas durante el quinquenio 1979-1983, para las cuales este índice es del 42% (gráfico 10).

En este grupo se observa además, el mayor porcentaje de sub-empleo: 11.5% (gráfico 20).

Relacionando la vinculación al trabajo con el origen social no se encontró problemas de desempleo ni de servicio social obligatorio en enfermeras de origen en estratos altos (gráfico 18). En el grupo de desempleadas el 74% corresponde a enfermeras de origen en familias de estratos bajos y el 26%, proceden de familias de estratos medios.

Se observó además que el período prelaboral no superaba los seis (6) meses para las egresadas hasta 1978, de ahí en adelante la espera por un puesto varía entre 12 y 36 meses y coincide con la problemática para realizar el servicio social obligatorio.

4.3.2. Estabilidad laboral.

Como se indicó anteriormente, la mayor inestabilidad laboral se observa en el estrato correspondiente al egreso 1979-1983, donde el 11,5% de la muestra, se encontraba realizando contratos a término fijo al momento de diligenciar la encuesta (gráfico 20). Esta situación corresponde al período durante el cual se congelan los cargos en las principales instituciones de salud de Antioquia y al recorte sistemático en el presupuesto del sector salud^(2, 3 y 4).

El tiempo de vinculación laboral (gráfico 37) en las instituciones privadas, está concentrado en mayor porcentaje para períodos de cinco (5) o menos años, lo que puede significar: Marcada inestabilidad laboral, que las instituciones particulares sólo están vinculando personal profesional desde hace corto tiempo o que en este grupo están incluidas las enfermeras que ejercen la profesión en forma independiente, práctica aun incipiente en nuestro medio.

El 30% de la muestra lleva laborando en la misma institución entre 11 y 20 años, manifestación de que la estabilidad laboral ha guardado relación, entre otros, con el período de egreso.

4.3.3. Análisis de la muestra por instituciones de salud y áreas de trabajo.

De las 128 enfermeras que se encontraban trabajando al momento de la encuesta, 4 estaban fuera del departamento y 2 no reportaron la institución, las 122 restantes que corresponden al departamento de Antioquia estaban distribuidas así:

	Nº	%
1. Instituto de Seguros Sociales	34	27.9'
2. Universidad de Antioquia	25	20.5
3. Fundación San Vicente de Paúl	12	9.8
4. Instituciones particulares	11	9
5. Servicio Seccional de Salud	10	8.2
6. Servicio Nacional de Aprendizaje	9	7.4
7. Secretaría de Salud Municipal	4	3.3
8. Hospital General de Medellín	3	2.5
9. Educación Secundaria	3	2.5
10. Hospital Pablo Tobón Uribe	2	1.6
11. Hospital Mental de Antioquia	2	1.6
12. C.E.S. docencia	2	1.6
13. Beneficencia. FFNN. y EEPP.	3	2.5
14. Instituciones diferentes al área de la salud	2	1.6
TOTAL	122	100%

Las instituciones responsables de la cobertura en servicios de salud para los grupos poblacionales más amplios como el Servicio Seccional de Salud de Antioquia con una población a atender estimada para 1981 en 3.683.107⁽¹⁸⁾ y la Secretaría de Salud Municipal con 1.117.592 para 1984⁽¹⁸⁾, no alcanzan a tener una enfermera por diez mil (10.000) habitantes, en ambas la relación enfermera-habitantes es de 0.5: 10.000⁽¹⁷⁾, contrario a la meta propuesta por los ministros de salud en la reunión de Santiago de Chile, de alcanzar una relación para América Latina de 4.5 enfermeras, por diez mil (10.000) habitantes en 1980⁽²⁰⁾.

Se comienza a observar la vinculación de enfermeras a sectores diferentes a la salud, especialmente en el comercio 1.6% y en educación secundaria 2.5%.

Comparando la distribución porcentual de la muestra con la población, el único grupo que presenta un comportamiento marcadamente diferente es el Servicio Seccional Salud Antioquia, explicable por ser esta la institución en la cual se presentó el mayor porcentaje de pérdida en el diligenciamiento de la encuesta. (Cuadro 1).

Las áreas de trabajo (Gráfico 9) que absorben el mayor porcentaje de enfermeras de la muestra, son en su orden:

Hospitalización	48	40%
Docencia	39	32%
Cargos administrativos	15	12%
Servicios ambulatorios	13	11%
Otros	3	3%
Sin información	1	1%
Mixta	1	1%

Estos datos sugieren la permanencia del modelo clínico en la prestación de servicios de salud, contrastando con las actuales políticas y estrategias que buscan la salud para todos en el siglo XXI y para lo cual los organismos internacionales (OMS/OPS) han señalado un papel importante del profesional de enfermeras en el trabajo con la comunidad.

Se presenta subutilización del recurso humano que se encuentran enfermeras magister en salud pública 2%, ubicadas como enfermeras de planta en servicios de hospitalización (Gráfico 9A). Sólo el 20.1% de las enfermeras docentes de la muestra tienen un nivel de formación avanzada, el 72% son licenciadas y un 8% son enfermeras generales ubicadas a nivel de educación vocacional (Gráfico 9B). Además, el 13% de los cargos administrativos están ocupados por enfermeras generales. Estos cargos incluyen: Jefes de departamento, coordinadoras, supervisoras, asesoras y similares.

La gran cantidad de funciones y actividades que realizan no permite a las enfermeras identificar su papel fundamental en cada área de trabajo. Al solicitarles en la encuesta señalar su función principal en el área, el 92% de quienes trabajan en el área docente y el 47% de aquellas que desempeñan cargos administrativos no vacilaron en identificar ésta. Apenas el 27% de las que trabajan en servicios de hospitalización consideraron la asistencial como su función principal en el área (Gráfico 8) y ninguna del área de servicios ambulatorios y de extensión a la comunidad señaló una sola función.

El mayor porcentaje 66.9% depende de enfermería. El 25.6% depende de personal médico, esto en servicios ambulatorios e instituciones privadas donde este comportamiento es esperado (Gráfico 28). El caso particular lo presenta el Seguro Social, institución en la cual ha desaparecido la organización propia de enfermería a pesar de constituir éste un grupo importante desde el punto de vista de su número y de ser el personal que presta atención directa durante las 24 horas del día.

4.3.4. Remuneración Básica Mensual

Los salarios fluctúan entre \$ 24.000 y 130.000 distribuidos en orden descendente de acuerdo a la agrupación por porcentajes así:

El 31%	ganan entre \$	40.001 y \$	55.000
El 24%	ganan entre \$	55.001 y \$	70.000
El 16%	ganan entre \$	25.001 y \$	40.000
El 7%	ganan entre \$	85.001 y \$	100.000
El 6%	ganan entre \$	70.001 y \$	85.000
El 2%	ganan entre \$	100.001 y \$	115.000
El 0.8%	ganan entre \$	115.001 y \$	130.000

Salarios menores de \$ 25.000 no se analizaron por corresponder a contrataciones de medio tiempo. El promedio salarial se encontró en \$ 47.600 o sea el equivalente a tres punto cinco (3.5) salarios básicos, para dicho promedio se excluyeron los salarios de la Universidad de Antioquia por no ser denominaciones salariales exclusivas para enfermeras sino que corresponden al escalafón de personal docente.

Las enfermeras vinculadas a la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl y a la Secretaría de Salud y Bienestar Social del municipio de Medellín reportaron los salarios más bajos.

El promedio salarial del grupo de enfermeras generales es mayor que el de licenciadas e igual al de magister (Gráfico 2). Esto nos permite afirmar que en la remuneración no está incidiendo el nivel de formación, sino el tipo de institución y que para éstas carece de importancia la cualificación de las profesionales de enfermería.

4.3.5. Cubrimiento de Servicios de Salud para personas a cargo de la enfermera. (Gráfico 14).

El mayor cubrimiento de atención en salud para los familiares lo da el Seguro Social en forma total o parcial. El 75% de las enfermeras vinculadas a instituciones estatales y el 56.7% de las instituciones privadas no cuentan con servicios de salud para sus familiares.

4.3.6. Desgaste.

La reproducción de la fuerza de trabajo requiere entre otros, de descanso, recreación y alimentación suficientes en calidad y cantidad. Estas condiciones se encuentran en deterioro para el caso de enfermería, si a esto se agregan los turnos que debe realizar este personal: Rotatorios, nocturnos, jornadas de doce horas continuas (Gráfico 30), podríamos afirmar que el personal de enfermería está sometido a un gran desgaste laboral lo cual debe tener serias implicaciones en los perfiles patológicos.

A pesar de que la Organización Internacional del Trabajo O.I.T., ha recomendado el suministro de alimentación por parte del empleador para trabajadores cuando la jornada de trabajo excede las ocho horas diarias, para el 60% de las enfermeras esta recomendación no se cumple, de éstas el 77% corresponde a empleadas de instituciones estatales y mixtas contrastando con las instituciones privadas donde el servicio de alimentación está cubierto para un 72% (Gráfico 22).

Además de las condiciones antes descritas, el 39% de las enfermeras que trabajan realizan tareas adicionales en el hogar al finalizar su jornada laboral, entre dos y tres horas diarias; 32% por más de cuatro horas diarias; de este último grupo, el 47% corresponde a enfermeras casadas (Gráfico 31).

El 79.3% de las enfermeras que trabajan no realizan actividad laboral extra, explicable por los turnos, el desgaste físico y las tareas adicionales en el hogar. Sólo siete enfermeras (5.8%) reportaron actividades laborales extras, distribuidas en: ejercicio independiente de la profesión, docencia, asesorías y manufacturas.

5. CONCLUSIONES

5.1. El comportamiento general de la muestra estudiada, caracteriza a este grupo profesional predominantemente femenino (99%). Homogénea frente al estado civil (Igual porcentaje para solteras y casadas 48.2%).

El nivel de formación podría describirse como una pirámide, cuya base la constituyen las enfermeras (licenciadas), seguido por las tecnólogas. En la cúspide las enfermeras con estudios de formación avanzada que sólo representan el 12% (Magister y especialistas).

5.2. El origen social de las enfermeras seculares egresadas de la Universidad de Antioquia ha sido predominantemente de familias de estratos bajos. A partir del período 1969 a 1983 se observa un aumento de profesionales procedentes de estratos medios.

5.3. Tomando como referencia las condiciones de vida de la gran mayoría de la población colombiana y resultados de un estudio similar realizado para Bogotá y Cundinamarca⁽¹¹⁾, el nivel de vida de enfermeras egresadas de la Universidad de Antioquia, podría calificarse como aceptable, tomando como indicadores el ingreso familiar y la posesión de vivienda.

5.4. Las enfermeras que trabajan (71.4%) constituyen una fuerza económica fundamental en sus familias para la satisfacción de consumos básicos.

5.5. El índice de desempleo encontrado fue del 14%. Esta problemática tiene relación directa con el período de egreso y afecta fundamentalmente a egresadas del último quinquenio, para quienes el índice de desempleo es del 42%. En este período (1979-1983) se observa una tendencia ascendente para las contrataciones a término fijo y descendente para contratos indefinidos. Corresponde además a la crisis generada con las políticas sobre servicio social obligatorio, a la ausencia de educación avanzada en dicho estrato y al período en el cual la Universidad graduó el 35% del total de su egreso en treinta (30) años.

5.6. Las instituciones estatales y mixtas absorben cada una el 37% de profesionales y las de origen privado el 25%. En orden descendente las instituciones que absorben mayor número de enfermeras son: I.S.S., U. de A., clínicas particulares, F.H.S. de P., S.S.S.A., SENA y Secretaría de Salud y Bienestar Social del municipio.

Hay que tener en cuenta que las instituciones responsables de la cobertura de los grupos poblacionales más amplios, (Secretaría de Salud municipal y el Servicio Seccional de Salud) tienen comparativamente con otras instituciones, menor cobertura de profesionales de enfermería: 0.5 enfermeras: 10.000 habitantes.

5.7. La distribución de enfermeras por áreas de trabajo sugiere la hegemonía del modelo clínico sobre el preventivo, a pesar de las políticas y estrategias planteadas para alcanzar la "Salud para todos en el año 2000".

5.8. Con relación al salario se observa un desequilibrio grande entre unas

instituciones y otras, entre el nivel de formación y los cargos desempeñados.

5.9. Se observó subutilización del recurso humano en cuanto al nivel de formación.

5.10. Las características y las condiciones del trabajo reportadas, muestran un alto grado de desgaste por las jornadas prolongadas, los turnos rotatorios, turnos nocturnos, las escasas horas de descanso; si tomamos en cuenta además el trabajo extra desarrollado en el hogar y que para los turnos que presentan un mayor desgaste las instituciones de salud no proporcionan alimentación.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. MARINI, Ruiz Mauro. América Latina ante la crisis mundial. Segundo Congreso de los Economistas del Tercer Mundo. La Habana, 1981.
2. ANGULO, Novoa Alejandro. La situación social en Colombia. Bogotá CINEP. 1979.
3. DE ROUX, Francisco. Equidad y Desarrollo Económico. Crítica al concepto de equidad en el Plan de Desarrollo, "Cambio con Equidad". Más equidad y más cambio. Bogotá, CINEP, serie controversia: 117/118, 1984 p. 104.
4. HENTRASALUD. Situación de salud en Colombia. Ponencia al Segundo Encuentro Nacional de Trabajadores de la Salud. Bogotá, mayo de 1983.
5. BIASUTTO, Carlos. Educación y clase obrera. México, Nueva Imagen 1978.
6. TERCERA, Reunión de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile, 1972. Publicación Científica O.P.S.
7. HARDEN. Enith C. Enfermería en la extensión de coberturas de los servicios de salud en la región de las Américas. Lima, 1981. Documento mimeografiado.
8. COLOMBIA, Ministerio de Salud. Macrodiagnóstico de Enfermería. Bogotá, oficina de Administración de Recursos Humanos para la Salud, 1972.
9. CORREA, Alba Helena y Castrillón Consuelo. La educación de enfermería en Colombia. 1930-1980 Medellín, tesis de grado (en proceso).
10. COLOMBIA, Ministerio de Salud. Oficina de Recursos Humanos. Informe del jefe de RRHH en el taller de Políticas de Enfermería. Bogotá, 1983.
11. MORENO, Ferguson María Elisa. Condiciones socioeconómicas y educacionales de enfermería en Bogotá y Cundinamarca. Bogotá, 1982.
12. CUADERNOS MEDICOS SOCIALES. Estructura y Dinámica Ocupacional del Médico. Rosario (Argentina), C.E.S.S. 1978.
13. PUERTA Cataño, Ana Margarita y Otros. El profesional de Enfermería y otras áreas de trabajo. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín Vo. II (Nº 1): 87-93 marzo de 1984.

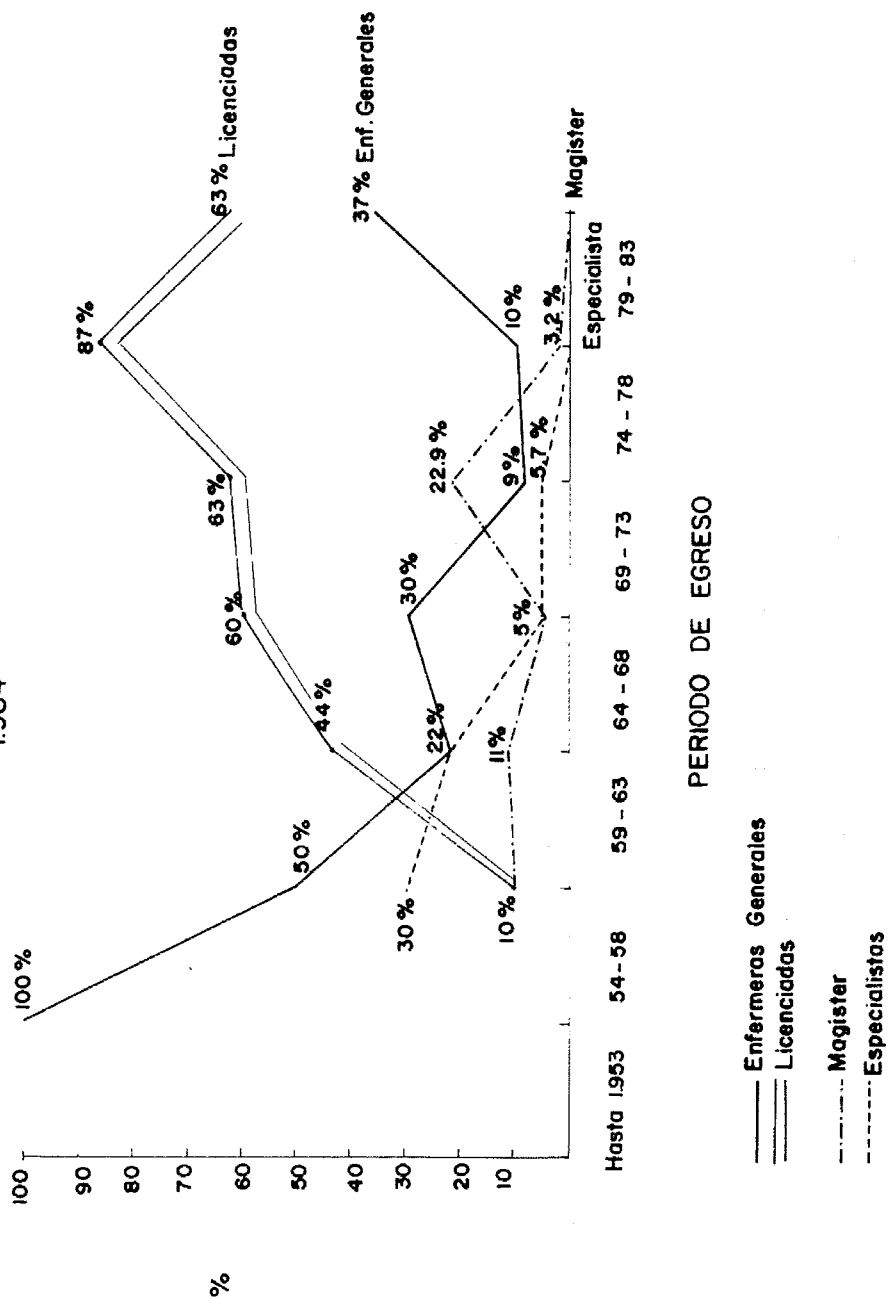
14. BREILH, Jaime. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Santo Domingo, CESPAS, 1980.
15. LAURELL, Asa Cristina. Proceso de Trabajo y Salud en países capitalistas. Documento mimeografiado. México, Universidad Autónoma de México, Xochimilco.
16. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Población por áreas y años 1973-1981, Boletín Epidemiológico. Medellín, año VI, N° 1 enero a marzo de 1981.
17. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Plan Seccional de Salud de Antioquia 1983-1986. Boletín Epidemiológico. Medellín, año VIII, N° 4 octubre a diciembre 1983 p. 197.
18. YEPES, Parra Antonio. En salud faltan 850 profesionales. "El Colombiano", martes 24 de julio de 1984 p. 10A.
19. COLOMBIA. Ministerio de Salud Pública. Asociación de Facultades de Medicina. Estudio de Recursos Humanos para la salud y educación médica en Colombia. Recurso de Enfermería: Aspectos generales. Bogotá 1967.
20. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. III Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Plan decenal de Salud para las Américas. Santiago de Chile, octubre 1972. Remsa 3/30 (España).
21. COLOMBIA. Ministerio de Salud. Dirección de Atención Médica. Memorias del Taller sobre Políticas de Enfermería. Bogotá 1983.

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE ENFERMERAS POR INSTITUCIONES, EN EL UNIVERSO Y EN LA MUESTRA - MEDELLIN 1984

INSTITUCION	UNIVERSO		MUESTRA	
	Nº	%	Nº	%
S.S.S.A.	163	21.7	10	8.2
I.S.S.	149	19.8	34	27.9
U. de A.	106	14.1	25	20.5
F.H.S.V. de P.	103	13.7	12	9.8
PRIVADAS	82	10.9	11	9.0
MUNICIPIO	57	7.0	4	3.3
SENA	43	5.7	9	7.4
H.P.T.U.	25	3.3	2	1.6
HOSPITAL GENERAL	22	2.9	3	2.5
HOMO	S.I		2	1.6
CES (Docencia)	S.I		2	1.6
COMERCIO	S.I		2	1.6
EDUCACION SECUNDARIA	S.I		3	2.5
OTROS	S.I		3	2.5
TOTAL	750		122	

GRAFICO I
NIVEL DE FORMACION CON RELACION AL PERIODO DE EGRESO
ENFERMERAS EGRESADAS U. DE A.
1.984



- Enfermeras Generales
- == Licenciadas
- - - Magister
- . - Especialistas

GRAFICO 2

NIVEL DE FORMACION PROFESIONAL EN RELACION A LA REMUNERACION BASICA ENFERMERAS EGRESADAS UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1984

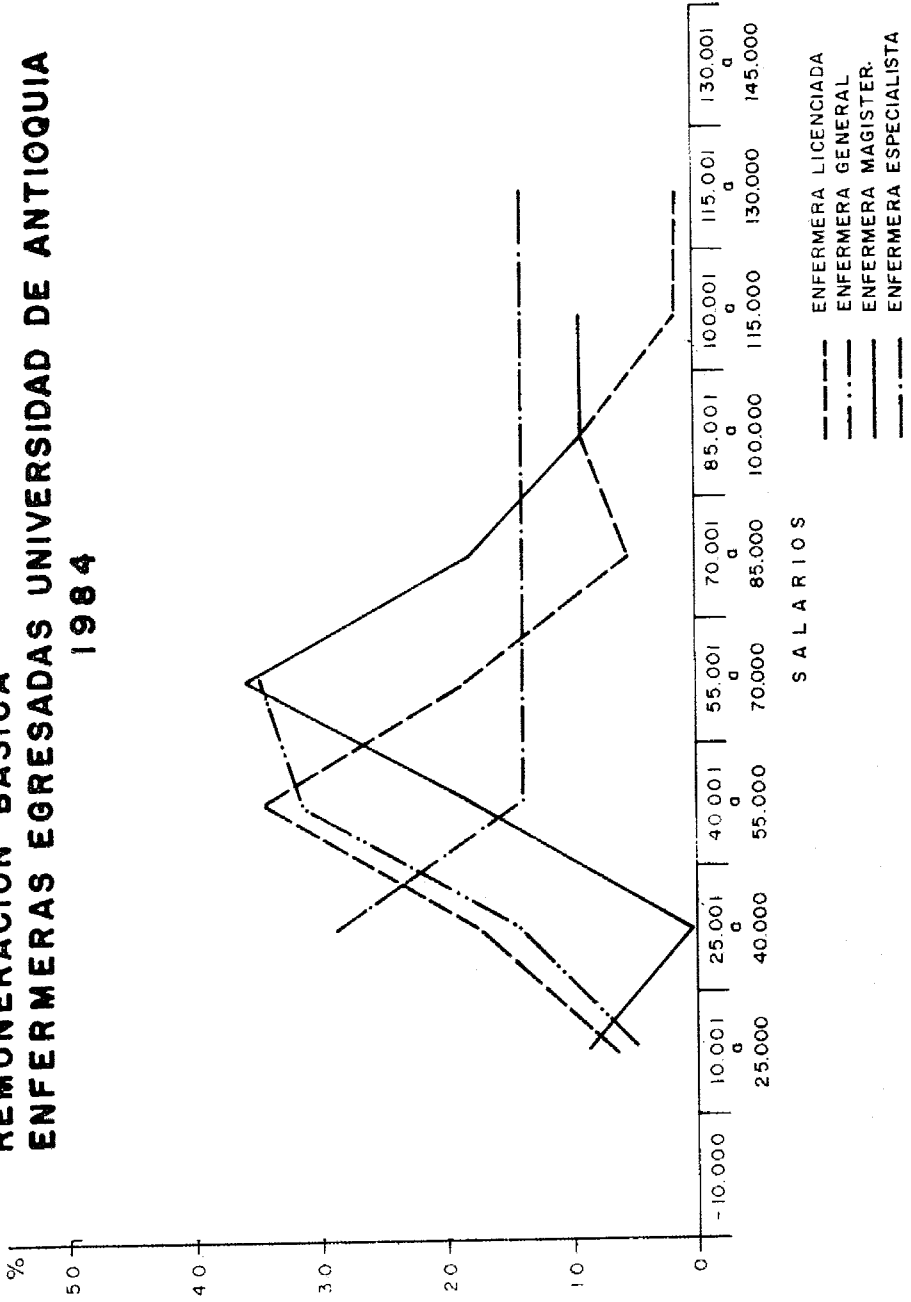
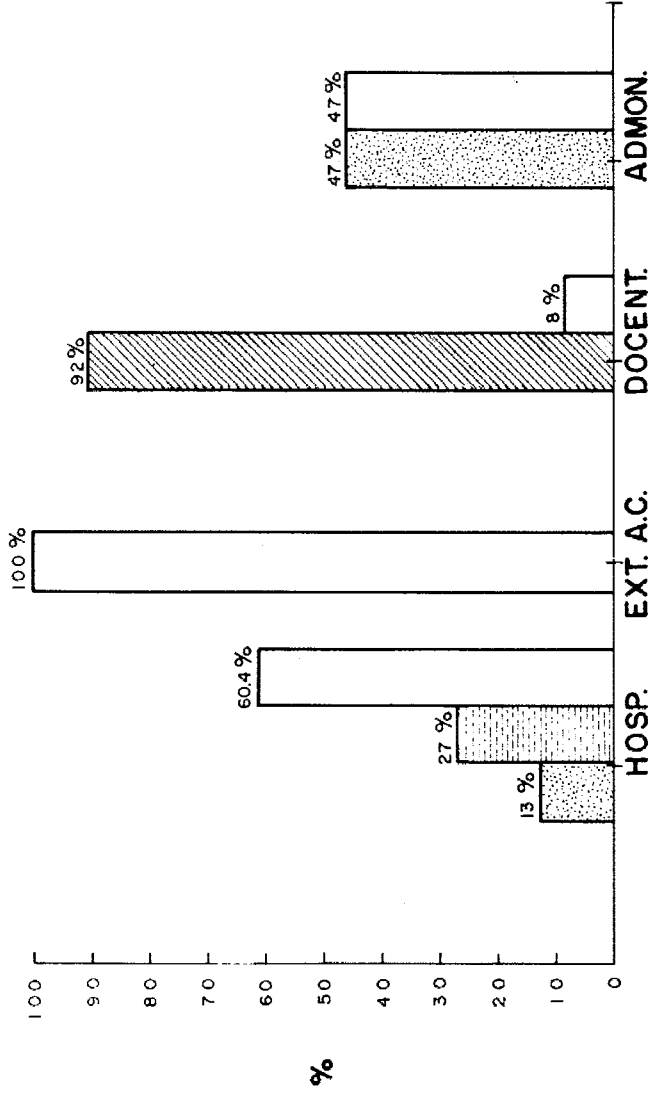
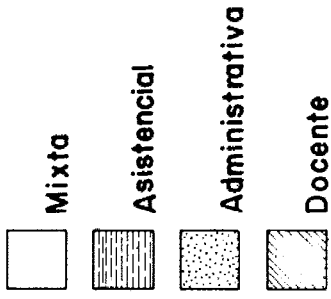


GRAFICO 8

AREA DE TRABAJO Y FUNCION PRIMORDIAL
ENFERMERAS EGRESADAS U. DE A.

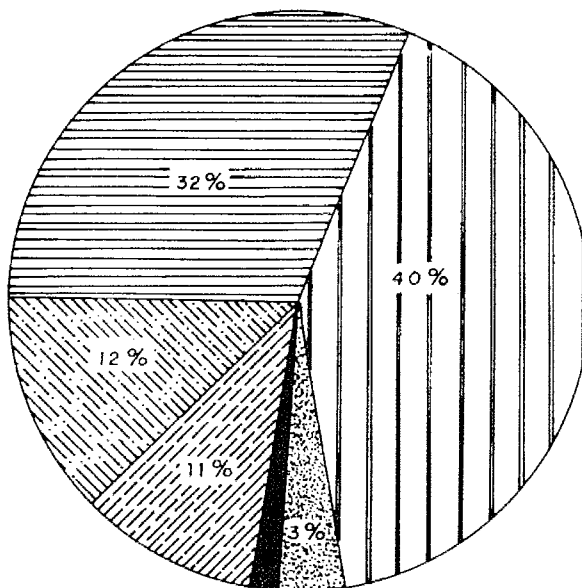
1984



AREA DE TRABAJO

GRAFICO 9
UBICACION DE LA MUESTRA POR
AREAS DE TRABAJO. ENFERMERAS EGRESADAS

U. DE A. 1984



 HOSPITALIZACION 40%

 ADMINISTRACION 12%

 OTROS 3%

 DOCENCIA 32%

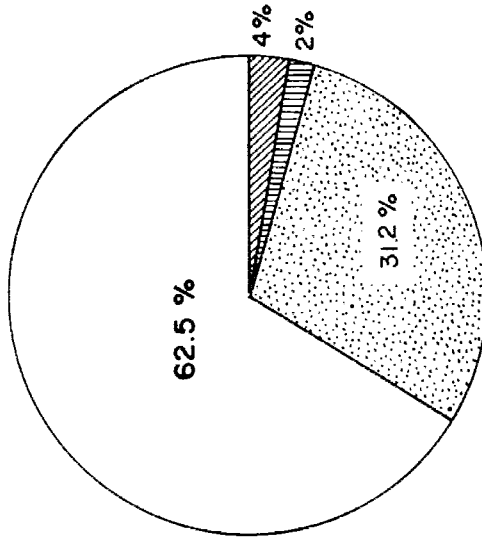
 SERV. AMBULAT. 11%





 SIN INFORMACION 2%

GRAFICO 9 A
AREA DE TRABAJO Y NIVEL DE FORMACION
ENFERMERAS EGRESADAS DE LA U. DE A.

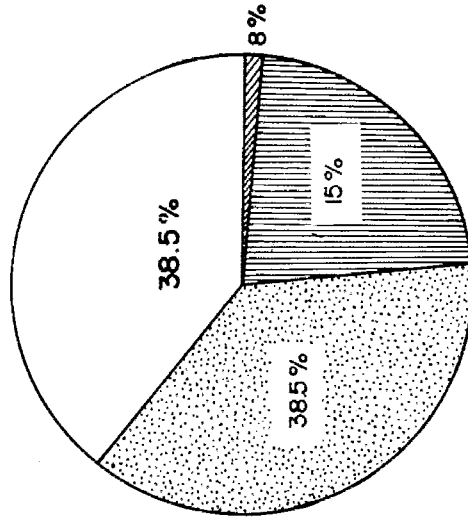
1.984

Hospitalización



	Enf. General	$31.2 \times 3.6 = 112.5^\circ$
	Licenciadas	$62.5 \times 3.6 = 225^\circ$
	Magister	$2\% \times 3.6 = 7.2^\circ$
	Especialista	$4 \times 3.6 = 14.4^\circ$

Servicios Ambulatorios







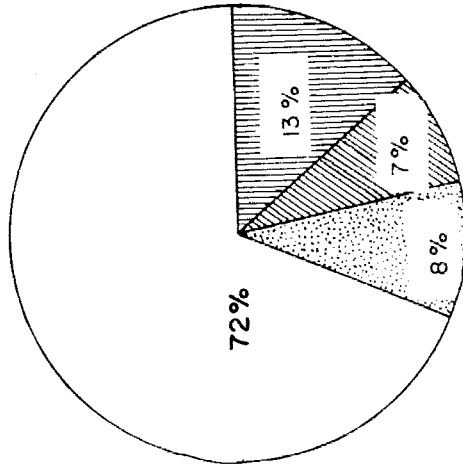
	Enf. General	$38.5 \times 3.6 = 138.6$
	Licenciadas	$38.5 \times 3.6 = 138.6$
	Magister	$15 \times 3.6 = 54$
	Especialista	$8 \times 3.6 = 28.8$

GRAFICO 9B

**AREA DE TRABAJO Y NIVEL DE FORMACION
ENFERMERAS EGRESADAS DE LA U. DE A.**

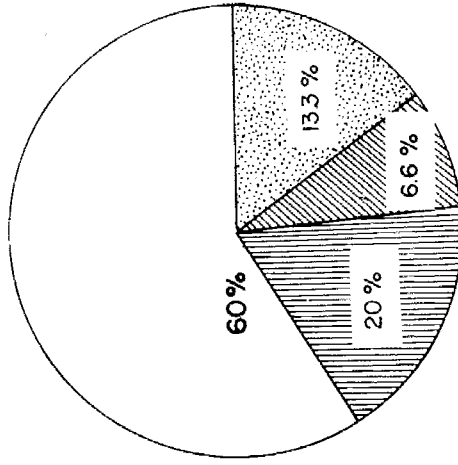
1.984

Area Docente



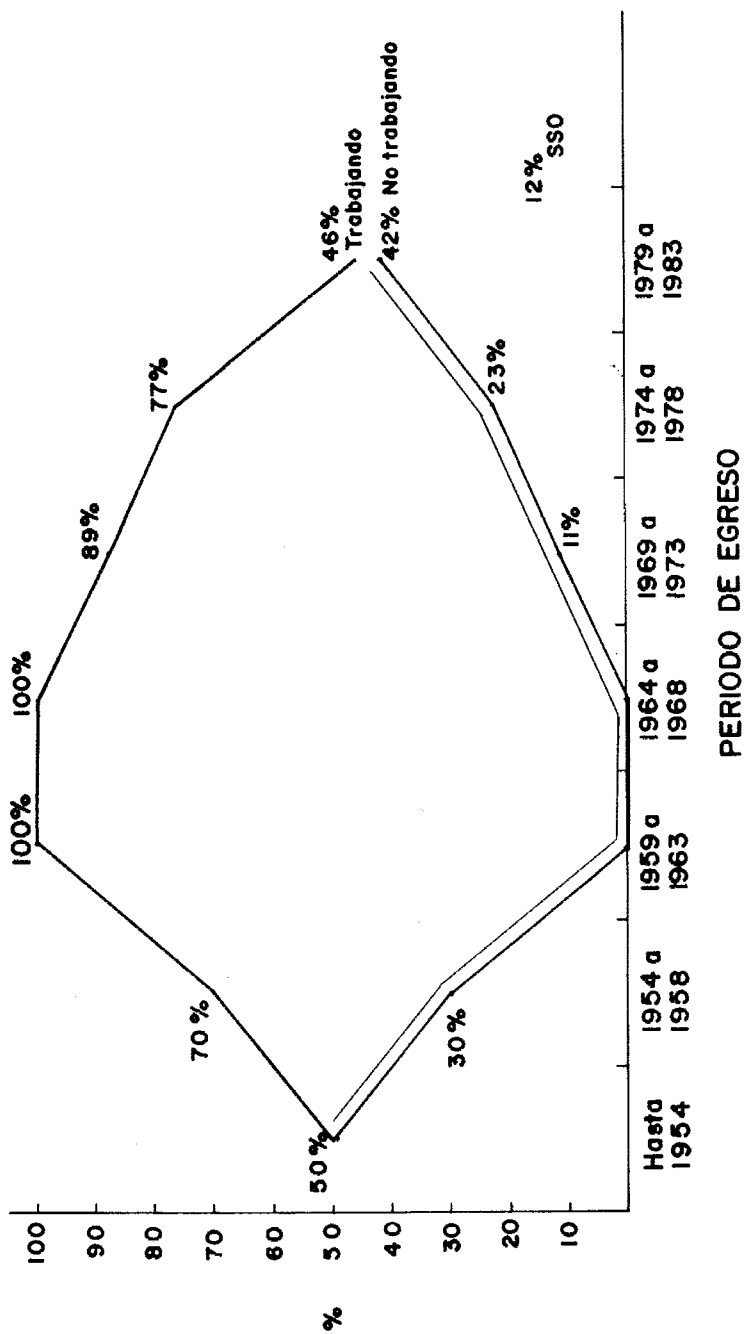
- Enf. General - 8% - 28.8°
- Licenciado - 72% - 259.2°
- Magister - 13% - 46.8°
- Especialista - 7% - 25.2°

Area Administrativa



- Enf. General - 60% - 216°
- Licenciado - 20% - 72°
- Magister - 13.3% - 47.88°
- Especialista - 6.6% - 23.76°

GRAFICO 10
VINCULACION LABORAL Y PERIODO DE EGRESO
ENFERMERAS EGRESADAS U. DE A.
1984



--- No trabajan
 ——— Trabajando

GRAFICO 12
 POSESION DE VIVIENDA Y ESTADO CIVIL
 ENFERMERAS EGRESADAS DE LA U. DE A.

1.984

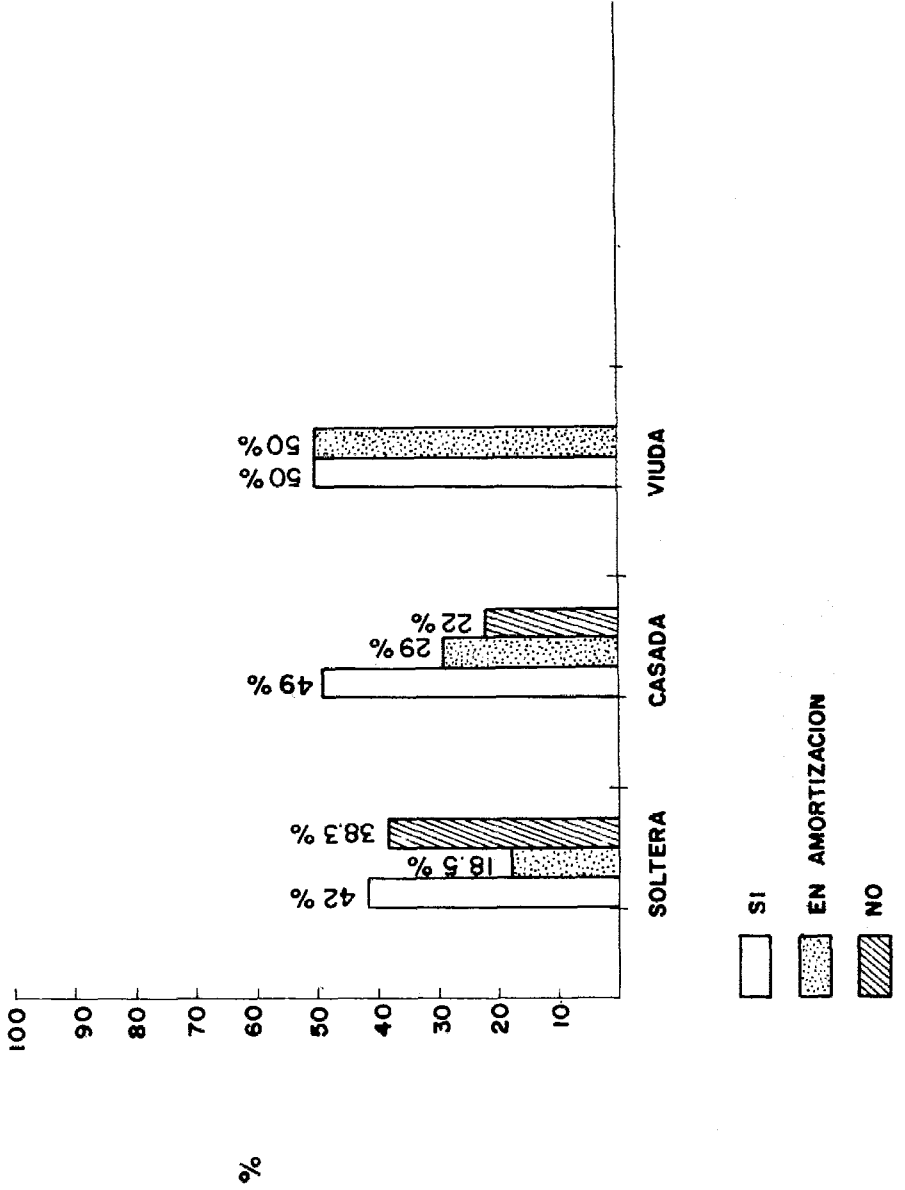
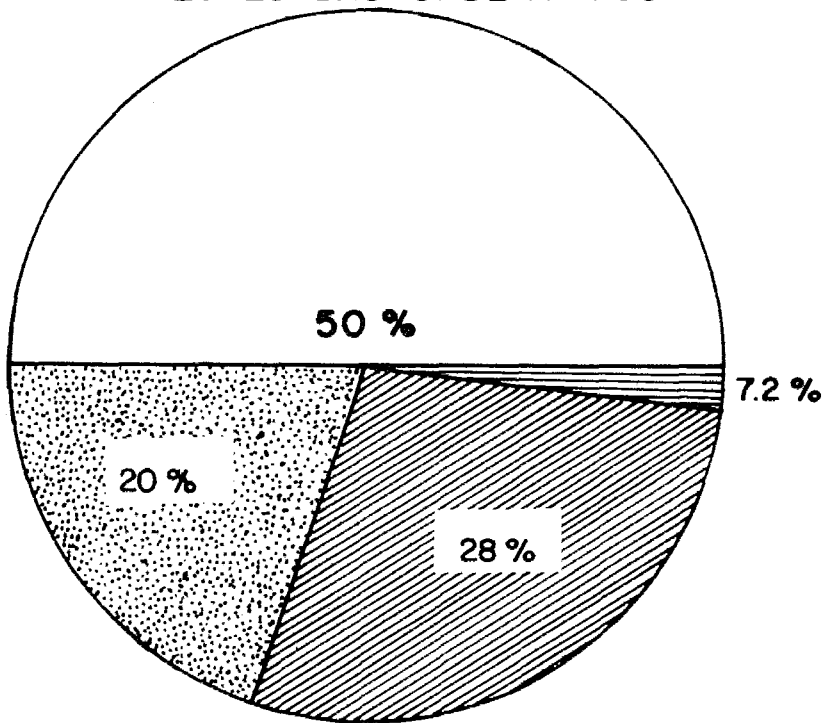


GRAFICO 14
SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS A CARGO
DE ENFERMERAS VINCULADAS AL SECTOR SALUD
EGRESADAS U. DE A. 1.984







-  SI 20% (72°)
-  NO 50% (180°)
-  Parcialmente 28% (1008°)
-  Sin Información 2% (72°)

GRAFICO 17

GRUPO SOCIAL DE PERTENENCIA Y PERIODO DE EGRESO
ENFERMERAS EGRESADAS U. DE A.

1954 - 1984

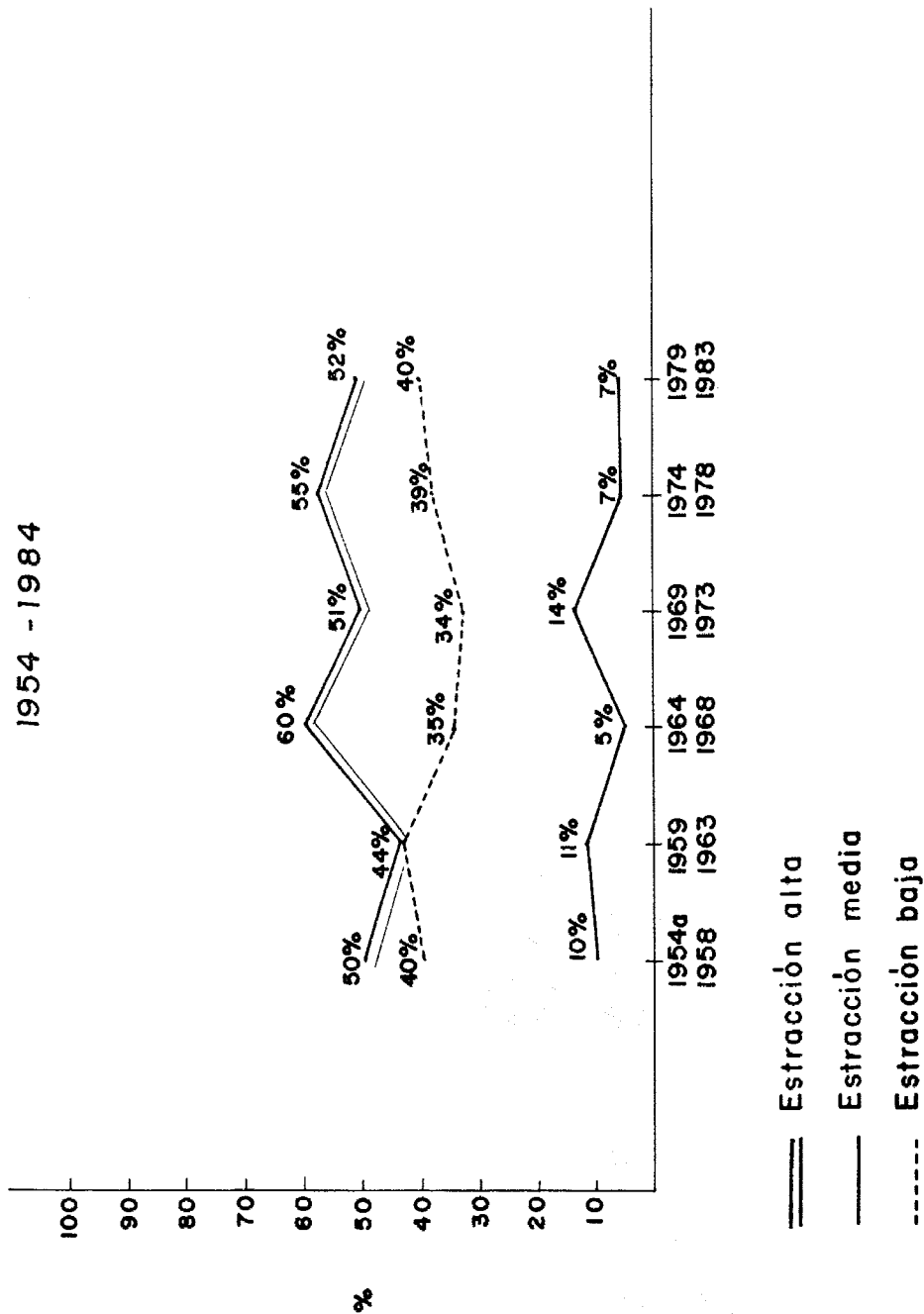
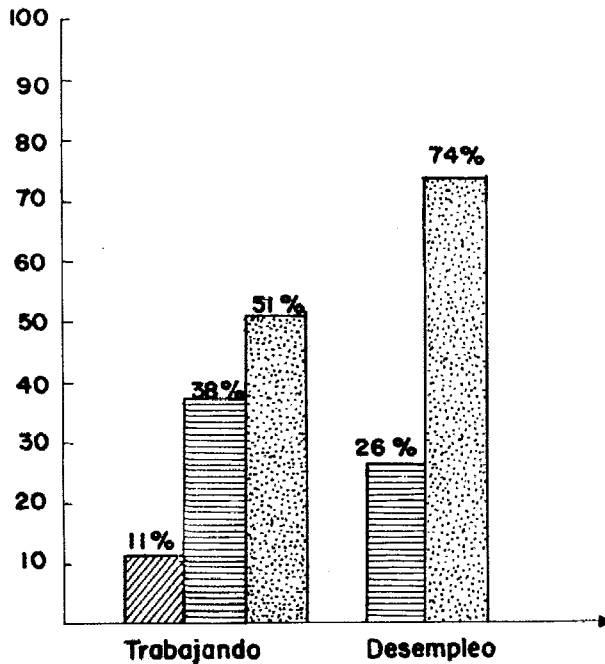


GRAFICO 18
GRUPO SOCIAL DE PERTENENCIA Y VINCULACION LABORAL
ENFERMERAS EGRESADAS DE LA U. DE A.

1.984






-  Estracción alta
-  Estracción media
-  Estracción baja

GRAFICO 20
 TIPO DE CONTRATACION POR PERIODO DE EGRESO
 ENFERMERAS EGRESADAS U. DE A. 1984

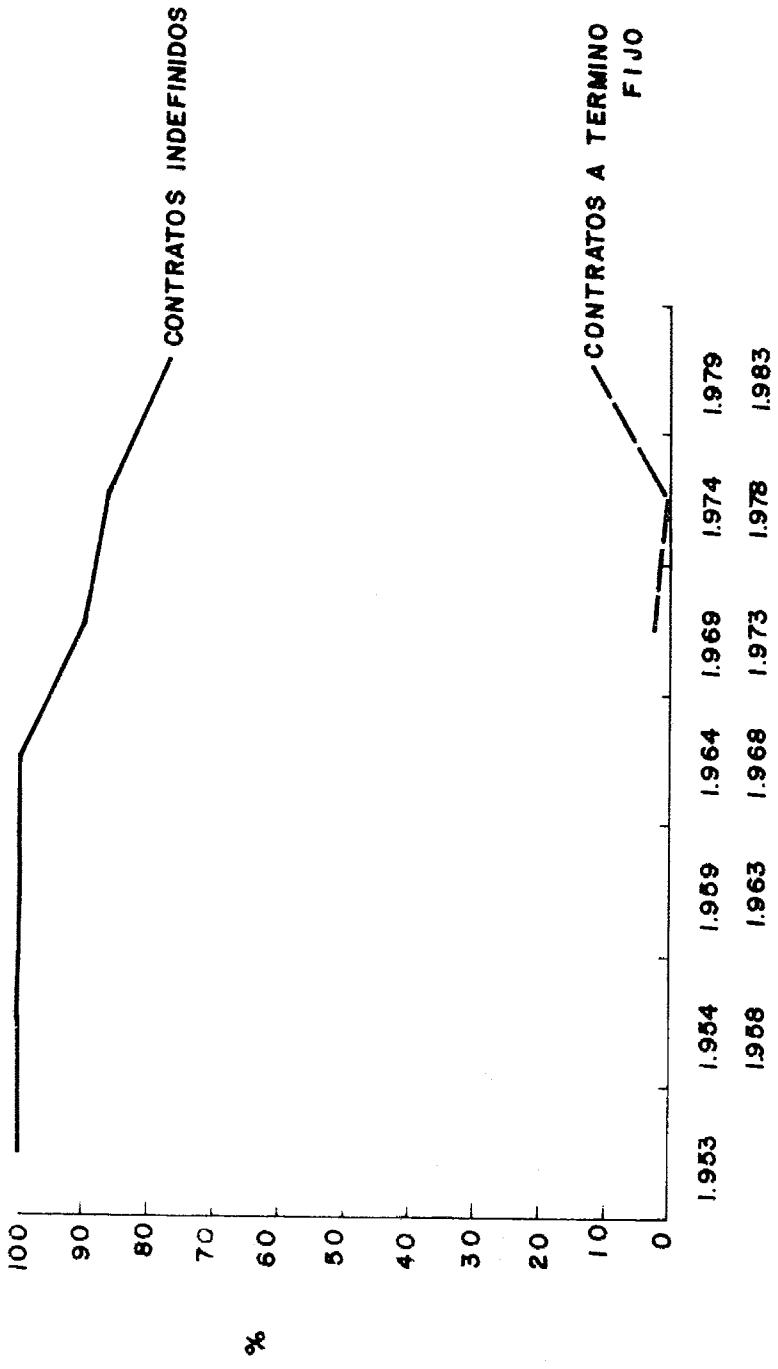
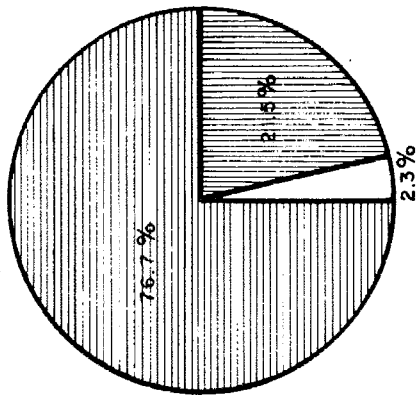


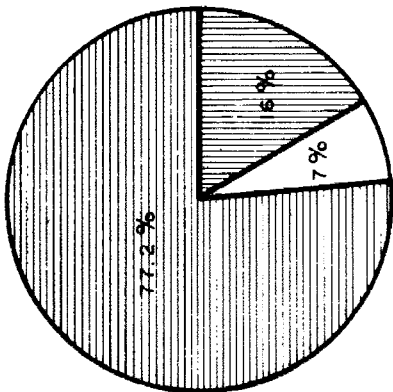
GRAFICO 22

DERECHO A ALIMENTACION EN JORNADAS DE 8 Y MAS HORAS SEGUN INSTITUCIONES DE SALUD. ENFERMERAS EGRESADAS UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1984

I. ESTATALES



I. MIXTAS



I. PRIVADAS

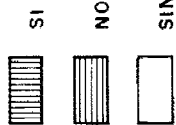
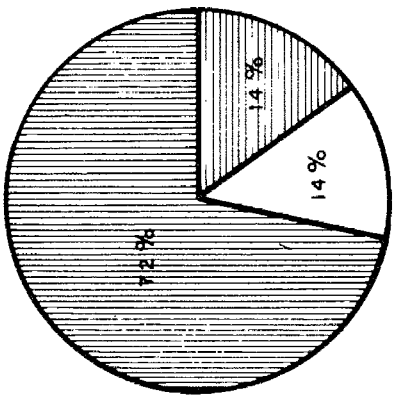


GRAFICO 28
DEPENDENCIA JERARQUICA. ENFERMERAS EGRESADAS
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1984

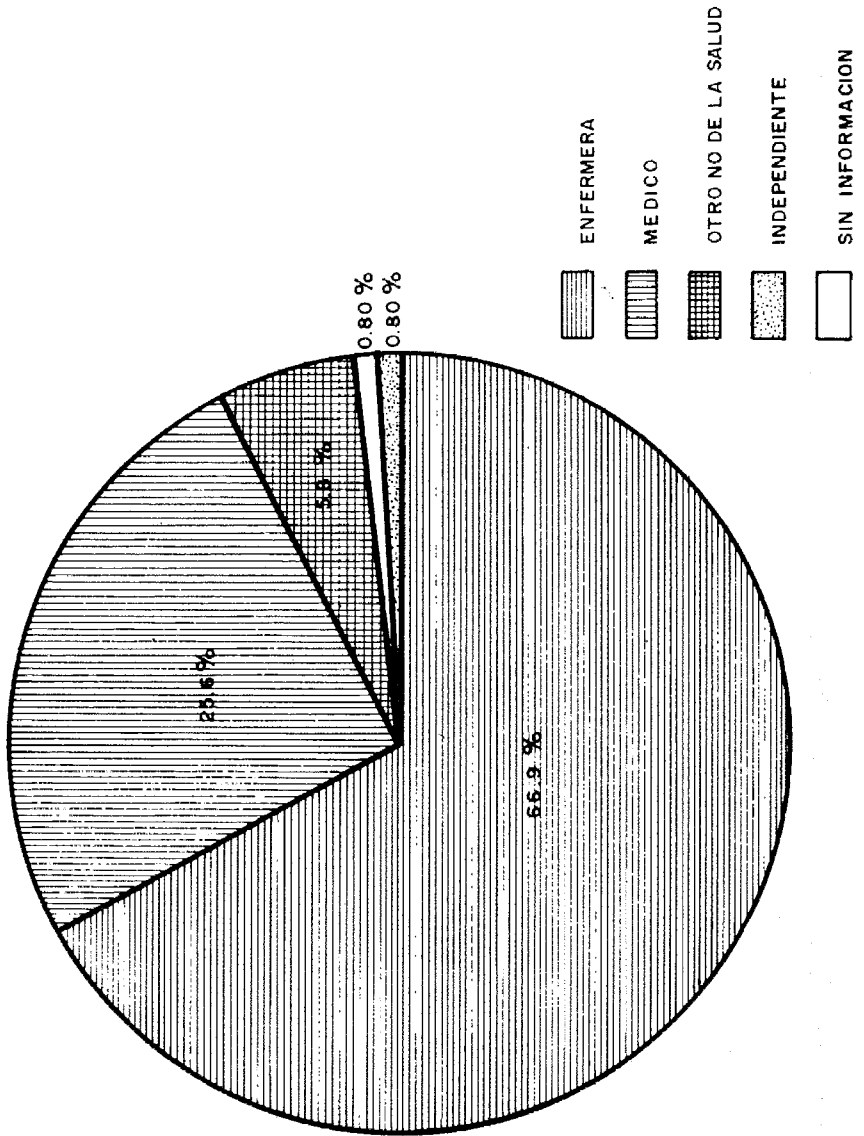


GRAFICO 30
TIPO DE TURNOS REALIZADOS POR LAS ENFERMERAS
EGRESADAS DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1984

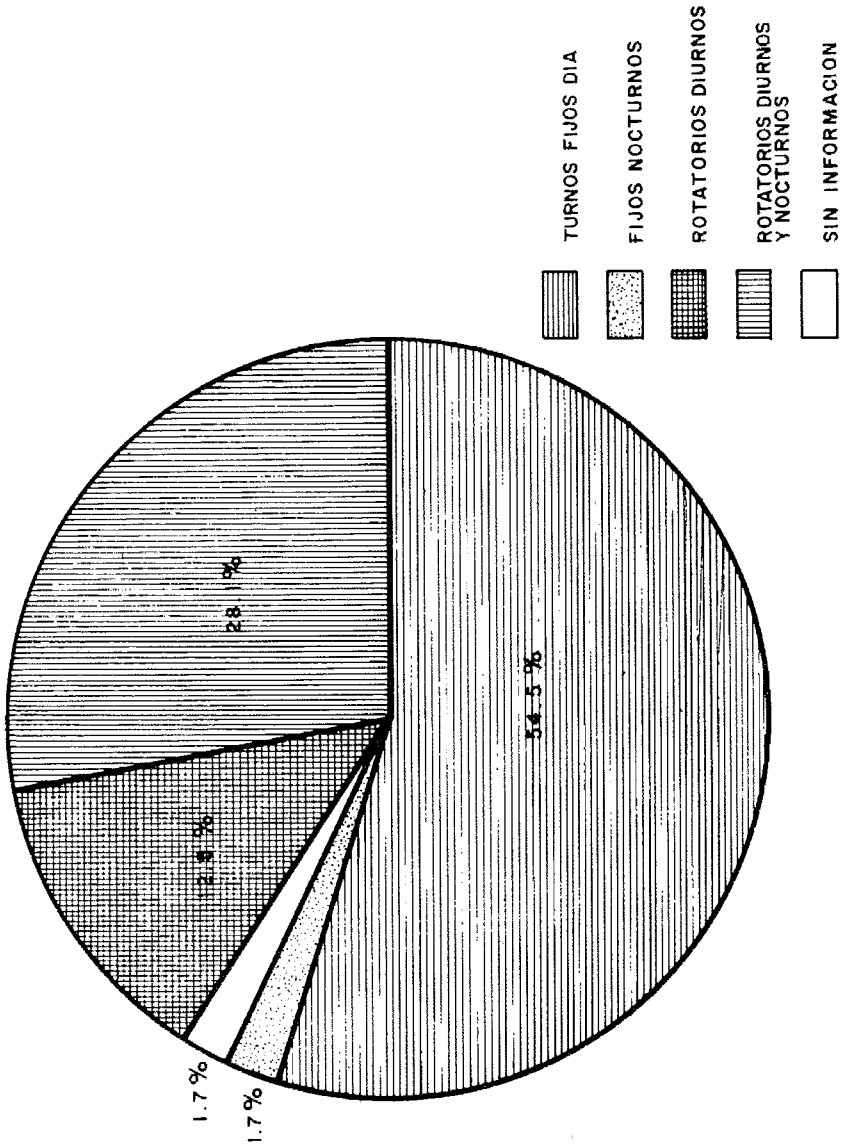


GRAFICO 31
TIEMPO EN TAREAS EXTRAS Y ESTADO CIVIL
ENFERMERAS EGRESADAS UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1984

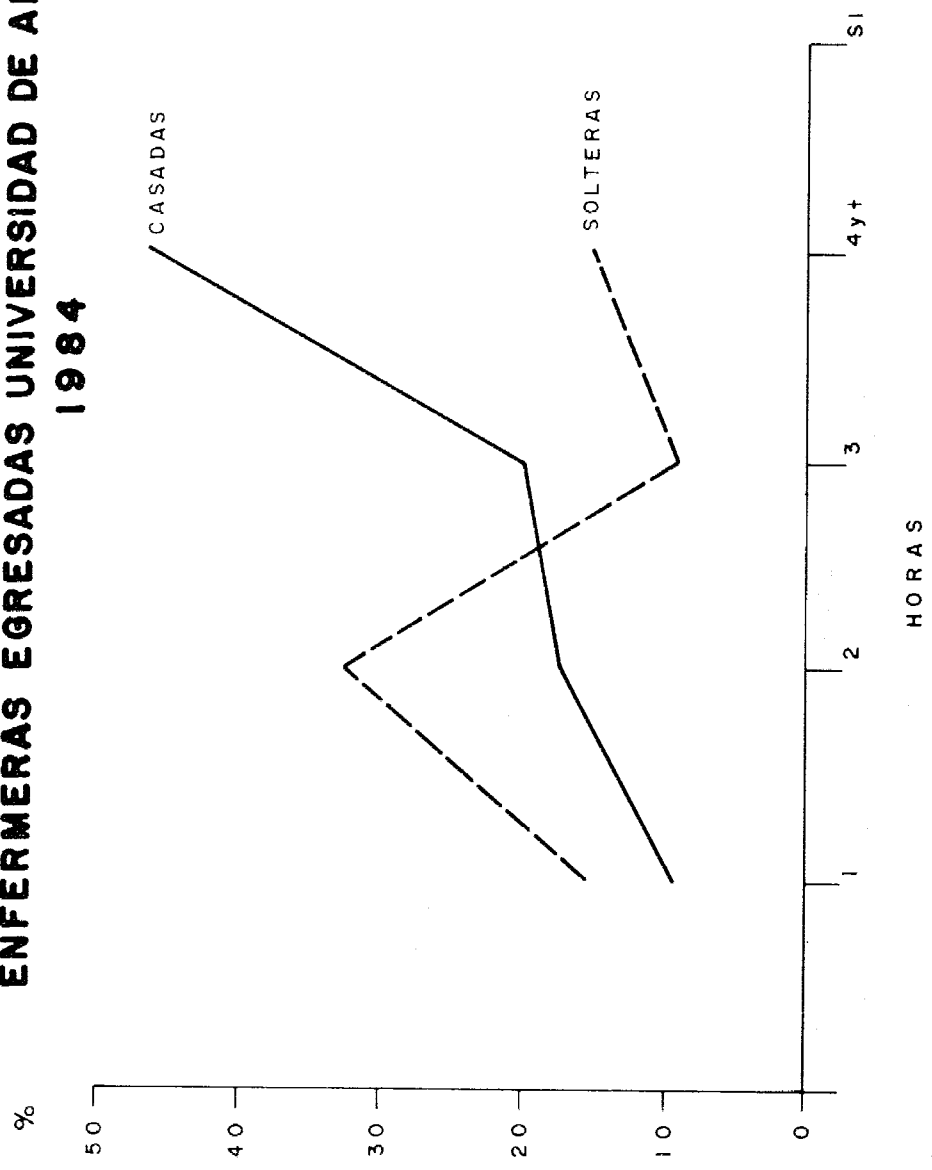


GRAFICO 37
TIEMPO LABORADO SEGUN INSTITUCION EMPLEADORA
ENFERMERAS EGRESADAS UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1984

