

# Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud, municipio de Medellín, 1999

Alba Elena Correa<sup>a</sup>Marta Lucía Palacio<sup>b</sup>Luz Elena Serna<sup>c</sup>

## RESUMEN

**E**studio descriptivo exploratorio en profesionales de enfermería laboralmente activos. Busca identificar transformaciones generadas en la forma de prestación de servicios de salud, originadas por las reformas laborales y del Sistema de Salud, para gestar propuestas que propicien la participación del profesional de enfermería en mejora de las condiciones laborales y el nivel científico-técnico.

Se aplicó cuestionario a 405 profesionales. Se indagó sobre aspectos socio-demográficos, desempeño profesional, vinculación a la seguridad social y satisfacción laboral (escala de Likert).

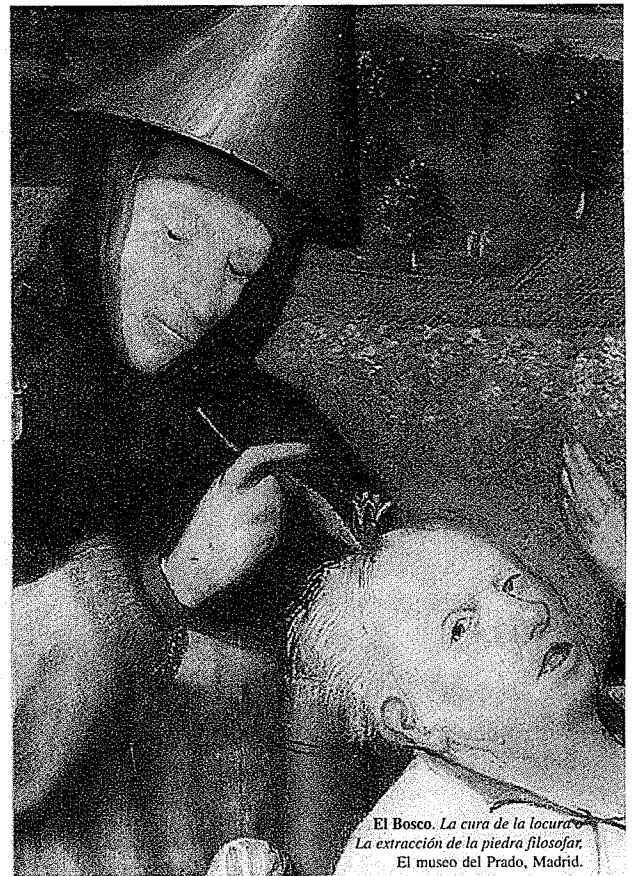
Encontrando 96,7% de sexo femenino; área de trabajo principal la asistencial-administrativa 64%, ambulatoria y comunitaria 3,2%, y ejercicio independiente 4%. La participación en publicaciones e investigaciones 18,2%, nivel de formación en pos grado asciende al 20,7%, el 68% recibe dos o menos cursos de capacitación continuada al año, la dependencia jerárquica continúa siendo un departamento de enfermería en 70% y el 73,3% del recurso se ubica en instituciones de tercer nivel de complejidad.

El tipo de contratación y la afiliación a la Seguridad Social es más favorable en la institución privada. En la pública se encontró mayor tendencia a la insatisfacción laboral.

Las políticas de recurso humano en el sector salud han hecho lento el avance de la enfermería en aspectos de desarrollo profesional. El actual modelo de prestación de servicios de salud ha desmejorado las condiciones laborales.

### Palabras clave.

*Situación Laboral. Satisfacción Laboral*



El Bosco. La cura de la locura  
La extracción de la piedra filosofal.  
El museo del Prado, Madrid.

<sup>a</sup> Enfermera, Magíster en Salud Pública y Sociología de la Educación. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

<sup>b</sup> Enfermera, Magíster en Salud Pública. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

<sup>c</sup> Enfermera, Especialista en Epidemiología. Socia ANEC.

# Labor situation of nursing professionals in health institutions, municipality of Medellín 1999

Alba Elena Correa <sup>a</sup>  
Marta Lucía Palacio <sup>b</sup>  
Luz Elena Serna <sup>c</sup>

## SUMMARY

### OBJETIVOS

#### *Objetivo general*

Explorar las condiciones laborales de los profesionales de enfermería que se desempeñan en la ciudad de Medellín mediante investigación descriptiva con el propósito de establecer los aspectos positivos y negativos existentes y, en este último caso, plantear estrategias de intervención a las instancias pertinentes.

#### Objetivos específicos

1. Caracterizar la población según variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, lugar de residencia y año de egreso.
2. Describir aspectos relacionados con la profesión como área de desempeño y función principal, dependencia jerárquica, jornada laboral, nivel de formación y participación en el área investigativa.
3. Describir la situación laboral según tipo de contratación, seguridad social, nivel de ingreso, tipo y nivel de la institución.
4. Explorar su nivel de satisfacción laboral.

#### *Marco Conceptual*

En la salud influye un conjunto de factores demográficos, socioeconómicos, políticos y ambientales que están cambiando constantemente. Los países afrontan condiciones económicas en deterioro y la pobreza continúa siendo un obstáculo importante para la salud. La urbanización, el desempleo prolongado, el envejecimiento de la población y las crisis ambientales, sociales

**D**escriptive exploratory study of active working nursing professionals. It attempts to identify transformations produced in the form of health services, which find their origin in labor and health system reforms; its aim is the preparation of proposals favoring the nursing professional's participation in improving both working conditions and the scientific and technical level.

A questionnaire was applied to 405 professionals. Questions were made on socio-demographic aspects, professional activity, participation in social security and satisfaction at work (Likert's scale).

Findings: 96,7% are women. Main area of work: assistance-administrative, 64%; ambulatory and community, 3,2%, and private practice, 4%. Participation in publications and research, 18,2%. A graduate level of education has been reached by 20,7% of the professionals; 68% take two or fewer continuing education courses every year. Hierarchical dependence is still a nursing department, in 70% of the cases; 73,3% of the resources are located in institutions of a third level of complexity.

The modalities of contract and affiliation to the Social Security are better in private institutions; lack of satisfaction at work is higher in public institutions.

Health sector human resource policies have slowed down the progress of nursing in aspects of professional development. The current health service model has deteriorated working conditions.

**Key words:** *Labor situation*  
*Satisfaction at work*

y políticas redundan en una mayor demanda de servicios de salud. Pese al mejoramiento de la cobertura de la asistencia sanitaria, el mayor acceso a los servicios y el estado de salud mundial, hay cada vez mayor disparidad entre el estado de salud de los países industrializados y el de los países menos adelantados, y entre las poblaciones ricas y pobres de los países sea cualesquiera su etapa de desarrollo económico.

Por estas razones la mayoría de los gobiernos están actualmente tratando de adoptar estructuras y políticas que posibiliten el uso más eficiente de recursos, la cooperación intersectorial y la asociación entre individuos y comunidades.

Es así como Ahumada señala que entre finales de la década del ochenta y comienzos del noventa, prácticamente todos los países latinoamericanos adoptaron los programas de estabilización y ajuste estructural prescritos por el Fondo Monetario Internacional.<sup>1</sup> Estos programas se basaron en el paquete de reformas económicas y políticas que caracterizan el modelo neoliberal: apertura de las economías a los mercados y el capital internacional, recorte del gasto público y eliminación de los subsidios estatales, privatización de las empresas públicas y de los servicios sociales.

Considera el citado autor, que la implementación de dichos programas en toda Latinoamérica sobrevino como resultado de una conjunción de factores internacionales, regionales y nacionales, imponiendo un nuevo modelo de desarrollo a los países del área. Dentro de éste, la política social se centra en tres estrategias fundamentales: “focalización” entendida como la concentración de

los recursos disponibles en una población de beneficiarios claramente identificada, estrategia sustitutiva del principio de universalidad por parte del Estado; “descentralización” consistente en trasladarle responsabilidades a los niveles regional y local, con el fin de debilitar el Estado Central, liberarlo de sus obligaciones en materia social y traspasárselas a los municipios y a las organizaciones comunitarias; y “privatización” de los servicios sociales, que implica abandono del criterio de servicio público y la introducción del criterio motor de la empresa privada al sector social, así de un modelo basado en el concepto de servicios sociales básicos se pasa a uno centrado en el cliente y su capacidad de pago.

En Colombia se inicia esta nueva estructura del Estado con las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 que orientan a conformar pequeños y exclusivos sistemas locales de salud, con el correspondiente traslado de la responsabilidad de la nación a los municipios. Con la Ley 100 de 1993 se precisa el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud y se aplican los criterios de privatización, descentralización, focalización de beneficiarios, costo-eficiencia, y la definición de un paquete básico de atención.

Al respecto conviene decir que la Ley 100 establece, entre otros aspectos, que los hospitales públicos se transformen en Empresas Sociales del Estado, regidas por el derecho privado en materia contractual y con el carácter de entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

La crisis sin precedentes de los hospitales públicos, que se vive en el país actualmente, ha puesto en evidencia los efectos nefastos de la reforma, por los recortes del gasto público y la eliminación de los subsidios a la ofer-



(Detalle) Bartolome Esteban Murillo. *La buscadora de pulgas*, hacia 1670-1675. Óleo sobre lienzo, 147 x 113 cm. Munich, Bayerische Staatsgemäldesammlungen, Alte Pinakothek.

y la imposición de los subsidios a la demanda. La situación crítica del sector se agrava con el deterioro de las condiciones sociales y el incremento del desempleo y la informalidad.

Los efectos negativos se profundizan por el tradicional desdén del Estado colombiano hacia el sector salud, pues la mayoría de los hospitales no cuenta con la infraestructura apropiada y múltiples aspectos obstaculizan su desarrollo como empresas.

Este contexto enmarca la situación de la enfermería, directamente relacionada con los cambios económicos, sociales y políticos internacionales y nacionales. Para la OMS el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud.<sup>2</sup> Considera que el personal de enfermería constituye, en todo el mundo, un grupo más numeroso que el de los demás profesionales de la salud, y el ejercicio de la enfermería ha demostrado su constante flexibilidad al responder a los cambios demográficos, económicos y sociales. Como resultado de algunos de estos cambios, el ejercicio de la enfermería es ahora un componente clave de la asistencia sanitaria en todos los ámbitos.

La Ley 266 de enero de 1996, que regula la profesión de enfermería en Colombia, enuncia: “la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influyen en la salud y en el bienestar”. También establece: “Ambito del ejercicio profesional. El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua”.

*El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua”.*

La Ley 266 de enero de 1996, contempla además, los derechos del profesional de enfermería:

1. Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.
2. Recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios nacionales e internacionales.
3. Acceder y recibir oportunidades de ingreso profesional y social.
4. Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.
5. Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería.
6. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios.
7. Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo con los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros.
8. Tener derecho a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para la población colombiana.
9. Definir y recibir un escalafón salarial profesional, que tenga como base una remuneración equitativa, vital y dinámica, proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.

El ambiente económico, social y cultural de cada país es único, generando condiciones particulares en cada región, pero los problemas con que se enfrenta el desarrollo del ejercicio de la enfermería parecen ser comunes en el ámbito mundial. Estos problemas aparecen en diferentes combinaciones en los distintos contextos.

Aparentemente no hay correlación directa entre el nivel de desarrollo socioeconómico de un país y el alcance del ejercicio de enfermería. En algunos países en desarrollo, de bajos ingresos, por ejemplo, la enfermería está muy desarrollada. De manera análoga, entre los países industrializados de altos ingresos hay algunos en los cuales la enfermería tiene una función limitada y las enfermeras están mal preparadas, mientras que en otros la enfermería está muy desarrollada. El personal de enfermería suele trabajar en los grupos más pobres y más vulnerables de la sociedad, sea cual fuere el nivel general de desarrollo socioeconómico.

Tampoco parece existir relación entre el nivel socioeconómico de un país y la relación médicos-enfermeras, ya que se encuentra, en el contexto general, una situación poco favorable para el ejercicio de la enfermería y un déficit de este personal en el panorama mundial. Pese a que las enfermeras constituyen el grupo más numeroso del personal de salud, las decisiones acerca de las asignaciones presupuestarias para la contratación, educación y retención del personal de enfermería raramente están influidas por las enfermeras.

El Noveno Programa General de trabajo de la O.M.S. establece entre sus finalidades, para lograr mejoras en el estado de salud de la población en el período 1996-2001, la de “contratación y retención del personal de enfermería”, pues es un aspecto importante de preocupación en muchos países; considerando que si éste no se aborda como parte relevante de la política global de salud, el número de enfermeras continuará bajando y ello acarreará graves consecuencias para la calidad y la cobertura de la asistencia sanitaria.<sup>2</sup>

Manifiesta la OMS que los factores que influyen en la contratación y retención de personal de enfermería son complejos y están recíprocamente relacionados, pero predominan dos inquietudes en la discusión sobre la posibilidad de elegir la enfermería como carrera y quedarse en ella: las condiciones de trabajo y la idea que se tiene de la enfermería. Indudablemente las condiciones de trabajo tendrán un efecto positivo o negativo y se refieren no sólo a las instalaciones en el lugar de trabajo, sino también a las horas de trabajo, el volumen de trabajo, los riesgos ocupacionales y la situación en que el personal de enfermería y sus familias tienen que vivir diariamente.

La remuneración es otro factor decisivo en la contratación y retención del personal de enfermería. La enfermería es una profesión mal remunerada en la mayoría de los países. Esto también puede ir acompañado de pocos incentivos o beneficios y de falta de estructura de la carrera. Al mismo tiempo el personal de enfermería suele ser polifacético, bien informado y flexible, y puede emplearse en muchas ocupaciones distintas de su profesión; cuando otras áreas de trabajo tienen mejor paga y mejores condiciones laborales, no es de extrañarse que las enfermeras se sientan atraídas hacia ellas.

*Organizar un sistema de enseñanza de enfermería básica y especializada que incorpore toda la capacitación, así como el medio de coordinar la educación continua de las enfermeras. Promover el ascenso de las enfermeras a puestos de liderazgo en todos los niveles del sistema de atención de salud, fortaleciendo así su capacidad para la participación activa en el enfoque integral del desarrollo de la práctica de la enfermería.*

En algunos países los servicios de enfermería se subcontratan. En ese caso es importante precaverse de las prácticas de empleo que explotan a las enfermeras e impiden la prestación de servicios de alta calidad. En los países donde las enfermeras están contratadas a largo plazo por el gobierno, la continuidad del empleo depende del nivel de desempeño.

Las condiciones adecuadas de trabajo también implican un ejercicio con autonomía y una situación laboral en la cual las enfermeras puedan dedicar su tiempo a la enfermería. Si ellas tienen que pasar gran parte de su tiempo tratando de subsanar las deficiencias de los servicios de apoyo, la calidad del ejercicio se afecta y encarece.

Otro factor no menos importante es el valor cultural que se da al trabajo de la mujer y al trabajo que exige contacto con sangre, excretas y cuerpos humanos. En muchos países se tiene una pobre idea de la enfermería porque la sociedad respeta poco a la mujer y casi todo el personal de enfermería es femenino. Una imagen negativa tiene efectos a largo plazo en la calidad de la fuerza laboral de enfermería. Habrá que brindar otra imagen, no sólo por conducto de la profesión en sí, sino mediante el desarrollo de una nueva conciencia social que adjudique más valor a la prestación de asistencia.

El comité de expertos de la OMS en su reunión para el análisis del ejercicio de la enfermería en el contexto mundial, hace algunas recomendaciones en el aspecto laboral.

El enfoque global del desarrollo del ejercicio de la enfermería debe estar determinado por cada país de los estados miembros y contará con la participación de los destinatarios de la asistencia sanitaria y todos los que se responsabilizan del desarrollo social y económico.



(Detalle) Bartolomé Esteban Murillo. *La buscadora de pulgas*, hacia 1670-1675. Óleo sobre lienzo. 147 x 113 cm Múnich, Bayerische Staats-germáldesammlungen. Alte Pinakothek

El enfoque debe contener los siguientes pasos:

- Evaluación de las necesidades cambiantes para los servicios denominados preventivos, curativos, de rehabilitación y de asistencia prolongada de enfermería en todos los niveles del sistema de asistencia sanitaria.
- Evaluación de los recursos humanos disponibles para la salud y la división del trabajo entre todo el personal de atención de salud.
- Formulación de una política para enfermería (como parte integral del desarrollo de recursos humanos), determinación de estrategias con relación a la legislación, administración, condiciones de trabajo, educación e investigación.

Los estados miembros deben adelantar estrategias orientadas a superar los desequilibrios existentes en los recursos humanos (la razón enfermeras médicos, enfermeras habitantes y la distribución de enfermeras) y posibilitar la contratación y retención de un número suficiente de enfermeras, especialmente en las áreas sub-atendidas. Debe dar acceso a los recursos necesarios para crear los puestos que se necesiten, y debe garantizar condiciones de trabajo adecuadas y equitativas (remuneración, prestaciones, instalaciones básicas, suministros). Organizar un sistema de enseñanza de enfermería básica y especializada que incorpore toda la capacitación, así como el medio de coordinar la educación continua de las enfermeras. Promover el ascenso de las enfermeras a puestos de liderazgo en todos los niveles del sistema de atención de salud, fortaleciendo así su capacidad para la participación activa en el enfoque integral del desarrollo de la práctica de la enfermería.

En la publicación *Enfermería en el Siglo XXI* que explora las diferencias en América Latina del estado de desarrollo de la práctica de enfermería, destaca: la composición de la fuerza laboral, el status social de la profesión, la capacidad organizativa de los diferentes grupos que la conforman y el nivel educativo de las enfermeras.<sup>4</sup>

Pero a pesar de estas diferencias, la enfermería latinoamericana comparte problemas comunes que deben ser el punto de partida para orientar su desarrollo en el Siglo XXI. Entre estos se mencionan los siguientes:

- Falta de reconocimiento de la labor de enfermería como actividad básica y esencial en las instituciones de salud, la cual se traduce en falta de oportunidades para la promoción profesional, bajos salarios, largas jornadas de trabajo y falta de participación en la toma de decisiones.
- La posición de la mujer enfermera refleja toda la problemática social de la mujer latinoamericana que incluye la discriminación social y laboral, la falta de oportunidades de preparación profesional, sobrexigencia por sus responsabilidades en el hogar que no son compartidas con la pareja, responsabilidad de la reproducción biológica, sin el suficiente apoyo social, bajos salarios, etc.
- Deficiencias en dotación de equipos y suministros la cual se da en todos los niveles de atención, tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos, lo que incide, entre otros aspectos, en la satisfacción laboral del profesional.

En gran parte de Latinoamérica, exceptuando los docentes universitarios del sector estatal, las enfermeras reciben una remuneración más baja que los demás profesionales del sector salud, con igual preparación y número de horas contratadas. En la mayoría de los servicios de salud no existe una política de desarrollo profesional que incluya programas de educación continua dentro de una estrategia de articulación docencia-servicio.

El Consejo Internacional de Enfermería, CIE, en una reunión convocada por la Organización Internacional del Trabajo para examinar los efectos de las reformas sanitarias y las condiciones de empleo y laborales en el sector, expone que las reformas y los ajustes estructurales en los diferentes países deben garantizar la formación permanente de los trabajadores para garantizar la prestación de unos servicios con calidad. Los intereses de las enfermeras se centraron en la necesidad de evaluar los trabajos y las escalas salariales imparcialmente en cuanto al género; los bajos salarios y la falta de estructuras apropiadas de carrera profesional; la falta de normas internacionales de contratación de la mano de obra que fomenta la violación de los derechos; la remuneración en función del rendimiento; las condiciones salariales y laborales que deben negociarse con organizaciones representativas de los empleados públicos, sus asociaciones profesionales y los sindicatos.

Otro aspecto importante por considerar es el relacionado con el recurso humano, pues en el proceso de desarrollo social y económico de un pueblo, éste es prioritario; ello tiene mayor relevancia cuando se refiere a países en vías de desarrollo, donde los recursos son limitados. En los países de América Latina se hacen

*La organización, planeación, sistemas, desarrollo, relaciones y utilización del recurso humano son aspectos sobre los cuales, en general, se mueve el recurso humano en el sector salud. Obviamente el plan de acción deberá contar con un plan de reclutamiento, de desarrollo del recurso humano, de retención y de redesarrollo.*

declaraciones políticas con el fin de orientar el desarrollo social y económico, resaltando la necesidad de formación, capacitación y utilización adecuada de los recursos humanos, sin llegar a concretarse en planes específicos. Esta situación se evidencia en Colombia en los planes de desarrollo elaborados en las dos últimas décadas, donde el sector salud no ha logrado operativizar sus políticas y alcanzar las metas propuestas.

La organización, planeación, sistemas, desarrollo, relaciones y utilización del recurso humano son aspectos sobre los cuales, en general, se mueve el recurso humano en el sector salud. Obviamente el plan de acción deberá contar con un plan de reclutamiento, de desarrollo del recurso humano, de retención y de redesarrollo.

En Colombia, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud en 1995 en materia de Recursos Humanos en el sector de la salud, se encontró que entre los problemas que más afectan la prestación de los servicios de salud están los relacionados con la gestión de personal y con el sector educativo<sup>5</sup>.

En lo relacionado con la gestión de personal no se cuenta con un sistema único de personal, hay carencia de instrumentos y procedimientos administrativos de selección, incorporación, calificación del desempeño, promoción y retiro del personal; tampoco se cuenta con un plan básico de desarrollo institucional relacionado con la capacitación. Hay deterioro del manejo administrativo sindical, lo que influye en una eventual incapacidad para la negociación y, finalmente, la gran inequidad salarial que se convirtió en el factor más influyente y que dificulta el ambiente de cooperación en el sector, pues la autonomía de los entes regionales dentro del esquema descentralizado crea diferencias en éstos; se encontró que el salario de un médico de rango medio es un 16% superior al de la enfermera del mismo rango, quien recibe 125% más que la enfermera auxiliar de rango medio. Aunque existe regulación de salarios entre el personal del sector público, en la práctica hay gran variación, tanto en remuneración como en horas trabajadas entre trabajadores del mismo nivel y categoría ocupacional, dadas las prácticas históricas y diferentes interpretaciones y aplicaciones de leyes en conflicto.

Se predice que esta inequidad en los pagos llevará, probablemente, a unas pobres relaciones laborales y, consecuentemente, a problemas en la entrega de servicios de salud. Estos estimativos no tienen en cuenta los múltiples puestos que a menudo tienen los médicos, lo cual les da más oportunidades de incrementar sus ingresos en comparación con las enfermeras.

Este estudio además examinó algunos aspectos de la Administración del Recurso Humano, encontrando que en el sistema de incentivos hay grandes deficiencias y escasa implementación. Se detectó un recurso humano con alta carga de trabajo y sin compensaciones diferentes a su salario básico, lo cual ha generado un bajo clima organizacional, con un alto grado de desmotivación que se traduce en índices decrecientes de calidad en la prestación del servicio y no se prevé en los presupuestos de las instituciones, recursos destinados a financiar programas de capacitación.

En cuanto al sistema educativo, para enfermería se encuentra que a pesar de haberse aumentado el número de formadores de personal en esta área, no se presentó un aumento en la relación enfermeras/población, enfermeras/camas hospitalarias y enfermeras/médicos.

Se demostró que la oferta de recursos humanos está fuertemente influenciada por los programas de capacitación y educación en salud y sus patrones de producción. Para 1995 se encontraban funcionando 25 programas de enfermería en el país. Entre mediados de la década del setenta y comienzos de la década del noventa, se incrementó por lo menos cuatro veces el número de graduados de medicina, y seis veces el de odontólogos, en tanto que el incremento del número de graduados de enfermería apenas fue de dos veces, y el de auxiliares de enfermería fue menor. Estas diferencias en índices de crecimiento, más que las diferencias salariales o las diferencias en el índice de deserción laboral, podrían explicar el mantenimiento de las bajas proporciones enfermeras/médicos.

Del análisis de la oferta de los principales recursos humanos en salud en Colombia, se detecta desequilibrio entre oferta y demanda de personal especializado, y alto déficit de enfermeras (1 por cada 3 médicos). El recurso humano de enfermeras, en su relación de enfermeras por 1.000 habitantes se comporta como una progresión lineal; es evidente que el número absoluto de este tipo de profesional es insuficiente para responder a las necesidades del país, se proyectó que para el año 2.000 habría 0,6 enfermeras por 1.000 habitantes; países que cuentan con un sistema de salud de calidad tienen relaciones de médicos/enfermeras más altas que Colombia, mientras que USA tiene una relación de 3,58 y Jamaica de 1,21, Colombia tiene 0,42.

Se han dado ciertas explicaciones sobre el por qué el perfil de los recursos humanos del sector de la salud en Colombia, presenta la forma de un reloj de arena; es decir, con muchos médicos y auxiliares pero con pocas enfermeras en medio de los dos.<sup>6</sup> Una explicación posible podría ser que existe inadecuada capacidad



institucional para el entrenamiento de nuevas enfermeras. O, quizá, los niveles inadecuados de salarios y el estatus laboral desanima a las jóvenes a iniciar programas de enfermería.

Se ha formulado la hipótesis de que las mujeres jóvenes que hoy en día pueden costear la capacitación de enfermeras, optan por convertirse en médicos, lo cual requiere por lo menos año y medio adicional de estudios. Las pruebas anecdóticas también señalan que las graduadas de enfermería dejan el ambiente clínico por la industria farmacéutica, la venta de planes de salud o de equipo médico, la administración de servicios de salud, etc., con salarios y satisfacción laboral mayores.

Tanto el panorama mundial como el nacional muestran aspectos críticos para la profesión de enfermería: en materia de disponibilidad y formación del recurso, y de condiciones laborales; ello hace necesario que las distintas instancias de representación de intereses del gremio deban tener en cuenta las políticas en enfermería formuladas por la OMS, y los aspectos críticos detectados en los estudios del Ministerio de Salud, además de los resultados que reporta el presente estudio y otros similares, con el propósito de formular planes y propuestas de mejoramiento para los profesionales de enfermería

## METODOLOGÍA

Estudio exploratorio descriptivo que permite hacer un diagnóstico de la situación laboral de los profesionales de enfermería vinculados a instituciones de salud del municipio de Medellín en el mes de mayo de 1999.

### Población

Se tomó como marco de referencia un listado emanado de la Secretaría de Salud que reportó 1.670 instituciones prestadoras de servicios de salud; telefónicamente se constató cuántos profesionales laboraban en cada una de éstas, encontrándose un total de 906.

### Muestra

Se calculó con una probabilidad del 95% y con un margen de error del 3,62% para un tamaño muestral de 405,14 enfermeras. Del listado disponible por instituciones se generaron números aleatorios y se asignaron al azar los 405 profesionales a entrevistar. Algunas instituciones a las que aleatoriamente se les asignó muestra pero no permitieron tomar la información, se procedió a reemplazarlas en la misma forma.

### Técnicas de información

Se elaboró un cuestionario; se aplicó una prueba piloto para evaluar consistencia y confiabilidad y se hicieron los ajustes pertinentes.

### Cuestionario

Fue aplicado por los tres investigadores y estudiantes del curso de Metodología de la Investigación del IV semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, previa estandarización para evitar errores de interpretación.

## Procesamiento de los datos

Se hizo con el software SPSS, se elaboró un plan de análisis estadístico para lograr los objetivos de la investigación.

### Diseño del plan de datos:

En el análisis de las condiciones económicas se tuvo en cuenta el lugar de residencia, para, a partir de la estratificación de la ciudad, identificar el nivel socioeconómico predominante de la comuna de residencia, y el nivel de ingresos de los profesionales tanto en las instituciones públicas como privadas.

Para caracterizar las condiciones laborales se indagó por el tipo de contrato de trabajo, el horario asignado, tiempo de vinculación, cubrimiento en seguridad social, y ejercicio independiente de la profesión, entre otros.

Para explorar la satisfacción laboral se empleó la escala de medición de Likert, asignando los valores así: 1. muy satisfecho, 2. satisfecho, 3. insatisfecho y 4. muy insatisfecho. Estos ítems se aplicaron a un grupo de 13 preguntas que dieran cuenta del nivel de satisfacción de las enfermeras en los diferentes escenarios de la actividad laboral. Para obtener las tendencias hacia la satisfacción o insatisfacción total se sumaron los 13 ítems, donde la máxima satisfacción se encontró en una sumatoria de puntos alrededor de 13, la satisfacción alrededor de 26, la insatisfacción alrededor de 39 y la máxima insatisfacción alrededor de 52.

Para los distintos factores como rango de edad, sexo, tiempo que se lleva laborando, tipo de institución donde labora, etc., se promedió la suma de puntos y el promedio global se colocó en la escala de 13 a 52 como marco de interpretación.

## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### Aspectos demográficos

Se encontró un 96,7% de mujeres, corroborando que la enfermería continúa siendo predominantemente femenina. El grupo de edad más representativo está entre los 31 y 40 años, con 35,8%, seguido del de 41 a 45 años con 26,6%. El 55,6% es menor de cuarenta, lo que evidencia una población laboral joven, esta cifra es inferior al reporte del Estudio Nacional/87 que encontró 76,6% de enfermeras menores de 40 años<sup>7</sup>.

El estado civil señala 50% casados, 38,8% solteros y un 6,7% de separados, mostrando variación en relación al estudio de Arango E. de 1985, que reportó mayor número de solteros, con un 48,2%<sup>8</sup>. (véase tabla 1).

*En Latinoamérica se tiene un mayor grado de consolidación de los programas de especialización en enfermería. Los programas de maestría están en fase de desarrollo y en proceso de consolidación, orientados primordialmente a fortalecer el componente de investigación.*

<i>Característica</i>	<i>Numerador</i>	<i>Denominador</i>	<i>Distribución porcentual</i>
<b>Lugar de Residencia</b>			
Comuna 7 (Robledo)	36	405	8,9
Comuna 16 (Belén)	90	405	22,2
Comuna 11 (Laureles)	58	405	14,3
Comuna 12 (América)	35	405	8,6
Comuna 14 (Poblado)	29	405	7,2
Resto de comunas	77	405	18,8
Área Metropolitana	80	405	20
Total	405	405	100
<b>Estrato Socioeconómico</b>			
Estratos 4-5	188	405	46,42
Estrato 3	108	405	26,66
Estrato 6	29	405	7,16
Resto área metropolitana	80	405	19,75
Total	405	405	100
<b>Edad</b>			
Grupo 20-30 años	80	405	19,75
Grupo 31-40	145	405	35,80
Grupo 41-45	108	405	26,66
Grupo 45 y más	64	405	15,80
Sin dato	8	405	1,97
Total	405	405	100

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos

### Caracterización Profesional

La tabla 2 muestra que el 88,4% de enfermeras que laboran en Medellín son egresadas de la Universidad de Antioquia: antes de 1980 el 23,2%, en la década del 80 el 39,5%, a partir de 1990 el 35,1%. En el nivel de formación alcanzado se encontró 79,1% pregrado, 19% especialización y 1,7% magister (véase figura 1). Dichos posgrados se ubican en las áreas de Administración de Servicios de Salud, Epidemiología, Salud Ocupacional, Salud Pública, y en menor proporción en Promoción de la Salud, Rehabilitación y Cuidado al Paciente Crítico.

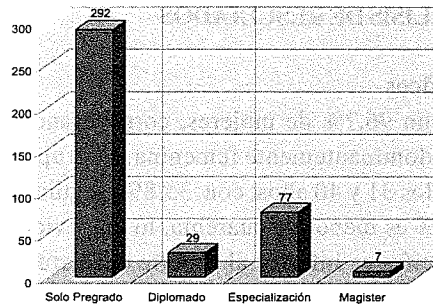


Figura 1. Nivel de formación profesional

Característica	Numerador	Denominador	Distribución porcentual
<b>Universidad de egreso</b>			
Universidad de Antioquia	358	405	88,4
Otras Universidades	47	405	11,6
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>405</b>	<b>100</b>
<b>Forma del ejercicio profesional</b>			
Ejercicio Independiente	17	389	4,4
Ejercicio Institucionalizado	372	389	95,6
<b>Total</b>	<b>389</b>	<b>389</b>	<b>100</b>
<b>Horario de trabajo</b>			
Diurno	188	392	47,96
Mixto (diurno y nocturno)	37	392	9,43
Diurno e incluye fin de semana	44	392	11,22
Mixto e incluye fin de semana	110	392	28,06
Otro	13	392	3,32
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>392</b>	<b>100</b>
<b>Asociados a ANEC</b>			
No Asociados	123	393	31,3
Asociados	270	393	68,7
<b>Total</b>	<b>393</b>	<b>393</b>	<b>100</b>

Tabla 2. Caracterización profesional

Aunque el nivel de posgrado aumentó al 20,7% con relación a estudios anteriores como el Estudio Nacional/87 que reportó 10% y principalmente en las áreas de Salud Pública, Administración y Educación, y el estudio de Arango E. de 1985 con 12%, se resalta que la mayoría de los posgrados son a nivel de especialización, con énfasis en las mismas áreas y con un crecimiento poco significativo.<sup>7,8</sup>

En educación continuada, el 68% recibe en promedio dos o menos cursos de capacitación al año, cifra similar a la encontrada en el Estudio Nacional que reportó un promedio de 1,2 a 3 cursos al año.<sup>7</sup> Es motivo de análisis lo estático de la actualización en enfermería, puesto que los avances técnico-científicos y tecnológicos implican una permanente capacitación.

El 18,3% participa en investigaciones o publicaciones, lo cual es significativo si se compara con el Estudio Nacional, que reportó cero en participación en investigaciones y 4% en publicaciones de artículos en revistas o libros; se puede concluir que aún no se ha involucrado suficientemente dentro del rol profesional la investigación, y no se perfila cohesión suficiente de las enfermeras institucionales a las líneas investigativas trazadas por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.<sup>7</sup> Esta situación de la investigación es coherente

con los últimos análisis y documentos de Colciencias y del Ministerio de Educación, sobre la investigación en el país, en todos los campos del saber, y su necesario impulso.

Se considera que han influido múltiples causas desfavorables para lograr un mayor desarrollo de la profesión, tanto en la formación de posgrados como para la producción científica y la educación continuada.

En Latinoamérica se tiene un mayor grado de consolidación de los programas de especialización en enfermería. Los programas de maestría están en fase de desarrollo y en proceso de consolidación, orientados primordialmente a fortalecer el componente de investigación. Es significativo el progreso intelectual de la profesión en los últimos 20 años para Latinoamérica por el enfoque que ha tenido en investigación y programas de doctorado<sup>9</sup>

Un estudio de la Superintendencia de Salud en 1995 reportó en el país 564 egresadas en posgrado, de las cuales 380 son en el área clínica.<sup>10</sup> Los posgrados en enfermería datan de la década del 50 en la Universidad Nacional inicialmente y luego en la Universidad de Valle, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia inició programas de posgrado a comienzos de los 90, y hasta entonces localmente, sólo se podían hacer posgrados ofrecidos por otras facultades del área de la salud.

El sector público no ha contado con un plan de desarrollo institucional en materia de capacitación ni mejoramiento continuo para el personal de salud; de otro lado no existen estímulos como sistema de promoción de cargos o reconocimientos salariales y por tanto las enfermeras especializadas se siguen desempeñando en los mismos puestos de trabajo,

y en general las instituciones tanto públicas como privadas brindan poco apoyo para la educación continuada o la participación en investigación.<sup>10</sup>

Tanto la Ley 266 de 1996 como la Ley 100 de 1993, ampliaron ostensiblemente el escenario para la profesión de Enfermería, la primera permitiendo el ejercicio liberal de ésta y la segunda redefiniendo las políticas en salud y ampliando el panorama de acción en otras áreas como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la gestión de los servicios de salud y monitoreo de la calidad de los servicios; esto exige mayor número de especialistas en salud comunitaria y salud colectiva, en epidemiología, gerentes de servicios de salud y auditores de calidad.

Respecto al área de trabajo principal continua siendo el asistencial con 42%, y sumada con la asistencial-administrativa que reportó 13,8%, muestra un 55,8%, como área principal de desempeño. El área netamente administrativa fue del 8,4%, y el área ambulatoria y comunitaria del 3,2%. En el ejercicio independiente de la profesión se encuentra el 4,4%.

La principal función en el área de trabajo continua siendo la asistencial con 42,8%; la administrativa del cuidado o de servicio con 14,4%, la administrativa de servicio y asistencial, 18,5%. La participación en las funciones docentes e investigativas son mínimas, dato que tiene que ver con la baja producción científica e investigativa, ya comentada.

Aunque el estudio se realizó en instituciones de salud sólo del área urbana de Medellín, estos resultados distan de las políticas de salud planteadas por la OMS y el Ministerio de Salud frente al desarrollo de la Atención Primaria y la Promoción y Prevención, donde se espera esté desempeñando-

se un número importante de enfermeras en el área comunitaria, encontrándose pocas profesionales con posgrado en estas áreas y vinculación en este campo.

Igualmente estos resultados contrastan con lo encontrado por Castrillón C. en 1999 que señaló la función administrativa como el epicentro del accionar del profesional de enfermería, seguido por la función asistencial; la función docente no revistió importancia y la investigativa se consideró relevante pero sin posibilidades de desarrollar por la sobrecarga laboral.<sup>11</sup>

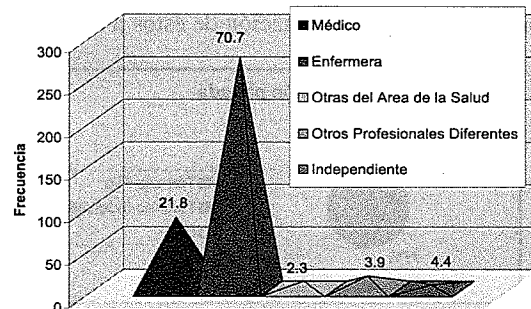


Figura 3. Dependencia jerárquica de la enfermera en la institución donde labora

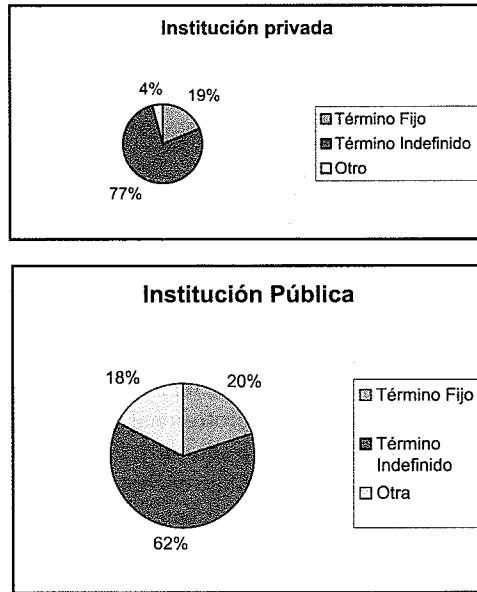
La dependencia jerárquica de las enfermeras en el 70% presenta una estructura administrativa de enfermería, un 21,8% depende de personal médico y un 6,2% depende de otro profesional. (véase figura 3). Si bien no se indagó por el tipo de estructura administrativa de enfermería, es importante destacar aún el alto porcentaje encontrado de dependencia jerárquica de enfermería, dato similar al reportado por el estudio de Arango E. de 1985 que estableció un 66,9% en este aspecto, pues las reestructuraciones de los últimos años en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, han replanteado las estructuras tradicionales y, en algunos casos, suprimido los departamentos de enfermería, quedando este grupo, incluido el personal auxiliar, inmerso en sistemas definidos por áreas de trabajo con dependencia jerárquica de cualquier profesional del equipo de salud, donde a la enfermera le corresponde competir por esa coordinación.<sup>8</sup> El resultado de estos cambios es un aspecto para indagar en estudios posteriores.

Las enfermeras se concentran en mayor proporción en instituciones del tercer nivel de complejidad con 73,3%, en el segundo nivel un 17,1% y en el primer nivel sólo el 9,6%. Un estudio de Minsalud y Harvard reporta que las instituciones de tercer nivel agrupan el mayor número de enfermeras; por tanto están más concentradas en el área clínica, lo que confirma la baja proporción de enfermeras en el primer nivel de atención, para la Promoción y la Prevención.<sup>6</sup>

### Caracterización laboral

El promedio de tiempo en ejercicio de la profesión fue de 12,6 años, y en cuanto al tiempo que se lleva laborando en la institución actual, se encontró un promedio de 9,1 años, mostrando variación importante según tipo de institución, pues el promedio para la institución pública fue de 11,2 años y para la privada de 6,5 años.

El tipo de contratación a término indefinido -que ofrece las mejores condiciones de estabilidad laboral- fue de 66,4%, mostrando diferencias importantes por tipo de institución, en el sector público 62% y en el privado a 77,1% (véanse figuras 4 y 5). Este descenso en la institución pública es significativo si se compara con el Estudio Nacional que halló 92% de contratación a término indefinido.<sup>10</sup> Se observa el aumento en este sector de la contratación a término fijo y por prestación de servicios, llegando al 38%, convirtiendo al sector oficial, en un menor proveedor de estabilidad laboral. Esto es similar a lo encontrado en un estudio de condiciones laborales de los médicos donde en promedio para ambos sectores se encontró un 66% de contratación de éstos a término indefinido.<sup>12</sup>

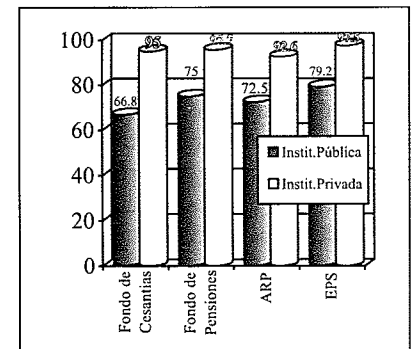
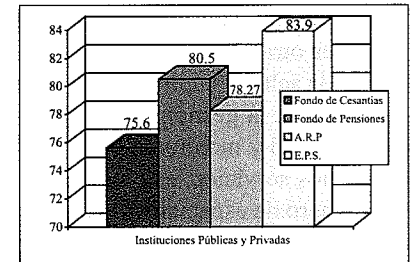


Figuras 4 y 5. Tipo de contratación laboral

El nivel de ingreso con un promedio de 8,98 horas diarias laboradas, fue de 5,3 salarios mínimos (\$US 631), con variación entre el sector público y el privado, siendo de 5,5 y de 5, respectivamente. Según lugar de residencia encontrado, de acuerdo con la estratificación socioeconómica de la ciudad, el 52,2% de las enfermeras residen en sectores de estratos cuatro, cinco y seis y el 27% en el tres; estos dos aspectos permitirían concluir que las condiciones socioeconómicas de las enfermeras han mejorado si comparamos los resultados con otros estudios como el Nacional que reportó ingresos promedio de 2,9 a 3,8 salarios mínimos y el estudio de Arango E. de 1987, que reportó, para las egresadas de la Universidad de Antioquia, que el 53% vivía en estrato bajo, el 37% en estrato medio y el 10% en estrato alto.<sup>7,8</sup> Pero se podría decir que este aumento en salarios mínimos no es un aumento real, dado que los salarios de la población en general han disminuido su poder adquisitivo.

Sin embargo, si se comparan sus ingresos con otros profesionales de la salud, se encuentra por ejemplo en el estudio de los médicos, ingresos de 7,7 salarios mínimos con igual promedio de horas laboradas.<sup>12</sup> Estudios de la OMS y la OIT, reportan menores salarios para las enfermeras en casi todas las regiones del mundo evaluadas por ellos, sumándose la discriminación por su condición

predominantemente femenina: el pobre valor cultural que se le da al trabajo de la mujer y en particular al de la enfermera. Es de resaltar que en algunos países la población femenina en el sector salud es hasta del 80%, ubicadas en los escalafones más bajos de la jerarquía del sector y con salarios bajos para responder óptimamente a su calidad de vida.



Figuras 6 y 7. Afiliación a la Seguridad Social.

La vinculación de las enfermeras a la Seguridad Social (véase figura 6) por parte de la institución donde laboran, mostró diferencias importantes entre las enfermeras vinculadas al sector público y al sector privado, tanto en la afiliación al Fondo de Pensiones como a la Administradora de Riesgos Profesionales y a la Empresa Promotora de Salud, siendo mayor el porcentaje de afiliación en el sector privado, con un promedio general de 73,3% para el sector público y 95,2% para el privado (véase figura 7).

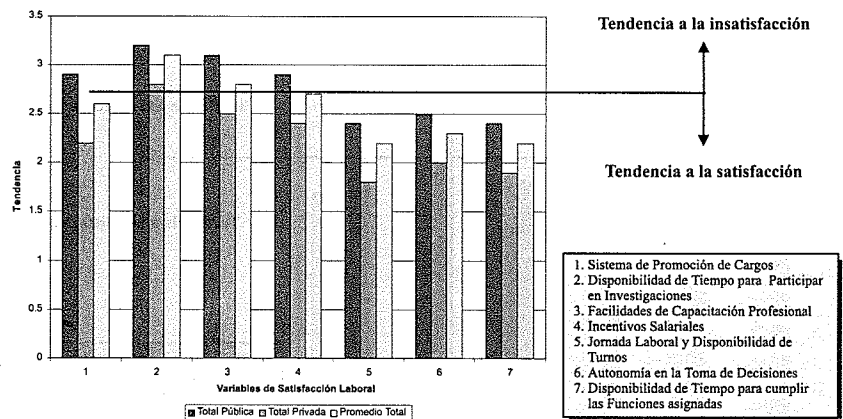
La menor proporción en cubrimiento de la seguridad social de las enfermeras por el sector público mues-

tra el deterioro de las garantías laborales en este sector. El Estudio Nacional reportó un 92% de contratación a término indefinido, lo que permite concluir que en ese mismo porcentaje se tenía cubrimiento en Seguridad Social hace quince años.<sup>7</sup>

El 49% de las enfermeras desarrollan su trabajo en turnos rotatorios que comprenden horario diurno, nocturno y de fin de semana, y aunque en promedio semanal no se superan las 9h diarias, están sometidas a las alteraciones biológicas, familiares y sociales que ocasionan estos turnos. Es de resaltar que un 38% manifestó no tener tiempo de descanso en jornada de trabajo superior a 8h.

*El 19% de los profesionales tienen un nivel de posgrado como especialistas y sólo el 2% magister. Se encuentra la mayor concentración en las áreas de administración de servicios de salud, epidemiología, salud ocupacional, salud pública y en menor proporción en promoción de la salud, rehabilitación y cuidado del paciente crítico.*

**Satisfacción Laboral.**



**Figura 8.** Tendencia de la Satisfacción Laboral.

Respecto al grado de satisfacción laboral el profesional de enfermería muestra una tendencia global a la insatisfacción en cuatro de las trece variables evaluadas: 1) sistema de promoción de cargos, 2) disponibilidad de tiempo para participar en investigaciones, 3) facilidades de capacitación profesional y 4) incentivos salariales; y satisfacción en las nueve restantes: 5) jornada laboral y disposición de turnos, 6) autonomía en la toma de decisiones, 7) disponibilidad de tiempo para el cumplimiento de las funciones asignadas, 8) disponibilidad del recurso humano, material y tecnológico, 9) disponibilidad de recursos material, 10) disponibilidad de recurso tecnológico, 11) posición en la estructura jerárquica de la institución, 12) apoyo administrativo y 13) disponibilidad de elementos de protección personal.

Al analizar el grupo de preguntas anteriores por tipo de institución se encuentra una variación importante, pues en las entidades públicas se observa una tendencia a la insatisfacción en nueve variables y en las privadas se observa tendencia a la satisfacción laboral en doce de las trece variables.

En las entidades públicas por niveles de atención, hay un mayor grado de insatisfacción en el tercer nivel, en las privadas no hay diferencias significativas por niveles de atención, permaneciendo la tendencia a la satisfacción laboral.

Al relacionar la tendencia a la satisfacción laboral por grupos de edad, en los aspectos de disponibilidad de recurso humano, material y apoyo administrativo se encontró tendencia a la satisfacción, en los grupos de 20 a 45 años y tendencia a la insatisfacción en el grupo de 45 y más años.

Igualmente respecto a los incentivos salariales, los grupos de edad de 20 a 30 y de 40 años y más muestran tendencia a la satisfacción y el grupo de 31 a 40 muestra tendencia a la insatisfacción laboral. En las demás variables no se observan cambios por grupos de edad.

Estos resultados en la evaluación de la satisfacción laboral, en las variables cuyo resultado global reportó tendencia a la insatisfacción, están precisamente mostrando insatisfacción en el nivel de ingresos, el cual se consideró que era bajo; insatisfacción en los aspectos de facilidades para capacitación y participación en investigaciones, aspecto igualmente ya ubicado como crítico de acuerdo a los resultados del estudio; insatisfacción en la promoción de cargos, situación igualmente crítica para las enfermeras, dado que aún teniendo la formación de posgrado requerida, no cuentan con oportunidades de ascenso, en la estructura de las organizaciones de salud.

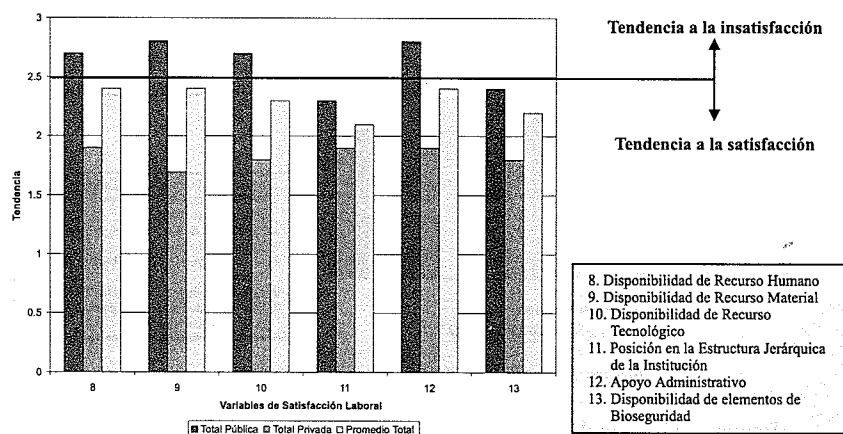


Figura 8. Tendencia de la satisfacción Laboral.

Si se compara los resultados generales del estudio con el estudio de la OMS no se observa avance en el logro de las recomendaciones allí planteadas: garantizar al personal de enfermería condiciones de trabajo adecuadas y equitativas en cuanto a remuneración, seguridad social, instalaciones básicas, etc.<sup>2</sup> Favorecer la formación avanzada, la capacitación continuada y el ascenso a puestos de liderazgo en el sistema de atención, entre otras.

## Conclusiones

- La profesión de enfermería continúa siendo predominantemente femenina.
- El 19% de los profesionales tienen un nivel de posgrado como especialistas y sólo el 2% magister. Se encuentra la mayor concentración en las áreas de administración de servicios de salud, epidemiología, salud ocupacional, salud pública y en menor proporción en promoción de la salud, rehabilitación y cuidado del paciente crítico. Esta cifra es superior a lo encontrado en estudios anteriores.
- En la formación de posgrado no se identificó avance en las nuevas áreas de desempeño de los profesionales de enfermería.
- El 68% de los profesionales de enfermería reciben en promedio dos o menos cursos de capacitación al año, cifra similar a estudios anteriores, en tanto que la participación en publicaciones e investigaciones ascendió al 18%.

- El área de desempeño principal fue la asistencial, 42%, seguida de la asistencial-administrativa con 14%. El área ambulatoria y comunitaria con 3,2% y el ejercicio independiente con el 4,4%.
- La función principal en el área de trabajo fue la asistencial y administrativa del cuidado en un 76%
- La participación en las funciones docentes e investigativas es mínima (0,5%).
- En el 70% la dependencia jerárquica de los profesionales de enfermería en las instituciones estudiadas continúa siendo de enfermería.
- La formación continuada y de posgrado, así como la participación en investigaciones y publicaciones se ve limitada por deficientes políticas del sector, ausencia de un sistema de promoción de cargos y falta de incentivos salariales.
- El 73,3% de los profesionales de enfermería laboran en el tercer nivel de complejidad, lo que demuestra ausencia de este personal en el primer nivel de atención para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- La contratación a término indefinido fue del 66,4%, siendo ésta mayor (77,15%) en la institución privada, con descenso significativo en los últimos años principalmente en el sector público.
- La afiliación a la seguridad social fue del 80% distribuida así: 73% para la institución pública y 95% para la institución privada, con descenso significativo en los últimos años.
- El nivel de ingresos fue de 5,3 salarios mínimos con un promedio de 8,98h diarias laboradas, se encontró aumento en el salario y en el estrato del lugar de residencia, pero la profesión de enfermería continúa teniendo una menor remuneración que otras profesiones.

- La satisfacción laboral mostró tendencia a la insatisfacción en sistemas de promoción de cargos, disponibilidad de tiempo para participar en investigaciones, facilidades de capacitación profesional e incentivos salariales. En la institución pública hay una tendencia a la insatisfacción y en la privada hay tendencia a la satisfacción.
- Las cuatros variables que en el análisis global mostraron tendencia a la insatisfacción laboral coinciden con los hallazgos más críticos del estudio.

### Recomendaciones

- Plantear estrategias de tipo económico y de flexibilidad de horarios, entre los entes gubernamentales y de representación de la profesión, con el fin de elevar los niveles de formación acordes con las exigencias de la atención en salud y los nuevos escenarios de acción para el sector.
- Incentivar la realización de convenios institucionales en materia de educación permanente en enfermería, orientados a la flexibilización de horarios tanto en las instituciones formadoras del recurso humano como en las instituciones empleadoras.
- Desarrollar centros o unidades investigativas de carácter participativo e interdisciplinario, como un medio para lograr una mejor cohesión en el trabajo investigativo y mejoramiento de la calidad de la atención.
- Fortalecer la divulgación de resultados de investigación y sistematización de experiencias en enfermería, en revistas de enfermería, memorias de congresos, y otras publicaciones.
- Establecer mecanismos de coordinación entre los entes gubernamentales y los órganos de dirección de la profesión que propicien mayor participación de las enfermeras en el área de promoción y prevención en el Sistema de Seguridad social en Salud, liderando proyectos de participación comunitaria y logrando avances en el ejercicio independiente de la profesión.
- Buscar espacios para rescatar la dependencia jerárquica por enfermería en un 100% de las instituciones, como lo plantea la Ley 266/96. En las instituciones donde se han perdido las coordinaciones de enfermería se debe propiciar la participación de éstas en los organismos de dirección y especialmente donde se tomen decisiones relacionadas con el quehacer de la profesión.
- Ampliar la participación de las enfermeras en las organizaciones o corporaciones que representan sus intereses, que permitan avances en el desarrollo profesional y gremial.
- Lograr acuerdos concertados entre los sectores gubernamentales y privados para la consolidación de modelos del ejercicio de la profesión que mejoren de manera satisfactoria las condiciones sociolaborales del ejercicio profesional, acordes con lo planteado en las políticas de la OMS para enfermería y dadas las reformas socio-políticas y de seguridad social que han incidido en las condiciones laborales de las enfermeras.
- Elevar el nivel de estudios superiores de las enfermeras, involucrando otras áreas del conocimiento que favorezcan el desempeño integral en diferentes escenarios. ●

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahumada, C. Política Social y Reforma de Salud en Colombia. *Papel Político*. 1998; 7.
2. Organización Mundial De La Salud. *El Ejercicio de la Enfermería en Colombia*. Ginebra OMS; 1996.
3. Ley 266 de enero 25 de 1996. *Por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones*. Santafé de Bogotá, D.C.; 1996.
4. Fundación W.K. Kellogg. *Enfermería del Siglo XXI en América Latina*. 1ª ed.; 1991.
5. Ministerio de Salud. *Los Recursos Humanos en el Sector de la Salud en Colombia*. Santafé de Bogotá: Minsalud; 1995.
6. Ministerio de Salud. *Recurso Humano en I.P.S. Hospitalarias. Grupo Harvard*. Santafé de Bogotá: Minsalud; 1995.
7. Ministerio de Salud. *Condiciones de Trabajo. Estudio Nacional de Enfermería, 1985-1987, Actualidad y Perspectiva*. Santafé de Bogotá: Minsalud; 1987.
8. Arango E. Características Socioeconómicas y Condiciones de Trabajo de Enfermeras egresadas de la Universidad de Antioquia. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 3 (2). 1985.
9. Organización Mundial de la Salud. *La Enfermería en las Américas* Washington, D.C: OMS; 1999.
10. Ministerio de Salud. *El Recurso Humano de la Salud en Colombia*. Santafé de Bogotá: Minsalud; 1995.
11. Castrillón C. La Enfermería en Colombia y la Reforma del Sector Salud: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 17 (1). 1999.
12. Villegas EM. Condiciones Sicosociales y Económicas Laborales de los Médicos Generales de Medellín, marzo 1998. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 1998 16 (1): 51-54.