

# Análisis de la situación del capital humano enfermero en relación a las políticas orientadas al sector y las principales problemáticas de este talento humano en argentina



Por **María Gómez Marquisio**

Licenciada en Enfermería (UNLP)  
Profesora en Enfermería (USal)  
Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (ISALUD)  
Miembro del Centro de Estudios de Drogadependencia y Sociopatías de ISALUD.  
Enfermera asistencial. Sanatorio Otamendi.

## Directores:

**Dr. Mario Glanc (ISALUD)**

**Mg. Daniela Alvarez (ISALUD)**

## Jurado evaluador:

**Dr. Rubén Torres (ISALUD)**

**Prof. Gabriela Felippa (ISALUD)**

**Mg. Miriam Galván (UNDAv)**

La tesis completa se encuentra disponible en la Biblioteca de la Universidad ISALUD

## 1. Introducción

El déficit de enfermeras y enfermeros es crítico en el mundo. A pesar de ser reconocido este factor como clave para el desarrollo de las comunidades (OPS, 2011), la mayoría de los países tienen serios problemas para abordarlo y solucionarlo.

Es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los beneficios que proveen los enfermeros dentro del sistema a sus beneficiarios en cantidad y calidad adecuados, a través del desarrollo de funciones esenciales como la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de Salud, en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud y la formación.

Así el déficit del capital humano enfermero global, constituye un serio problema que interesa a la gestión de los sistemas de salud a la hora de planificarlo. Este problema en su visión compleja, concentra una serie de causas concurrentes que podrían categorizarse con el fin de intentar comprender el fenómeno en sus múltiples dimensiones, en cuatro grandes ramas: formación académica, situación socio-laboral, perfil epidemiológico y problemas relacionados a la migración. Las técnicas mejoradas del registro de profesionales, indicadores que representan proporción en relación a médicos y número de habitantes; así como estrategias cualitativas: modelos de reconocimiento profesional, apoyo mentor, alianzas estratégicas, creación de escuelas y consejos de la disciplina, captación internacional y formación de enfermeras

líderes son solo algunas de las iniciativas de los países y organizaciones que reconocen el problema e intentan comprometerse con el desarrollo de mejoras.

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

Se analizarán además, comparativamente, las estrategias aplicadas en el ámbito internacional para la gestión de este capital humano, identificando la factibilidad de alguno de ellos en el país. Así también se efectuará un acercamiento al campo práctico para intentar analizar la situación del recurso en el área local en un ámbito institucional, correspondiente a cada uno de los subsistemas

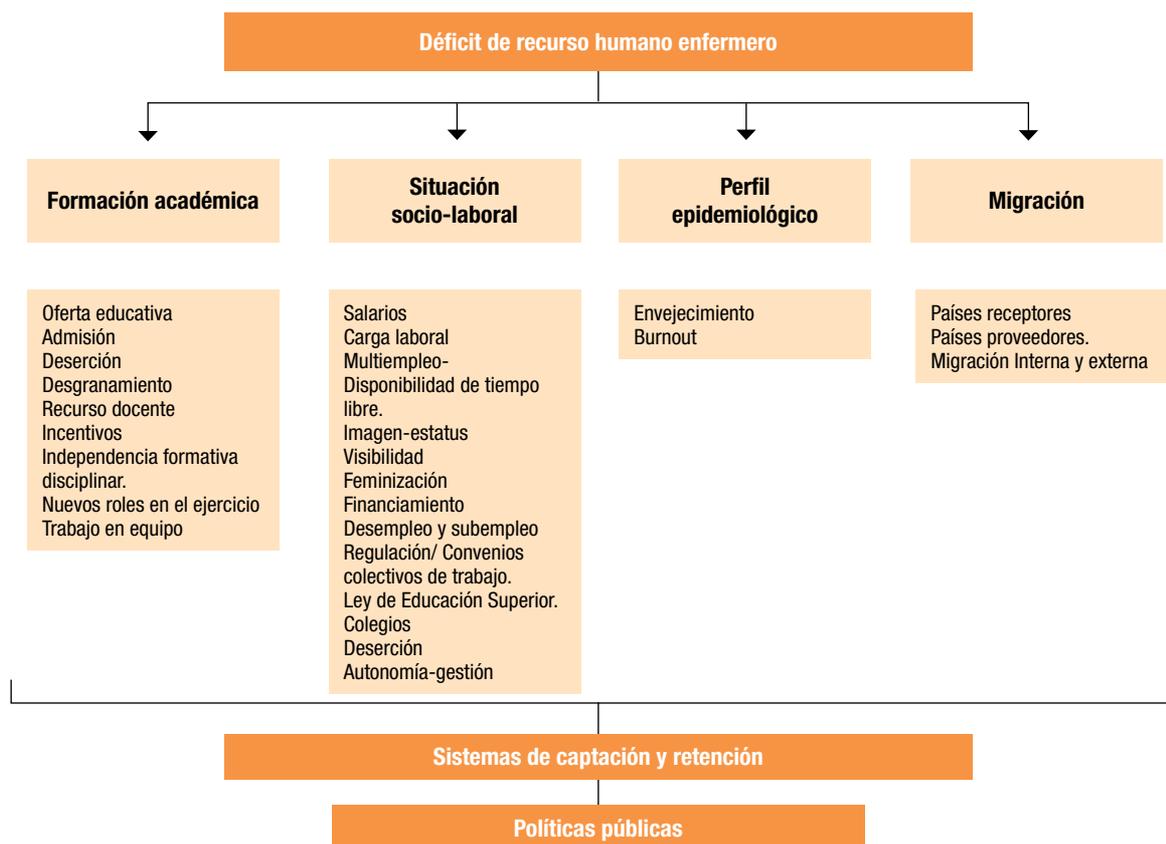
de salud en la ciudad de Buenos Aires. Finalmente se intentará contribuir con la formulación de un sistema de captación y retención del recurso humano enfermero alternativo, compuesto por estrategias integradas que respondan a las causas concurrentes al problema de déficit de este componente clave de los sistemas de salud.

## 2. La problemática en Argentina:

La situación de déficit del capital humano enfermero (CHE) en Argentina concentra toda la problemática de las diferentes regiones (ver cuadro 1). Desde los ámbitos nacional y provincial y en lo que se refiere a las políticas públicas, se comienzan a desarrollar estrategias para paliar el problema. Desde las políticas de reconversión de personal empírico a fines de los '80, hasta los procesos de profesionalización de auxiliares de enfermería que se comienzan a aplicar en 1994 con apoyo y cooperación técnica de la OPS/OMS (Heredia, 2002).

El Programa que se desarrolló en 20 jurisdicciones provinciales de todo el país, buscó además de aumentar el número de profesionales enfermeros, mejorar la calidad de atención mediante

**Cuadro 1**  
**Diagrama del problema**



Fuente: Elaboración propia

la profesionalización de los auxiliares que se encontraban desarrollando actividades en los servicios de salud de todo el país. Así se pretendió aumentar la calidad de los servicios asistenciales y educacionales y ofrecer un ámbito de desarrollo cultural a un conjunto de actores argentinos que, por diversas razones no accedían a la educación superior.

Posteriormente, se entiende que los recursos humanos de enfermería debieran tener prioridad en un plan de desarrollo por lo que concentra su accionar en las “Bases para un plan de Desarrollo del Recurso Humano de Salud” (OPS, 2005) expuesto en el informe del proyecto en el 2005. En él se efectúan una serie de recomendaciones para abordar el problema del déficit entre los cuales se incluyen: principales estrategias y líneas de acción, fortalecimiento de la formación en función de responder a la demanda de salud del sistema y la propuesta de realizar un censo nacional de la disciplina, datos que se encuentran en dicho informe.

De la misma manera el Ministerio de Salud de la Nación a través del Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SIISA) en su Red Federal de Registros de profesionales de la Salud, proporciona información respecto de los recursos humanos a nivel federal como contribución para la gestión y planificación en el área.

## **2.1. El déficit como problema central.**

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

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

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

La enfermería, disciplina declarada como sustancial para el desarrollo de salud de las comunidades, que es posible pensarla

*“como la ciencia, el arte, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano, que se organiza y expresa socialmente con identidad singular, en un complejo campo de conocimientos, un campo de intervención y un campo de responsabilidad social propios que constituyen una identidad profesional”* (Malvarez, 2008)

Y con cuyo *“...saber y talento contribuye al conjunto de trabajadores de la salud a resolver los problemas de salud de la población...”* *“que abarca cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación”.* (CIE, 2010)

El déficit cuanti-cualitativo del CHE condiciona el funcionamiento eficiente y sustentable de los sistemas de salud a todo nivel, así las organizaciones, asociaciones e instituciones de salud en todo el mundo han desarrollado algunas ideas para llegar a cumplir con objetivos del mediano y largo plazo de recomposición del recurso.

## **2.2. La crisis del recurso humano en salud como prioridad en la agenda regional, subregional y nacional**

La crisis del recurso humano en salud es reconocida en forma prioritaria por la reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en el “llamado a la Acción de Toronto” realizada en octubre del 2005 en Canadá. En ella se intentó movilizar a los organismos estatales, nacionales e internacionales y las organizaciones civiles en el compromiso para el desarrollo de los recursos humanos en salud necesario para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el acceso de las comunidades a los servicios de calidad en salud y a las prioridades de salud de las naciones. En ese contexto ya se define el período 2006-2015, la década de los Recursos Humanos en Salud para las Américas. De la misma manera posteriormente en la “Agenda de Salud para las Américas 2008-2017” llevada a cabo en Panamá, durante junio del 2007, los ministros y secretarios de salud de las naciones americanas declaran su compromiso con el diálogo y la acción conjunta para promover y avanzar en el logro de los objetivos regionales de salud a través de las áreas de acción de la “Agenda de Salud para las Américas”. Sin embargo en la 28a Conferencia Sanitaria Panamericana de la Salud de la OPS, fue presentado un informe de evaluación de mitad de periodo a partir de mediciones en 23 países sobre las metas regionales propuestas y donde representantes

de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería reconocieron que los mismos no han sido todo lo que se quisiera.

### **2.3. Aumento de la expectativa de vida y nuevo perfil epidemiológico de la población (ECNT), desarrollo de redes en salud y APS, nuevos roles enfermeros.**

La OMS alerta: “... el aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países...” Las proyecciones efectuadas por el organismo internacional hablan de que entre 2000 y 2050, la población mundial mayor de 60 años pasará de 600 millones a 2000 millones, triplicándose y la mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados, donde este grupo de personas pasará de 400 millones a 1,7 millones para el mismo periodo. Se calcula que durante el 2008 de las 57 millones de defunciones en el mundo, 36 millones se produjeron por enfermedades no transmisibles<sup>1</sup> Este cambio demográfico lleva consigo una carga de enfermedad también en aumento que sumado al incremento de muertes relacionado al mismo fenómeno, implica la necesidad de desarrollar una vasta gama de servicios de salud en todos los niveles de atención con el consecuente aumento en cantidad y calidad de recurso humano disponible para proveerlos, en los que se incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, los cuidados para personas con enfermedades graves o crónicas y los cuidados paliativos.

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

También se debe mencionar que el rol de la Enfermería en la constitución de equipos eficientes para la Seguridad del Paciente es pertinente y así lo expresa en la Guía Curricular Multiprofesional publicada en el 2012 por la OMS.

### **2.3 Cobertura, acceso y derecho a la salud en Argentina, determinantes para la planificación de los recursos humanos**

Definir la mejor política de salud es uno de los más complejos desafíos de gestión pública en Argentina (PNUD, 2011). Con un gasto total en salud aproximado al 10% de su PBI, sólo una porción marginal está destinada al desarrollo de planes y programas de salud (fracción del presupuesto público) para asegurar igualdad de derechos en materia de servicios de salud. La fragmentación y la segmentación hacen al escenario complejo e intrincado en materia de cobertura, acceso y derecho ciudadano que caracteriza al sistema de salud argentino y en esta situación navegan como pueden los recursos humanos encargados de llevarla adelante.

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

## **3. Metodología**

El estudio se abordará en dos planos: uno “macro” general, sectorial, político-sanitario a nivel global y otro “micro” institucional.

Entre las hipótesis iniciales podemos destacar:

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

<sup>1</sup> OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 Pág. 34-35

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

## 4. Resultados

La enfermería en Argentina constituye un grupo heterogéneo conformado aproximadamente por 254.923 individuos, de los cuales el 8,30 % son Licenciados en Enfermería, el 42.26 % Enfermeros; el 49.41 % auxiliares de Enfermería, por lo que el país cuenta con casi la mitad de su fuerza de trabajo de Enfermería sin formación técnico profesional (ver gráfico 1) Así la razón profesional existente es de 1 enfermero por cada 2.2 médicos aunque si consideramos a la fuerza total de trabajo de enfermería (incluidos a los auxiliares de Enfermería) la relación es de 1 por cada 1.1 médicos. Sin embargo de las proporciones relativas que se muestran en el

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

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

En relación a la situación cuantitativa de La Rioja, Formosa, Corrientes y Tierra del Fuego, para casi 2mill de personas que representan casi el 5% de la población, se cuenta tan solo con 0.6% de

Cuadro 2

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

	Médicos	Lic. Enfermería	Enfermero (nivel técnico)	Auxiliares de Enfermería	Total fuerza de trabajo Enfermería	% Enfermería / Total Fza. Trabajo	% Médicos/ Total Fza. Trabajo
CABA	124.112	12.592	56.783	34.266	103.641	45,50	54,50
Buenos Aires	57.000	3.445	25.605	53.450	82.500	59,14	40,86
Córdoba	18.108	405	5.077	3.068	8.550	32,08	67,92
Santa Fe	14.271	211	2.655	458	3.324	18,89	81,11
Mendoza	7.657	-	-	4.997	4.997	39,48	60,52
Entre Ríos	6.457	333	3.275	2.533	6.141	48,74	51,26
Chaco	5.517	167	1.092	4.106	5.365	49,30	50,70
Río Negro	5.113	292	1.281	3.111	4.684	47,81	52,19
Neuquén	4.254	332	1.415	2.436	4.183	40,09	59,91
Sgo. del Estero	2.174	41	302	5.120	5.463	71,57	28,43
Tucumán	6.844	296	1.736	2.141	4.173	37,88	62,12
San Juan	3.592	308	1.023	1.793	3.124	46,51	53,49
Corrientes	5.484	-	723	-	723	11,64	88,36
Misiones	2.887	101	662	1.249	2.012	41,06	58,94
Chubut	1.973	80	771	1.758	2.609	56,94	43,06
Santa Cruz	1.171	76	1.036	1.503	2.615	69,07	30,93
Jujuy	1.837	103	957	591	1.651	47,32	52,65
Salta	3.176	2.180	1.798	120	4.098	56,33	43,66
San Luis	1.652	77	452	759	1.288	43,80	56,20
La Pampa	1.060	57	222	1.356	1.635	60,66	39,34
Catamarca	1.026	60	205	955	1.220	54,31	45,69
Formosa	1.819	3	259	-	262	12,59	87,41
La Rioja	1.411	8	110	-	118	7,71	92,29
Tierra del Fuego	913	39	309	199	547	37,46	62,54
<b>TOTAL</b>	<b>279.508</b>	<b>21.206</b>	<b>107.748</b>	<b>125.969</b>	<b>254.923</b>	<b>47,70</b>	<b>52,30</b>

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

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

La Provincia de Corrientes no discrimina el Nivel de Licenciados en Enfermería. Formosa y la Rioja no matriculan Auxiliares de Enfermería. El registro no publica formación de posgrado.

este capital humano haciendo un total en estas jurisdicciones de 1650 agentes de la Fuerza de Trabajo de Enfermería.

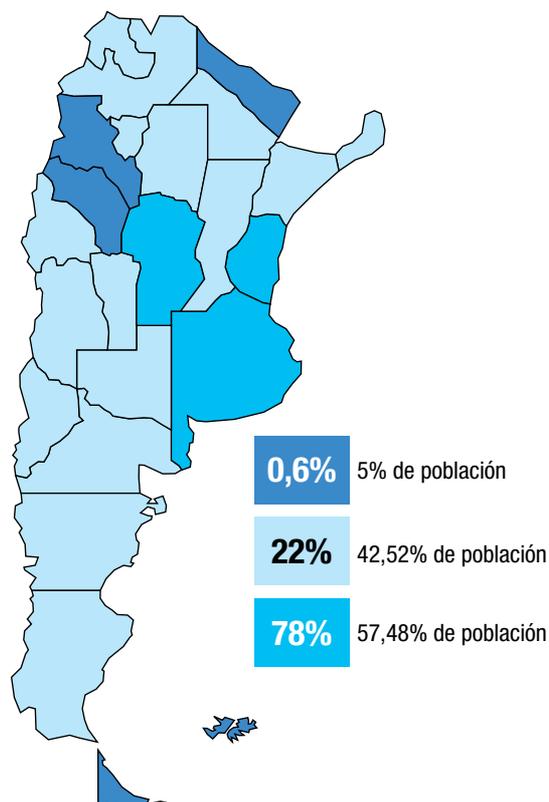
Es importante mencionar que a la fecha de publicación de este artículo, el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación publica un total de 166.187 médicos y 179.175 trabajadores de enfermería, donde 48,04% corresponde a auxiliares, 40,95% en su nivel técnico y 11,01% a licenciados. Con una relación técnico profesional entre enfermeros y médicos de 0,56 para el año 2013.

#### 4.1. Problemas de formación académica

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

Figura 1

#### Concentración proporcional de la fuerza de trabajo de enfermería en Argentina según jurisdicción y población



2°12). Cabe destacar que el 15% de las residencias son asignadas al resto de las disciplinas, incluida enfermería.

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

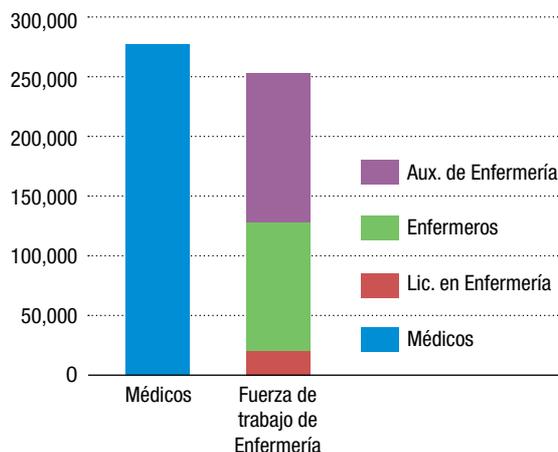
Para completar los principales problemas del sector en el área de formación académica, las diferentes categorías de formación que egresan de las escuelas universitarias y no universitarias, nacionales, provinciales y municipales o privadas, varían en niveles desde los Auxiliares de Enfermería que realizan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

#### 4.2. Situación socio-laboral

En relación al área normativa, la Ley N° 24.004 de ejercicio profesional, registro y matriculación en Argentina sancionada y promulgada en 1991, determina: conceptos y alcances, de las personas comprendidas, de los derechos y obligaciones; del registro y matriculación, de autoridad de aplicación, de régimen disciplinario, de disposiciones transitorias y varias. Y cuya reglamenta-

Gráfico 1

#### Enfermeros y Médicos en Argentina. 2012-2013



Cuadro 3

## Escalas salariales correspondientes a los convenios colectivos de trabajo FATSA 2012- 2015

Descripción de importe/mes	Jul. 2012	Ago. 2012	Oct. 2012	Dic. 2012	Feb. 2013	Jul. 2013	Ago. 2013	Nov. 2013	Dic. 2013	Feb. 2014	Jun. 2015	Jul. 2015	Oct. 2015	Nov. 2015	Feb. 2016	Mar. 2016
Clínicas, Sanatorios, Institutos con internación, establecimientos geriátricos y Sanatorios de Neuropsiquiatría.																
Enfermeros de cirugía		4.730,10		5.059,15	5.141,41.		5.912,62		6.478,18			10.219,91		11.086,00	11.432,44	
Enfermero/ra de Piso/Consultorios externos		4.600,00		4.920,00	5.000,00		5.750,00		6.300,00			9.938,81		10.781,08	11.117,99	
Para establecimientos geriátricos exclusivamente: Auxiliar de Enfermería		4.169,98		4.460,07	4.532,59		5.212,48		5.711,06			9.009,70		9.773,24	10.078,65	
Hospitales Particulares, de Beneficencia y Mutualidad																
Cabo enfermero profesional	4.729,10			5.140,33		5.911,38			6.476,82		9.247,60	9.920,15	10.844,91		11.097,12	
Enfermero profesional	4.600,12			5.000,13		5.750,15			6.300,16		8.995,37	9.649,58	10.549,12		10.794,45	
Auxiliar de enfermería	4.101,41			4.458,05		5.126,76			5.617,14		8.020,16	8.603,44	9.405,45		9.624,19	
Mutualidades																
Enfermeros y Personal de Esterilización		4.600,00		5.000,00		5.750,00			6.300,00			9.938,81		10.781,08	11.117,99	
Empresas de Emergencias Médicas Domiciliarias y Traslado de Pacientes con fines Sanitarios																
Categoría II B		4.600,00	4.720,00	4.880,00	5.000,00		5.750,00	6.175,00		6.300,00		9.938,51		10.780,76		11.117,66
Centros de Diagnóstico y tratamiento sin internación																
Enfermera especializada 1° categoría		4.946,33		5.290,43	5.376,45		6.182,92		6.774,33			10.687,11		11.592,79	11.955,07	
Enfermera/caba o supervisora 3° categoría		4.600,12		4.920,12	5.000,13		5.911,97		6.477,46			10.218,78		11.084,77	11.431,17	

Elaboración propia en base a datos de los Convenios Colectivos de Trabajo de FATSA 2012, 2013, 2014 y 2015

ción sancionada y promulgada dos años después a través del Dec 2.497 cuenta con 29 artículos que aunque no todos reglamentados, describe las competencias, funciones y actividades del nivel profesional y auxiliar, que entre otras fallas, no establece las que corresponden al nivel de licenciado. En cuanto a los colegios de Enfermería existentes en Misiones, Santa Fe, Salta, Catamarca y Santiago del Estero, recae en ellos la habilitación y control del ejercicio. Aunque por Ley Nacional de Ejercicio Profesional, en su artículo 16, la autoridad de aplicación de la misma recae en la Subsecretaría de Salud, quién deberá matricular, ejercer poder disciplinario, vigilar y controlar tanto al nivel profesional como al auxiliar de la disciplina.

En tanto los convenios colectivos de trabajo de alcance nacional FATSA2/ ATSA3 Buenos Aires, que se derraman al ámbito provin-

cial y local para organizaciones, entidades e instituciones de salud en las negociaciones en relación a la relación enfermera/paciente, es dable mencionar la postura inamovible de los empresarios en una relación 10/12, que no contempla grado de dependencia del paciente, "necesidades" ni "calidad" de atención a excepción de la modificación del artículo 7° del convenio colectivo 122/75. En él se incorpora el inciso 10 bis, destinado a la asignación del número máximo de pacientes que serán atendidos por personal de enfermería únicamente para la atención de rehabilitación, en el que establece la asignación de hasta seis pacientes en turno mañana y tarde y hasta 7 pacientes en el turno noche.

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

Esta iniciativa se lanza marzo del 2009 con el propósito de disminuir el déficit provincial estimado en 4.500 enfermeros en el ámbito de la salud pública cuyo objetivo principal es: Promover la disminución del déficit de enfermeros de la Provincia de Buenos

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

3 ATSA "Asociación de Trabajadores De La Sanidad Argentina" Constituido por sindicatos de primer grado.

Aires a través de la formación integral y continua para una mejor calificación profesional recuperando el contenido vocacional y de servicio comunitario de la profesión, a fin de cubrir las demandas actuales del sistema de salud

#### 4.2.1 Carga laboral, situación salarial y problemas de género

Siguiendo con los problemas socio- laborales de la disciplina, se hace necesario indagar respecto de las relaciones existentes entre la situación económica de la mayoría de los enfermeros y las exigencias del medio social en que se desarrolla. Así la excesiva carga laboral sin definición clara de número máximo de pacientes a atender y sin relación a las necesidades de salud que requiere; el multiempleo, la feminización del recurso y la regulación<sup>4</sup> que asociados a un salario básico magro, que en el mejor de los casos resulta del acuerdo de paritarias gremiales, construye un escenario sin incentivos.

Referido a las remuneraciones del sector, un evento significativo se encuentra en el proceso sindical llevado adelante por la Federación de Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina. Haciendo una observación general de los cuadros que se suceden, la fuerza de trabajo de enfermería, durante el periodo comprendido entre julio de 2012 y febrero de 2013 con vigencia hasta el siguiente periodo de paritarias, percibió salarios por valores comprendidos entre \$4.532,59 y \$5.376,45 (cuadro 3) Del mismo modo en el periodo comprendido entre julio y febrero de 2014 el valor de los mismos se situó entre \$5.126,76 y 6.774,33 (cuadro 4) y en último periodo comprendido entre Junio de 2015 y marzo

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

de 2016, entre \$9.938,81 y \$11.955,07 (ver cuadro 5)

En los tres periodos los valores alcanzados por la fuerza de trabajo de enfermería no alcanzan el salario medio de un trabajador registrado en el ámbito privado, el que ascendía a \$7.394 en el primer periodo, a \$9001 en el segundo y \$12.069 en el último en tanto que si lo comparamos con el salario Mínimo Vital y Móvil del primer y segundo periodo \$3.300 5 y del último de \$5.580, solo en algunos casos apenas lo dobla.

Si bien esta evidencia revela una mejoría en las retribuciones, hoy, dada la situación inflacionaria en la que se encuentra la economía argentina, solo lo hace en términos nominales, problema que comparte en el universo laboral. En relación a esta problemática, ya en el Informe sobre la Salud en el Mundo del 2006 de la OMS se desarrollan estrategias que intentan garantizar una remuneración adecuada y razonable, ya que los bajos salarios se constituyen en un factor que condiciona el desempeño de los trabajadores sanitarios.

Otro aspecto significativo de la disciplina global que se replica en el país es la mayoría de participación femenina, ésta alcanza al 84,5%, con algunas variaciones jurisdiccionales (OPS, 2009). Aunque el fenómeno creciente de masculinización del personal de enfermería se observa en todas las jurisdicciones y con mayor fuerza entre los profesionales menores de 40 años. Esto se registra en el grupo de menores de 30 años en las provincias de Corrientes (38,1%), Formosa (40,1%), Mendoza (35,4%), Misiones (30,1%) y Santa Cruz (34,5%).

#### 4.2.2. Envejecimiento y burnout

En cuanto al área relacionada al perfil epidemiológico local una investigación realizada y publicada recientemente tuvo como ob-

5 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación Argentina <http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/bel/index.asp> consultado el 19/IX/2013 y 1/IV/2013

Cuadro 4

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

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

Fuente: Elaboración propia

jetivo el estimar la prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras del sector público y privado (Arguello y Desuque, 2011), indagando en una muestra de 121 profesionales en proporciones cuantitativas similares, en su mayoría mujeres (70%) y con un promedio de 10 años de ejercicio profesional. Entre las conclusiones del trabajo los autores encontraron el 33% de la muestra con altos niveles de burnout con mayor afectación en el sector público. Con una prevalencia respecto de la variable “realización personal” de 92,2% con niveles altos de desgaste, con un 39% de “despersonalización” y 41% de los profesionales con altos niveles de “agotamiento emocional”

### 4.2.3. Problemas de migración

En tanto en un informe de la OMS/OPS (2011) referido a la migración de Enfermeras en América Latina, en el área de América del Sur, el Caso argentino tuvo como principales hallazgos que el 41% de las enfermeras inmigrantes provenían de países limítrofes (fuentes secundarias de 200 profesionales que solicitaron revalidas, con ubicación de 19 de ellas que respondieron a una encuesta auto administrada) y el 21% del Perú. La mayoría de las enfermeras se encuentran insertas laboralmente en el sistema de salud y tienen entre 32 y 51 años de edad. El 68% poseen nivel universitario: 50% son licenciadas y el resto nivel técnico profesional. Entre los motivos de la migración se encuentran los familiares, los económicos y los de búsqueda de desarrollo profesional.

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

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

El programa Provincial de Desarrollo Integral de Enfermería “Eva Perón” se constituye en un sistema de captación y retención del recurso humano enfermero en el país en los términos de este estudio, ya que propone soluciones para intentar modificar cuantitativamente el déficit del sector a partir del abordaje de dos de las ramas problemáticas del recurso: formación académica y situación socio-laboral (ver cuadro 1). Su formalidad en el marco de las políticas públicas lo posiciona en un verdadero plan estratégico que aborda la problemática de este capital humano desde varias aristas (ver cuadro 4), proporcionando una solución intere-

sante con los recursos disponibles y aumentando la eficiencia del sistema público de salud.

### 4.3.1 Análisis comparativo internacional

#### Estados Unidos

La asociación Americana de Enfermería ha declarado la escasez de aproximadamente 140.000 enfermeros con una proyección de 800.000 para el 2020 con lo cual hace explícito el apoyo y reconocimiento a una serie de estrategias desarrolladas por las organizaciones de salud, a saber:

- Desarrollo de modelos innovadores y creativos de práctica profesional: “Modelo de reconocimiento de Enfermera Imán”.
- Iniciativas de las instituciones de salud de creación de ambientes de retención del recurso: apoyo educativo, alianzas estratégicas con escuelas de enfermería, apoyo mentor, apoyo administrativo y creación de Consejos.
- Captación internacional de enfermeras.
- Campañas de difusión de la carrera por parte de organizaciones privadas de mercado.

Aun considerando las muchas y profundas diferencias existentes entre el país del norte, culturales, históricas y aun las financieras, tanto la estrategia de reconocimiento Imán como el de fortalecimiento y apoyo a la disciplina son modelos posibles en Argentina. Sin embargo no se debería olvidar el actual modelo imperante, característico también en la región, el modelo de salud tradicional caracterizado por el protagonismo médico, su reconocimiento permitiría dar el primer paso para su modificación y el desarrollo de estrategias beneficiosas para el fomento del trabajo en equipo y superación del modelo clásico hegemónico.

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

#### Unión Europea y Reino Unido:

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

Para el Consejo General de Enfermería en este desequilibrio radica

la principal causa del flujo migratorio del recurso humano enfermero (ver cuadro 1, como 4º causa concurrente).

Algunas experiencias exitosas como la de Gran Bretaña, son el resultado de la implementación de fuertes políticas aplicadas a nivel nacional respondiendo a la alta tasa de abandono y desmotivación profesional que a fines de los noventa generó un programa que sigue siendo exitoso “Making a Difference” (Molina Mula, 2001) en el cual se integró medidas del tipo estructural, funcionales, de liderazgo, incluyendo también medidas económicas y académicas. Alemania, Austria, Finlandia, Suecia, Francia, Bélgica y Reino Unido entre otros, son los países que captan y valoran profesionales con estrategias que resultan atractivas como provisión de vivienda, enseñanza del idioma y colegio para los niños. En algunos casos con culturas totalmente diferentes como es el ejemplo de Arabia Saudí el estímulo es el salario. Gran Bretaña, Francia e Italia parecen ser los destinos preferidos por sus políticas de captación, en las que se incluyen inducción en las áreas de trabajo por tiempo más prolongado, flexibilidad para aprender el idioma y facilidades para acceder a viviendas.

En el *Enfermería Global Leadership Institute* de Ginebra, el CIE también ha creado un programa de desarrollo de liderazgo para el cambio (LPC) en el que grupos de enfermeras de todo el mundo, reunidas, participan en procesos de formación orientados a

“... revisar y ampliar sus conocimientos y capacidades relativos a la dirección nacional y mundial en una cultura de aprendizaje estimulante y en colaboración” (CIE 2011) y así preparar a los enfermeros para el liderazgo interno y en sectores más amplios, en el contexto actual de cambios y reformas de los sistemas de salud. Así mismo en una reciente publicación el mismo organismo detalla la importancia de una herramienta de gestión de los recursos humanos innovadora que consiste en identificar los conocimientos, las habilidades, el aprendizaje y el desarrollo personal que necesitan los enfermeros para hacer bien su trabajo. El Marco de Conocimiento y Capacidades (MCC) o su sigla en inglés KSF es un marco amplio que apoya un enfoque justo y consistente para la Planificación del Desarrollo Personal y el avance en la carrera profesional, dentro del Servicio Nacional de Salud.

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

En tanto el desempeño en nuevos roles reconocidos social y profesionalmente recientemente analizados en *Journal of Clinical Nur-*

**Cuadro 5**

### Descripción cuantitativa relativa de médicos y enfermeros de Latinoamérica 2009

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

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

sing, proporcionan en el continente un incentivo de peso para el desarrollo de la disciplina. En Suecia “la enfermera psicosocial en cuidados oncológicos”, en Inglaterra “los enfermeros de distrito”, en Escocia “la enfermera en prácticas de urgencia”.

Las estrategias europeas presentadas son factibles en Argentina, en tanto se amplíen los recursos financieros que permitan su sostén en el tiempo y se supere la hegemonía característica del modelo de salud de la región. El desarrollo de liderazgo para el cambio trabajado y propuesto por el CIE es una herramienta muy valiosa, conocida ampliamente por la disciplina y aplicada en la región. Con respecto a los programas que incluyen a las enfermeras experimentadas con interés de permanecer en los sistemas de salud, podrían ser desarrollados como una estrategia de reconocimiento a la disciplina sumada a la posibilidad de desarrollar políticas nacionales como el MCC. De la misma manera el desempeño en nuevos roles posicionaría claramente a la enfermera en el país. Argentina hoy, requiere de expertos en APS y enfermeros altamente capacitados en la atención de personas de 3ra. y 4ta. edad, dado el aumento de la expectativa de vida y el nuevo perfil epidemiológico hacia las enfermedades crónicas no transmisibles coherente con el resto del mundo.

## América Latina

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

Ya en el Plan de Desarrollo de la Enfermería para América Latina propuesto en octubre de 1997 en Washington (Soto, Manfredi, 1997), producto de la conjunción del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería y el Centro Colaborador de Enfermería OPS/OMS, en su cuarta línea de acción expresa como objetivo prioritario: Desarrollar un plan de recursos humanos de enfermería que conecte la relación oferta-demanda personal, para el logro del equilibrio del recurso y cuya meta estuvo orientada a desarrollar una base de datos de recursos humanos en enfermería que facilite la toma de decisiones.

Posteriormente los países latinoamericanos incluyeron Programas de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, como una respuesta al aumento de demanda de los sistemas de salud en reforma y mejoramiento de la calidad de atención en los servicios (OPS 2005). Con el apoyo sostenido de la OPS y ONGs sumados a organismos multilaterales, a través de políticas y acciones de las

Cuadro 6

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

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

Elaboración Propia a partir de la investigación desarrollada

carteras de educación y salud de estos países se llevaron adelante acciones para el desarrollo del proyecto en el continente.

Las estrategias propuestas para los países de la región en las que se incluyen la independencia formativa disciplinar, el fortalecimiento de los profesionales de enfermería en el desempeño en áreas críticas, pre hospitalarias y de Triage, con la iniciativa temprana de Colombia, han de ser observadas con atención. Argentina en gran forma comparte una cultura continental respecto de la característica de los Sistemas de Salud además de la problemática compleja de este capital humano, el apoyo para el desarrollo de la investigación que no es más que “Enfermería basada en la evidencia” es un recurso que le aportaría al país un valor agregado significativo, factible de desarrollar. Así también, debe observarse, el impacto de la profesionalización de los Auxiliares Enfermería en Argentina y considerarlo como una estrategia poderosa dada el actual número, distribución y formación del recurso en el país (ver figura 1).

## 4.4 Argentina: resultados por subsector de salud

La muestra en general reconoce el déficit del capital humano enfermero aunque refiere una dotación cubierta. En su mayoría el

plantel es de nivel técnico con escaso personal auxiliar de enfermería y con minoritaria presencia masculina. Diversas son las fuentes de reclutamiento; mientras que en lo referente a la modalidad de contratación conviven la efectividad o de planta permanente con la situación de eventualidad. Los mecanismos de selección de los candidatos para los puestos de trabajo incluyen, entrevistas, presentación de currículum y evaluaciones bajo criterios de competencias donde las aptitudes y las actitudes tienen igual peso. Las organizaciones cuentan con variables periodos de adaptación para el enfermero novato. En general, la atención es integral y sin división de funciones ni tareas en relación a nivel de formación, con dos criterios presentes en la asignación de cuidados: el número de pacientes y la calidad de los cuidados requeridos.

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

**Cuadro 7**

### Hallazgos destacados en relación al ámbito de pertenencia

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

Elaboración Propia a partir de la investigación desarrollada

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

Respecto del perfil epidemiológico y burnout el ausentismo varía desde un 13 hasta un 30%, relacionado en parte a la característica de género del sector, agotamiento y stress y enfermedades profesionales, tal es el caso de las musculoesquelético; a lo que se agregan los ausentismos por tareas relacionadas a funciones gremiales. Entre los factores incidentes en esta dimensión problemática se perciben el multiempleo, la excesiva carga laboral asociada a cuidados especiales y problemas de autoestima profesional mientras que la rotación también se halla asociada a los mismos ingredientes.

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

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

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

## 5. Conclusiones y recomendaciones

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

Una mejor remuneración para la disciplina, mejores condiciones en relación a estabilidad, menor carga laboral y trabajo en equipo son solo algunos aspectos necesarios a ser contemplados

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

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

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

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

### 5.1. Recomendaciones generales

- Superar las instancias de debate de las últimas décadas y desarrollar políticas concretas de abordaje al problema crónico del déficit del capital humano enfermero.
- Retomar los propósitos del Llamado a la acción de Toronto como respuesta a las necesidades que aun hoy, están plenamente vigentes.
- Fortalecer el Sistema de Información Sanitaria respecto del Número, distribución federal y de formación por niveles, con especial atención en la formación de posgrado, dada su implicancia en la IE y en cuidados basados en la evidencia.

- Ensayar una proyección de déficit cuantitativo de este capital humano como mecanismo de eficiencia en la planificación estratégica.
- Reconocer las experiencias formadoras y de respuesta integral Institucional al problema del déficit del Recurso Humano Enfermero, tanto de la iniciativa pública como privada, aprender de ellas e incorporar a estos expertos en esta discusión.
- Fomentar el conocimiento de los beneficios que el desarrollo de la disciplina provee en materia de acceso a la salud y equidad social.
- Fomentar el desarrollo científico de la Enfermería como estructura medular de los programas, en especial en temas relacionados a APS y Seguridad de Paciente. Desarrollar un sistema integral de acopio de IE que supere la fragmentación del Sistema de Salud Argentino con identificación y seguimiento de los procesos de cambio generados de la implementación de las mismas.
- Difundir los resultados de la aplicación de Enfermería Basada en la Evidencia y en especial aquellos que supongan el logro de mayor acceso y cobertura de salud y todo aquel proceso que implique la disminución de la brecha de la inequidad social.
- Favorecer los procesos de Colegiación del Sector para el desarrollo de su función deontológica.

### 5.2. Recomendaciones específicas para el sector público

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

- de planes de carrera. Identificar líderes capaces de generar vínculos en procesos multidisciplinares y grupales.
- Formar una comisión experta para desarrollar un sistema de acopio, análisis, evaluación y difusión de procesos y resultados de la IE, compuesto por enfermeros, a nivel nacional con proyección provincial y local.
- Desarrollar un programa de captación y reclutamiento de aspirantes en los colegios secundarios tomando en cuenta las necesidades locales y donde además se expliquen las competencias profesionales de la disciplina, los aspectos éticos-profesionales y sus beneficios para el desarrollo social de las comunidades.

## Bibliografía

- Arce, Hugo. Evolución de los Modelos de Organización Sanitaria del siglo XX en Argentina. Modelos y Etapas de organización Sanitaria. Universidad Nacional de Rosario. Agosto 2009.
- Cañete, Miriam. Fuente Alejandra. Entrevista Mg. Lic. José Jeréz Revista VEA N°31 septiembre 2012. Adecra. Pág. 9
- CIE Declaración de posición. Bienestar social y económico de las enfermeras. 2009 <http://www.icn.ch/es/>
- CIE Declaraciones de posición. Seguridad y salud en el trabajo para las Enfermeras 2006. Abuso y violencia contra el personal de Enfermería 2006. "Las enfermeras y el trabajo por turnos" 2007.
- CIE Pilares y programas. Liderazgo para el Cambio.
- CIE Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios en la Unión Europea. 2007
- CIE Centro Internacional para los Recursos Humanos de Enfermería. Enfermeras desempleadas y subempleadas 2011.
- CIE International Center for Human Resources in Nursing Prácticas de trabajo flexible en la Enfermería <http://www.icn.ch/>
- Consejo directivo de la Universidad Nacional de Colombia. Acuerdo n° 1 de 1958 Por el cual se crea una facultad. Avances en enfermería "http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1\_16.pdf
- CIE Las Enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la vida Día Internacional de la Enfermera. Ginebra, Suiza. 2014
- Dee Ann Gillies Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas Masson –SALVAT Enfermería. Barcelona, España 1994.
- Díaz , Carlos Alberto. La Empresa Sanitaria Moderna 2. Como crear tu propia Bestia Sistémica en el Siglo XXI Argentina 2011.
- Díaz Sánchez, Verónica et al. El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. Nure Investigación, n° 28, España 2007
- Di Tomassi, Marianne. Hospitales magnéticos¿la experiencia es trasladada al entorno europeo?
- Expedientes en Cámara de Diputados de la Nación Argentina: 7323-D-2012; 5486-D-2012; 2947-D-2012; 2411-D-2012 y 2020-D-2012.
- Frenk. Chen. Bhutta. Cohen y otros. Rev Med Exp Salud Pública. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los Sistemas de Salud en el mundo interdependiente 28(2): 337-41. Perú 2011.
- Heredia, Ana María. Malvárez, Silvina María. Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina 1990-2000 OMS/OPS 2002
- Hernández Zambrano. Sandra Milena. Obstáculos y retos en el ciclo de producción científica de la enfermería latinoamericana. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2).
- Malvárez Silvina. OMS/OPS Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Unidad de desarrollo de recursos humanos. Área de desarrollo estratégico de la Salud Profesionalización de auxiliares de enfermería en américa latina. N° 13 Washington, DC 2005.
- Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Silvina Malvárez Reflexiones sobre la IE: Contextos y perspectivas. Capítulo 2 Paltex OPS 2008.
- Ministros de Salud de las Américas Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 Panamá junio 2007
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Proyecto de Ley de emergencia de Enfermería. Plan Nacional.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Planes y programas. Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. 2012
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Programa provincial de Desarrollo Integral de Enfermería "Eva Perón"
- Molina mula, J. El sistema Sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. Index Enferm vol.20 no.4 Granada oct.-dic. 2011.
- Nájera, Rosa María. Castrillón, María Consuelo. La enfermería en América Latina Universidad Nacional de San Luis. 2008
- Observatorio de recursos humanos en salud Llamado a la acción de Toronto. 2006-2005 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Canadá 2005.
- OPS Recursos Humanos para la Salud. Educación en Enfermería. Migración de Enfermeras en América Latina-área de América del Sur Argentina .Mayo 2009 <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>
- OPS "investigación Cualitativa en Enfermería: Contexto y Bases conceptuales" Capítulo 2 "Reflexiones sobre la Investigación en Enfermería: Contexto y Perspectivas" Washington, DC. 2008.
- OPS Malvárez, Godue. Sepúlveda. Rosales y otros. Proyecto de Recursos Humanos para la Salud. Área de Servicios de Salud basados en APS. Modulo Internacional de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Washington. U.S.A. ISALUD 2012.
- OPS Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud Buenos Aires. Noviembre 2005. -
- OPS/OMS. Serie Recursos humanos para la Salud. 56 Regulación de Enfermería en América Latina 2011. <http://new.paho.org>
- OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012
- OMS/USAL Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional. Versión Preliminar en Español Buenos Aires, Argentina 2013.
- OMS/OPS Serie Recursos Humanos para la Salud. Migración de Enfermeros para América Latina, área de América del Sur. 60 Washington, DC. Agosto 2011
- OPS/OMS La Renovación de la Atención Primaria de la Salud. N° 4 Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC. Mayo 2010.
- OPS/OMS. CEPAL. PNUD. 6. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. El Sistema de Salud Argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. 2011
- Perich, María Elena. Federación Argentina de Enfermería. CIE Liderazgo para el Cambio en la Enfermería. Caribe y América Latina. Experiencia Argentina
- Primera Conferencia de políticas de Enfermería. Córdoba. Noviembre 1998.
- Porret Gelabert, Miquel. Gestión de las personas: Manual para la gestión del capital humano en las organizaciones ESIC. Madrid 2010.
- Rollan Rodríguez. Carmona. Quiros y otros. Nure Investigación. Revista Científica de Enfermería. Proyectos de investigación. Escalas de medida de carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados críticos. Correlación entre NAS y NEMS
- Sacchetti, Laura. Rovere, Mario. Surgimiento de la Enfermería Moderna; descifrando Mitos, contextos y Devenires. Asociación Civil El Ágora. Argentina 2011.
- Soto, Iraisdis. Manfredi, Maricel Plan de Desarrollo de Enfermería para América Latina: una propuesta. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N°6. OPS/ OMS Washington. 1997
- Vítolo, Fabian. Relación Médico-enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes Biblioteca virtual. Fundación NOBLE junio 2012.
- Visión de Enfermería Actualizada (VEA) N° 27 Argentina. Septiembre 2011.
- Declaración de posición sobre la escasez y formación del recurso humano de Enfermería Asociación de Enfermeras de Capital Federal (AECAF) Argentina 2009.