

**DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN LABORAL DE LOS
ENFERMEROS EN LAS CLINICAS PRIVADAS DE SANTA MARTA 2008**

**DIANA JIMENEZ SARMIENTO
JHOVANA OROZCO PERTUZ**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTA MARTA D.T.C.H.
2009**

**DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN LABORAL DE LOS
ENFERMEROS EN LAS CLINICAS PRIVADAS DE SANTA MARTA 2008**

**DIANA JIMENEZ SARMIENTO
JHOVANA OROZCO PERTUZ**

**Proyecto de Investigación para optar el título de
Enfermero/a**

Asesora Metodológica

MARGARITA MONTOYA HERNANDEZ

Magíster en Salud Pública

Asesora Científica

ANETH RIVAS CASTRO

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTA MARTA D.T.C.H.
2009**

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE CUADROS	6
LISTA DE FIGURAS	7
INTRODUCCION	8
1. MARCO DE REFERENCIA	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.1. GENERAL	12
2.2. ESPECÍFICOS	12
3. MARCO CONCEPTUAL	13
4. JUSTIFICACIÓN	14
5. MARCO TEÓRICO	17
5.1. PERSPECTIVA HISTORICA	17
5.2 SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA MODERNA	17
5.3 LOS AVANCES EN LA FORMACIÓN	18
5.3.1 Orígenes	18
5.3.2 Etapa de transición	19
5.3.3 Regionalización	19
5.3.4. Maduración de la licenciatura	19
5.3.5 La era de la especialización	20
5.4 FORMACION DE ENFERMEROS EN COLOMBIA	22
5.4.1 Primer Período: Iniciación o despegue. 1903-1954	23
5.4.2 Segundo Período: de Expansión 1955- 1980	23
5.4.3Tercer Periodo: 1981- 2003	24
5. 4.4 Aspirantes al programa de enfermería	27

5.4.5 Admitidos	27
5.4.6 Egresados	28
5.5 DISTRIBUCION Y UBICACIÓN GLOBAL DE LA FUERZA LABORAL	28
5.6 PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	29
5.7 CAMPOS DE ACCION DE LA ENFERMERÍA	31
5.7.1 Funciones Propias De La Enfermería	31
5.7.2 Funciones de la enfermería según diversos autores	35
5.8 ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS DE LA PROFESION DE ENFERMERÍA	36
5.8.1 Análisis ético-legal de los registros desde el respeto a la dignidad humana y el derecho a la intimidad.	37
5.8.2 Análisis ético-legal de los registros desde la consideración del principio de contribuir al desarrollo de la enfermería y aceptación de la responsabilidad sobre nuestras actuaciones.	39
5.9 CONDICIONES LABORALES PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA	41
5.9.1 Contexto económico y social	41
5.9.2 Situación laboral actual del profesional de enfermería	42
5.9.3 Modalidades de contrato	42
5.10 LOS DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	44
5.11 LOS DERECHOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	45
6. MARCO DE SISEÑO	47
6.1. METODOLOGIA	47
6.1.1. Tipo de estudio	47
6.1.2. Universo	47
6.1.3. Población	47
6.1.4. Muestra	47
6.1.4.1. Criterios de inclusión	48
6.1.4.2. Criterios de exclusión	48

6.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	49
6.2.1. Descripción del instrumento	49
6.2.2. Recolección de la información	49
6.3. TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	49
6.3.1. Recursos Humanos	50
7. ASPECTOS ETICOS	50
8. RESULTADOS	52
9. CONCLUSIONES	67
10. RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	72

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Distribución de enfermeras en las entidades.	48
Cuadro 2. Distribución de enfermeras por actividad laboral	50
Cuadro 3. Distribución de enfermeras por tipo de contrato.	52
Cuadro 4. Distribución de enfermeras con estudios avanzados.	53
Cuadro 5. Distribución de enfermeras por tiempo de servicio.	55
Cuadro 6. Asignación salarial en las diferentes entidades.	57
Cuadro 7. Distribución de enfermeras inscritas y no inscritas a asociaciones sindicales.	59

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución de enfermeras en las entidades.	48
Figura 2. Distribución de enfermeras por actividad laboral	50
Figura 3. Distribución de enfermeras por tipo de contrato.	52
Figura 4. Distribución de enfermeras con estudios avanzados.	53
Figura 5. Distribución de enfermeras por tiempo de servicio.	55
Figura 6. Asignación salarial en las diferentes entidades.	57
Figura 7. Distribución de enfermeras inscritas y no inscritas a asociaciones sindicales.	59

INTRODUCCION

La Enfermería como disciplina profesional reconoce que su practica social esta en el cuidado del ser humano, quien está complejamente conectado con su universo físico, la visión del mundo y las relaciones que establece con el entorno.

Entonces el quehacer profesional y disciplinar, busca contribuir en el crecimiento de las personas en su vivencia de cuidado en un contexto de notable adversidad, abandono y porque no decirlo, de descuido social. En ese sentido la enfermería busca dialogar con otras disciplinas y profesiones sobre el cuidado de la vida y poder configurar propuestas individuales, colectivas y sociales que favorezcan el cuidado de la vida en Colombia.

Con este trabajo daremos a conocer cuales son las oportunidades de trabajo que se ofrecen en la ciudad para cada una de las personas egresadas en esta área de la salud.

La enfermería en Colombia a la fecha ha alcanzado un significativo avance al lograr su propia autorregulación y definición de competencias profesionales a través de la Ley 266/96 sin que aún la comunidad de enfermeras entienda el alcance de la misma, que le permita apropiársela, defenderla y aplicarla.

Hoy, su desconocimiento por parte de las mismas enfermeras significa un grave retroceso para la profesión y la pérdida de la autonomía profesional. Las competencias profesionales definidas en la Ley 266 están expresadas en términos de “potencia física o moral que hace a un ser capaz de obrar haciendo uso de sus facultades maestras: voluntad, inteligencia y sensibilidad”.

Esto implica que la formación para el desarrollo de estas potencialidades debe abarcar lo más amplio del conocimiento que le permita al profesional desempeñarse en diferentes contextos y tener la capacidad para transformar su entorno.

El desarrollo de la disciplina de la enfermería ha permitido avanzar desde la etapa de la práctica, de la tarea, de la función específica al desarrollo de procesos complejos representados en los diferentes modelos de enfermería, en todo caso integradores del cuidado con el entorno biológico psicosocial del individuo en sus diferentes etapas evolutivas y que faculta a la enfermera para desenvolverse en la sociedad como una profesión liberal.

Con esta investigación hemos logrado identificar cuáles son las plazas con mayores oportunidades de trabajo teniendo en cuenta el salario y el campo a desempeñar de acuerdo al grado de estudio que tenga el profesional, entre otros ítems relevantes que hacen parte importante de este trabajo investigativo.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El profesional de enfermería cumple un papel sumamente importante en el cuidado que se les brinda a los pacientes en las instituciones de salud. El amplio conocimiento científico que posee el profesional de enfermería es el que lo capacita y respalda a la hora de atender a los pacientes, por esto se debe tener en cuenta la cantidad de enfermeras (os) que están asignados para la atención de un determinado número de pacientes para que estos puedan brindarle un cuidado óptimo.

La imposición de un modelo económico a los países de América Latina, hoy como nunca, facilita la realización de un proyecto con hondas repercusiones en la vida económica de nuestro país y particularmente para el caso que nos ocupa, en las condiciones de desarrollo socioeconómico y profesional de los trabajadores de la salud¹.

El desmonte de las obligaciones del estado para garantizar la salud y la educación, y la apertura de éstos al sector privado han traído como consecuencia el marginamiento y la exclusión evidenciados en el desempleo, la pobreza y reaparición de índices de morbilidad sin precedentes.

A través de las mesas sectoriales en el SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje), basadas en la metodología de los trabajos desarrollados desde hace más de dos décadas por la OPS/OMS en colaboración con el Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional CINTERFOR (un servicio técnico de la Organización Internacional del Trabajo, OIT), diseñado como una alternativa innovadora para hacer frente a la transformación del sector salud en los países de América Latina y a la que han

¹ ANEC. Op. Cit. p 9

servido de insumos los estudios contratados por el gobierno desde 1994 y analizados por el Grupo de Apoyo a la Reforma.

En este sentido, la metodología adoptada por el SENA se basa, a través de su análisis funcional de tareas, en la realidad deformada por un entorno laboral adverso, en el que la enfermera se ha visto impelida a desarrollar meramente tareas y funciones que la mayoría de las veces ni corresponden a su formación académica.

Es por esto que uno de los factores determinantes de su debilidad es el objeto mismo de la profesión: el pacto social establecido en su objeto: el cuidado de la salud, en abierta contradicción con un modelo económico que busca el lucro en la salud y educación. ¿Cómo concilia la enfermera su interés por brindar o garantizar el cuidado de la salud, con la rentabilidad económica que debe demostrar la prestación del mismo sin menoscabo de los derechos fundamentales de las personas confiadas a su cuidado? El modelo de competencias aplicado a la formación implica un retroceso en la construcción del conocimiento y desarrollo científico de su objeto: el cuidado.

Es por esto que el objetivo de esta investigación no es criticar ni juzgar al profesional de enfermería en cuanto a su desempeño laboral a pesar de que se toca el tema; la intención de éste es identificar cual es la situación laboral actual del profesional en la ciudad de Santa Marta para poder cumplir con todos los objetivos propuestos por estos.

Por lo antes mencionado es que nace la necesidad de realizar el estudio sobre la situación laboral de los profesionales de enfermería en la ciudad de Santa Marta y de allí surge el siguiente interrogante.

¿Cual es la situación laboral actual de los enfermeros en las clínicas privadas de la ciudad de Santa Marta?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la situación laboral del personal de enfermería tomando en consideración las características de éste en términos de distribución, funciones y división del trabajo en las distintas clínicas privadas de la ciudad de Santa Marta 2008.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el recurso de Enfermeros que laboran en las instituciones privadas y la concentración en cada campo de acción.
- Describir el tipo de contratación de los Enfermeros y cuantos han realizado estudios avanzados (Magíster, Especialidades, Otros).
- Describir el tiempo de servicio, la escala salarial de los Enfermeros en las clínicas de Santa Marta y el tipo de agremiación al que pertenecen.

3. MARCO CONCEPTUAL

Enfermería: 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 influye en la salud y en el bienestar².

Ámbito: 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 actualizada mediante la experiencia, la investigación y la educación continua³.

Responsabilidad profesional: La responsabilidad profesional supone que la enfermera, después de una formación específica en su disciplina, es capaz de tomar decisiones y argumentarlas desde los estándares de la profesión. En definitiva, es el proceso de toma de decisiones y los resultados obtenidos lo que acredita la responsabilidad de un profesional, sea de la disciplina que sea⁴.

Cuidado: atención esmerada que se le brinda a una actividad cosa o persona.

Rol: serie de patrones esperados de conducta atribuidos a quien ocupa una posición dada en una unidad social, es decir, el papel desempeñado por las personas en la sociedad⁵.

Salario: Constituye no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte.⁶

² Ley 266. Op. Cit p 8.

³ *Ibíd.* p 8

⁴ BUSQUETS SURRIBAS MONTSERRAT. aspectos éticos y legales en el cuidado a las personas mayores. Barcelona. p. 6.

⁵ Diccionario de Términos Sanitarios. [Online]. Disponible: http://www.auxiliar-enfermeria.com/diccionario/letra_c.htm. (Consultado: 2007, diciembre 5)

⁶ Código sustantivo del trabajo. Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda. ISSN 1657-6241. Colombia. 2009

4. JUSTIFICACION

La Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud en el transcurso del proceso vital humano⁷.

Teniendo en cuenta la Ley 10 por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y la aparición de la Ley 100, las cuales han generado la modernización de los servicios de salud, es que los enfermeros deben adaptarse a este incomparable número de cambios practicando en un ámbito laboral más amplio, lo cual implica para este profesional un reto dentro del contexto Salud-Comunidad teniendo este profesional que asumir su rol con más autonomía, autoridad y liderazgo con toda responsabilidad.

Es por esto que surge la necesidad de realizar este estudio en el cual se identificara cual es la situación laboral actual de los profesionales de enfermería en la ciudad de Santa Marta teniendo en cuenta el número, la distribución y las características del mercado de trabajo para las diferentes categorías del personal en la ciudad.

En Colombia se han realizado tres estudios que describen la situación de enfermería de los últimos años: El "Macrodiagnóstico de Enfermería" de 1.972 en el cual se establece que los enfermeros egresaban con el título de Enfermeros Generales y Licenciados egresados en tres años de estudio, el "Estudio Nacional de Enfermería" 1.984-1.987, en donde se evidencia un replanteamiento en el sistema de prestación de los servicios de esta profesión hacia la obtención de la eficiencia y eficacia del estado de salud de la población

⁷ DURAN DE VILLALOBOS Ma. Enfermería desarrollo teórico e investigativo. Proyecto innovar. Bogotá 2001. P-15

pero no se encontraron cambios relacionados con la distribución y ubicación del recurso, el número de unidades docentes aumento y se establece la carrera de enfermería con cuatro (4) años de estudios, además de la realización de especializaciones, lo cual permite a este profesional la ampliación del campo laboral y a nivel departamento Magdalena “Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en el departamento del Magdalena 1995-1996”; en donde se encontró que las instituciones de formación académica habían aumentado significativamente con relación a los años anteriores y que la mayor concentración del recurso de profesionales se encontraban laborando en el Hospital Central “Julio Méndez Barreneche”⁸.

En el distrito de Santa Marta como tal no se ha realizado un estudio sobre la situación laboral de Enfermería, de tal manera es de mucha importancia este estudio para la comunidad en general, ya que le da a conocer a los jóvenes cuales son las oportunidades de trabajo que se pueden presentar en este campo, a la vez, será un material de reflexión para ellos para que puedan ir cambiando el concepto de que las enfermeras son “las sirvientas de los médicos” y se den cuenta que es una profesión igual que la medicina que requiere de mucho esfuerzo y responsabilidad.

A nivel de la enfermería, le sirve de auge para acrecentar el número de profesionales en los distintos campos de acción que se pueden ejercer dentro de la profesión, ya que por medio de esto los jóvenes se lanzaran a experimentar una etapa de su vida con gran responsabilidad y liderazgo.

De igual manera, la información obtenida y expuesta debidamente será aprovechada para el progreso del Programa y de la Profesión de Enfermería

⁸ RIVAS CASTRO ANETH y Clbs. Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en el Departamento del Magdalena. Tesis para optar el título de enfermera 1995-1996 Pág. 79

dentro de la institución ya que en la ciudad no se han realizado estudios similares.

Esta investigación ha sido viable, gracias a que las investigadoras durante sus prácticas formativas institucionales han solicitado consentimiento informado a las Instituciones prestadoras de servicios de salud con las cuales la Facultad de ciencias de la salud (Programa de Enfermería) tiene convenios Docente Asistenciales lo cual permitió el acercamiento y la aplicación del instrumento al personal que se encuentra laborando.

5. MARCO TEORICO

5.1 PERSPECTIVA HISTORICA

La historia de la enfermería puede estudiarse desde varias perspectivas, desde la historia de su conformación como profesión, pasando por las historias particulares de su evolución en regiones y tiempos determinados hasta la historia de su desarrollo en instituciones específicas⁹.

Es poco lo que se ha profundizado en el estudio de las raíces, avances y retrocesos de la enfermería. A esto se debe tal vez, el problema de identidad por el que atraviesa hoy la profesión.

Pocas escuelas ofrecen hoy un seminario o curso de enfermería, ello es muy necesario, pues no solo permite al estudiante rastrear la herencia de la profesión, sino que estimula la reflexión sobre los eventos del pasado, aspectos que sin duda, le ayudarían a entender los problemas actuales y a buscar estrategias de transformación en el campo profesional hacia el futuro.

5.2 SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA MODERNA

Por enfermería moderna se entiende el campo de conocimientos y practicas acerca del cuidado de la salud y de los enfermos. A partir del proyecto Nightingale a mitad del siglo XIX este campo de conocimientos exigió el entrenamiento del personal y la regulación social de su ejercicio.

Florence Nightingale fue una mujer de esta época que supo interpretar la coyuntura socioeconómica de su época, prever el futuro y utilizar hábilmente su posición social y sus relaciones políticas, a partir de lo cual, planteó la necesidad de contar con un personal entrenado para el cuidado de los enfermos, inicialmente en los tiempos de guerra, pero extensible a los de paz.

⁹CASTRILLON AGUDELO MARIA C. la dimensión social de la práctica de la enfermería. El proyecto Nightingale. Universidad de Antioquia 1997.

El proyecto Nightingale, tuvo dos principios básicos: la necesidad vital de contar con un personal entrenado para brindar un cuidado adecuado a los enfermos y la regulación social del ejercicio de este personal. Para ello, después de la experiencia de la Guerra de Crimea, fundó en 1857 la escuela preparatoria para enfermeras y recibió las primeras aprendices en 1860. Las características de la formación que proponía Nightingale y que implementó fueron las siguientes:

- El tiempo de formación era de un año, la cual se realizaba bajo la metodología de “aprender haciendo” en el hospital. Vivir y servir en el hospital las convertían en trabajadoras del hospital y por lo cual siempre se encontraban disponibles.
- Un modelo de entrenamiento similar al utilizado por los médicos.
- Para el ingreso, las mujeres debían tener un certificado de buena conducta y mantenerla durante toda la formación.
- Se debía velar por la moralidad y la disciplina de las aprendices. El comportamiento se privilegiaba sobre los conocimientos y habilidades técnicas.
- Posterior a la formación y a los exámenes, las graduadas recibirían un registro del hospital como “enfermeras certificadas” y podrían trabajar en éste durante un año, por el que se le pagaría una “bonificación”.

5.3 LOS AVANCES EN LA FORMACIÓN¹⁰

El desarrollo de los programas universitarios de enfermería se inició con los estudios de diplomado. La falta de enfermeras preparadas para puestos de docencia y administración era evidente. La Dra. Louise Fitzpatrick (1983) describe las siguientes cuatro fases:

5.3.1 Orígenes: 1939-1952. Esta fase se relaciona con la dificultad de rastrear el desarrollo de los programas de formación de las enfermeras. Sin embargo,

¹⁰ DE SENA ROSENI R. Educación de enfermería en América Latina. Bogotá, Universidad Nacional. 2000

se estaban produciendo varios acontecimientos importantes. Los programas de diplomado de diferentes tipos iban en aumento.

5.3.2 Etapa de transición: 1953-1964. Fue durante estos once años cuando la licenciatura fue reconocida como el nivel avanzado de la formación de enfermería. Se formularon unas pautas de organización, administración, plan de estudios y examen y se creó un Subcomité de Formación de Graduación de Enfermería (de la NLN). En los años 80 se está volviendo a producir una nueva tendencia al ir ganando importancia la posición favorable a doble preparación.

5.3.3 Regionalización. La planificación regional de la formación de diplomados se inició en la década de los 50 con la creación de dos organizaciones: el Southern Regional Educational Board (SREB) y la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE). Ambas se dedicaron a conseguir una mejora de la enfermería mediante programas de licenciatura más fuertes para preparar al profesorado.

5.3.4 Maduración de la licenciatura: 1964-1975. La licenciatura de enfermería maduró y se convirtió en una acreditación importante para las enfermeras que ostentaban puestos directivos en aquellos años. Interés por la investigación y una expansión del número de programas de diplomados dentro de las especialidades clínicas. El Acta de Formación de Enfermeras de 1964 proporcionó una asignación financiera amplia para la construcción, desarrollo del profesorado, becas para las estudiantes y préstamos.

El grado de licenciatura se ha asentado firmemente en la estructura de la formación de enfermería. Es evidente la revaloración de la formación, ya que el número de enfermeras que obtiene el grado de licenciatura está aumentando rápidamente.

Hubo otros factores que inhibieron el crecimiento rápido de la preparación de doctorado para las enfermeras: la enfermería se percibía exclusivamente como una disciplina práctica; existía temor a que las enfermeras fueran eruditas y supusieran una amenaza para las jerarquías médicas; el crecimiento retardado de los programas de licenciatura dio lugar a una promoción inadecuada de

candidatas al doctorado hasta los años 60; la naturaleza, orientación y dirección del doctorado de enfermería no se habían definido claramente, y faltaba un cuerpo de conocimientos científicos.

El primer Doctorado en Ciencias de la Enfermería dentro de la rama de enfermería psiquiátrica se inició en la Boston University en 1960. La pedagogía era la disciplina más popular.

5.3.5 La era de la especialización

El concepto de especialidades de enfermería era literalmente desconocido antes de la influencia de Florence Nightingale y el surgimiento de la enfermería moderna. Se esperaba que cada enfermera se ocupase del paciente sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Los enfermos no fueron separados por enfermedades hasta las primeras décadas del siglo XX. Puede que este cambio fuera el factor desencadenante del movimiento de la especialización, ya que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo con los diagnósticos médicos. Sin embargo, hasta la II Guerra Mundial la de las enfermeras trabajaba como personal de enfermería general en los hospitales, como enfermeras de salud pública o como enfermeras de instituciones privadas.

Con el tiempo, la tendencia hacia las unidades de cuidados especializados fue cobrando importancia, y con ella evolucionaron dos papeles de enfermería: El papel extendido: se refiere a un médico extensor con una orientación de practicante; el médico mantiene la autoridad y el poder de tomar decisiones. El papel ampliado: es un ensanchamiento de la enfermería orientado a los cuidados en el cual la enfermera colabora con el médico cuando está indicado.

Las primeras especialidades de enfermería surgieron a finales del s. XIX y principios del XX: la enfermera partera y la enfermera anestesista. La formación de las enfermeras parteras fue una respuesta directa a la necesidad de mejorar los cuidados maternos infantiles, a la práctica incontrolada de comadronas sin preparación y a la falta de tocólogos en las zonas rurales más pobres. El papel

de enfermera anestésista surgió como parte de la creciente sofisticación de la cirugía, cuando se reconoció que se necesitaban ayudantes preparados para administrar los anestésicos. Ya no resultaba seguro ni satisfactorio tener a estudiantes de medicina o ayudantes sin preparación administrando la anestesia. En la actualidad siguen vigentes los mismos tipos de luchas por la especialización de enfermería.

Ya desde un principio otra enfermera especialista que merece mención: la enfermera de empresa. Esta especialidad surgió como respuesta a los riesgos y condiciones anormales de salud de las tiendas, fábricas y demás campos del trabajo industrial. Ado Mayo Stewart fue la primera enfermera de esta especialidad. El crecimiento de la enfermería de empresa fue lento hasta el auge repentino de la industria de defensa durante la II Guerra Mundial. Entonces se empezó a contratar rápidamente enfermeras para todo tipo de plantas de fabricación, una práctica que, en la mayoría de los casos, se continuaría después de la guerra.

La década de los sesenta, fue testigo de otro período de notable crecimiento de la especialización de la enfermería, que ha continuado hasta la actualidad. En los hospitales se desarrollaron todo tipo de campos de especialidad (unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemaduras, unidades de diálisis, unidades de oncología), que obligaron a un cambio en los papeles de la enfermería. Determinaron que la enfermería empezase a experimentar con el papel de “especialista clínica” o “enfermera clínica”. Este nuevo concepto permitió que las enfermeras utilizaran su saber para la práctica de la enfermería avanzada. De nuevo, los esfuerzos de la enfermería se vieron parcialmente coartados, ya que a menudo las administraciones de los hospitales no estaban dispuestas a pagar por dichos servicios y asignaban tales responsabilidades a la supervisora o a la enfermera de plantilla especializada. De esta forma se prohibía o impedía que la especialista ejerciera un papel clínico. Todavía no se han podido vencer todos los obstáculos interpuestos a esta función, aunque actualmente las especialistas clínicas ya operaban en diversos tipos de emplazamientos,

incluyendo hospitales, instalaciones ambulatorias, junto con médicos independientes o en grupos y en consultas privadas o conjuntas con otras enfermeras especialistas y/o médicos. En 1954 Hildegart E. Peplau desarrolló el primer programa con nivel de graduación para la preparación de especialistas clínicas en la Rutgers University; el área de especialidad del programa era la enfermería psiquiátrica.

En este periodo también se introdujo la “enfermera práctica” como resultado de una demostración específica subvencionada por la Fundación Commonwealth en la University of Colorado en 1965. El Dr. Henry Silver, pediatra y la Dra. Loretta Ford, enfermera de salud pública de dicha universidad, colaboran en la empresa. Este proyecto de demostración dio lugar a la creación de un programa de enfermería práctica en pediatría que capacitaba a las enfermeras para impartir cuidados generales a los niños sanos en un contexto ambulatorio. Además, a las enfermeras se les enseñaba a emitir juicio sobre las enfermedades graves o crónicas de los niños y a ejercer como practicantes en urgencias infantiles. Uno de los efectos de estas innovaciones fue el desarrollo de numerosos nuevos títulos dentro de la enfermería, como enfermería clínica, especialista en enfermería clínica y enfermera práctica. Todos ellos diferían en su significado, en los requisitos de formación y en las funciones a desempeñar. Es evidente que falta una estandarización de los títulos, como demuestra la lista de más de 80 titulaciones de enfermería práctica confeccionada por Gripando. Además en la actualidad existen unas 27 organizaciones que representan a diversos tipos de práctica especializada de enfermería, y la lista sigue aumentando.

5.4 FORMACION DE ENFERMEROS EN COLOMBIA

La historia de la formación en enfermería se remonta al Siglo XIX con el proyecto de Florence Nightingale a quien se considera fundadora del sistema moderno de educación en enfermería. Este periodo estuvo caracterizado por una educación centrada en la formación hospitalaria, con mayor énfasis en el desarrollo de habilidades auxiliares e instrumentales, que en el desarrollo de conocimientos, con una docencia con predominio médico y sin currículos

preestablecidos. La formación en enfermería en Colombia se puede decir que también ha pasado por varias etapas y que en cada una se han dado desarrollos que han permitido retroalimentar el proceso y avanzar en él, un análisis de la información presentada por Ana Luisa Velandia (1995),¹¹ y por Caballero Rosita¹² permiten la siguiente síntesis:

5.4.1 Primer Período: Iniciación o despegue. 1903-1954

En 1920 la Ley 39 sancionada por el entonces presidente Marco Fidel Suárez, establece la enseñanza de comadronas y enfermeras en la facultad de Medicina de la Universidad Nacional. La escuela nacional de enfermeras creada por decreto 905 de 1931, contó con el siguiente plan de estudios: Anatomía y Fisiología; Bacteriología y Parasitología; Higiene personal y Salud Pública; Medicina y Enfermedades contagiosa: Cirugía e Infección; Obstetricia; Pediatría; Ortopedia; Materia Medica; dermatología y Órganos de los sentidos para un total de 140 conferencias, desarrolladas por médicos.

Otro dato importante de esta época lo constituye en 1935, la reforma de la Universidad Nacional y con ello la modificación de la estructura académica y administrativa de la escuela de enfermeras, al considerarla como una facultad y fijar un plan de estudios de tres años que incluyó asignaturas nuevas en la formación de esta profesional. Se crean otras escuelas en este periodo, como la Escuela Universitaria de Enfermería adscrita a la Facultad de Medicina de la universidad de Antioquia en 1936, de la Cruz Roja en 1939, y la Javeriana en 1941 y en la Universidad del Valle en 1945.

5.4.2 Segundo Período: de Expansión 1955- 1980

El surgimiento de nuevas escuelas de enfermería fue importante durante este período, desplazando la formación general que había tenido su auge en el período anterior y dando paso a los programas de licenciatura que aumentaba un año más la formación. Los nuevos programas de enfermería creados a

¹¹ VELANDIA ANA LUISA, historia de la enfermería en Colombia, Bogotá, Universidad Nacional. 1995

¹² CABALLERO, ROSITA currículo de la carrera de enfermería, Bogotá, Universidad Javeriana, 2003.

partir de 1966, se dan en las Universidades: Industrial de Santander, Instituto Mariano de Pasto, Cauca, Caldas y Francisco de Paula Santander.

Surgen nuevos programas en las Universidades de: Norte, metropolitana, Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Surcolombiana del cesar, de Sucre y de Córdoba y en el Instituto Tecnológico de Cundinamarca y en el Diego Luis Córdoba en Quibdó.

Y se dio el surgimiento de programas de posgrado en el área clínica y Maestrías en enfermería con diversos énfasis.

5.4.3 Tercer Periodo: 1981- 2003

La educación en enfermería, sufre en la década del 80 un período de transición y ajuste a los procesos de Reforma de la Educación superior señalados en la Ley 80 de 1980, fundamentalmente a nivel académico-administrativo y al surgimiento de los programas señalados en los últimos años del periodo anterior, algunos de ellos en una nueva modalidad de formación la “tecnológica”. Programas que en 1985, a partir de un plan conjunto Universidad - ICFES - ACOFAEN pasaron a la modalidad de formación universitaria.

En 1972 el número de unidades docentes de educación superior se incrementa a 11, existiendo 5 con un programa de licenciatura y 6 en Enfermería general. Para el año 1985 esta cifra tuvo un aumento significativo, presentándose 15 con un programa de licenciatura y 7 en Enfermería general¹³.

Del total de las 396 Enfermeras dedicadas a la docencia el 30% tienen título de enfermera general, el 70% tiene título universitario de licenciatura y dentro de éste porcentaje el 19% cuenta con grado de magíster o postgrado.

En el “Estudio Nacional de Enfermería” se encontró que frente a la norma de la OPS/OMS del año 1960, de 1.2 enfermeras por 10.000 habitantes en el país se mostró una cobertura de 0.3 enfermeras por 10.000 habitantes. Esto evidenció

¹³ DURAN DE VILLALOBOS MARIA MERCEDES Y CIBS. Enfermería actualidad y perspectiva. Estudio nacional 1984 – 1987. Bogota 1988. Pág. 22.

que a pesar de los esfuerzos en el sector educativo no se había logrado acercarse a estos indicadores, planteando la necesidad de incrementar los esfuerzos en la formación profesional de enfermeras.

Los cambios en la formación de profesionales de enfermería de los años 1.972 a 1.985, permiten identificar las grandes modificaciones a nivel de estudios básicos y de postgrado, cambios que han venido incrementándose hasta la fecha, como se evidencia en los siguientes cuadros:

PERSONAL	1.972	1.985
Enfermera (Licenciada)	26.0%	74.2%
Enfermera General y Tecnóloga	70%	16.9%
Especialistas	1.5%	3.3%
Magíster	2.5%	5.5%

FUENTE: DURAN DE VILLALOBOS MARIA MERCEDES Y Clbs. Enfermería actualidad y perspectiva. Estudio nacional 1984 – 1987.

NUMERO DE UNIDADES DOCENTES	1.972	1.985
Enfermera (Licenciada)	5.0%	15.0%
Enfermera General y Tecnóloga	6.0%	7.0%

PROMEDIO DE EGRESADOS/AÑO	1.972	1.985
Enfermera (Licenciada)	10.1%	31.4%
Enfermera General y Tecnóloga	37.4%	12.0%
Postgrado		8.3%

Con la puesta en marcha de la Ley 30 de 1.992 se observa en el país un incremento institucional en oferta educativa en salud, pasando en 1994 de 37 instituciones a 83 en 1.999, en el caso específico de enfermería de 15 a 35 programas¹⁴.

¹⁴ UFPS. Universidad Francisco de Paula Santander. Facultad Ciencias de la Salud. Registro Calificado Enfermería. 2003

En la Encuesta Nacional de Hogares realizada por el DANE en marzo del año 2000, se estima una población de 40.836.901 habitantes en el país, lo cual plantea una relación 13.2 auxiliares de Enfermería por cada 10.000 habitantes y de 2.6 profesionales de Enfermería por cada 10.000 habitantes.

De los 35 programas de enfermería el 34% se encuentra ubicado en la región central, seguido de la Costa Atlántica con el 29% y Centro Occidente con un 14%, perteneciendo el Programa de Universidad Francisco de Paula Santander a la zona centro .

De estos programas de formación profesional de enfermería a nivel el 81.7% tienen una duración de cuatro (4) años; el 11.42% duran cuatro (4) años y medio; y un 2.8%, (5) años.

En un análisis realizado por ACOFAEN sobre el comportamiento de los estudiantes de los programas de Enfermería, durante el periodo 1.973-1.993 se evidenciaron los siguientes indicadores:

- En los programas universitarios, se encontró un promedio de 4.947 aspirantes, 1.502 admitidos y 891 egresados por año.
- Durante 1.994 se obtuvo una relación de 0.46 Enfermeros por 1.000 habitantes y se proyectó para el 2.000 una relación de 0.6.

En términos de eficiencia de los programas, se puede concluir que:

- De cada 100 aspirantes 69.7 no son admitidos.
- De cada 100 estudiantes de Enfermería 40.55 no llegan a ser Enfermeros.
- De cada 100 cupos se dejan de utilizar 20 (ICFES)

Se esperaría que el crecimiento en la oferta de programas y cupos lograra como resultado, una mejor redistribución geográfica facilitando el acceso de la población a la educación superior. No obstante, la evidencia indica que se mantiene una concentración en los centros tradicionales.

En Colombia cerramos el siglo XX e iniciamos el XXI con la más profunda crisis humanitaria de América Latina en todos los órdenes que atañen a la condición humana. Crisis que está poniendo su sello histórico en la calidad de cuidados que se ofrecen a la población y en los roles ejercidos por los profesionales de enfermería. El “paseo de la muerte” se ha convertido en hecho fehaciente de la indolencia del sistema de salud frente a la condición humana y de nuestra incapacidad para generar cambios en las políticas públicas en salud. El cuidado de la vida, como bien público, está en permanente amenaza.¹⁵

5. 4.4 Aspirantes al programa de enfermería¹⁶

El número total de aspirantes para 1999 en todos los programas de Enfermería fue de 12.477 en toda Colombia.

En la región centro con 12 programas de Enfermería para 1999 aspiraron a entrar a ellos 4287 estudiantes lo que equivale al 34% del total de aspirantes en toda Colombia.

En la región centro occidente con 5 programas para 1999, aspiraron 5499 estudiantes lo que equivale a un 44% del total de los aspirantes.

En la región atlántica para 1999 con 10 programas, aspiraron 1537 estudiantes equivalentes al 12% de los aspirantes.

En la región sur occidente con 7 programas para 1999, aspiraron 1154 estudiantes lo que equivale a un 9% de todos los aspirantes.

5.4.5 Admitidos

El total de admitidos en 1999 fueron 2656 en los programas de Enfermería.

En la región centro para 1999 fueron admitidos 1181 estudiantes lo que representa el 44% de toda la población de admitidos y equivale al % de los aspirantes de ese mismo año.

¹⁵ ANEC. Publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Edición número 67 Sección SECCIONALES ANEC. Retomando la esencia de la Enfermería. Bogotá, Colombia. 2008

¹⁶ UFPS. Universidad Francisco de Paula Santander. Op. Cit p 25

En la región centro occidente para 1999 fueron admitidos 345 estudiantes equivalente a el 23% del total de la población y equivalente al % de los aspirantes.

En la región atlántica para 1999 fueron admitidos 628 estudiantes equivalentes al 24% del total de la población y equivalente al % del total de aspirantes.

En la región sur occidente para 1999 fueron admitidos 502 estudiantes representando el 19% de la población admitida y equivale al % de los aspirantes.

5.4.6 Egresados

El promedio de egresados para 1999 fue de 1012 de los 35 programas de Enfermería existentes en el país¹⁷.

En la región centro el número de egresados para 1999 fue de 351 lo que equivale a un 35% del total de egresados en todo el país y un 29% de los admitidos en el mismo año en esa región.

En la región centro occidente los egresados para 1999 fueron 184 lo que representa el 18% de la totalidad de egresados en el país y un 47.7% de los admitidos en ese año en la región.

En la región atlántica los egresados para 1999 fueron 295 lo que equivale a un 29% de egresados en el país y un 46.9% de los admitidos en la región en el mismo año.

En la región sur occidente los egresados para 1999 fueron 182 equivalente a un 18% de los egresados en el país y a un 36.2% de los admitidos en esa región el mismo año.

5.5 DISTRIBUCION Y UBICACIÓN GLOBAL DE LA FUERZA LABORAL

En términos de distribución y ubicación del personal de enfermería no se evidencian cambios considerables, entre la situación existente en 1972

¹⁷ UFPS. Universidad Francisco de Paula Santander. Op. Cit p 25.

(Macrodiagnostico) y la encontrada en los datos básicos informativos del estudio en 1985, los principales hallazgos son¹⁸:

HALLAZGOS	1972 (MACRODIAGNOSTICO)	1985 ESTUDIO NACIONAL
Proporción del personal de enfermería.	8.0%	13.5%
Personal de enfermería por 10.000 habitantes.	0.8%	2.2%
Personal de enfermería en los servicios ambulatorios, por 10.000 habitantes.	0.05%	0.3%
Personal de enfermería por 100 camas.	2.8%	9.6%

Estos datos permiten que la situación de enfermería en el país refleje incoherencia entre los planteamientos teóricos de la política de salud del país en los últimos 10 años y la realidad existente.

Si se tiene en cuenta que los planes de desarrollo de los pasados gobiernos han dado prioridad a la ampliación de coberturas de atención de salud para las poblaciones rurales y urbanas marginales y a la aplicación de la estrategia de la atención primaria, los hechos demuestran que la atención intrahospitalaria continua recibiendo el mayor numero de recursos y el aumento de personal en servicios ambulatorios se ha dado fundamentalmente a expensas del recurso hospitalario y únicamente en personal auxiliar de enfermería.

5.6 PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La ley 266 de enero 25 de 1996 dentro de su marco conceptual decreta los siguientes artículos¹⁹:

Artículo 1: Objeto. La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina

¹⁸ DURAN DE VILLALOBOS M. y Clbs. Op. Cit p 24

¹⁹ Ley 266. Op. Cit p 8.

sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Artículo 2. *Principios de la práctica profesional.* Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

1. **Integralidad.** Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

2. **Individualidad.** Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

3. **Dialogicidad.** Fundamenta la interrelación enfermera - paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

4. **Calidad.** Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico - científicos, sociales, humanos y éticos.

La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

5. **Continuidad.** Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

Parágrafo. La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos.

El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería²⁰.

Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2°, los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia.

5.7 CAMPOS DE ACCION DE LA ENFERMERÍA

5.7.1 Funciones Propias De La Enfermería²¹

∞ Funciones Independientes O Propias

Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada.

²⁰ Ley 911. COLOMBIA. Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería. El Ministro de la Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, octubre de 2004.

²¹ PACHECO, ENRIQUE. Administración de los servicios de enfermería. Madrid. 1995. ISBN 84-7738-339-1.

∞ Funciones Derivadas

Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.

∞ Funciones Interdependientes

Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.

En cualquier medio donde desempeñe su trabajo una enfermera se da la combinación de estos tipos de funciones. Así mismo las enfermeras/os desempeñan actividades:

1. Asistenciales
 1. En Atención Primaria
 2. En Atención Especializada
 3. En los Servicios de Urgencias
2. Docentes
3. Administrativas
4. Investigadoras

1. Función asistencial.

Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos.

Las actividades asistenciales se realizan en:

1. Medio hospitalario:

Es el que más ha dado a conocer a la enfermería hasta hace unos años. La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso

patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se resumen en:

- atender las necesidades básicas
- aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

2. Medio Extrahospitalario/comunitario:

El personal de enfermería desarrolla una función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro de un equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos.

2. Función docente.

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud.

Actividades necesarias para cumplir la función docente.

- ☞ Educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad.
- ☞ Educación del equipo sanitario, capacitado como todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia.
- ☞ Formación continuada, favoreciendo un alto nivel de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, conferencias, etc...
- ☞ Educación permanente, es la obligación que tienen todos los profesionales para seguir autoeducandose siguiendo el avance de la ciencia.

3. Función administrativa.

La administración comienza siempre que una actividad se haga con más de una persona, y en el medio sanitario esto es muy frecuente.

Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados. Es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes.

El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

Son muchas las actividades administrativas que realiza enfermería desde los cargos directivos hasta la enfermera asistencial, desde las enfermeras docentes (en las Universidades) a aquellas que desempeñan su labor en centros de Salud Pública o Comunitaria.

4. Función investigadora.

En enfermería se realiza función investigadora mediante todas aquellas actividades que van a fomentar el que la enfermería avance mediante investigaciones, estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar (en colaboración con los otros equipos de salud).

- a. Permite aprender nuevos aspectos de la profesión.
- b. Permite mejorar la práctica.

Algunos campos de investigación son:

- ☞ la comunidad sobre la cual se actúa
- ☞ el alumno a quien se enseña
- ☞ la materia docente en si misma

- ☞ los procedimientos de enfermería y su efectividad
- ☞ las pruebas de nuevas técnicas

5.7.2 Funciones de la enfermería según diversos autores

Modelos enfermeros²²:

Según las teorías y modelos enfermeros, las funciones de este colectivo son: **Fajín**. El fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de las personas durante las fases agudas de una enfermedad y la rehabilitación y restauración de la salud.

Hall. Ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en el que se encuentre.

Henderson. Ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar a aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o morir en paz), que el individuo realizaría por sí mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios.

Iyer. La enfermería posee un cuerpo propio de conocimiento, basado en la teoría científica y centrada en la salud y bienestar del usuario. La enfermería se preocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de las personas. Asimismo, es un arte que implica el cuidado de los pacientes durante la enfermedad y la ayuda de éstos para alcanzar un potencial de salud máximo a lo largo de su ciclo vital.

Orlando. La administración de ayuda que el paciente pudiera necesitar para cubrir sus necesidades, esto es, para garantizar en la medida de lo posible su bienestar físico y mental.

Orem. Define la enfermería como un servicio humano, cuyo aspecto esencial es atender a la necesidad personal de realizar actividades de autocuidado de

²² PACHECO, ENRIQUE. Op. Cit p 31

forma continua para el mantenimiento de la salud o la recuperación tras la enfermedad o la lesión.

Rogers. Concibe la enfermería como arte o ciencia, identificando una única base de conocimientos que surge de la investigación científica y del análisis lógico, que es capaz de trasladarse a la práctica.

Roy. Parte del supuesto de que los hombres son seres biopsicosociales que viven dentro de un entorno, el cual junto con la personalidad influye en el hombre, de modo que éste puede desarrollar varias formas adaptativas; si las respuestas fuesen ineficaces, requerirían la atención enfermera.

5.8 ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS DE LA PROFESION DE ENFERMERÍA

Abordar los aspectos ético-legales de los registros de enfermería, desde la consideración de su importancia para el desarrollo profesional enfermero y como instrumentos para una atención sanitaria de calidad, supone tener en cuenta una serie de derechos y obligaciones que emanan de la legislación vigente (Constitución Española; Ley General de Sanidad y que afectan tanto, a los usuarios del sistema sanitario, como a los profesionales que trabajan en él. Además es necesario atender a los principios éticos básicos del ejercicio profesional enfermero y todo ello porque la relación que se establece entre enfermera/usuario, a nivel individual o integrado en el equipo de salud, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral. La enfermera profesional, en su acción de cuidar, toma una serie de decisiones que repercuten positiva o negativamente sobre los usuarios de los servicios de salud²³.

Si de lo que se trata es de reflexionar sobre la vertiente ética de los registros enfermeros, es necesario hacerlo partiendo del marco que dibujan estos

²³ Benavent Garcés, M^a Amparo y cols, Los Registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales. Departamento de enfermería universidad de valencia. 2004

valores morales y los principios éticos que los desarrollan, por tanto centraremos nuestra aportación en base a los tres principios éticos del ejercicio profesional que son:

1. *La responsabilidad moral que tenemos las enfermeras de proteger a los pacientes de prácticas ilegales, incompetentes o deshonestas,*
2. *La responsabilidad sobre nuestra competencia*
3. *La responsabilidad moral de contribuir al desarrollo y enriquecimiento del cuerpo de conocimientos específico de la enfermería.*

5.8.1 Análisis ético-legal de los registros desde el respeto a la dignidad humana y el derecho a la intimidad.

Dos son los aspectos a tratar: el secreto profesional y la confidencialidad. El secreto se refiere más a la exigencia ética del profesional de la salud, mientras que la confidencialidad subraya más el aspecto de la intimidad del enfermo, conocida a través de la actividad sanitaria.

El secreto profesional

Es evidente que los secretos se guardan mucho mejor, cuando se accede a ellos desde un nivel de intimidad y de relación personal, que si los datos, que deben de ser custodiados en secreto, forman parte de una historia clínica, accesible a un número importante de personas y ponderados dentro de las deliberaciones de un equipo de trabajo. El tema está además especialmente dificultado por la incorporación del recurso informático en la praxis sanitaria.

Es importante subrayar que el profesional de la salud, aunque sea por el deseo del usuario de "ponerse bien", es depositario de secretos muy íntimos y muy guardados del ser humano que exige una respuesta de atención y respeto hacia sí mismo, y que obligan al secreto.

Por tanto el registro de esta información y su utilización ponen en peligro ese respeto a la dignidad humana que nos obliga a guardar el secreto profesional, ya que puede atentar contra el derecho a la intimidad. Y todo ello porque el

registro permite la divulgación de ciertos datos, algunos de los cuales pueden afectar seriamente la vida de las personas, y la de sus familiares, dificultándoles seriamente la conservación y salvaguarda de su propia intimidad.

No podemos dejar de lado una pregunta obligada: ¿no se viola la intimidad, el secreto, la privacidad e incluso confidencialidad, con la exposición del cuerpo o los sentimientos desnudos de las personas ante un equipo de profesionales?

En este sentido desde la bioética actual y como consecuencia del paradigma autonómico predominante, el beneficio individual no puede quedar subordinado al beneficio colectivo³. Esto provoca un dilema que puede enfrentar a la ética con la legislación. Reconociendo que la enfermera puede verse inmersa en el dilema el Código Deontológico de la Enfermería Española, elaborado por el Consejo General de Enfermería, en su primera edición recoge en el artº. 21 lo siguiente: *"Cuando la enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen en le secreto"*.

Sobre la Confidencialidad²⁴

La confidencialidad en el ámbito sanitario está comprendido en el artº.10. de la Ley General de Sanidad de 1986, conforme al cual los usuarios de la sanidad pública, tienen derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso. El artº.61. garantiza también el derecho del enfermo a su intimidad personal y el deber de guardar el secreto profesional *"por quien en virtud de sus competencias tenga acceso a la historia del paciente"*. Salvaguardando la intimidad personal que queda sustraída a intromisiones extrañas, evitando la

²⁴ Benavent Garcés, Mª. Op. Cit Pág. 36

intromisión y/o divulgación de la intimidad de la persona en datos concretos relativos a su salud, etc., que puedan identificar a los afectados.

La confidencialidad en la relación entre los profesionales y sus clientes es imprescindible, y queda plasmada en los códigos deontológicos profesionales, ya que entendemos la confidencialidad en términos de protección de comunicaciones entre personas, que se dan en ciertas relaciones especiales.

5.8.2 Análisis ético-legal de los registros desde la consideración del principio de contribuir al desarrollo de la enfermería y aceptación de la responsabilidad sobre nuestras actuaciones.

Nos referíamos en la introducción a la importancia de los registros para el desarrollo profesional. Es un hecho que las disciplinas científicas consiguen su desarrollo gracias al registro, a la constatación por escrito de su desarrollo. Ya Florence Nightingale insistía en la necesidad de registrar, de dejar constancia de todo aquello que las enfermeras realizaran para llevar a cabo su función de cuidar, y ella dio ejemplo.

Sobre la contribución al desarrollo disciplinar y profesional

La enfermería como disciplina profesional se desarrollará en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevamos a cabo en el proceso de cuidar.

Si las enfermeras no registramos nuestras actuaciones, es imposible constatar que es aquello imprescindible y específico que aportamos a la atención de la salud de las personas, imposibilitando el desarrollo de la disciplina enfermera y por tanto incumpliendo un principio ético profesional.

Es imposible alcanzar el nivel de profesionalización de una actividad si ésta no queda recogida en documentos que posteriormente puedan ser sometidos a análisis y contrastación, es por esto que existen las “Notas de Enfermería”

☞ La redacción de las notas de enfermería: son estas notas de enfermería en la mayoría de las veces, el único instrumento legal que puede ser útil ante una situación de tipo jurídico para el enfermero y conviene tener en cuenta algunos aspectos como:

- No utilizar palabras genéricas o abreviaturas.
- Anotar siempre los hallazgos específicos que indiquen el estado del enfermo.
- Encerrar entre comillas lo que los familiares o el paciente manifiesten.

Sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinar y profesional.

Sobre la aceptación de la responsabilidad sobre nuestras actuaciones²⁵

Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica²⁶.

El artº. 56 del Código Deontológico de la Enfermería Española, dice que *"la enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión"*, por tanto las decisiones, como las consecuencias que de ellas se deriven deben quedar registradas.

Desde este principio moral profesional la ausencia de registros puede entenderse como una falta, por parte de la enfermera, que pone en cuestión si asume o no la responsabilidad de su actuación.

Hablar de autonomía profesional significa asumir responsabilidades sobre nuestras actuaciones, permitiéndonos respetar, siempre, las áreas de competencia del resto de los miembros del equipo de salud; favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad.

²⁵ Benavent Garcés, Mª. Op. Cit p 36

²⁶ Ley 911. Op. Cit p 31

5.9 CONDICIONES LABORALES PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

5.9.1 Contexto económico y social

A nivel del país la imposición del modelo neoliberal, además de la dependencia económica del mismo a las entidades externas de crédito, ha obligado al gobierno nacional a hacer ajustes fiscales en detrimento principalmente de la inversión social representada en los sectores de salud, educación y servicios públicos, lo que ha repercutido en el grueso de la población en altos niveles de pobreza y sin ninguna capacidad económica para la satisfacción de dichos servicios básicos²⁷.

En ese contexto aparece la Reforma a la Seguridad Social –Ley 100/93– que produjo una transformación en cuanto a la administración de los recursos para la atención de salud, cuya característica destacada es la figura de la intermediación en ese manejo. Así mismo, se dio paso a la competencia entre entidades públicas y privadas para acceder a los recursos tanto de salud como de pensiones y riesgos profesionales.

Como consecuencia de la aplicación de la legislación en seguridad social, se ha observado que persiste la inequidad en la atención en salud y la deficiente calidad en la misma y el represamiento y acaparamiento de los recursos en los intermediarios del sistema.

Con base en lo anterior, las instituciones de salud, para lograr su supervivencia frente a la competencia y la inequidad, se vieron abocadas a aplicar una nueva política laboral –relacionada con la disminución de los costos laborales– con la que indudablemente se ha afectado a todos los trabajadores asalariados del área de la salud, en cuyo caso los profesionales y demás personal de enfermería, por extensión, quedaron incluidos en dichas políticas con desventajas para el gremio. Es así, como se han introducido cláusulas de

²⁷ Pico Merchán M y clbs. Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería. Colombia. p. 4-7

flexibilidad en los contratos de trabajo, revisiones de los códigos de trabajo, renegociación de las convenciones colectivas donde las hay, cambios en los procesos de contratación (contratos a término fijo, transitorios, temporales, a tiempo parcial), sobrecarga de trabajo, incremento de los ritmos de trabajo y de la duración de la jornada laboral, debido a la necesidad de aumentar los niveles de productividad de las empresas de salud.

5.9.2 Situación laboral actual del profesional de enfermería

Para el análisis de esta problemática, es preciso referenciar el estudio de la Asociación Nacional de Enfermeras ANEC, realizado en el 2001, "Impacto de las reformas del sector salud público en las condiciones de vida y trabajo de las enfermeras". La investigación encontró que se ha presentado un deterioro de las condiciones de vida y trabajo de las enfermeras, a partir de la vigencia de la Ley 100/93; por ejemplo, en un alto porcentaje de los hospitales de segundo y tercer nivel no se cuenta con programas de salud ocupacional; bajaron las participaciones de las enfermeras en las organizaciones gremiales, científicas y sindicales; cambiaron los tipos de contratación fija por ocupaciones provisionales, con la consiguiente pérdida de la estabilidad y desprotección en seguridad social; aumentaron las actividades administrativas asignadas a los enfermeros (as), en detrimento del cuidado directo; y en cuanto a los rangos salariales, se mantienen aceptablemente en los contratos a término indefinido, pero persiste el primer rango de menos de 2 salarios mínimos, sobre todo, en las formas de contratación provisional²⁸.

5.9.3 Modalidades del contrato

Según el código sustantivo del trabajo en algunos de sus artículos el contrato de trabajo puede ser verbal o escrito; para su validez no requiere forma especial alguna, salvo disposición expresa en contrario²⁹.

²⁸ Pico Merchán M. Op. Cit p 41

²⁹ Código sustantivo del trabajo. Op. Cit p 13

ARTICULO 38. CONTRATO VERBAL. Cuando el contrato sea verbal, el empleador y el trabajador deben ponerse de acuerdo, al menos acerca de los siguientes puntos³⁰:

1. La índole del trabajo y el sitio en donde ha de realizarse;
2. La cuantía y forma de la remuneración, ya sea por unidad de tiempo, por obra ejecutada, por tarea, a destajo u otra cualquiera, y los períodos que regulen su pago;
3. La duración del contrato.

ARTICULO 39. CONTRATO ESCRITO. El contrato de trabajo escrito se extiende en tantos ejemplares cuantos sean los interesados, destinándose uno para cada uno de ellos; está exento de impuestos de papel sellado y de timbre nacional y debe contener necesariamente, fuera de las cláusulas que las partes acuerden libremente, las siguientes: la identificación y domicilio de las partes; el lugar y la fecha de su celebración; el lugar en donde se haya contratado el trabajador y en donde haya de prestar el servicio; la naturaleza del trabajo; la cuantía de la remuneración, su forma y periodos de pago; la estimación de su valor, en caso de que haya suministros de habitación y alimentación como parte del salario; y la duración del contrato, su desahucio y terminación.

ARTICULO 45. DURACION. El contrato de trabajo puede celebrarse por tiempo determinado, por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada, por tiempo indefinido o para ejecutar un trabajo ocasional, accidental o transitorio.

ARTICULO 46. CONTRATO A TERMINO FIJO. El contrato de trabajo a término fijo debe constar siempre por escrito y su duración no puede ser superior a tres años, pero es renovable indefinidamente.

1. Si antes de la fecha del vencimiento del término estipulado, ninguna de las partes avisare por escrito a la otra su determinación de no prorrogar el contrato,

³⁰ Código sustantivo del trabajo. Op. Cit p 13

con una antelación no inferior a treinta (30) días, éste se entenderá renovado por un período igual al inicialmente pactado, y así sucesivamente.

2. No obstante, si el término fijo es inferior a un (1) año, únicamente podrá prorrogarse sucesivamente el contrato hasta por tres (3) períodos iguales o inferiores, al cabo de los cuales el término de renovación no podrá ser inferior a un (1) año, y así sucesivamente.

PARAGRAFO. En los contratos a término fijo inferior a un año, los trabajadores tendrán derecho al pago de vacaciones y prima de servicios en proporción al tiempo laborado cualquiera que éste sea.

ARTICULO 47. DURACIÓN INDEFINIDA³¹.

1o) El contrato de trabajo no estipulado a término fijo, o cuya duración no esté determinada por la de la obra, o la naturaleza de la labor contratada, o no se refiera a un trabajo ocasional o transitorio, será contrato a término indefinido.

2o) El contrato a término indefinido tendrá vigencia mientras subsistan las causas que le dieron origen, y la materia del trabajo. Con todo, el trabajador podrá darlo por terminado mediante aviso escrito con antelación no inferior a treinta (30) días, para que el patrono lo reemplace. En caso de no dar aviso oportunamente o de cumplirlo solo parcialmente, se aplicará lo dispuesto en el artículo 8o, numeral 7o. del Decreto 2351 de 1965, 64 de este Código, para todo el tiempo, o para el lapso dejado de cumplir.

5.10 LOS DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud³².

³¹ Código sustantivo del trabajo. Op. Cit p 13

³² Ley 266. Op. Cit p 8

2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.
4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución.
5. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.

5.11 LOS DERECHOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1. Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal³³.
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 internacionales.
3. Acceder y recibir oportunidades de progreso 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.

³³ Ley 266. Op. Cit p 8

7. Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros.
8. Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana.
9. Definir y percibir 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.

6. MARCO DE DISEÑO

6.1 METODOLOGIA

6.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó por medio de un estudio descriptivo³⁴ ya que su propósito es describir y analizar cual es la situación laboral actual de los profesionales de enfermería en santa marta, a la vez es Transversal, ya que la obtención de datos se realizó una sola vez en cada unidad de análisis y se desarrolló en un tiempo determinado en el cual se estudiaron variables paralelamente.³⁵

6.1.2 POBLACION

Nuestra población fueron las 87 Enfermeras que laboran en las clínicas de la ciudad de Santa Marta³⁶.

6.1.3 MUESTRA

Total de enfermeros (as) que se encontraban laborando en las clínicas de la ciudad de Santa Marta en el momento de realizar la encuesta que fueron 45, mediante la selección de un porcentaje de las enfermeras que se encontraban en turno la cual se obtuvo a través de un tipo de estudio probabilístico y un método de muestreo aleatorio simple, porque todos los individuos de la población de referencia tienen la misma probabilidad de ser seleccionados.³⁷

³⁴ GARCIA ROMERO HORACIO y clbs. Metodología de la investigación en salud. Mc Graw Hill Interamericana. México, Julio de 2001. p 76, 97, 110

³⁵ . ibíd.

³⁶ CASTILLA SIERRA LUIS. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Editorial Manual Moderno. México. 2001. p. 1 – 79.

³⁷ HERNANDEZ LUIS ROGELIO. Diseño de investigaciones en ciencias de la salud y sus fundamentos epistemológicos. ACOE ediciones. Bogotá 2001. P 68 - 69.

6.1.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

Enfermeras (os) que se encuentran laborando actualmente en la ciudad de Santa Marta.³⁸

Enfermeras que estén laborando en las clínicas que se tomaran de referencia para la muestra.

6.1.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Auxiliares de enfermería que se encuentren laborando.

Personal de la salud que no pertenezca al gremio de Enfermería³⁹.

³⁸ BERNAL CÉSAR AUGUSTO. Metodología de la Investigación. Pearson Educación de Colombia Ltda. Santa Fe de Bogotá – Colombia. Capítulo 7.

³⁹ CASTILLA SIERRA LUIS. Op. Cit p. 43

6.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

6.2.1 Descripción del instrumento

A cada una de las Enfermeras que se tuvo en cuenta en la investigación, se le aplicó el instrumento “ Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de santa marta 2008” (VER ANEXO 1)⁴⁰ de la autora Aneth Rivas Castro, el cual contiene 10 preguntas tipo cerradas donde se enfoca a la situación laboral actual del profesional de Enfermería, el campo en que se desempeñan cada una de estas, el nivel de estudios que poseen, el salario que devengan y el tipo de contratación, entre otros.

6.2.2 Recolección de la Información

La recolección de la información se llevó a cabo con la aplicación del instrumento a las enfermeras que estaban laborando con la ayuda de los estudiantes de IX semestre de Enfermería que se encontraban realizando la práctica profesional en distintas instituciones de salud de la ciudad de Santa Marta.

El instrumento que manejamos se utilizó en el estudio *Diagnostico de la situación laboral de las enfermeras en el departamento del Magdalena 1995 – 1996*.

6.3 TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Después de haber recogido la información pertinente, se procedió a tabular los datos obtenidos con su respectivo análisis por medio de una distribución de frecuencias⁴¹, graficas en barra y pastel para sus respectivos datos y presentación. El software que se utilizó para dicha actividad fue Excel.

⁴⁰ RIVAS CASTRO A. Óp. Cit p 15

⁴¹ ZORRILLA Santiago. Metodología de la investigación. McGraw Hill. México. 1992. Pág. 108 – 113.

6.3.1 Recursos Humanos

Para llevar a cabo esta investigación, se contó con la participación de 2 estudiantes de IX semestre de la Universidad del Magdalena del programa de Enfermería y los estudiantes de prácticas profesionales del mismo para la aplicación de encuestas y recolección de información.

7. ASPECTOS ETICOS

El ejercicio de cualquier profesión acepta el cumplimiento de unos acuerdos tácitos o explícitos, referentes a los conceptos y valores humanos establecidos, en los que se basa la situación. Esto es lo que se podría llamar ético o ética profesional.

El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno⁴².

Esta investigación se fundamenta en principios y valores de la enfermería individuales o personales como;

El respeto hacia las personas y la confidencialidad de la información. Se manejó teniendo en cuenta el anonimato de las encuestadas, ya que sólo tomamos los datos necesarios para la elaboración del proyecto. En el proceso de análisis de los datos, en su presentación y publicación no se encontrará ningún aparte de su información personal, evitando o aminorando la posibilidad de cualquier daño moral

⁴² ANEC. Publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Edición número 67 Sección científicas. La ética desde la formación y el ejercicio de la Enfermería Bogotá, Colombia. 2008

La beneficencia se promovió a través del buen trato y la amabilidad en los casos en que la encuesta se aplicó, a la vez, se aclararon inquietudes presentes en las encuestadas.

La autonomía: A los sujetos de la muestra se les aclaró que, sin temor y con absoluta libertad, pueden aceptar o rechazar el ser sujetos de estudio al igual que suspender la experiencia en cualquier momento.

El principio de la veracidad. Se llevo a cabo recolectando, procesando, analizando y arrojando una información certera, basada en datos reales que cumplieron sus objetivos para llegar a puntos concluyentes.

No maleficencia: este principio se tuvo en cuenta con la implementación del formato de consentimiento informado, ya que por medio de este las personas encuestadas decidirían si estaban conforme o no en la participación de la actividad.

8. RESULTADOS

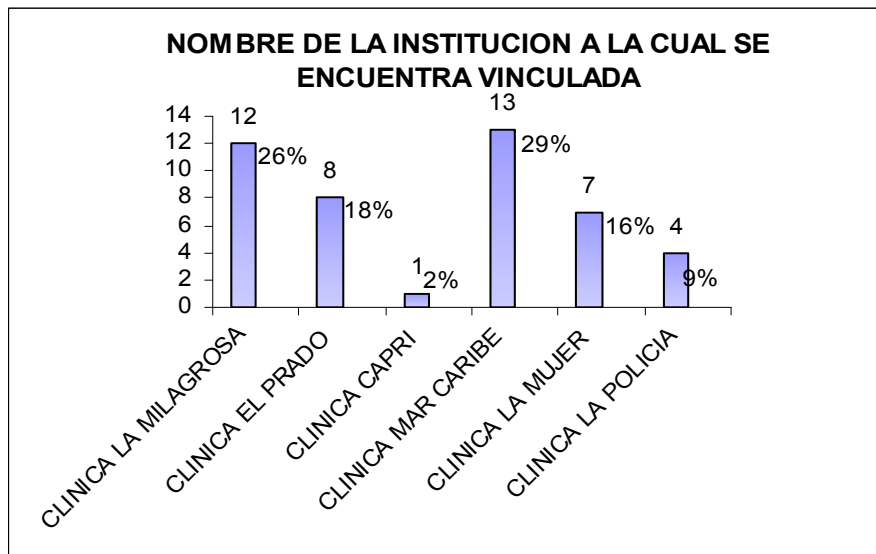
Objetivo Especifico 1. Identificar el recurso de Enfermeros que laboran en las instituciones privadas y la concentración en cada campo de acción.

Cuadro 1. Distribución de enfermeras en las entidades

ENTIDADES	NUMERO DE ENCUESTADAS	PORCENTAJE
Clínica la Milagrosa	12	26%
Clínica el Prado	8	18%
Clínica Capri	1	2%
Clínica Mar Caribe	13	29%
Clínica la Mujer	7	16%
Clínica la Policía	4	9%
Total	45	100%

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008.
Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Figura 1. Distribución de enfermeras en las entidades



Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008.
Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

De las 45 encuestas realizadas en las diferentes instituciones se encontró que el mayor recurso de enfermería se encuentra en la Clínica Mar Caribe con 13 enfermeras (29%), seguida de la Clínica la Milagrosa con 12 (26%), la Clínica El Prado con 8 (18%), Clínica La Mujer con 7 (16%), Clínica La Policía con 4 (9%) y con 1 (2%) Clínica Capri.

Lo cual es consistente con el estudio realizado por Rivas Castro y cols (1995-1996)⁴³ donde encontró que la Clínica la Milagrosa y la Clínica Mar Caribe, eran las que mayor recurso de enfermería tenían en el momento.

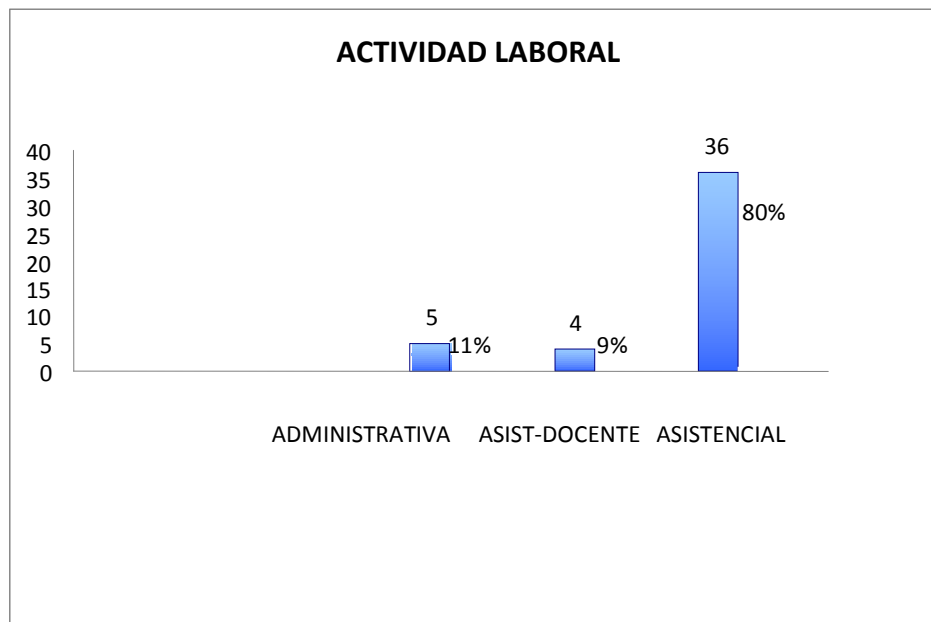
⁴³ RIVAS CASTRO A. Op. Cit p 15

Cuadro 2. Distribución de enfermeras por actividad laboral.

ACTIVIDAD LABORAL	No DE ENFERMERAS	PORCENTAJE
Docente	0	0%
Investigativa	0	0%
Administrativa	5	11%
Asistencial-docente	4	9%
Asistencial	36	80%
Administrativo-docente	0	0%
Total	45	100%

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Figura 2. Distribución de enfermeras por actividad laboral.



Fuente: Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Del total de la población encuestada en relación a la actividad laboral que realiza el 80%(36) labora en el área asistencial, siendo esta la más significativa,

el 11%(5) se desempeña en el área administrativa y el 9%(4) en el área asistencial-docente.

Lo cual es evidenciado con lo que encontró Rivas Castro y clbs (1995-1996)⁴⁴ en su estudio donde el 47.6% se desempeñaban en el área asistencial, el 11.2% en el área administrativa y el 16% en la asistencial-docente.

⁴⁴ RIVAS CASTRO A. Op. Cit p 15

Objetivo Especifico 2 Describir el tipo de contratación de los Enfermeros y cuantos han realizado estudios avanzados (Magíster, Especialidades, Otros).

Cuadro 3. Distribución de enfermeras por tipo de contrato

TIPO DE CONTRATO	No DE ENFERMERAS	PORCENTAJE
A termino definido	0	0%
A termino indefinido	45	100%
Total	45	100%

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008.
Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Figura 3. Distribución de enfermeras por tipo de contrato



Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008.
Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Del total de las encuestadas se encontró que el 100% (45) de estas laboran bajo un contrato a termino indefinido. Lo cual se afirma en el estudio realizado por Rivas Castro y clbs (1995-1996)⁴⁵ donde encontró que el 30.8% laboraban bajo este tipo de contratación, lo cual no es beneficiosa para el profesional ya que le da menos estabilidad laboral.

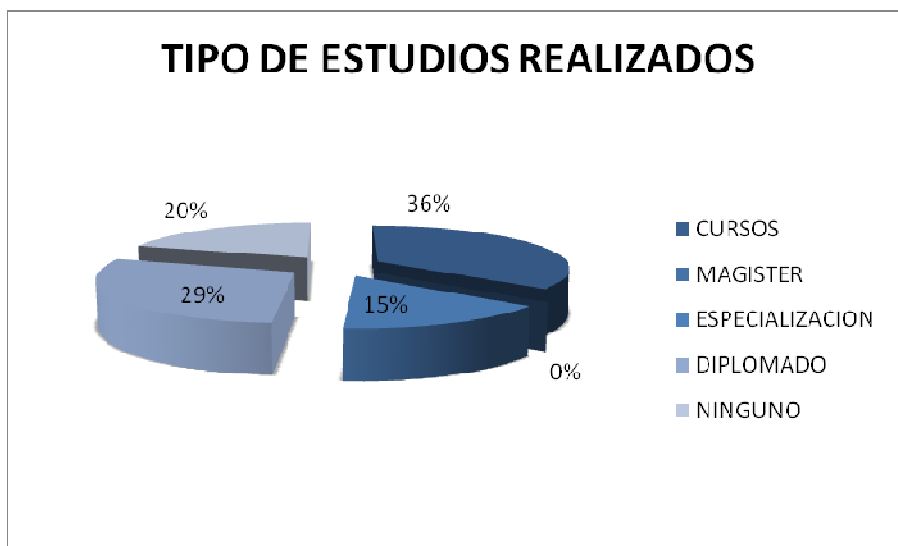
⁴⁵ RIVAS CASTRO A. Op. Cit p 15

Cuadro 4. Distribución de enfermeras con estudios avanzados.

ESTUDIOS REALIZADOS	No DE ENFERMERAS	PORCENTAJE
Cursos	16	35%
Magíster	0	0%
Especialización	7	16%
Diplomado	13	29%
Ningún estudio	9	20%
Total	45	100%

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Figura 4. Distribución de enfermeras con estudios avanzados.



Fuente: Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Como puede observarse los resultados obtenidos revelan que el 35%(16) de las enfermeras han realizado cursos, el 29%(13) diplomados, el 20%(9) no ha realizado ningún otro tipo de estudio y el 16%(7) especializaciones.

Lo anterior se puede afirmar basado en lo encontrado por Rivas Castro y cols (1995-1996)⁴⁶ en donde el 59.81% de las enfermeras habían realizado cursos, el 23.36% habían realizado especializaciones, el 14.01% no había realizado ningún otro estudio y el 2.80% magíster.

Por otro lado en la investigación realizada por Duran de Villalobos M y cols. (1988)⁴⁷ encontró que el 74.2% no había realizado ningún otro estudio, el 3.3% había hecho especializaciones y el 5.5% magíster.

⁴⁶ RIVAS CASTRO A. Op. Cit p 15

⁴⁷ DURAN DE VILLALOBOS M. Op. Cit p 24

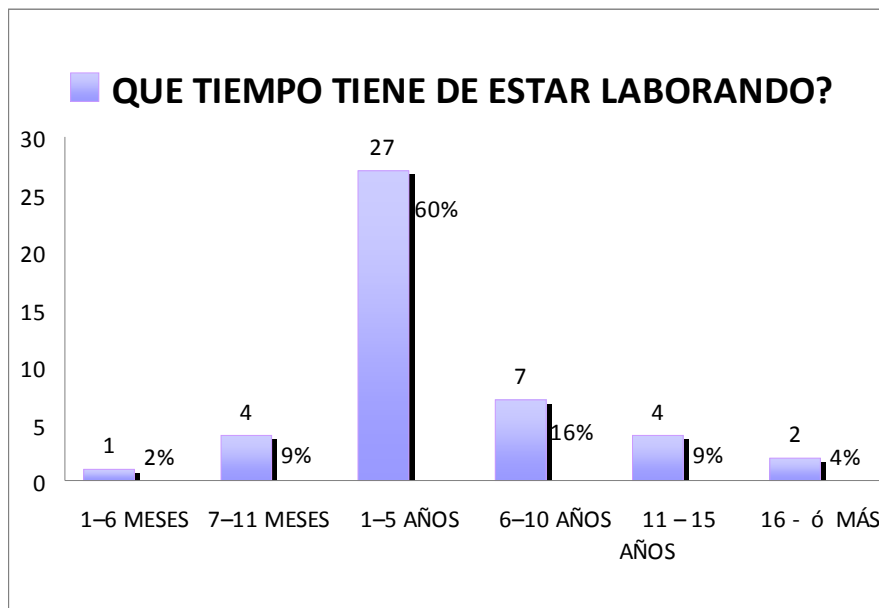
Objetivo Especifico 3 Describir el tiempo de servicio, la escala salarial de los Enfermeros en las clínicas de Santa Marta y el tipo de agremiación al que pertenecen.

Cuadro 5. Distribución de enfermeras por tiempo de servicio.

TIEMPO DE SERVICIO	No DE ENFERMERAS	PORCENTAJE
1-6 Meses	1	2%
7-11 Meses	4	9%
1-5 Años	27	60%
6-10 Años	7	16%
11 - 15 Años	4	9%
16 - Ó Más	2	4%
Total	45	100%

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Figura 5. Distribución de enfermeras por tiempo de servicio.



Fuente: Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Es significativo observar que el 60%(27) de las enfermeras tienen 1-5 años de estar laborando, el 16%(7) tienen de 6-10años, el 9%(4) de 11-15 años y 7-11 meses respectivamente, el 4%(2) tienen 16 o mas años y el 2%(1) tiene 1-6 meses.

En el estudio realizado por Rivas Castro y cols (1995-1996)⁴⁸ en el departamento del Magdalena obtuvo como resultados que la mayor proporción de enfermeros por tiempo de servicio fue de < 1 año (17.6%), 1-4 años (16.4%), 9-12 años (16.4%), 17-20 años (14.1%)

⁴⁸ RIVAS CASTRO A. Op. Cit p 15

Objetivo Especifico 3 Describir el tiempo de servicio, la escala salarial de los Enfermeros en las clínicas de Santa Marta y el tipo de agremiación al que pertenecen.

Cuadro 6. Asignación salarial en las diferentes entidades

SALARIO	No DE ENFERMERAS	PORCENTAJE
400.000-600,000	1	2%
700,000-900,000	3	7%
1,000,000-1,300,000	36	80%
1,500,000-1,800,000	4	9%
1,900,000-MAS	1	2%
Total	45	100%

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Figura 6. Asignación salarial en las diferentes entidades



Fuente: Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Esta grafica permite observar que el 80%(36) de las enfermeras encuestadas tienen una remuneración de 1.000.000 a 1.300.000, el 9%(4) 1.500.000 a 1.800.000, el 7%(3) 700.000 a 900.000, un 2%(1) 400.000 a 600.000 y un 2%(1) 1.900.000 o más. Teniendo en cuenta que el salario mínimo mensual es de \$496.900, lo que indica que la mayoría de las enfermeras ganan entre 2 – 3 salarios mínimos legales mensuales, lo cual se corrobora con lo encontrado en el estudio nacional 1984-1987⁴⁹ donde muestran que el personal de enfermería eran remuneradas con 2.2 – 2.9 salarios mínimos.

Las enfermeras del país reciben una remuneración más baja que los demás profesionales del sector salud con igual preparación y número de horas contratadas.

⁴⁹ DURAN DE VILLALOBOS M. Op. Cit p 24

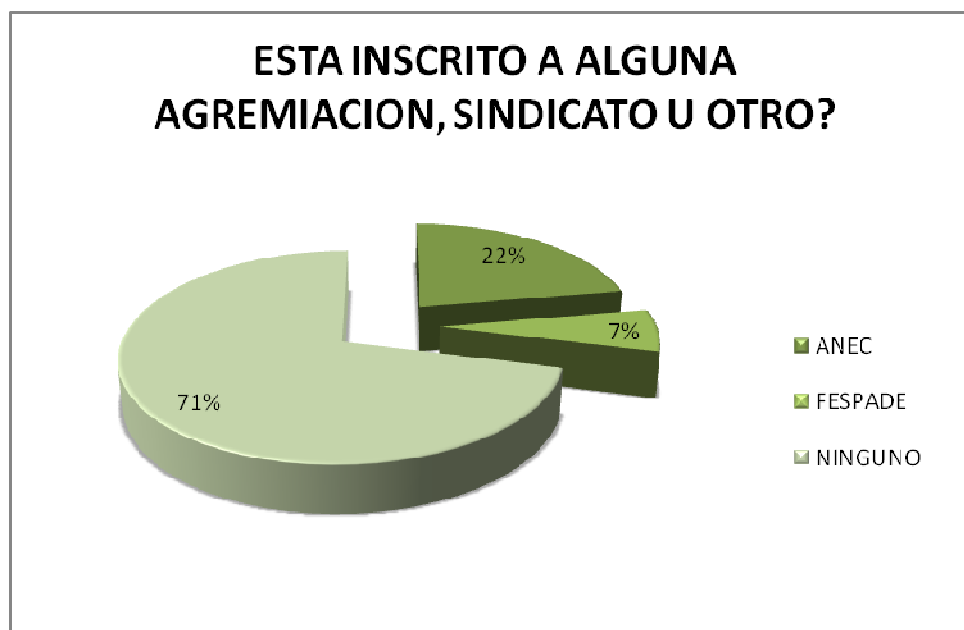
Objetivo Especifico 3 Describir el tiempo de servicio, la escala salarial de los Enfermeros en las clínicas de Santa Marta y el tipo de agremiación al que pertenecen.

Cuadro 7. Distribución de enfermeras inscritas y no inscritas a asociaciones sindicales.

ASOCIACIÓN	No DE ENFERMERAS	PORCENTAJE
ANEC	10	22%
FESPADE	3	7%
NINGUNO	32	71%
Total	45	100%

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Figura 7. Distribución de enfermeras inscritas y no inscritas a asociaciones sindicales.



Fuente: Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Del total de enfermeras encuestadas se encontró que el 71%(32) de estas no pertenecen a ningún tipo de agremiación, el 22%(10) pertenecen a la ANEC y el 7%(3) a fespade.

Teniendo en cuenta las distintas agremiaciones que existen en el país, Rivas Castro y clbs (1995-1996)⁵⁰ encontró en su estudio que el 57.9% de las enfermeras se encontraban inscritas a la ANEC (Asociación Nacional de Enfermeras Colombianas), y el 14.9% no pertenecen a ningún tipo de agremiación.

⁵⁰ RIVAS CASTRO A. Op. Cit p 15

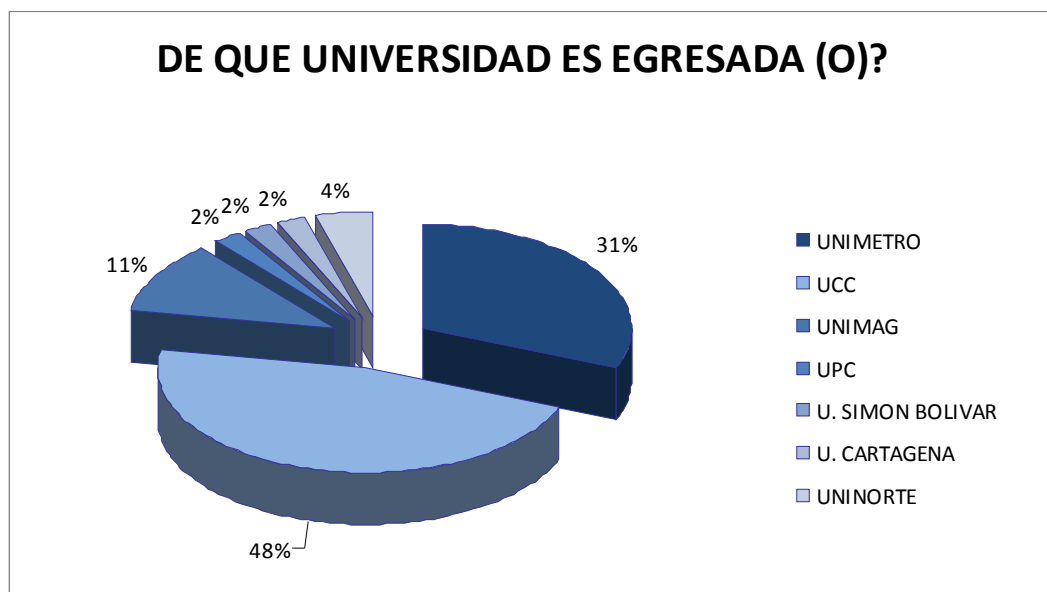
Objetivo Especifico 3 Describir el tiempo de servicio, la escala salarial de los Enfermeros en las clínicas de Santa Marta y el tipo de agremiación al que pertenecen.

Cuadro 8. Distribución de enfermeras por egreso de universidades.

UNIVERSIDAD	No DE ENFERMERAS	PORCENTAJE
UNIMETRO	14	31%
UCC	21	48%
UNIMAG	5	11%
UPC	1	2%
U. SIMON BOLIVAR	1	2%
U. CARTAGENA	1	2%
UNINORTE	2	4%

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Figura 8. Distribución de enfermeras por egreso de universidades.



Fuente: Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas de Santa Marta 2008. Autoras: Diana Jiménez y Jhovana Orozco.

Del total de enfermeras encontramos que el mayor recurso de estas son egresadas de la Universidad Cooperativa de Colombia con un 48%, seguida de la Universidad Metropolitana con un 31% y la Universidad del Magdalena con un 11% de estas.

Teniendo en cuenta que la Universidad Cooperativa de Colombia (1994) y la Universidad Metropolitana (1979) tienen mayor tiempo de estar ofreciendo el programa de enfermería, podemos observar que la Universidad del Magdalena (2002) tiene un número significativo de egresadas laborando en las clínicas de la ciudad, con respecto a estas dos por su antigüedad.

9. CONCLUSIONES

- ☞ En cuanto a la distribución del personal encontramos que la clínica que tiene mayor recurso de enfermería es la Clínica Mar Caribe.

La enfermería es una profesión que a través del tiempo ha ampliado sus campos de acción, ofreciendo especializaciones, magíster, entre otros. En la ciudad es muy preocupante la situación que se está presentando, ya que de todas las enfermeras encuestadas son pocas las que han realizado posgrados, situación que deja ver la poca iniciativa o posibilidad de especialización del profesional de enfermería en la ciudad.

- ☞ Una de las metas de este gremio de profesionales es que su labor sea más reconocida y mejor remunerada, debido a los años de estudios y a la realización de estudios avanzados, ya que las enfermeras del país reciben una remuneración mas baja que los demás profesionales del sector salud con igual preparación. A la fecha, el personal de enfermería está recibiendo entre 2 – 3 salarios mínimos legales mensuales.

Del total de encuestas realizadas, el 100% labora bajo un contrato a término indefinido, lo que genera una inestabilidad laboral y hace que los trabajadores sean removidos de sus puestos en cualquier momento.

- ☞ El tiempo de servicio del profesional de enfermería varía desde 6 meses a 16 años, permitiendo para algunos profesionales tener mayor estabilidad laboral.

En cuanto a las agremiaciones existentes en el país, la ANEC es la que mayor número de enfermeros tiene registrados, seguido de fespade.

- ☞ A partir de la situación actual que está viviendo el país, estudios como el presente permiten explorar las variables que inciden o participan en el proceso de atención a la salud favoreciendo la toma de decisiones y estrategias que permitan modificar y mejorar la calidad de atención.

☞ El cambio que requiere el país, es la existencia de un profesional bien preparado y actualizado con los nuevos avances para poder vencer los retos que presenta la era moderna y proyectarse como un profesional holístico capaz de ser líder y establecer planes realistas y prácticos de acuerdo a la época.

10. RECOMENDACIONES

- ☞ Formular estrategias para la formación, distribución y ubicación del personal enfermero según las condiciones y división del trabajo por tipos de institución y niveles de atención en salud.
- ☞ Diseñar estrategias que promuevan un ambiente favorable en los sectores laboral y educativo que contribuyan al cambio y formación de actitudes positivas hacia el ejercicio de la enfermería.
- ☞ Promover la formación de los empleados de las diferentes instituciones mediante la actualización y capacitación.
- ☞ Promover la estabilidad laboral y el aumento de las remuneraciones por parte de las instituciones de salud.
- ☞ Se sugiere realizar este tipo de estudio en unos cinco años más para conocer si han mejorado las condiciones laborales de las/os enfermeras/os que trabajan la ciudad.

RECOMENDACIONES PARA LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA Y PROGRAMA DE ENFERMERÍA.

La Universidad del Magdalena en su facultad de ser una institución reconocida y de gran aceptación en la comunidad debe promover por medio del Programa de Enfermería la ampliación del campo investigativo a su recurso enfermero permitiéndoles realizar especializaciones para mejorar su condición de trabajo y permitir mayor participación por parte del estudiante y ante todo fomentar en el un profesional integral por medio de talleres y seminarios acerca del perfil del profesional y la importancia de todos los campos de acción del enfermero.

BIBLIOGRAFIA

PATRICIA GAUNTLETT Beare. Enfermería principios y práctica. editorial medica panamericana. tomo I 1993

GARCIA ROMERO Horacio,. Metodología de la investigación en salud. Mc Graw Hill Interamericana. México, Julio de 2001.

HERNANDEZ Luís Rogelio. Diseño de investigaciones en ciencias de la salud y sus fundamentos epistemológicos. ACOE ediciones. Bogotá 2001.

ACOFIEN. Orientaciones para el desarrollo de las investigaciones en enfermería. Marzo 2000

MUÑOZ DE RODRIGUEZ Lucy,. Cuidado de la vida. Cátedra Ancizar. Universidad Nacional de Colombia 2007.

CASTILLA SIERRA Luís. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Manual moderno 2001

BAILY, Ellen. Manual de la enfermería. Océano grupo editorial S.A. Barcelona – España. 531 – 722 p.

BERNAL, César Augusto. Metodología de la Investigación. Pearson Educación de Colombia Ltda. Santa Fe de Bogotá – Colombia. Capítulo 7.

CURCIO, Carmen Lucía. Investigación cuantitativa. Editorial Kinesis. Colombia 2005. Segunda parte.

Diccionario de Términos Sanitarios. [Online]. Disponible: http://www.auxiliar-enfermeria.com/diccionario/letra_c.htm. (Consultado: 2007, diciembre 5)

FERRÚS ESTOPÁ, Lena. Diccionario de medicina océano mosby. Océano grupo editorial S.A. Barcelona España.

DURAN DE VILLALOBOS MARIA MERCEDES Y CIBS. Enfermería actualidad y perspectiva. Estudio nacional 1984 – 1987. Bogota 1988. Pág. 22.

DURAN DE VILLALOBOS Maria M. Enfermería desarrollo teórico e investigativo. Proyecto innovar. Bogotá 2001

VELANDIA ANA LUISA. Historia de la enfermería en Colombia. Universidad Nacional de Colombia.

Ley 911. COLOMBIA. Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería. El Ministro de la Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, octubre de 2004.

Ley 266. COLOMBIA. Reglamentación Profesión de enfermería. Ministerio de salud. Santa fe de Bogotá, Colombia, enero 1996.

COLLIÈRE M. F. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. McGraw Hill- Interamericana, Madrid, 1997; pp. 1-87.

CASTRILLÓN M. C. El proyecto Nightingale. La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Universidad de Antioquía. 1997: 1-18.

RIVAS CASTRO Aneth y Clbs. Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en el Departamento del Magdalena. Tesis para optar el titulo de enfermera 1995-1996 Pág. 79

ANEC. Publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. Sección científica.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Trabajos escritos: presentación y referencias bibliográficas. Sexta actualización. Bogotá: ICONTEC, 2008. 110p

MARTHE, Norma. Cómo elaborar y presentar un trabajo escrito. Cuarta edición. Ediciones Uninorte. Colombia.

DE SENA ROSENI R. Educación de enfermería en América Latina. Bogotá, Universidad Nacional. 2000

Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

UFPS. Universidad Francisco de Paula Santander. Facultad Ciencias de la Salud. Registro Calificado Enfermería. 2003

OSPINO RODRIGUEZ Jairo Alfonso. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. 2004. Pág. 114 – 119.

SPSS para Windows. Versión 11.5. Chicago: SPSS Inc. [programa informático en CD-ROM]. Disponible en SPSS Inc. Página web de SPSS disponible en: <http://www.spss.com/>

Benavent Garcés, M^a Amparo, Los Registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales. Departamento de enfermería universidad de valencia. 2004

ZORRILLA Santiago. Metodología de la investigación. McGraw Hill. México. 1992. Pág. 108 – 113.

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION LABORAL DE LOS ENFERMEROS EN LAS CLINICAS DE SANTA MARTA 2008.

Autor: Rivas Castro y clbs

OBJETIVO: recolectar información sobre el número de enfermeros que laboran en Santa Marta y la situación laboral de cada uno de ellos.

1. ¿Qué actividad laboral está realizando actualmente?

- a) DOCENTE b) ADMINISTRATIVA c) ASISTENCIAL
d) INVESTIGATIVA e) ASISTENCIAL-DOCENTE f) ADMINISTRATIVA-DOCENTE
g) OTRA. CUAL _____

2. ¿Cuál es su tipo de contrato?

- a) A TERMINO DEFINIDO b) A TÉRMINO INDEFINIDO

3. Nombre de la institución a la cual se encuentra vinculada (o)

- CLINICA LA MILAGROSA ____ CLINICA MAR CARIBE ____
CLINICA EL PRADO ____ CLINICA LA MUJER ____
CLINICA CAPRI ____ CLINICA LA POLICIA ____

4. ¿Qué tiempo tiene de estar laborando en la actividad antes descrita?

- a) 1 – 6 MESES b) 7 – 11 MESES c) 1 – 5 AÑOS
d) 6 – 10 AÑOS e) 11 – 15 AÑOS f) 16 - ó MÁS

5. Estudios realizados

- CURSOS MAGISTER ESPECIALIZACION
OTROS _____ CUALES? _____

6. Que tiempo tiene de haber realizado estos estudios?

- a) 1- 12 MESES b) 1- 4 AÑOS c) 5 – 10 AÑOS
d) 10 – 15 AÑOS e) 16 o MAS

7. Su salario oscila entre

a) \$400.000 - \$600.000

b) \$700.000 - \$900.000

c) \$1.000.000 - \$1.300.000

d) \$1.500.000 \$1.800.000

e) \$1.900.000 O MÁS

8. ¿Está inscrito en alguna agremiación? Cual

9. ¿De qué universidad es egresada?

Fuente: Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en el Departamento del Magdalena. 1995-1996



ANEXO 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con documento de Identidad # _____, expreso mi conformidad para participar en la investigación sobre Diagnostico de la situación laboral de los enfermeros en las clínicas privadas de la ciudad de Santa Marta, 2008 y contestar el cuestionario de la misma que contiene 9 preguntas.

Firma