

Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado

Quality of life of nursing professionals and effects for the care they provide

Qualidade de vida das(os) profissionais da enfermagem e suas conseqüências na atenção

MARÍA NUBIA ROMERO B.*, LORENA MESA M.**, SOLANYE GALINDO H.***

Resumen

Las precarias condiciones laborales en las cuales ejercen el y la profesional de enfermería, manifiestas en la pérdida de estabilidad laboral, de prestaciones sociales y de pago de recargos nocturnos y festivos, en el incremento de la jornada laboral y en el escaso tiempo de dedicación al cuidado directo, entre otros, expresan los efectos del modelo neoliberal aplicado al sector salud e impactan negativamente el cuidado y la calidad de vida personal y familiar de los profesionales, porque restringen poderosamente la realización de necesidades para el pleno desarrollo humano.

Objetivo: describir e interpretar las condiciones personales, familiares y laborales que configuran la calidad de vida de las y los profesionales de enfermería, y que inciden en el ejercicio del cuidado.

* Enfermera, Magíster en Salud pública. Docente titular e investigadora principal.

** Enfermera coinvestigadora.

*** Enfermera coinvestigadora.

Las autoras son integrantes del Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencia en el Cuidado de la Salud, (Gercus), Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. gercusuptc@gmail.com, mnromero@gmail.com

Nubia Janeth Gómez y Juan Carlos Martínez H., del Grupo de Investigación en Estadística (GIE), Escuela de Matemáticas y Estadística de la UPTC, procesaron la información estadística que se presenta en la investigación.

Recibido: 21-02-08

Aprobado: 12-09-08

Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal. La población encuestada correspondió a las y los asistentes al XVI Congreso Nacional de Enfermería realizado en julio de 2005 en Medellín.

Resultados: se encuestaron 218 participantes en el congreso. El 73% refiere que en el actual SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) la calidad del cuidado ha empeorado; el 49% refiere agotamiento o cansancio psíquico; el 85% considera que con su salario satisface la necesidad de subsistencia de ellas(os) y sus familiares; la posibilidad de realizar otras necesidades, como la del entretenimiento, se da solo en un 22%; el ocio, en un 14%, y el afecto, en un escaso 5%.

Conclusiones: la calidad de vida de las y los profesionales de enfermería demuestra que la relación entre carencias y potencialidades presenta un desbalance hacia el empobrecimiento en la realización de sus necesidades humanas, relacionado con la escasez de satisfactores positivos en el *tener*, el *estar* y el *hacer*, debido a que los profesionales son vistos como meros recursos y no se trasciende la perspectiva de persona-objeto a persona-sujeto de desarrollo.

Palabras clave: enfermería, fuerza de trabajo, condiciones de trabajo, satisfacción en el trabajo, calidad de vida (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

The poor labor conditions in which nursing practitioners work, evidenced in the loss of labor stability, employment benefits and no payment of night and holiday work surcharges,

increase of working hours and the scarce time dedicated to direct care, among others, shows the effects of the neoliberalism model and impact in a negative way the care and personal and family life of practitioners since all these restrict the *fulfillment* of needs for the full human development.

Objective: to describe and interpret personal, family and labor conditions that configure the nursing practitioners' quality of life and which have an impact on the care they provide.

Type of study: descriptive, cross-sectional analysis. The surveyed population was that attending the 16th National Nursing Congress which took place in July 2005 in Medellín.

Results: 218 participants were surveyed. 73% reported the quality of care has deteriorated; 49% refers to exhaustion or psychic weariness; 85% considers that their salaries satisfy their basic needs; entertainment is only 22%, free time 14% and affection in a scarce 5%.

Conclusions: The quality of life of said practitioners shows that the relationship between deficiencies and potentialities presents an imbalance towards deterioration in satisfying their human needs, related with the lack of positive satisfiers in the *having, being and doing*, and one does not go beyond the perspective person - object to person - subject.

Key words: Nursing, Labor Force, Working Conditions, Job Satisfaction, Quality of Life

Resumo

As precárias condições de trabalho para os profissionais da enfermagem, evidenciadas na perda de estabilidade laboral, de benefícios sociais e pagamento de horas noturnas e dias feriados, no incremento das horas de trabalho, e no pouco tempo de dedicação ao cuidado direto, entre outras, são uma expressão dos efeitos do modelo neoliberal e impactam negativamente o cuidado e qualidade de vida pessoal e familiar dos profissionais, porque restringem a materialização de necessidades para o desenvolvimento humano.

Objetivo: descrever e interpretar as condições pessoais, familiares e de trabalho que configuram a qualidade de vida dos profissionais da enfermagem e que incidem na aplicação do cuidado.

Tipo de estudo: descritivo de corte transversal. A amostra foi coletada entre os assistentes ao XVI Congresso Nacional de Enfermagem realizado em julho de 2005 em Medellín.

Resultados: entrevistaram-se 218 participantes no congresso. Setenta e três por cento informa que a qualidade do cuidado tem piorado; quarenta e nove por cento se refere ao esgotamento o cansaço psíquico; oitenta e cinco por cento consideram que com seu salário só satisfazem as necessidades básicas de subsistência; vinte e dois por cento se refere à diversão, o lazer atingiu 14% e o afeto é apenas 5%.

Conclusões: a qualidade de vida desses profissionais é uma demonstração da relação entre carências e potencialidades, evidenciando um desbalanço para o empobrecimento no tocante à materialização de suas necessidades humanas. Isso tem a ver com a falta de elementos positivos de satisfação a respeito do *ter, estar e fazer*, a perspectiva de pessoa-objeto não ultrapassa a perspectiva de pessoa-sujeito de desenvolvimento.

Palavras chave: Enfermagem, Força de Trabalho, Condições de Trabalho, Satisfação no Emprego, Qualidade de Vida

INTRODUCCIÓN

La investigación se desarrolló bajo la premisa argumentada de que "las condiciones en que estamos ejerciendo los cuidados de enfermería¹ en nuestro medio son de pauperización y alto conflicto social, político y económico, aspectos que permean la vida familiar, profesional, institucional y social del gremio de enfermería y que han puesto en alto riesgo el ejercicio del cuidado de la salud² como un bien público y todo lo que hasta hoy hemos conquistado en el reconocimiento social de la profesión y en el cuerpo de conocimiento disciplinar. Todo ello está obligando a ejercer un cuidado *en la adversidad*" (1).

El marco de referencia de la problemática laboral, institucional y social está en el análisis de las políticas neoliberales, como lo explica Ahumada (2), que irrumpen con toda su fuerza en Colombia con el gobierno de César Gaviria (1990-1994). Se expide una nueva Constitución (1991) que adopta el neoliberalismo como doctrina rectora y con esa base se promulgan leyes como la 60 de 1992, que profundizó la contrarreforma laboral iniciada con la Ley 50 de 1990, la cual flexibilizó las relaciones laborales y deterioró gravemente los derechos de asociación y contratación colectiva de los trabajadores, como lo demuestra Sánchez de Bustamante en el informe de la situación de los derechos sindicales en Colombia (3), el

1 El cuidado de enfermería se asume según la definición de la Ley 911 de 2004: "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".

2 El cuidado de la salud se asume como aquella dimensión del metaparadigma de enfermería en la que el profesional de enfermería aboga por la realización de las necesidades fundamentales del ser en búsqueda de su bienestar desde la defensa de la salud como derecho fundamental conexo a la vida.

cual describe aspectos como la ausencia de políticas de protección y garantía de la organización sindical, dificultades en la creación de organizaciones sindicales, actos de discriminación antisindical o la creación de sindicatos paralelos, violación al derecho de negociación colectiva y el establecimiento de acuerdos y leyes que hacen que el derecho a la huelga se convierta en ficción. Para el sector salud se promulga la Ley 100 de 1993, que abrió la puerta a la mercantilización y privatización de la salud y la seguridad social (2, 4), generando la pérdida del derecho a la salud y la dignidad humana (5, 6).

La aplicación de la Ley 100 durante más de 14 años ha promovido el colapso de la salud (4) y su red pública al cambiarse el perfil de las instituciones de salud, pues, como afirma Corsi Otálora (7), se pervirtió el principio de solidaridad en el servicio a la vida por el de competencia para lograr la mayor rentabilidad del dinero invertido en el “negocio de la salud”. Esta perspectiva rentista pone en crisis, entre muchos otros aspectos de la ley, los principios de la universalidad, equidad y eficiencia en la atención en salud (2, 8). Se inicia el proceso de despido masivo de trabajadores de la salud debido a “transformaciones estructurales y funcionales, las cuales no cumplieron el propósito de fortalecerla y por el contrario hoy se encuentra en su más aguda crisis económica, con una reducción de 4.750 cargos” (9). En la Ley 100 los planes de salud, centrados en el área curativa y asistencialista, dejaron de lado los programas de promoción y prevención liderados por personal de enfermería (10), originando el aumento de los indicadores o eventos centinelas en la salud pública, definidos por el Ministerio de Protección Social como “aquellas condiciones o padecimientos cuya ocurrencia o presencia sirve de alarma y refleja la necesidad de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud; se comportan como índices negativos de la misma y parten del supuesto de que si el sistema de atención ha estado funcionando satisfactoriamente podían haberse evitado o controlado” (11); dentro de estos eventos se encuentran las muertes materno-perinatales, bajo peso al nacer, otitis media supurativa, hospitalización por neumonías y enfermedad diarreica aguda, entre otras (12). Estos indicadores han mostrado históricamente ser altamente sensibles a las variaciones socioeconómicas, y por tal razón se afirma que “la pérdida de calidad de vida en los últimos años en el país pone en riesgo los avances

logrados” (11) epidemiológicamente. Esta situación, junto al evidente crecimiento de la pobreza (13) en el país como fruto del modelo económico impuesto³, representa un panorama de adversidad para el ejercicio del cuidado (14) por el impacto en la calidad de vida y salud, no solo la de los colectivos humanos, sino de quienes tienen la responsabilidad política del cuidar (15): los y las profesionales de enfermería.

La coherencia teórica entre los anteriores referentes y el marco conceptual que explica los hallazgos está en la teoría del Desarrollo a Escala Humana, en la que se expresa que “la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales” (16). Este concepto centra la atención del desarrollo en las personas y no en el acumulado indiscriminado de bienes y servicios, ni en el mejoramiento de indicadores económicos tradicionales como el producto interno bruto (PIB). Otro es el discurso que acompaña el concepto de desarrollo humano que centra su atención en el desarrollo de las personas como fin y no como medio. La producción y el consumo de bienes y artefactos se conciben como medios para potenciar la realización de las necesidades. “Esta otra racionalidad se orienta al mejoramiento de la calidad de vida de la población y se sustenta en el respeto a la diversidad y en la renuncia a convertir a las personas en instrumentos de otras personas y a los países en instrumentos de otros países” (16). Esta concepción integral de desarrollo lleva implícito un concepto de trabajo ligado a la calidad de vida por sus efectos en la generación de recursos económicos, pero lo más importante es que el trabajo “se convierte en un satisfactor de necesidades humanas y catalizador de energías sociales” (16).

Las necesidades, en esta teoría, se refieren al desarrollo humano y “no son solo carencias, sino también, y simultáneamente, potencialidades humanas individuales y colectivas” (16); están resumidas en una matriz

3 A propósito de esta situación de pobreza, esta cita de Luis Carlos Narváez Tulcán habla por sí sola: “...el cruel panorama que vive hoy Colombia. La Cepal en su último informe arroja crudas cifras que no mienten, la magnitud de la pobreza e indigencia entre niños y adolescentes colombianos es del 45% (pobres) y 17% (indigentes). Si sumamos, tenemos un resultado escalofriante: el 62% de los pequeños colombianos no tienen acceso a ninguna esperanza de vida plena y se debaten entre la desnutrición, la insalubridad y la ignorancia”.

relacional, no normativa, con nueve necesidades básicas ligadas axiológicamente con cuatro categorías que expresan la satisfacción de necesidades y se denominan satisfactores, que son lo histórico de las necesidades, por eso varían de acuerdo con la cultura. Las nueve necesidades fundamentales son: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Las cuatro categorías correspondientes al nivel de las satisfacciones son formas de: ser, tener, hacer y estar. Esta matriz no agota la presencia de nuevos satisfactores, pues cada contexto cultural ofrece los propios.

Este concepto de calidad de vida está relacionado con la perspectiva de Amartya Sen, para quien “el desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que pueden concentrarse los servicios públicos y la intolerancia...” (17). Estas privaciones de libertad se relacionan con la perspectiva teórica de la matriz de satisfactores que plantea Max-Neef, los cuales son de varios tipos (positivos, negativos, destructores, seudosatisfactores o inhibidores), dependiendo del efecto que tienen sobre la realización de las necesidades.

Para Sen, el concepto de calidad de vida se evalúa en términos de capacidades, oportunidades y funcionamientos que permiten a las personas sentir placer, satisfacer sus preferencias y alcanzar metas sociales e ideales de buena vida. Las *capacidades* son aquellas habilidades humanas, elementos constitutivos del ser, para alcanzar estados valiosos como el bienestar y la libertad a través de varios “quehaceres y seres”; los *funcionamientos* son herramientas otorgadas por el medio para hacer uso de esas capacidades; las *oportunidades* corresponden a aquello que las personas son realmente capaces de alcanzar (18). Cuando los niveles de bienestar de las enfermeras y enfermeros se afectan negativamente, como se verá en los resultados de la presente investigación; cuando la capacidad de participación está constreñida; cuando la disensión política es causa de exclusión; cuando la educación y la salud dejan de ser oportunidades para el desarrollo personal y social de las capacidades humanas; cuando el trabajo y el ocio dejan de ser espacios para el desarrollo de la creatividad y el crecimiento humano, como necesidades fundamentales del ser, y el trabajo pasa a ser una condición de explotación y alienación;

cuando estas carencias o deficiencias, entre muchas otras, suscitan la reflexión sobre la calidad de vida, es porque hay evidencias que hablan de unas situaciones de pobreza que afectan las necesidades fundamentales de los cuidadores y constituyen la *adversidad* en el cuidado.

Para la teoría de desarrollo a escala humana, el sentido de pobreza no se restringe al umbral de ingresos económicos y no es el adecuado para comprender su esencia, por ello propone hablar de pobreza, porque, afirma, “cuando una necesidad humana fundamental no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana” (16). Por ejemplo, para la teoría de desarrollo a escala humana la necesidad de subsistencia está empobrecida cuando el potencial de alimentos no es suficiente, o la necesidad de protección se empobrece cuando los sistemas de salud son ineficientes, o cuando la violencia de cualquier tipo está presente; la necesidad de entendimiento se empobrece cuando la calidad de la educación es deficiente o no hay acceso a la educación por falta de recursos económicos, o cuando se inhiben las emociones y el núcleo familiar es disfuncional, se empobrece la necesidad de afecto. “Pero las pobreza no son sólo pobreza. Son mucho más que eso. Cada pobreza genera patologías, toda vez que rebasa límites críticos de intensidad y duración” (16). Entonces, el desarrollo de las personas no consiste en una acumulación de bienes.

Es evidente la precarización del trabajo de enfermería, comprendida como un fenómeno de desprotección social y laboral, en el cual el sentido de trabajo, como condición básica y fundamental de la vida humana y de las relaciones sociales (19), se transforma en un concepto adinámico porque los sujetos limitan las posibilidades de desarrollar sus potencialidades humanas (20). Las investigaciones presentadas en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería (agosto de 2007) (21-23) reportan situaciones reales de retroceso, tales como: se han perdido la estabilidad laboral, las prestaciones sociales, los recargos nocturnos y festivos; se incrementan las jornadas laborales y se trabaja en condiciones de alto riesgo laboral, social, ético y moral. Las(os) profesionales de enfermería son cosificadas(os), el trato laboral es indigno y no se les reconoce la inversión social que la familia y la sociedad han puesto en la formación de dicho talento humano; se les trata como innecesarias(os) y sustituibles por un personal más barato, por ello recurren a

reemplazarlas(os) en algunas de sus funciones por auxiliares de enfermería que no son garantía de calidad, por la inexistencia de controles de calidad en su formación y por la escandalosa apertura de instituciones de “garaje” que bajo el concepto de libre mercado se abren para vender títulos en la educación no formal en Colombia. En este marco de condiciones laborales del personal de enfermería y de privatización y mercantilización de la salud, se encuentra que el cuidado de enfermería se está deteriorando por las condiciones en que se ejerce, y se obtienen cada vez más argumentos que soportan la premisa de que existe *una expropiación de la esencia y del sujeto de cuidado*, que está llevando a *desvirtuar la esencia del rol profesional* (1). Rol entendido como la respuesta a las expectativas sociales que tipifican los comportamientos o acciones laborales (24,25)

Es evidente que el cuidado de enfermería se encuentra entre condiciones que profundizan las exclusiones del derecho a la salud, pero por otro lado se encuentran manifestaciones que resisten a la pérdida de sentido humano (26), de quienes están inmersos en la cotidianidad de ambientes de trabajo que reducen el desarrollo humano a la subsistencia y la calidad de vida a bajos niveles de ingresos. Por esta razón es necesario conocer y comprender las transformaciones que se dan en el mundo laboral, en términos de *capacidades y potencialidades* en la satisfacción de las necesidades fundamentales, explorando la calidad de los *satisfactores* que contribuyen a la realización de dichas necesidades mediante la adquisición de *bienes* para el logro de una adecuada calidad de vida.

Por lo anterior, la investigación se preguntó por las condiciones de vida personales, familiares y laborales en que viven y trabajan los(as) profesionales de enfermería cuando ejercen el cuidado en el actual sistema de salud en Colombia. Dicha exploración se acompañó de objetivos que permitieran describir e interpretar las condiciones de tipo personal, familiar y laboral, adversas o favorables, que configuran la calidad de vida de los profesionales de enfermería y que inciden de alguna manera en el ejercicio del cuidado de enfermería en los diferentes campos de acción profesional.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal. Población diaria: 22.500 profesionales de enfermería reportados en la

base de datos de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) en 2004. Población elegible: 1.320 profesionales como promedio de asistentes a los congresos de ANEC en el último decenio. Teniendo como referencia la población elegible, se toma una muestra de 300 participantes y se decide un muestreo por conveniencia, utilizando el azar en la distribución de los cuestionarios durante los tres días del Congreso Nacional de Enfermería realizado en Medellín durante el mes de julio de 2005. De 300 cuestionarios distribuidos se diligenciaron 214 y 4 se reportaron por correo electrónico, para un total de 218 profesionales encuestados, entre los cuales el 94% fueron mujeres y el 6% hombres, provenientes de 23 departamentos del país. Se estimó un alfa de 0,5 y un nivel de confianza del 95%. Durante la entrega del cuestionario se solicitó verbalmente el consentimiento de los encuestados para participar voluntariamente en la investigación; el cuestionario no preguntaba por datos personales de identificación, como nombres o apellidos, quedando en anonimato la persona encuestada.

El cuestionario utilizado para la recolección de los datos lo diseñaron las investigadoras teniendo en cuenta los referentes teóricos sobre desarrollo a escala humana, desarrollo y libertad y la legislación laboral y políticas en salud, en los que se sustentan las principales variables que se consideraron asociativas en la relación: calidad de vida-condiciones laborales, como eje central de la investigación. El instrumento consta de 51 ítems, con diferentes opciones de respuesta; con 4 dominios (características personales, familiares, laborales y del ejercicio profesional); cada ítem se construyó a la luz de categorías deductivas que contenían una variedad de satisfactores expresados en indicadores con escalas de medición nominales y ordinales. Los datos se procesaron a través del programa SPSS v. 11.0 y para el análisis estadístico se aplicaron las técnicas análisis de componentes principales (ACP) y análisis de correspondencia simple (AC).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados caracterizan una población específica del gremio de enfermería, y es aquella con posibilidad de asistir a eventos científicos, que, bien se conoce, gozan en su gran mayoría de estabilidad laboral.

Condiciones que configuran la calidad de vida de los profesionales de enfermería

La presentación de resultados se hace de manera articulada entre las condiciones de vida laboral, familiar y profesional porque la condición humana de estos(as) profesionales se vive desde la realización de necesidades expresadas en las formas de ser, tener, hacer y estar (16) con base en las oportunidades y en los medios o herramientas que el contexto les provee para desarrollar o no sus capacidades (17).

El 75% de las(os) profesionales asistentes al XVI Congreso Nacional de Enfermería refirieron una edad igual o superior a 35 años; el promedio de edad es de 41 años, con una desviación de 8,8 años. La mayor parte de las(os) profesionales asistentes laboran en las ciudades de Tunja y Medellín, con un 22% y 18%, respectivamente, y el 54% de la población encuestada tiene 15 años o más de vida laboral. Al preguntar por el cargo que desempeñan, el 50% responde que labora en el área clínica, el 21% en el área administrativa, el 17% en la docencia y el 9% en el área comunitaria. Además, ejercen otros roles incluyentes, como el de madre en un 80%; el 23% el rol de padre; el 57% el rol docente, y un 53% ejercen roles diferentes a los mencionados. El ejercicio de estos roles no es exclusivo de su condición de género ni de cargo, sino que por su condición social muchos refieren ejercer el doble rol de madre-padre o clínico-docente, entre otros.

En cuanto a la vida familiar, se encuentra que el 80% de las(os) encuestadas(os) refieren tener 1 o más personas a su cargo; de estas, el 27% tienen entre 3 y 6 personas. El 47% de la población son cabeza de familia, porcentaje alto en relación con la tasa nacional de jefatura de hogar que para el año 2005 fue de 25,7%, según reportes del DANE (27). El 33% afirma tener uno o más familiares enfermos a su cargo: el 22% con enfermedades crónicas o degenerativas y un 3% refiere cuidar a familiares con problemas de salud mental y enfermedades terminales; este último dato, aunque mínimo, no es despreciable si se tiene en cuenta que el 49% de las(os) profesionales encuestadas(os) refieren agotamiento o cansancio psíquico producto de las condiciones y altas cargas de trabajo. A estas condiciones se agrega la sobrecarga que como mujeres tienen que asumir en el cuidado familiar.

Las anteriores condiciones se relacionan con las conclusiones del CIE, que refieren que "... el cansancio y la fatiga de las enfermeras, la migración, el empeoramiento de la calidad de la atención a los pacientes, las pérdidas salariales de los servicios de enfermería, el aumento de la carga de trabajo y la inseguridad de los entornos laborales" (28) son consecuencia de las mayores exigencias laborales en los servicios clínicos producto de las políticas financieras del sector salud y las deficientes condiciones de trabajo, que en términos de calidad de vida son los *funcionamientos*, o satisfactores en el *tener*, que empobrecen la realización de las necesidades, con mayor impacto en las mujeres por su doble condición de cuidadoras.

La estructura social y familiar ha otorgado a las mujeres el rol de cuidadoras, en algunos casos, como alternativa de sobrevivencia personal, familiar y social, y en otros, como desarrollo profesional. La mujer cuida las hijas e hijos, el marido, la madre, el padre y los demás parientes del núcleo familiar (29) que por extensión debe proteger; es decir, la mujer ha sido la responsable histórica de recuperar la fuerza de trabajo y contribuir como satisfactora de las necesidades de afecto, subsistencia y protección, entre otras, tareas invisibles pero de grandes repercusiones sociales, culturales y económicas. Existe un gran desconocimiento sobre cuánto ha sido el aporte histórico de los cuidados que las mujeres han hecho desde lo económico para el Estado, al contribuir en el espacio familiar o institucional a la recuperación de la fuerza de trabajo para la sociedad, ejerciendo la doble o triple carga laboral, descuidando en muchas ocasiones el propio cuidado de sí, para brindar los cuidados a otros y otras.

En cuanto a las condiciones familiares y su relación con el mundo de lo laboral, el 66% de las(os) enfermeras(os) viven en familia nuclear y devengan un salario entre uno y dos millones de pesos; este rango salarial corresponde al 67% de las(os) enfermeras(os) encuestadas(os), quienes tienen más de 11 años de vida laboral. El 11% de las(os) enfermeras(os) asistentes al congreso devengan menos de un millón de pesos, situación preocupante pues no se recupera la gran inversión realizada en el proceso de formación y no se satisfacen las expectativas personales y profesionales.

Otro aspecto que determina la calidad de vida de las y los profesionales está relacionado con la capacidad adquisitiva para la realización de necesidades fundamentales como fuente de desarrollo humano. El 85% de los y las enfermeras asistentes al Congreso consideran que con su salario satisfacen la necesidad de subsistencia de ellas(os) y sus familiares, es decir, su centro está en la sobrevivencia, y la posibilidad de realizar otras necesidades, como el entendimiento, se da solo en un 22%; el ocio, en un 14%, y el afecto, en un escaso 5%; esta precaria realización de necesidades se mejorará en la medida en que exista un mayor salario (más de millón y medio de pesos) y una contratación laboral a término indefinido. A menor salario (menos de un millón de pesos) se satisfacen incipientemente las necesidades de subsistencia y entendimiento y esta situación se relaciona con contrataciones que no garantizan estabilidad laboral.

Sin que el trabajo, hoy en día, sea garantía para el pleno desarrollo humano, la estabilidad laboral de las y los profesionales de enfermería depende del sentido de pertenencia institucional, en un 53%, y de la calidad de gestión del cuidado, en un 44%. Además, la capacidad de liderazgo es otra de las condiciones para garantizar la estabilidad laboral, y se manifiesta en un 41%, y la proyección de la buena imagen empresarial fue considerada en un 26% de las(os) encuestadas(os). Estas condiciones profesionales responden a la cultura organizacional de las empresas frente a la exigencia de manejar la imagen corporativa subsumiendo en ocasiones la razón de ser del ejercicio profesional.

Sobre las reformas laborales de las Leyes 50 de 1990 y 60 de 1992 surge la Ley 100, que introduce transformaciones radicales en la prestación de servicios de salud para la población colombiana y aplica para sus trabajadores las reformas laborales, generando con ello el despido masivo de profesionales de la salud para reducir costos, y se introducen nuevas formas de contratación por cooperativas (6, 8) que “imponen los contratos a término fijo, el trabajo a destajo, la sobrecarga laboral, las bajas remuneraciones y la ausencia de prestaciones sociales, prácticas que les niegan a médicos, enfermeras y demás trabajadores del sector sus derechos laborales democráticos” (30). Esta situación se refleja en los datos encontrados en la categoría de prestaciones sociales, así: el 75% tienen prima de vacaciones y se les otorga cada

año; el otro 17% refieren tener vacaciones en periodos superiores a dos años, pero sin prima. El 71% reciben prima de navidad, mientras que solo el 28% mantienen hoy en día la prima de antigüedad y el 14% refieren recibir dotación. Es necesario recordar que esta última prima la reciben las enfermeras clínicas, que en nuestro estudio representan el 50%. Para el 78% de las(os) enfermeras(os) su contrato incluye el pago de cesantías, salud, pensión y riesgos profesionales. El 65% de ellas(os) refieren que no aumentan su salario base mensual por reconocimiento de horas nocturnas, dominicales o festivas. Estas horas extras, que anteriormente compensaban el salario base, hoy se están extinguiendo, precarizando su calidad de vida y minimizando su desarrollo a escala humana. El proceso de mercantilización de la fuerza de trabajo implica suprimir los derechos colectivos laborales que son una manifestación de la restricción de las libertades para el desarrollo, como lo plantea Sen. Esta restricción a las libertades equivale a una violenta regresión al bienestar social que es soporte y fuente de la calidad de vida de las personas en la medida en que se potencia la satisfacción de necesidades y evita que emerjan satisfactores adversos que afectan la salud física y mental.

Entre las consecuencias negativas señaladas por la población de estudio, durante el ejercicio del rol profesional de enfermería, se encuentra que el estrés, el cansancio y el agotamiento son las manifestaciones físicas de mayor calificación, con un promedio de 3,46, 3,27 y 2,93, respectivamente, en una escala de 0 a 5. El cansancio o agotamiento se expresa de manera particular así: en lo físico, un 75%; en lo psíquico, un 49%; en lo intelectual, un 25%; en lo afectivo, un 12%, y sexualmente, un 8%. Cuando se producen cambios estructurales en los núcleos laborales, familiares o sociales, a gran velocidad, el estrés y sus consecuencias se disparan; Schwartzmann (31) afirma que “el Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud estima para el 2020 que el estrés sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida”. Además existen evidencias científicas que demuestran que el paciente desea enfermeras más descansadas, más asertivas, más amables, más comprensivas, más resolutivas, más competentes y más formadas para que lo atiendan (32). Para ello, el sistema de seguridad social en salud ha

de revisar las condiciones en que viven, laboran y se desarrollan los y las profesionales de enfermería en Colombia.

Las consecuencias psíquicas, como la frustración, la agresividad y la depresión fueron calificadas en menores rangos: 1,62, 1,19 y 1,08, respectivamente. Aunque esta calificación parezca baja, es importante reconocer que los problemas mentales en el personal de enfermería hoy en el mundo, según OMS-OPS (33), se consideran de mayor gravedad que las enfermedades de orden crónico por el impacto profesional, familiar y social que tienen. Dentro de las condiciones de trabajo que más generan estrés, en este grupo de estudio, está la sobrecarga laboral y las exigencias sociofamiliares, que fueron calificadas con una media de 3,82 y 2,55, pero no es despreciable que la falta de participación en la toma de decisiones haya sido calificada con una media de 2,24. El poder de la palabra está minimizado y las(os) enfermeras(os) se sienten coartadas(os) en el ejercicio de la participación como derecho y necesidad fundamental; se ve limitado su *hacer* en la capacidad de defender sus derechos a una jornada de trabajo que no implique sobrecargas que menguan su capacidad de autocuidado psíquico, y la realización de su necesidad de protección se ve vulnerada.

Las encuestadas refieren que las consecuencias señaladas afectan de manera negativa el entorno laboral, familiar, social y personal, en un 45% en promedio, y solo un 24% refieren un impacto favorable en los mismos entornos a partir de las manifestaciones de sentimientos positivos. Es imposible que la condición humana pueda escindirse por roles, por ello es comprensible que lo que pase en un entorno afecte los demás mundos relacionales de las y los profesionales, porque, como afirma Sen, “el nivel de vida no se puede separar de la naturaleza de la vida que lleva la persona” (34).

Las manifestaciones de éxito, alegría, satisfacción, gusto, creatividad, motivación y tranquilidad fueron calificadas con una mediana de 4, lo que significa que, a pesar de las consecuencias adversas, los(as) profesionales de enfermería expresan sentimientos positivos producto del ejercicio del rol de enfermería. Estos estados mentales, que aunque no son actividades valorativas según Senn (34), son útiles para el sentido de calidad de vida que expresan dichas profesionales de manera consciente, porque obran como *satisfactores* positivos que

contribuyen a su bienestar psíquico personal, no obstante las privaciones de orden económico o laboral.

La calidad de vida expresada por las(os) enfermeras(os) encuestadas(os) pone en evidencia los vínculos existentes entre pobreza, género y enfermería (por ser históricamente una profesión femenina), que el CIE y las asociaciones de enfermeras en el mundo han puesto de relieve, pues es claro que “la pobreza conduce a una salud deficiente y la salud deficiente causa pobreza. Los cuidados y la salud se ven amenazados por limitaciones económicas” (28). Esta conclusión mundial, que habla también de nuestra particular situación en calidad de vida, recuerda que no sobra enfatizar que clase y género no son categorías excluyentes, sino complementarias. Si bien la mayoría de las mujeres, de una u otra manera, se enfrentan a relaciones de subordinación, no todas son afectadas por la explotación y opresión de clase. La discriminación por género se acentúa a medida que se desciende en la llamada estratificación social y en el nivel de educación, de modo que las clases más pobres son las más vulneradas y vulnerables, son discriminadas por pobres y por mujeres, de allí la llamada feminización de la pobreza, y hoy en día no se puede desconocer que el gremio de enfermería corre el riesgo de seguir descendiendo en su estratificación social.

Consecuencias en el cuidado de enfermería

Los(as) profesionales de enfermería refieren ofrecer cuidados directos a sus pacientes o usuarios en un 70% y dedican una media de 6 horas a la administración del cuidado. Este cuidado, dicen, se centra en un 54% en las necesidades humanas de tipo fisiopatológico; el 38%, en los diagnósticos de enfermería; el 27%, en diagnósticos clínicos; el 23%, en tratamiento médico, y solo el 11% está centrado en condiciones socioculturales. Este panorama de los cuidados de enfermería representa el modelo bio-médico como predominante en las acciones de cuidado.

El promedio de calificación en la escala de 0 a 5, que las enfermeras otorgaron de manera jerárquica a las actividades diarias de cuidado directo, no superó el 3,4; sobresale en los cuidados directos la educación en salud y la comunicación con pacientes y familiares, con un 3,4, y la administración de medicamentos, con un 2,9, igual a los procedimientos de rutina como paso de sondas,

canalizaciones y curaciones, entre otros. Estas calificaciones no sorprenden, sino que ratifican la debilidad del rol profesional de enfermería en tiempos adecuados para el cuidado directo. Esta puede ser consecuencia de la reducción del gasto público en las instituciones prestadoras de salud, que ha afectado la calidad del empleo, reemplazándolo por subempleo y multiempleo. Colombia tiene un indicador de enfermeras/habitantes muy bajo: de tan solo 5,7/10.000 habitantes, comparado con otros países de América Latina y el Caribe, como por ejemplo México (9,0), Jamaica (16,5), Puerto Rico (42,5), Cuba (75) y EE. UU. (97,2) por 10.000 habitantes (35). Estos datos muestran los efectos adversos en la calidad del cuidado de la vida y la salud de la población colombiana.

Las y los profesionales opinan que su rol no se centra en el cuidado directo de las personas y colectivos porque, además de lo anterior, la concepción y práctica del cuidado de enfermería ha cambiado con las reformas en salud, según la opinión del 76%. En esta perspectiva, el 73% de las(os) encuestadas(os) refieren que en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud la calidad del cuidado ha empeorado, y solo el 13% consideran que ha mejorado. De igual forma, el 65% consideran que su estatus profesional también ha empeorado, y solo un 17% opinan que ha mejorado.

La desconfiguración del rol profesional y del ejercicio del cuidar que refieren las(os) encuestadas(os) guarda estrecha relación con los resultados del estudio dirigido por el Grupo de Búsqueda de Consenso que exploró las percepciones de profesionales de enfermería de países de Europa, Asia, América del Norte y África frente a las transformaciones de la atención en salud producto de nuevas políticas, que concluye:

Aun cuando hubo diferencias entre los países encuestados, hubo también coincidencias sorprendentes. El mensaje que se desprende del estudio es que a las enfermeras les gusta el trabajo que hacen, pero ese trabajo está haciéndose cada vez más exigente. Los altos coeficientes de pacientes/enfermera, los prolongados horarios de trabajo, el escaso tiempo dedicado a los pacientes en razón de las excesivas cargas administrativas, la escasez de profesionales cualificados –y en particular la pérdida de enfermeras capacitadas, por la emigración y la redistribución–, además de lo inadecuado de la compensación, contribuyen al descontento en el trabajo (36).

En las hojas informativas “La enfermería importa”, del Comité Técnico Internacional de Enfermería (CIE), se presentan las conclusiones de una investigación a gran escala en la que se constata que el aumento en la carga de trabajo y del coeficiente enfermera/paciente (37-39) no solo disminuye la calidad del cuidado, sino que aumenta los índices de mortalidad en las instituciones de salud y la incidencia de infecciones nosocomiales, por ejemplo, las del tracto urinario, neumonías, gastrointestinales y la aparición de *shock*, como lo demuestra el estudio referido por el CIE (37). Es importante que en Colombia se puedan establecer los coeficientes de pacientes/enfermera para exigir una relación humana que permita brindar la mejor calidad en el cuidado acorde con las cambiantes necesidades de los pacientes, la salud de los profesionales de enfermería, las condiciones de las diversas unidades hospitalarias, los turnos, la intensidad de cuidados, los espacios locativos y los requerimientos del sistema de salud, entre muchos otros.

La actual situación del cuidado y de las cuidadoras difiere con el establecido en las Leyes 266 de 1996 (40) y 911 de 2004 (41), que autorregulan y definen los principios deontológicos de la profesión y que han tenido gran difusión en el gremio, especialmente a través de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC). En este estudio se encontró que solo el 41% de las y los profesionales refieren conocer la Ley 911, y el 68%, la Ley 266. Además, la objeción de conciencia, como deber ético, solo la conocen un 38% de los y las encuestadas. Esta situación es preocupante porque demuestra una debilidad en el empoderamiento de los profesionales, que contrasta con la calidad del cuidado por la desvirtuación del rol profesional. Además la afiliación y pertenencia a organizaciones de enfermería, como parte indispensable en la cohesión social y gremial, es altamente preocupante porque solo el 51% de las(os) encuestadas(os) en el XVI Congreso Nacional de Enfermería convocado por ANEC refieren ser socias(os) de esta organización gremial.

CONCLUSIONES

Los hallazgos investigativos que presentamos son una prueba en nuestro contexto que ratifica la premisa expresada en la línea de cuidado en la adversidad desarrollada por el Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud (Gercus), y lo dicho por

Quinlan: “disponemos ya de un conjunto importante de pruebas de que el empleo precario está asociado a un deterioro de la salud y la seguridad ocupacionales” (42); sin embargo, el presente estudio hace una mejor aproximación a las consecuencias no solo laborales y profesionales producto de esta precariedad, sino que se acerca al plano personal, de la calidad de vida y del cuidado de la salud.

La calidad de vida de las y los profesionales de enfermería, asistentes a eventos científicos, demuestra que la relación entre carencias y potencialidades presenta un desbalance hacia el empobrecimiento en la realización de sus necesidades humanas. Los datos más evidentes están relacionados con que el 85% de los profesionales refieren satisfacer la necesidad de subsistencia postergando las demás necesidades, como el afecto, el ocio y el entendimiento, entre otras.

El empobrecimiento se relaciona con la escasez de satisfactores en el *tener*, debido a la pérdida de derechos de protección social y laboral producto de las reformas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que para un 73% ha empeorado, según la percepción de las(os) enfermeras(os); además, el 65% refieren una pérdida real en su salario, al no obtener el reconocimiento económico por el trabajo extra, nocturno, dominical o festivo. En el *estar*, por las condiciones de inestabilidad laboral; y en el *hacer*, por las sobrecargas laborales y familiares en las que predominan el ejercicio de múltiples roles que ocasionan altos niveles de cansancio físico y psíquico, poniendo en alta vulnerabilidad el cuidado a otros y el cuidado de sí.

La adversidad no se limita a su entorno laboral y familiar, sino que trasciende los actos de cuidado de enfermería, percibiendo cambios de rumbos conceptuales y prácticos que se generan en el marco de las reformas en salud y de las políticas de flexibilización laboral, donde 6 horas del tiempo de cuidado de enfermería se centran en actividades administrativas, y solo 11% de las enfermeras opinan ofrecer cuidados centrados en condiciones socio-culturales. Surge entonces la necesidad de generar o re-direccionar estrategias desde la política pública, la docencia y la asistencia, que visibilicen la urgente necesidad de “resignificar el acto de cuidado como derecho humano fundamental conexo al derecho a la vida” (1).

El perfil de calidad de vida de estos(as) profesionales plantea revisar si el número de enfermeras(os) que

hoy tienen las instituciones de salud es el necesario, si sus niveles de competencias y formación están siendo subutilizados, si las jornadas laborales permiten más eficiencia y seguridad en el cuidado y si sus condiciones laborales dignifican su condición humana. Pues los datos que reporta esta investigación indican que el estrés, el cansancio y el agotamiento son las manifestaciones físicas de mayor calificación, con un promedio de 3,46, 3,27 y 2,93, respectivamente, en una escala de 0 a 5, señaladas como consecuencias negativas derivadas del ejercicio del rol profesional en las actuales condiciones del SGSSS.

A manera de recomendación final, ante el panorama antes descrito, se urge a las organizaciones de enfermería del orden nacional, al sector académico y a la comunidad investigativa a presentar, en diferentes eventos y específicamente en la próxima conferencia mundial de las profesiones de salud convocada por el CIE, los aspectos que son determinantes en la calidad de vida de nuestros(as) profesionales, pues allí se estudiará el futuro de la reglamentación del sistema de atención en salud y las funciones de las(os) profesionales para mejorar la atención (43). La comunidad científica y gremial de enfermería tiene la madurez necesaria para superar la mirada técnica de la salud y promover, desde el principio de abogacía, la defensa de la dignidad humana mediante la garantía del derecho a ser *cuidado* y ofrecer *cuidados a la salud y de su vida*, eliminando la cosificación de la dignidad humana (6). Ningún sistema de salud puede ser eficiente y digno de sus postulados si sus profesionales viven escasamente para la sobrevivencia día tras día y postergan su pleno desarrollo a escala humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Romero Ballén MN. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Avances de Enfermería*. 2007; XXV(2).
- (2) Ahumanda C. Política social y reforma de salud en Colombia. Facultad de Medicina, área de salud y sociedad. Universidad de Antioquia. Disponible en: medicina.udea.edu.co/SYS/pagina-web/Documentos%20003/Consuelo%20Ahuamada.doc
- (3) Sánchez de Bustamante T. Informe sobre la situación de los derechos humanos, sindicales y de los trabajadores en Colombia. Presentado por requerimiento de ICLR, abril de 2004, pp. 8-12. Disponible en: www.ictur.org/de_Bustamante.doc

- (4) Vélez FM. Colapso en la salud. Oct. 19, 2007. [Consultado el 2 de diciembre de 2007]. Disponible en: <http://colombia.indymedia.org/news/2007/10/73815.php>
- (5) Paredes Hernández N. La garantía al derecho a la salud en Colombia, a la luz del Derecho Internacional de los Derechos humanos. En: *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Editor Saúl Franco Agudelo. Cátedra Manuel Ancízar, I semestre 2002. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- (6) Gaviria Díaz C. El derecho a la salud en el derecho constitucional colombiano. En: *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Óp. cit.
- (7) Corsi Otálora C. La reforma de la reforma en salud. En: *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Óp. cit.
- (8) Hernández Álvarez M. El debate sobre la Ley 100 de 1993. En: *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Óp. cit.
- (9) Carvallo Suárez B. La ANEC frente a la reforma de la Ley 100/93. *Revista de la ANEC*, 58. Publicada el 24/02/2000. Disponible en: www.anec.org.co
- (10) Pastor Durango MP. ¿Cómo nos tiene el Sistema de Seguridad Social en Salud a las enfermeras en Colombia? *Memorias del XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería*. Paipa, Boyacá, agosto de 2007.
- (11) Villar LÁ. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. *Revista Deslinde*, 36, octubre-diciembre de 2004. Disponible en: http://deslinde.org.co/Dsl36/dsl36_la_ley_100.htm
- (12) Rodríguez JM, Ortiz Y. Propuesta metodológica para el análisis de los eventos centinela. Opiniones, debates y controversias. *Revista Médica Universidad Nacional*. Disponible en: www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v55n2/html/v55n2a04.html
- (13) Narváez Tulcán LC. Observatorio de la economía latinoamericana. [Consultado el 2 de diciembre de 2007]. Disponible en: www.eumed.net/cursecon/ecolat/
- (14) Romero Ballén MN. Los cuidados de enfermería en la adversidad. *Presencia* 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n1/11articulo.php>
- (15) Romero Ballén MN. Siglo XXI: retomando la esencia de la enfermería. *Revista ANEC*, Bogotá, diciembre de 2007.
- (16) Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. *Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro*. Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld. Proyecto 20 editores, reimpresión. Medellín, Colombia, 1997.
- (17) Sen A. *Desarrollo en libertad*. Séptima reimpresión. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana; mayo de 2004. Traducción de Esther Tabasco y Luis Toharía.
- (18) Sen A, Nusbaum M (compiladores). *Calidad de vida. Capítulo II: Capacidad y bienestar*. Fondo de Cultura Económica; 1996.
- (19) Engels F. *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*. Colombia: Editorial Cupido; 2001.
- (20) Gómez Pulido C, Mesa Melgarejo L. *Vivencias en el cuidado de la salud y la vida en un contexto de precarización del trabajo en enfermería*. Biblioteca Las Casas, 2007; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0206.php>
- (21) Mesa Melgarejo LP. La precarización del trabajo de enfermería: una consecuencia de las políticas públicas en salud. *Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional el Enfermería*. Paipa, agosto de 2007.
- (22) Herrera Amaya G. Satisfacción laboral de profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel de Tunja por modalidad de contratación y tipo de vinculación. *Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional en Enfermería*. Paipa, agosto de 2007.
- (23) Camargo Sánchez A. Efectos y consecuencias del trabajo nocturno en la salud de las enfermeras que trabajan en la Clínica de San Pedro Claver, 2006. *Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional el Enfermería*. Paipa, agosto de 2007.
- (24) Loscertales F. El rol del profesor ante el impacto de las nuevas tecnologías. Universidad de Sevilla. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/edutec/2libroedutec99/libro/3.3.htm>
- (25) Jara P, Polanco Abello O, Alveal Lagos M. Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. *Invest. educ. enferm.* [online]; jul./dic. 2005; 23(2):56-69. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0120-5307
- (26) Romero Ballén MN. *Calidad de vida: entre la adversidad y los procesos de empoderamiento*. Ponencia en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Paipa, agosto 23 a 25 de 2007.
- (27) DANE. Censo Nacional 2005. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/>
- (28) Conclusiones de los foros del Consejo de Representantes Nacionales del CIE. *Revista ANEC*. 2007; 61. Bogotá.
- (29) Barrera L, Blanco L, Figueroa P, Pinto N, Sánchez B. *Habilidad de cuidadores con enfermedad crónica. Mirada internacional*. *Revista Aquichan*. 2006; 6.
- (30) Robledo JE. *Ganemos con la lucha por la derogatoria de la Ley 100*. Centro de medios independientes. Artículo original. Disponible en: <http://colombia.indymedia.org/news/2005/03/23059.php>

- (31) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm. Dic.* 2003; 9(2):9-21.
- (32) Salido Moreno M, Gálvez Toro A. Calidad = Enfermera. ¿Hay relación causal? *Evidentia*. Sep.-oct. 2007; 4(17). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n17/383articulo.php>. Consultado el 25 de enero de 2008.
- (33) Malvárez SM. Contribuciones de enfermería a la salud mental de las Américas. Conferencia magistral presentada en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Paipa, agosto 23 a 25 de 2007.
- (34) Sen A. El nivel de vida. Traducción de José Miguel Parra Ortiz y María Elisa González. Madrid: Editorial Complutense; 2001.
- (35) Malvárez SM, Castrillón Agudelo MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Washington, D. C. Noviembre de 2005.
- (36) Sin autor. Las enfermeras: su trabajo les gusta, pero no el entorno laboral. *El CIE y la AMM*. Comunicado de prensa, 24 de julio de 2007. Disponible en: http://www.icn.ch/PR15_07sp.htm
- (37) Coeficientes de pacientes por enfermera. Publicado en las Hojas Informativas del CIE: La enfermería importa. Disponible en: http://www.icn.ch/matters_rnptratiosp.htm
- (38) Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288:1987-1993.
- (39) Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Steward M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *N Engl J Med*. 2002; 346(22):1715-1722.
- (40) Ley 911 de 2004 (octubre 5). Código Deontológico. Diario Oficial No. 45.693, 6 de octubre de 2004.
- (41) Ley 266 de 1996. Reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia.
- (42) Quinlan M. Efectos del empleo precario en la salud y la seguridad en el trabajo. *Boletín Red Mundial de Salud Ocupacional COHNET*, 2, invierno 2001-2002, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sídney, Australia. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf
- (43) Comunicado de prensa de 25 de enero de 2008 del CIE. Inmediatamente antes de la Asamblea Mundial de la Salud (19-23 de mayo de 2008) se celebrará la conferencia que reunirá a encargados de la política general, directores y gestores del sistema de salud, investigadores y científicos, y directivos de las profesiones de salud. Es organizada por la Alianza Mundial de Profesiones de Salud (AMPS) en cooperación con la Confederación Mundial de Fisioterapeutas (CMF). Consultado el 28 de enero de 2008. Disponible en <http://www.icn.ch/newsp.htm>