

La enfermería en Colombia 1990-2010. Ejercicio profesional y situación legal¹

Ana Luisa Velandia Mora²

1 Artículo de reflexión. Recibido para evaluación: 10 de diciembre del 2010. Aceptado para publicación: 01 de abril del 2011.

2 Correo electrónico: alvelandiam@yahoo.com.

Resumen

El artículo analiza la situación de la enfermería colombiana al término del siglo XX y comienzos del XXI, en lo relacionado con las prácticas de salud, y dentro de ellas su ejercicio profesional, y lo referente a la situación legal y gremial de quien lo ejerce. Hace hincapié, así mismo, en el impacto de la Ley 100 de 1993 o Ley de Seguridad Social en Salud en la práctica de la enfermería en Colombia.

PALABRAS CLAVE: enfermería, Colombia, seguridad social, siglo XX, siglo XXI.

Nursing in Colombia 1990-2010. Professional practice and legal situation

Abstract

This article presents an analysis of the current situation of Colombian nursing at the end of the 20th and beginnings of the 21st century, focused on health practices –professional practices among them– and in regard to the legal and guild situation of the practitioner. It is focused likewise on the impact caused by the law 100 of 1993 or Ley de Seguridad Social en Salud (Law of Social security in Health) in the practice of nursing in Colombia.

KEY WORDS: nursing, Colombia, social security, 20th century, 21st century

Enfermagem na Colômbia 1990-2010. Exercício Profissional e situação atual

Resumo

PAL O artigo analisa a situação da Enfermagem colombiana no final do século XX e inícios do XXI, no relacionado com praticas de saúde, mas dentro delas o exercício Profissional, e o que diz respeito à situação legal e gremial de quem exerce. Da mesma forma, ele enfatiza o impacto da Lei 100 de 1993, chamada Lei de Segurança Social em Saúde, no que diz respeito à prática da enfermagem na Colômbia.

Palavras-chave: enfermagem, Colômbia, segurança social, século XX, século XXI

Introducción

La Constitución de 1991 representó para algunos un motivo de esperanza ciudadana. “El espíritu de la Constitución de 1991 —dice Mejía Quintana— se anticipó ahí, *avant la lettre*, en una pluralista, moderna y tolerante dinámica de renovación que más tarde recogería la Carta Magna” (1). Sin embargo, las expectativas generadas por las bondades de la Ley 100 de 1993 han resultado frustrantes tanto para la población como para las unidades territoriales, especialmente en lo relacionado con déficit financiero, vinculación y derechos laborales. Ya desde entonces se anotaba que la escasa relación existente entre enfermera y paciente no se iba a resolver por este medio y, en cambio, la calidad del servicio se iba a ver seriamente afectada (2).

Prácticas de salud: reforma sanitaria y ejercicio de la enfermería

En la actualidad, luego de 17 años de la expedición de la Ley 100 de 1993, o Ley de Seguridad Social en Salud, es imperativo hacer un análisis crítico de las reformas sanitarias desarrolladas en el concierto del orden mundial dominado por el mercado, las comunicaciones y el desarrollo tecnológico, que determinaron transformaciones globales e involucraron todos los ámbitos de las sociedades contemporáneas. El proyecto neoliberal mundial de reorganización de las sociedades entendió, en ese contexto, que la salud constituía un bien privado y podía ingresar en el mercado como un bien de cambio. Se trataba de separar, en el sector salud, el financiamiento —que debía ser privado— de la acción —que debía ser mixta— y de la regulación del sistema —que le correspondía al Estado— (3).

Entre finales de la década de los ochenta y comienzo de la de los noventa, prácticamente todos los países latinoamericanos adoptaron programas de ajuste estructural prescritos por el Fondo Monetario Internacional. Estos programas están personificados en la apertura de las economías a los mercados y al capital internacional, recorte del gasto público y eliminación de los subsidios estatales, privatización de los servicios públicos y de los servicios sociales (4).

La reforma a la salud y a la seguridad social en los países latinoamericanos acoge los criterios recomendados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial sobre la forma de afrontar la crisis del sector. En tal sentido, el proceso de descentralización trasladó competencias del gobierno central a las entidades territoriales

en materia de atención de salud, saneamiento ambiental, manejo de acueductos y alcantarillado. La reforma se elaboró basándose en los siguientes criterios: el primero estaba relacionado con la desinstitucionalización de la salud, que se transfirió a las unidades familiares; el segundo se orientaba a poner en práctica criterios de focalización y de costo eficiencia, y el tercero planteó mayor diversidad y competencia en la prestación de servicios de salud, los cuales debían darse al sector privado.

Los diferentes estados del proceso de privatización son fruto de dos fenómenos: a) la capacidad de legitimación del Estado de corte neoliberal y b) el tipo de régimen político en el que se originaron dichos procesos (Chile y Colombia), con dos sistemas de democracia presuntamente diferentes. A pesar de los obstáculos para su visibilidad y análisis, dada la diversidad y superposición de modalidades, se observan ciertos índices o indicadores de su existencia. Unos formales: transferencia de un servicio u operación de un organismo público a una organización privada, reducción de la participación del Estado en las empresas de capital social, venta de activos, compra de servicios (contratos). Otros de carácter informal: desfinanciamiento de las instituciones, deterioro de las instalaciones y de las condiciones de trabajo/remuneración en las empresas; es decir, una “muerte lenta” (5).

De esta manera se instauró un modelo hegemónico claro, de corte neoliberal, que ha venido desarrollando estrategias de incorporación y adaptación en cada país. Sus aspectos centrales son la mercantilización de los servicios de salud y el desarrollo de mecanismos por parte del Estado de subsidio a la demanda, mediante estrategias de focalización de los servicios públicos para los “pobres”, que provocan una nulidad en los servicios de salud: los mejores y más financiados para la minoría de la población que puede pagar, y los peores y menos financiados para la mayoría de la población que no puede pagar y, además, tiene más problemas de salud (4,6).

Dentro de este contexto latinoamericano, en Colombia se expidió la Ley 100 de 1993, un hecho que marcó un momento de corte en el sistema de salud colombiano, al establecer un nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual cada persona paga un valor a una empresa aseguradora que cubre el riesgo de enfermedades que pueda sufrir, y así se constituye en un cliente afiliado al sistema. De esta manera, el mercado de la salud lo maneja una empresa promotora de salud (EPS), que actúa como un intermediario financiero que contrata la atención de salud de sus afiliados con instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) (7).

En síntesis, la situación se resume en un cambio filosófico expresado en la transformación de la misión de las instituciones de salud, que pasaron a ser proveedoras de servicio de salud a ser vendedoras. La nueva filosofía sobre la prestación de servicios de salud se puede comprender mejor al analizar la implementación en los programas de salud del gobierno de César Gaviria (1990-1994). Las políticas de salud planteadas en su Plan General de Desarrollo se concretaron en la Ley 100 y luego en la Ley 30 de 1992, que reglamentó la educación superior en Colombia, y de tal manera introdujo la política neoliberal desde los dos sectores vertebrales de la administración pública, la salud y la educación (8).

Las repercusiones de las reformas del sector salud en los trabajadores difieren según el país; pero, en términos generales, las mujeres se han visto más afectadas que los hombres, y aquellas concentradas en los servicios de salud y educación son más vulnerables a los recortes impuestos a estos sectores dentro del contexto global, ya que los procesos de reforma acompañados de reducción del gasto suelen combinar medidas de flexibilización laboral, como despidos obligatorios por exceso de personal, congelación de vacantes, sustitución de empleos de tiempo completo por empleos de tiempo parcial, jubilación anticipada y otros programas voluntarios de reducción de personal, congelación de la contratación, readaptación profesional y otros métodos, que profundizan la informalidad de las relaciones laborales.

Los cambios en la práctica de enfermería son similares en los países que se han estudiado: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos (estado de Texas), México y Uruguay (4). Hay más trabajo en menos tiempo y con menos personal. Existen más trámites administrativos. Las enfermeras mencionaron que el factor del incremento de trabajo sobre su práctica resulta en la reducción del tiempo para el cuidado del paciente, a pesar de su gravedad. Además, las enfermeras creen que hay una demanda de conocimiento de tecnología, nuevos ambientes de trabajo y expectativas administrativas para continuar el crecimiento personal. En cuanto a los usuarios, estos son más informados, más educados y más exigentes.

Igualmente, se observaron cambios en los sitios de trabajo. Respecto al enfoque de las acciones en salud, en Colombia disminuyó en el relieve puesto en los programas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y de trabajo comunitario, frente a un incremento en el énfasis en la atención hospitalaria. En contraste, en Brasil se expandieron los programas de prevención de las enfermedades, con un incremento en el trabajo comunitario y una disminución en el trabajo hospitalario y,

en general, los sitios de práctica han pasado de instituciones hospitalarias a la comunidad (9).

De la misma manera, se observaron cambios en el mercado de trabajo. Los traslados de personal y la migración entre instituciones es una categoría común en los países estudiados. Las enfermeras notaron cambios en los contratos de trabajo, incluidos contratos a corto plazo y beneficios restringidos.

En general, a la práctica de enfermería la han afectada alteraciones en la composición de la fuerza de trabajo, los mecanismos de reembolso, las restricciones en la provisión de servicios de salud, los cambios en la estructura organizativa y las características de la población atendida. En consecuencia, los enfermeros/enfermeras deben producir más en menos tiempo, con escaso personal y con restricciones en equipos, materiales y servicios (10).

En términos del ambiente de trabajo, los espacios para la práctica de enfermería se han diversificado y se han trasladado del hospital a la comunidad. A medida que los ambientes para dar atención de salud se tornan más complejos y sofisticados, las enfermeras se han visto forzadas a aprender nuevas tecnologías, a trabajar en equipos multidisciplinarios, a ajustarse a la variedad de personal de salud y a volverse más flexibles en cuanto a los cambios organizacionales. El mercado laboral refleja la crisis económica y social a través de los países. Mientras la crisis económica era más evidente en Argentina, el impacto de la violencia era más marcado en Colombia (11). Entonces, ¿hacia dónde va enfermería?, se preguntan Edilma Guevara y colaboradores y responden: “desde una amplia perspectiva, la reorganización de los servicios de salud enfocada a disminuir costos presenta conflictos internos con la esencia de la enfermería, que es el cuidado integral, y en vez de dar soluciones, genera muchas más preguntas” (12).

También se encontraron cambios en el ambiente de trabajo de enfermería, relacionados con aumento en la carga de trabajo, número insuficiente de enfermeras en comparación con la demanda, suministros escasos, bajos salarios, insatisfacción en el trabajo —especialmente en las enfermeras hospitalarias—; aparte de que la falta de servicios disponibles crea estrés no solamente en los pacientes, sino también en las enfermeras. El mencionado estudio de Ana Luisa Velandia (4) sobre los regímenes laborales y su impacto en la calidad de la atención termina con las siguientes conclusiones y comentarios: para que el cuidado sea de calidad y bajo riesgo debe ser continuo, integrado y comprensivo.

Según Doris Grinspun (13), citada por María Consuelo Castrillón y Silvia Orrego (14), *continuo* quiere decir que el enfermo debe tener un seguimiento por el mismo personal (profesional y auxiliar), por lo

menos en los mismos turnos y no sufrir cambios permanentes que le generan inseguridad; *integrado*, porque incorpora las complejidades biopsicosociales de las personas y considera sus necesidades en su mundo único, lo cual exige un profesional con conocimiento de la dimensión de lo humano, y *comprensivo*, porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando.

Lo cierto es que, cada vez más, en América Latina los profesionales de enfermería están desarrollando trámites administrativos que disminuyen el tiempo para cuidar a los pacientes, lo cual es percibido por los mismos usuarios de los servicios; sin embargo, los ámbitos y puestos de trabajo de las enfermeras en el sistema de salud son diversos en América Latina. En el ámbito comunitario, en especial después de la reunión de Alma-Ata, en septiembre 1978, se priorizó la estrategia de atención primaria, y durante los decenios de los setenta y de los ochenta, y hasta mediados de los años noventa, la enfermería amplió su rol en el nivel primario de atención de salud, la prevención de riesgos y la gestión de programas prioritarios en salud.

En la mayoría de los países de América Latina las enfermeras de atención primaria llevan a cabo los programas dirigidos a la población sana y realizan variados procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las profesionales de enfermería han realizado esfuerzos por desarrollar modelos de atención de salud más integrales, en especial en centros ambulatorios que sirven de referencia como campos docentes.

De acuerdo con Silva María Malvárez y María Consuelo Castrillón (11), también están vinculadas a centros educativos, orientando cátedras relacionadas con salud en la educación primaria y secundaria, forman personal de salud en las universidades, trabajan en cargos de salud ocupacional en las fábricas o dirigen casas de reposo y de cuidados paliativos para enfermos terminales y albergues para ancianos.

Respecto a la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina, según un reciente estudio apoyado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en cuanto a los contenidos del trabajo en enfermería en América Latina, indica que las enfermeras han desempeñado un papel importante en las actividades comunitarias de salud en las Américas y han constituido una fuerza de trabajo principal en el desarrollo de programas que toman en cuenta las necesidades de salud de las poblaciones (15).

En cuanto a la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, puede decirse que en América Latina está reestructurada en diversos ámbitos de formación, con títulos variables entre países y predominio de mujeres. Según datos de este estudio de la OPS, el indicador de enfermeras por cada diez mil habitantes muestra un rango

entre 1,1 en Haití y 97 en Estados Unidos. Los países de América del Sur varían entre 1,2 en Paraguay y 7,9 en Venezuela. En América Central y el Caribe, el rango va desde 3 en República Dominicana hasta 10,8 en Panamá, exceptuando Cuba, que tiene 75 enfermeras por cada diez mil habitantes.

La composición de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina, nos muestra que el país con más alta proporción de enfermeras —frente a otros tipos de personal de enfermería— es México (61,5%) y que el de menor proporción es Uruguay (12,2%). En el Cono Sur, la proporción de auxiliares de enfermería varía en un rango de 62,3% en Argentina a 87,8% en Uruguay. En la zona andina el rango va de 657,7% en Ecuador a 78,1% en Colombia. Centro América, el Caribe y México muestran la mayor disparidad en participación de los auxiliares de enfermería en la composición de la fuerza de trabajo, al ir desde 39,5% en México a 82% en Guatemala.

En cuanto a las condiciones de trabajo en enfermería, se conoce que el trabajo hospitalario es intenso en carga física y mental, y extenso en horarios, particularmente en servicios de cuidados críticos. La jornada laboral más difundida es de ocho horas diarias y cuarenta y cinco semanales. El Estado fue el mayor empleador hasta las más recientes reformas sectoriales, cuando comenzó a observarse un movimiento hacia las instituciones privadas, pues, desde los años noventa, proliferan contratos por servicios prestados y temporales y tercerización generalizada, incluso para el sector público.

En general, los salarios son bajos y variables por países: alrededor de los 100 dólares en Nicaragua y 1.100 en Costa Rica para una enfermera de hospital público. La media oscila entre 400 y 500 dólares mensuales para las enfermeras y un 30% menos para las auxiliares de enfermería.

El análisis comparativo de cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos, auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana (12), sacó como conclusiones las siguientes: en términos de financiación, el sector privado ha incrementado su poder y aumentado su rol en la responsabilidad de planear, prestar y manejar el cuidado de la salud. En términos de tecnología, los cuatro países latinos del continente americano incluidos en la muestra están luchando por mantenerse al día con los avances tecnológicos en un ambiente muy asimétrico, no solamente por el alto costo de los equipos, sino por las barreras lingüísticas. Mientras las estancias hospitalarias han disminuido de forma drástica, la atención en casa ha aumentado con un marcado ascenso en Estados Unidos, Argentina, Colombia y México (16).

El problema de la escasez mundial de enfermeras y su migración ha sido un objetivo central en las políticas del Consejo Internacional

de Enfermeras, ya que está causando efectos adversos graves para la salud y el bienestar de las poblaciones (17,18). La escasez de enfermeras no es un fenómeno nuevo, pero la escasez actual es muy diferente. La demanda de servicios de salud y de enfermeras sigue en aumento por el envejecimiento de las poblaciones, las mayores tasas de crecimiento de la población y una mayor carga de enfermedades crónicas y no transmisibles. Por su parte, la oferta de enfermeras sufre oscilaciones y es de prever que disminuya por el envejecimiento de los recursos humanos de enfermería, lo inadecuado de la financiación para prestar apoyo a los que ingresan a la profesión y el aumento de otras oportunidades de carrera profesional para la mujer.

El 35,7% de migrantes (el 90% son mujeres) aspira a un desarrollo profesional, y un 30%, a una estabilidad económica. El 47,2% señala que tiene un salario mensual mayor de 1.000 dólares. El 28,5% manifiesta haberse sentido discriminada y el 55% señala indiferencia; sin embargo, el 87,6% refiere satisfacción respecto a sus expectativas y el 94,5% se siente valorada en su trabajo actual. El 51% señala que envía remesas a sus países; la mitad de ellas envía entre 201 y 300 dólares mensuales (19).

A raíz del alto índice de desempleo de los enfermeros en Colombia, de las desventajosas condiciones laborales del enfermero y de las reducidas posibilidades de desarrollo, existe expectativa entre estudiantes y profesionales, particularmente entre los recién egresados por ejercer su profesión en Estados Unidos, ya que el déficit de enfermeros en ese país es importante (20).

Un estudio reciente sobre las relaciones contractuales entre las prestadoras y aseguradoras de servicios de salud en una región de Colombia (21) muestra que el desarrollo de la red de servicios de salud es limitada, la competencia entre las instituciones del sector se ha convertido en una lucha por la supervivencia, el asegurador tiene una posición dominante —expresada en los procesos de contratación, en los cuales las IPS tienden a privilegiar el precio y no la calidad de los servicios—.

A la luz de la flexibilización laboral se han desarrollado nuevas formas de contratación laboral como el teletrabajo, entendido como el hecho de laborar lejos de la sede y el cual se da especialmente entre los auditores y revisores de cuentas; el *outsourcing* o tercerización, subcontratación o prestación de servicios por terceros, y las cooperativas de trabajo asociado. Aun cuando estas formas asociativas “nacen de la voluntad libre y autónoma de un grupo de personas que deciden unirse para trabajar bajo sus propias reglas”, las condiciones reales en las cuales se están vinculando las enfermeras a este tipo de empresas violan sus principios rectores. En ocasiones son creadas por personas sin

escrúpulos y son solamente una fachada para ocultar a empresas de servicios temporales o una forma de mantener el poder de sus capitales y evadir el pago de impuestos (22).

Sin embargo, algunas enfermeras colombianas consideraron que el nuevo sistema de seguridad social era un reto para el ejercicio laboral que podía ser aprovechado de manera inteligente en lugares y horarios flexibles. El espacio que se abrió de manera más explícita fue el ejercicio liberal de la profesión con actividades a domicilio e incluso con la creación de IPS que ofertan sus servicios directamente a las EPS.

Mario Hernández corrobora que después de más de quince años de cumplimiento de la Ley 100 de 1993, el gasto en salud aumenta cada vez más, pero los resultados alcanzados no son los prometidos. El Consejo Técnico Nacional de Enfermería expidió el 20 de mayo del 2010 la *Declaración sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia* (23). Este se evidencia en: 1) las oportunidades de empleo, 2) las condiciones salariales, 3) las formas de contratación, 4) la esencialidad del cuidado, 5) los entornos para la práctica del cuidado y 6) el derecho a la asociación y la participación.

En lo referido a la esencialidad del cuidado, se puede analizar a través del perfil ocupacional, la formación y el proceso de atención de enfermería. Tal vez este sea el tema menos estudiado y, por ello, vamos a ahondar un poco en él, aprovechando el trabajo de Cortés y colaboradores (23). El perfil ocupacional o utilización del profesional de enfermería, y de acuerdo con las funciones establecidas por el estudio multicéntrico de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen) (28), el 73,9% de los profesionales de enfermería se dedican al cuidado de enfermería; un 68,6%, a la gerencia; un 50,3%, a la educación, un 31%, a la investigación. Las causas principales para no realizar algunas de estas funciones, según estas investigadoras, fueron la limitación de tiempo y la falta de recursos.

Los entornos para la práctica del cuidado se analizan desde la mirada de la satisfacción en el trabajo y de la salud ocupacional. Según el estudio multicéntrico de la Acofaen (24), el 13% de los profesionales considera que su área de trabajo no les permite laborar con comodidad, y el 12,9%, que el salario no corresponde con el área de trabajo y manifiesta inconformidad por esta causa. En lo relacionado con la salud ocupacional, el 49% de los profesionales no se encuentra cubierto por el Sistema de Riesgos Profesionales, porque las normas pertinentes no cobijan a quienes laboran por cooperativas de trabajo asociado y otras formas de contratación flexible.

María Claudia Duque y Martha López (25) plantean que la Ley 100 también estimuló el control de costos y los procesos de facturación que

generaron una gran burocratización de la práctica de enfermería y de los servicios de salud. En efecto, varias enfermeras han abandonado la filosofía del “cuidado de las personas” para convertirse en parte de la gestión y administración. De hecho, han surgido nuevas áreas profesionales: gestión de la salud, mercadotecnia de la salud, acreditación institucional, auditoría y control de calidad.

Los decretos expedidos recientemente bajo la declaratoria de una supuesta emergencia social resumen la acción del gobierno en dos funciones: regular el mercado para que funcione bien y buscar más recursos a través de nuevos impuestos (26).

Aspectos relacionados con la situación legal y gremial de enfermería

María Consuelo Castrillón y Clara Inés Giraldo (27) nos recuerdan que desde principios del siglo XX, el Consejo Internacional de Enfermeras ha señalado la necesidad de que la enfermería participe en todos los ámbitos decisorios y normativos que afectan al sector de la salud y el bienestar de las personas. Sin embargo, a través del tiempo su presencia en estos escenarios es prácticamente inexistente y las decisiones relacionadas con este sector las toman otros. Actualmente, y en respuesta a las políticas de descentralización y desconcentración administrativa, han aumentado las oportunidades para la enfermería de actuar en la esfera normativa y, según las autoras, todo indica que esta tendencia se mantendrá en el siglo XXI; por eso instan a las organizaciones de enfermeras del continente a trabajar estratégicamente para alcanzar autonomía profesional y ganar asiento en los consejos decisorios en legislación y políticas de salud y de educación de cada país.

En 1996, y tras la gestión de un grupo de enfermeras en coordinación con la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, el Congreso de la República sancionó la Ley 266 de 1996, la cual 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, establece sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional; así como las obligaciones y los derechos que se derivan de su aplicación.

De esta forma, se creó el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, como un organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del gobierno nacional, de los entes territoriales y de las organizaciones de enfermería, con relación a las políticas de desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia (28). Conformar,

también, el “Tribunal Nacional de Enfermería, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia” (1).

Según lo dispuesto en la Constitución colombiana de 1991, los códigos de ética deberán convertirse en ley de la república; por lo tanto, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, que inició labores en enero de 1997, emprendió la tarea de conseguir su aprobación en el Congreso de Colombia, proceso que debía de durar cerca de cinco años y que culminó con la expedición de la Ley 911 del 2004 o Código Deontológico de Enfermería (29).

En mayo del 2001, después de la debida convocatoria, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería seleccionó y nombró a las enfermeras que conformaron el primer grupo de magistrados y conjueces para el período de cuatro años (2001-2005) de los tribunales departamentales éticos de enfermería de Bogotá y Cundinamarca, Valle del Cauca y Cauca (30).

Perspectivas generales

En las conclusiones de *Enfermería del siglo XXI* (31), las autoras identificaron los siguientes hechos sobresalientes que condicionarían las perspectivas de desarrollo de la enfermería en América Latina en el presente siglo:

- Mayor conciencia de los ciudadanos sobre sus derechos y deberes.
- Gestión de los países latinoamericanos, que abre las puertas a la población para participar en la toma de decisiones.
- Crisis financiera y avances científicos y tecnológicos, que exigen servicios de salud con mayor accesibilidad, capacidad resolutiva y costos al alcance del conjunto de la sociedad.
- Mujeres como grupo discriminado, que superará la situación actual, mediante organización y participación y una amplia visión de sus derechos como ciudadanas.
- Establecimiento de estrategias que permitan responder a las necesidades de salud de grandes grupos poblacionales, mediante modelos innovadores de enseñanza y de servicio.
- Necesidad de construir la paz bajo los principios de igualdad, justicia y solidaridad.
- Enfermería latinoamericana con conciencia de sus posibles logros y limitaciones y de su papel protagónico en la contribución a la salud en el siglo XXI, a pesar de los desafíos sociales, políticos y económicos.

Referencias

1. Mejía-Quintana Ó. Guillermo Hoyos Vásquez: testimonio para una biografía intelectual. *Nómadas*. 2009;(31):211-23.
2. Congreso Colombiano de Enfermería, Bogotá: Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia. *Revista ANEC*. 1999 (52):12-4.
3. Malvárez S. Análisis crítico de la reforma sanitaria en Argentina. En: *Memorias de las ponencias centrales y paneles del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. Bogotá: Acofaen-OPS-Universidad de Texas-Universidad de California; 2001. p. 37-8.
4. Velandia-Mora AL. Regímenes laborales en enfermería y calidad de atención. *Revista Avances en Enfermería*. 2002;20(2):5-22.
5. Torres C. Proceso de privatización en América Latina. Documento procedente de la Ponencia en el VI Congreso Latinoamericano de Medicina Social; Caracas, Venezuela; marzo de 1991.
6. Tabares L. Un análisis crítico de la reforma sanitaria en Brasil. En: *Memorias de las ponencias centrales y paneles del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. Bogotá: Acofaen-OPS-Universidad de Texas-Universidad de California; 2001. p. 39.
7. Carvallo-Suárez B. Once años de aplicación de un nuevo modelo de salud en Colombia: ¿resultados? ¿Reformas? *Revista ANEC*. 2005;(63):2-3.
8. De Swaan A. *A cargo del Estado*. Barcelona: Pomares-Corredor; 1992.
9. Velandia-Mora AL. Presente de la enfermería de América Latina. *Temperamentvm* [internet]. 2007 [consulta: 2011-07-05];(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/revision.php>.
10. López-Díaz AL. Enfermería: ¿más rápida, a menor costo y con mayor eficiencia? *Revista ANEC*. 2000;(54):40-1.
11. Malvárez SM, Castrillón-Agudelo MC. Panorama de la fuerza de trabajo en América Latina [internet]. s. l.: Oficina Sanitaria Panamericana-Consejo Internacional de Enfermeras; 2005 [consulta: 2006-13-09]. Disponible en: <http://www.icn.ch/global/Issue6LatinAmericaSP.pdf>.
12. Guevara E et ál. Un estudio de tendencias de cuidado de la salud y su influencia en la práctica de enfermería. Análisis comparativo de cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos. En: *Memorias de las ponencias centrales y paneles del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. Bogotá: Acofaen-OPS-Universidad de Texas-Universidad de California; 2001. p. 80-5.
13. Grinspun D. Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico: oportunidades y desarrollos para enfermería. Documento procedente de la ponencia presentada en las VII Jornadas Nacionales de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México D. F., México; 1994.
14. Castrillón-Agudelo MC, Orrego S. La práctica, la regulación y la educación en enfermería-Colombia. En: *Memorias de las ponencias centrales y paneles del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. Bogotá: Acofaen-OPS-Universidad de Texas-Universidad de California; 2001. p. 66-74.
15. Malvárez SM, Castrillón-Agudelo MC, Pan American Health Organization. Los recursos humanos de enfermería en América Latina. En: *La escasez mundial de enfermeras: sectores de intervención prioritaria*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras-Fundación Internacional Florence Nightingale; 2006.

16. Durana Samper I, Artunduaga IC. Privatización de servicios de salud e implicaciones para enfermería. En: *Enfermería en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p. 177-89.
17. Buchan J, Calman L. La escasez de enfermeras profesionales en el mundo: percepción de problemas y actuaciones. En: *La escasez mundial de enfermeras: sectores de intervención prioritaria*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras-Fundación Internacional Florence Nightingale; 2006.
18. Buchan J, Kingma M, Lorenzo, FM. Migración internacional de enfermeras: tendencias y consecuencias para la política general. En: *La escasez mundial de enfermeras: sectores de intervención prioritaria*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras-Fundación Internacional Florence Nightingale; 2006.
19. Malvárez S, Muñoz A, Reyes A. Migraciones de enfermeras en América Latina. Documento procedente de la ponencia presentada en el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; Buenos Aires, Argentina; noviembre de 2006.
20. Arango-Bayer GL. La práctica profesional de la enfermería en los Estados Unidos: ¿sueño o pesadilla? *Revista Avances en Enfermería*. 2002;20(2):33-40.
21. Rodríguez-Corredor ZA, Molina-Marín G. Relaciones contractuales entre las instituciones prestadoras y aseguradoras de servicios de salud en el municipio de Medellín, Colombia, 2005-2006. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 2009;27(1):78-85.
22. Gómez-Palacio M. ¿Son las cooperativas de trabajo asociado una alternativa laboral? *Revista ANEC*. 2004;(62):16-7.
23. Cortés de Téllez R, Ramírez AL, Restrepo MP, Vargas BC. Declaración del Consejo Técnico Nacional de Enfermería sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia. *Revista Actualizaciones en Enfermería*. 2010;13(3):28-35.
24. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Estudio multicéntrico: ejercicio laboral y condiciones generales de trabajo de los profesionales de enfermería egresados entre 1995 y 2004 en Colombia, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ascofan; 2009.
25. Duque Páramo MC, López Maldonado M. *Nursing in Colombia*. En: *Nursing and globalization in the Americas: critical approaches in the health social sciences series*. New York: Baywood Publishing; 2009. p. 21-54.
26. Hernández-Álvarez M. ¿Emergencia social o emergencia financiera? *UN Periódico*. 2010 feb 14;(130):10.
27. Castrillón-Agudelo MC, Giraldo-Molina CI. Las políticas de desarrollo de recursos humanos y su impacto en la formación de enfermería. En: *Enfermería en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p. 245-256.
28. Ley 266/1996 del 25 de enero, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería (Diario Oficial 42.710, de 05-02-1996).
29. El sentido de la vida en la profesión de enfermería y el código de ética. *Revista ANEC*. 2000;(53):18-20.
30. Echeverri de Pimiento S. La humanización del cuidado a la luz de la Ley 911 de 2004. *Revista Actualizaciones en Enfermería*. 2007;10(3):6-8.
31. Pinzón de Monterrosa E, Lange I, Chompré R. *Enfermería del siglo XXI*. New York: Fundación WK Kellogg; 1991.