

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República

El personal de enfermería del hospital de Clínicas:
condiciones de vida y la "marca" genérica de la
profesión

Rosario Aguirre
Alma Espino
Karina Batthyany

Documento de Trabajo N° 37
1997



ESTE PROYECTO SE REALIZO CON EL APOYO DE LA COMISION SECTORIAL DE INVESTIGACION
CIENTIFICA (CSIC)

Agradecimientos

Las autoras agradecen en particular la colaboración del Director de la División de Enfermería del Hospital de Clínicas, Lic. Jorge Vásquez, y de las integrantes del equipo de dirección, Lic. Elvira Contardi y Lic. Ema Vicco.

Asimismo se agradece a los integrantes de la dirección de la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas (UTHC), de la Federación Uruguaya de la Salud (FUS), del Colegio de Enfermeras del Uruguay (CEDU).

Un papel fundamental para hacer posible este trabajo ha tenido la disposición a colaborar de enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos del Hospital de Clínicas que respondieron a entrevistas realizadas en el lugar de trabajo. Finalmente destacamos la colaboración en el procesamiento de datos de la Encuesta de Hogares de la Ec. Andrea Vigorito.

De las autoras de este informe, Alma Espino ha asumido la responsabilidad principal en el análisis de la situación salarial y la participación gremial. Karina Báltthyany ha compartido responsabilidades en el análisis descriptivo del sistema nacional de salud y de la enfermería y ha tenido a su cargo la organización y supervisión de las entrevistas. Rosario Aguirre ha desempeñado la dirección general del proyecto y ha tenido la responsabilidad principal en la elaboración del informe final.

INDICE

Resumen

INTRODUCCIÓN

I. EL PERSONAL PROFESIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. Médicos-as
2. Enfermeras/os profesionales
3. Relación médico-enfermera/o. Comparación internacional
4. Auxiliares de enfermería
5. Perfil socio demográfico de la enfermería profesional
6. Formación profesional en enfermería

II. EL HOSPITAL DE CLÍNICAS Y EL PERSONAL PROFESIONAL

1. Antecedentes históricos
2. Personal docente
3. Estudiantes
4. Personal de enfermería y distribución por sectores

III. EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL SERVICIO

1. Area asistencial
2. Area docente

IV. LA SITUACIÓN SALARIAL

1. Antecedentes
2. Feminización del mercado de trabajo y diferencias de ingresos
3. Contexto económico y social en los años recientes y situación salarial
4. Situación salarial de los trabajadores de la salud
5. Retribuciones del personal de enfermería del Hospital de Clínicas

V. LAS CONDICIONES Y EL AMBIENTE DE TRABAJO EN ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS

1. Problemas organizativos y de administración
2. Sobretrabajo
3. Relaciones en el equipo de salud

VI. EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PLANO ORGANIZATIVO GREMIAL

1. Dificultades de participación del personal de enfermería a nivel sindical
2. Relación enfermeras/sindicato

VII. LA "MARCA" DE GÉNERO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

IX. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El objetivo general de la investigación consiste en aportar un mayor conocimiento sobre un conjunto de aspectos vinculados a la situación del personal de enfermería del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Surge de la confluencia del interés académico por analizar la constitución genérica de las ocupaciones y los cambios que se puedan estar procesando en materia de estructura de género y calificación del trabajo y por otra parte de la preocupación del personal superior encargado de la administración de la enfermería del Hospital de Clínicas por mejorar la gestión de los recursos humanos en enfermería.

Los datos presentados dan cuenta del desequilibrio existente en Uruguay en la relación enfermeras/os/médicos. En particular, el Hospital de Clínicas soporta una grave carencia de personal de enfermería, especialmente profesional. Esta situación tiene graves implicancias a nivel asistencial y docente en términos de la descalificación del personal hospitalario (no del puesto de trabajo).

La investigación analiza la situación salarial del personal de enfermería en el marco de la actividad de la enfermería como una de las clásicas actividades feminizadas (a pesar de que hay un cierto crecimiento de varones en la ocupación) y del contexto socioeconómico de los años recientes en conexión con la evolución salarial de los distintos sectores de la economía.

En relación a las remuneraciones se muestra que el personal de enfermería del Hospital de Clínicas se ubica por debajo de los del sector privado de la salud.

No sólo los bajos salarios, sino también las condiciones y el ambiente de trabajo inciden en el abandono de los puestos, sobre todo de parte de las enfermeras profesionales que pueden aspirar a otras condiciones en instituciones privadas. Las carencias infraestructurales, los problemas de organización y gestión, el sobretrabajo y la evaluación negativa de las relaciones en el equipo de salud pueden funcionar como factores "expulsores". Frente a ellos pueden verse algunos factores que favorecen la retención del personal tales como el carácter universitario de la institución, la política de formación de recursos humanos y la vinculación afectiva con el ámbito donde comenzaron la carrera profesional.

Las entrevistas realizadas muestran los variados factores, de orden objetivo y subjetivo, que orientan las preferencias de enfermeros/as para insertarse en uno u otro tipo de instituciones: carga de trabajo administrativo, volumen de trabajo en términos de cantidad de pacientes y auxiliares, nivel de exigencia en términos de rendimiento, cumplimiento de horarios, puntualidad, ingerencia de los directivos de las instituciones privadas en aspectos técnicos, etc.

En momentos en que se están discutiendo cambios en el sistema hospitalario que procuran la racionalización de la gestión, parece indispensable que se analicen -por parte de sindicatos, gremios y personal superior ocupado en la administración y formación en enfermería- los problemas que se plantean para la calificación del personal de enfermería y para la valorización de esta profesión, los cuales en gran medida aparecen vinculados a la marca genérica de la ocupación.

INTRODUCCION

El objetivo general de la investigación que se presenta consiste en aportar un mayor conocimiento sobre un conjunto de aspectos vinculados a la situación del personal de enfermería del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

El trabajo se organiza en las siguientes partes :

1. En la primera se realiza una introducción sobre el sistema nacional de salud y los recursos humanos para ubicar la situación del personal de enfermería en él, su distribución por sector institucional, geográfico y por áreas y servicios.

2. En la segunda se describen algunas características del Hospital de Clínicas y su personal, en especial del personal de enfermería.

3. En la tercera se presentan las principales dificultades para el desempeño del sector enfermería desde la perspectiva del servicio.

4. La situación salarial del personal de enfermería es analizada en el marco de la actividad de la enfermería como una de las clásicas actividades feminizadas y del contexto socioeconómico de los años recientes en conexión con la evolución salarial de los distintos sectores de la economía.

En relación a las remuneraciones al personal de enfermería del Hospital de Clínicas se compara su situación salarial -en particular para las categorías de enfermeras universitarias y auxiliares de enfermería- con el sector privado.

5. Las condiciones y ambiente del trabajo hospitalario son vistas desde los problemas organizativos y de gestión, el sobretrabajo y las relaciones en el equipo de salud.

6. En la parte dedicada al personal de enfermería en el plano organizativo gremial se indaga acerca de la representatividad de los distintos grupos de trabajadores y de las dificultades para elaborar propuestas políticas en torno a la salud.

7. Por último, se analizan las implicaciones de la "marca" de género de la profesión a partir del reconocimiento de las diferencias en tanto trabajadores de uno y otro sexo y de las tensiones entre vocación y calificación.

Al finalizar se presentan una breve síntesis y conclusiones.

La investigación se realizó en base a la recolección de información estadística de fuentes oficiales (publicadas y no publicadas); entrevistas a informantes calificados procedentes del ámbito institucional de la salud pública y privada y de agrupamientos gremiales, profesionales y sindicales; entrevistas a enfermeros/as, auxiliares de enfermería y médicos del Hospital de Clínicas.

I. EL PERSONAL PROFESIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sistema de salud del país se compone de dos grandes sectores: el público y el privado. Dentro del primero se encuentran el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Defensa Nacional e Interior (Hospital Militar y Sanidad Policial), el Banco de Previsión Social, las Intendencias Municipales y el Hospital de Clínicas (Universidad de la República).

En el sector privado se encuentran las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAM), los Sanatorios, las Clínicas de Diagnóstico, los Institutos de Diálisis y las Emergencias Móviles.

En los últimos años, el complejo ámbito del sector salud uruguayo no ha sido ajeno a un fenómeno que trasciende los límites sectoriales: la tendencia hacia la privatización. Dicha tendencia no es un fenómeno de alcance nacional sino que se relaciona con tendencias internacionales que se vinculan a cambios estructurales, tanto en lo que hace referencia a la inserción interna como externa de los países.

De hecho, una de las características de la realidad actual es el retiro del Estado de una serie de áreas de la economía -luego de un extendido modelo estatal de amplia intervención-, como regulador y empresario, dentro de la órbita de las relaciones económicas. Esto se ha traducido particularmente, en los recortes en los gastos sociales, entre los cuales la educación y la salud han sido de los más afectados.

Los costos dedicados a la salud se han ido incrementando en el marco del crecimiento de la alta tecnología y su introducción paulativa ha sido un hecho constante en el país. Sin embargo, las políticas de salud no parecen haber acompañado la idea de incorporación en el ámbito público de estas propuestas de innovación tecnológica, favoreciendo el asentamiento de las mismas en la esfera privada.

Este proceso da lugar a una marcada segmentación, tanto en el mercado de trabajo como en el de los consumidores, y por tanto, no sólo origina diferenciaciones en los servicios prestados sino en las propias condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

1. MÉDICOS/AS

El número de médicos activos se triplicó en los últimos 30 años, contando el país en 1994 con 11241 médicos en actividad ¹. Como este crecimiento ocurre en un contexto de lento crecimiento demográfico de la población uruguaya, la disponibilidad de médicos por habitante aumentó a un ritmo aún mayor: en 1964 existía un médico cada 915 habitantes, en 1994 uno cada 294.

En el cuadro 1 encontramos una serie que presenta los ingresos a la carrera de medicina a partir de 1987. Podemos apreciar que el año 1987 es el que reúne mayor cantidad de inscriptos a la carrera, diferenciándose del resto de los años en unos 200 estudiantes. Sin ser por la excepción de este año, el promedio de ingreso a la carrera presenta pequeñas variaciones anuales.

¹ Fuente: Uruguay Anuario Estadístico 1995, INE.

Según datos del CASMU los médicos son 12030 citados en el Primer Censo Nacional de Enfermería.

Si analizamos los promedios de ingreso, encontramos que para estos 8 años el promedio es de 760 estudiantes. Si este dato lo analizamos según el sexo, encontramos que el promedio de ingreso de las mujeres es significativamente más alto que el de los hombres: el promedio de los 8 años es de 493 mujeres y 267 hombres, una relación de casi 2 mujeres por cada hombre (1.85).

CUADRO 1
INGRESO A LA CARRERA DE MEDICINA POR AÑO Y SEXO (1987-1994)

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE DE MUJERES
1987	382	604	986	61
1988	247	502	749	67
1989	250	491	741	66
1990	252	459	711	65
1991	254	438	692	63
1992	285	503	788	64
1993	254	486	740	66
1994	201	468	669	70

Fuente: elaboración propia en base a Anuarios Estadísticos del INE.

Si analizamos ahora los egresos de los estudiantes de medicina (cuadro 2) encontramos que el año 1988 es el que reúne el mayor número de egresos, el promedio de egresos de estudiantes de medicina es bastante dispar.

Para estos años encontramos que el promedio de egresos es de 465 estudiantes por año, siendo apenas superior el egreso de mujeres frente al de los hombres (promedio de hombres 205 y de mujeres 260). Recordemos que en el cuadro 1 notábamos que la relación de ingreso era de casi dos mujeres por cada hombre, mientras que la relación de ingreso es apenas un 20% superior.

Es a partir de 1989 que la brecha entre los egresos de hombres y mujeres empieza a ser mayor. En el período 1986 - 1988 la relación es equivalente (1,008) y en el período 1989 - 1993 la relación es de 1,5 mujeres por cada hombre.

CUADRO 2**EGRESO DE LA CARRERA DE MEDICINA POR AÑO Y SEXO (1986-1994)**

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORC. MUJERES
1986	168	178	346	52
1987	254	241	495	49
1988	297	307	604	51
1989	228	281	509	55
1990	112	209	321	65
1991	207	327	534	61
1992	202	276	478	58
1993	173	259	432	60

Fuente: elaboración propia en base a Anuarios Estadísticos del INE.

2. ENFERMEROS/AS PROFESIONALES

El número de enfermeras ha sido históricamente insuficiente. El país cuenta actualmente con 2.139 enfermeros/as profesionales en actividad afiliados a la Caja de Profesionales Universitarias al 31 de diciembre de 1994 (comprende activos y que declaran no ejercicio de la profesión).² De ellos el 38,5% radican en el sector público y el 61,5 en el privado. Por área geográfica se distribuyen como sigue: 14,8% en el interior y 85,2% en Montevideo.

En el Cuadro 3 podemos apreciar la relación enfermeras/os - habitantes por departamento, así como también esta misma información para los médicos. Finalmente este cuadro nos presenta también una relación médico-enfermera/o por departamento.

² Fuente: Uruguay. Anuario Estadístico 1995.

CUADRO 3
ENFERMERAS/OS PROFESIONALES (EP) Y MÉDICOS EN RELACIÓN A LOS
HABITANTES POR DEPARTAMENTO

DEPTO	HABIT	EP	HAB/EP	MÉDICOS	HAB/MED	MED/EP
ARTIGAS	69145	20	3457	82	843	4.1
CANELONES	364248	41	8884	525	694	12.8
CERRO LARGO	78416	17	4613	75	1046	4.4
COLONIA	112717	27	4175	140	805	5.2
DURAZNO	55077	9	6120	61	903	6.8
FLORES	24739	4	6185	26	952	6.5
FLORIDA	66474	10	6647	88	755	8.8
LAVALLEJA	61466	12	5122	73	842	6.1
MALDONADO	94314	29	3252	200	472	6.9
MONTEVIDEO	1311976	1398	938	9928	132	7.1
PAYSANDU	103763	30	3459	117	887	3.9
RIO NEGRO	48644	13	3742	44	1106	3.4
RIVERA	89475	22	4067	91	983	4.1
ROCHA	66601	18	3700	87	766	4.8
SALTO	108487	61	1778	145	748	2.4
SAN JOSÉ	89893	20	4495	77	1167	3.9
SORIANO	79439	29	2739	108	736	3.7
TACUAREMBO	83498	18	4639	106	788	5.9
TREINTA Y TRES	46869	23	2038	57	822	2.5

FUENTE: Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

Si agrupamos esta información (Cuadro 4) encontramos las relaciones para todo el país, para Montevideo y para el Interior, apreciando que tanto para las/los enfermeras/os profesionales como para los médicos existe una fuerte concentración de estos profesionales en la capital. Nótese que la relación habitante/enfermera-o en la capital es de un/a enfermero/a cada 938 habitantes, mientras que en el interior esta relación es de un/a enfermero/a cada 4078 habitantes, más de cuatro veces superior.

Para los médicos, en tanto, la relación es de 132 habitantes por médico en la capital y de 782 habitantes por médico en el interior, seis veces superior.

CUADRO 4

ENFERMERAS/OS PROFESIONALES Y MÉDICOS EN RELACIÓN A HABITANTES POR AREA GEOGRÁFICA

AREA	HABIT	EP	HAB/EP	MÉDICOS	HAB/MED	MED/EP
URUGUAY	2955241	1801	1641	12030	246	6.9
MONTEVIDEO	1311976	1398	938	9928	132	7.1
INTERIOR	1643265	403	4078	2102	782	5.2

Fuente: idem cuadro 3

Por cada 100 enfermeras profesionales hay 710 médicos en Montevideo, 520 en el interior y 690 a nivel de todo el país.

En el cuadro 5 encontramos una serie correspondiente a los años 1987-1994 de los ingresos a la carrera de enfermería profesional.

CUADRO 5

INGRESO A LA CARRERA DE ENFERMERÍA POR AÑO Y SEXO (1987-1994)

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORC. MUJERES
1987	18	173	191	91
1988	9	183	192	95
1989	11	172	183	94
1990	62	613	675	91
1991	23	228	251	91
1992	33	373	406	92
1993	26	263	289	91
1994	36	260	296	88

Fuente: elaboración propia en base a Anuarios Estadísticos del INE.

Puede apreciarse que los ingresos a esta carrera son bastante dispares según el año, marcándose un gran salto en el año 1990 en que ingresan 675 estudiantes. El promedio de ingreso para estos años es de 310 estudiantes por año.

Otra constatación clara es que se trata de una profesión claramente feminizada, registrándose una relación de casi 11 mujeres por cada hombre. El promedio de ingreso para la mujeres en estos años fue de 283 y el de los hombres de 27.

En el cuadro 6 encontramos los egresos de la carrera de enfermería, en los que, obviamente, constatamos nuevamente que se trata de una profesión que vuelca al mercado principalmente mujeres.

CUADRO 6
EGRESO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA POR AÑO Y SEXO (1986-1994)

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORC. MUJERES
1986	3	108	111	97
1987	2	91	93	98
1988	0	4	4	100
1989	2	97	99	98
1990	16	520	536	97
1991	15	153	168	91
1992	1	23	24	96
1993	16	146	162	90

Fuente: elaboración propia en base a Anuarios Estadísticos del INE.

La disparidad en los egresos es muy significativa, por lo que la elaboración de promedios en este caso no es conveniente. De todas formas en la comparación año a año puede apreciarse que la relación de egreso entre hombres y mujeres es 20 veces superior a favor de las mujeres. Recordemos que la relación de ingreso era 10 veces superior.

La enfermería continúa siendo una profesión femenina aunque en esta década ha aumentado significativamente el número de hombres. La razón que está permitiendo romper con la tradición tiene que ver con las posibilidades de trabajo que abre la profesión.

3. RELACIÓN MÉDICO-ENFERMERO/A. COMPARACIÓN INTERNACIONAL

En Uruguay, como lo expresa el cuadro número 7, cada diez médicos hay dos enfermeros/as, mientras que en los demás países latinoamericanos hay cinco y en los países desarrollados hay veinte.

CUADRO 7
COEFICIENTE ENFERMERA/O PROFESIONAL - MÉDICO

REGIÓN	COEFICIENTE
AMÉRICA LATINA	0,5
PAÍSES DESARROLLADOS	2,1
URUGUAY	0,2

Fuente: Invertir en Salud, Banco mundial, 1993.

Existe una pequeña diferencia entre esta información y la proporcionada por el Primer Censo Nacional de Enfermería. En este último (ver cuadro 2) se plantea que la relación es de 6.9 médicos por cada enfermera profesional para nuestro país.

De todas maneras, ambas fuentes demuestran el desequilibrio en comparación con los niveles internacionales en la relación enfermeras/os profesionales médicos en nuestro país. Nótese que estamos en un nivel cuatro veces inferior al de los países desarrollados y dos veces y media inferior al resto de América Latina.

4. EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Se estima que en la actualidad hay alrededor de 14.000 auxiliares de enfermería recibidos, aunque no disponemos de información acerca de cuantos de ellos se encuentran trabajando.

Habría por lo tanto 19 auxiliares por enfermera universitaria y 0.1 por cada médico. La relación con el número de habitantes sería de un auxiliar cada 50.000.

5. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL

Si analizamos la distribución de los/las enfermeros/as profesionales por sexo según la información del Primer Censo Nacional de Enfermería de 1993, encontramos que se trata de una profesión altamente

feminizada: un 97 % son mujeres y un 3 % son varones. Esta distribución es similar para Montevideo e Interior (Cuadro 8).

Quizás sea a raíz de este notorio predominio de las mujeres en la profesión de enfermería que en todos las referencias públicas a la misma se la nombra en femenino, siempre se habla de "la enfermera". En el imaginario colectivo se asocia la actividad de enfermería con las mujeres no presentándose la posibilidad de su ejercicio por "el enfermero". Esta particularidad llega incluso a los documentos de la División Enfermería del Hospital de Clínicas, a los cuadros del Primer Censo Nacional de Enfermería, etc.

CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE LOS/LAS ENFERMEROS/AS PROFESIONALES

SEXO	MONTEVIDEO	INTERIOR	TOTAL
FEMENINO	97	98	97
MASCULINO	3	2	3
TOTAL	100	100	100

Fuente: Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

En el cuadro 9, encontramos la distribución por edad de los/las enfermeras/os profesionales, encontrando una fuerte concentración (41.6 %) en las edades entre 30 y 39 años para todo el país, siendo esta concentración si analizamos los datos del interior del país: 47.6 %. El perfil del personal de enfermería tiende a ser más joven en el interior del país.

CUADRO 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD DE LOS/LAS ENFERMEROS/AS PROFESIONALES POR AREA GEOGRÁFICA

<i>EDAD</i>	<i>MONTEVIDEO</i>	<i>INTERIOR</i>	<i>TOTAL PAÍS</i>
20-29	18.7	19.7	18.9
30-39	40.5	47.6	41.6
40-49	21.3	16.8	20.6
50-59	16.9	14.3	16.7
60 Y MAS	2.4	1.6	2.3
TOTAL	100	100	100

Fuente: Reagrupación en base a datos del Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

Con respecto a la estructura del hogar de los/las enfermeras/os profesionales (Cuadro 10), encontramos que más de la mitad viven en hogares de tipo nuclear (60.3%).

Como sabemos los hogares nucleares son aquellos que pueden estar compuestos por: cónyuge, cónyuge e hijos, hijos solamente. En el caso de los/las enfermeros/as profesionales predomina dentro del tipo de hogares nucleares los compuestos por esposo/a e hijos (44.5%) siguiendo la distribución que presenta la población en general.

CUADRO 10

ESTRUCTURA DEL HOGAR DE LOS/LAS ENFERMEROS/AS PROFESIONALES

<i>ESTRUCTURA DEL HOGAR</i>	<i>PORCENTAJES</i>
UNIPERSONAL	12.6
NUCLEAR	60.3
COMPUESTO	3.8
EXTENDIDO	23.3
TOTAL	100.0

Fuente: Reagrupaciones en base a datos del Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

En el siguiente cuadro (Cuadro 11) encontramos una distribución del porcentaje de aporte económico al hogar por parte de los/las enfermeros/as profesionales. En el mismo podemos apreciar que más de la mitad (57.3 %) aporta entre un 30 y un 70 % de los ingresos totales del hogar, mientras que un 32 % aporta más del 70 % de los ingresos totales del hogar. Los ingresos procedentes del trabajo suponen un aporte fundamental para los hogares evidenciando que no se trata de un trabajo secundario o complementario.

Cabe resaltar que no fueron incluidos en estos cálculos los hogares unipersonales quienes, por la naturaleza de los mismos representan el 100 % del total de los ingresos.

CUADRO 11

PORCENTAJE DE LOS INGRESOS ECONÓMICOS DEL HOGAR CORRESPONDIENTE A LOS INGRESOS ECONÓMICOS DE LA ENFERMERA PROFESIONAL POR AREA GEOGRÁFICA

PORCENTAJE DE APOORTE AL HOGAR	MONTEVIDEO	INTERIOR	TOTAL
0 - 9	0.6	1.4	0.7
10 - 29	8.7	13.1	9.5
30 - 49	25.5	24.3	25.3
50 - 69	32.9	28.0	32.0
70 - 89	16.5	10.7	15.5
90 - 100	15.8	22.4	17.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Fuente: Reagrupación en base a datos del Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

En el Cuadro 12, encontramos el lugar de nacimiento, el lugar donde vivían en el momento de finalizar los estudios secundarios y el lugar de residencia en el momento que comenzaron a ejercer profesionalmente los/las enfermeros/as profesionales. En el mismo constatamos que la mayoría nacieron en el Interior, aunque posteriormente la amplia mayoría ejerce en Montevideo. No existen cambios en el lugar de residencia desde el momento del nacimiento hasta el momento de finalización de los estudios secundarios, el cambio de residencia se produce en el momento de comenzar a ejercer la profesión. Probablemente este cambio se produzca antes, en el momento de comenzar los estudios profesionales.

Una enfermera del Hospital de Clínicas nacida en una ciudad de un departamento del interior del país nos decía que las opciones de formación para las mujeres son allí más limitadas: "era maestra o era enfermera". Por otra parte el régimen de internado en las instituciones de formación en enfermería facilita la aceptación de la familia y el sostenimiento económico.

CUADRO 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL LUGAR DE NACIMIENTO, DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS SECUNDARIOS Y DE COMIENZO DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS/LAS ENFERMERAS/OS PROFESIONALES

LUGARES	NACIMIENTO	FINALIZACIÓN DE SECUNDARIA	COMIENZO EJERCICIO PROF
MONTEVIDEO	34.1	38.1	86.1
INTERIOR	64.1	60.9	12.6
EXTERIOR	1.8	1.0	1.2
TOTAL	100	100	100

Fuente: Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

Con respecto a la realización de trabajos vinculados al área de la salud durante la etapa de estudio de la profesión de enfermería, encontramos que la casi totalidad de los/las enfermeras/os profesionales realizaron trabajos como auxiliares de enfermería (92.7 %).

Por último, en el Cuadro 13 apreciamos el lugar de inserción laboral de las/los enfermeras/os profesionales para Montevideo y el Interior del país, según los sectores público y privado.

CUADRO 13

CARGOS DE ENFERMERÍA PROFESIONAL EN URUGUAY. COMPARATIVO MONTEVIDEO-INTERIOR, SECTORES PUBLICO Y PRIVADO.

LOCALIDAD	SECTOR PUBLICO (%)	SECTOR PRIVADO (%)
MONTEVIDEO	37.2	62.8
INTERIOR	48.0	52.0

Fuente: Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

Considerando ahora los datos para todo el país, encontramos que las áreas o servicios en las que se desempeñan un mayor número de enfermeras/os profesionales son: medicina general y específica, cirugía general y específica y CTI y cuidados intermedios. (Cuadro 14)

CUADRO 14

AREA O SERVICIO EN DONDE SE DESEMPEÑA LA ENFERMERA PROFESIONAL

<i>AREA O SERVICIO</i>	<i>PORCENTAJE</i>
MEDICINA GENERAL Y ESPECIFICA	37
CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIFICA	24
CTI Y CUIDADOS INTERMEDIOS	20
BLOCK QUIRÚRGICO Y RPA	12
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA	7
TOTAL	100

Fuente: Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

Se verá mas adelante que la diferenciación salarial para cargos similares se vincula por una parte a esta difernete ubicación en áreas o servicios y por otra, a su pertenencia al ámbito público o privado del sistema.

En lo referente a la realización de cursos de posgraduación con una carga horaria superior a las 40 horas semanales, encontramos que un 55 % de las/los enfermeras/os profesionales realizaron este tipo de cursos, y un 45 % no. Del 55 % que si realiza cursos de posgraduación, un 60 % realiza cursos en las especialidades Médico - Quirúrgicas. En el cuadro 10 podemos encontrar las distintas especialidades en las que se realizan cursos de posgraduación.

CUADRO 15

TIPO DE CURSO DE POSGRADUACION REALIZADOS POR LAS ENFERMERAS PROFESIONALES

<i>CURSOS DE POSGRADUACION</i>	<i>PORCENTAJE</i>
MÉDICO QUIRÚRGICO	60.0
ADMINISTRACIÓN	16.5
SALUD PUBLICA	11.4
EDUCACIÓN	5.1
SALUD MENTAL	2.9
BIOETICA	0.05
TOTAL	100

Fuente: Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993

Las entrevistas realizadas en el Hospital de Clínicas parecen indicar que son los/las profesionales de edades jóvenes e intermedias quienes están más predispuestos a realizar cursos de capacitación.

Con respecto a la voluntad migratoria, encontramos en el cuadro siguiente (Cuadro 16) la predisposición a emigrar de los/las enfermeros/as profesionales de acuerdo a tres indicadores: la presentación a llamados, la realización de gestiones vinculadas a la emigración y la disposición manifiesta de emigrar para los residentes en Montevideo e Interior del País.

CUADRO 16
PREDISPOSICIÓN EMIGRATORIA DE LA ENFERMERA PROFESIONAL POR AREA GEOGRÁFICA

PRESENTA LLAMADOS	REALIZA GESTIONES	DIPOSIC. EMIGRAR	MONTEVIDE O	INTERIOR	TOTAL PAÍS
NO	NO	NO	61.3	68.4	62.4
NO	SI	NO	1.7	1.6	1.7
SI	NO	NO	0.7	0.0	0.6
SI	SI	NO	0.8	0.0	0.6
	SUBTOTAL		64.5	70.0	65.3
NO	NO	SI	23.8	23.0	23.7
NO	SI	SI	3.4	2.5	3.3
SI	NO	SI	1.0	1.6	1.1
SI	SI	SI	7.4	2.9	6.7
	SUBTOTAL		35.6	30.0	34.8
—	TOTAL	—	100	100	100

Fuente: Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

Si tomamos los datos de aquellos que contestaron que no estarían dispuestos a emigrar, encontramos que son en Montevideo un 64.5% y en el Interior un 70.0%. Esta voluntad de no emigrar puede relativizarse, ya que aquellos que no están realmente dispuestos a emigrar son en todo el país un 62.4%, es decir aquellos que además de manifestar su voluntad contraria a la emigración, no realizan gestiones ni se presentan a llamados para el exterior. Por otro lado, encontramos en todo el país un 3% que si bien plantea que no se iría del país, se presenta a llamados o realiza gestiones.

Analizando los datos de aquellos que manifiestan que si estarían dispuestos a emigrar, encontramos que son un 35.6% en Montevideo, y un 30.0% en el Interior. Nuevamente podemos relativizar estos datos, ya

que hay un 23.7% en todo el país que si bien manifiestan su voluntad migratoria, no realizan ninguna de las gestiones tendientes a concretarla.

En el cuadro 17 encontramos los países que elegirían los/las enfermeros/as profesionales en caso de emigrar. Una amplia mayoría (77.1%) seleccionaría países europeos, principalmente España probablemente por ser el que mayores similitudes tiene con nuestro país en términos culturales e idiomáticos; en segundo lugar, con casi un 11%, se encuentran países latinoamericanos, luego países norteamericanos (6.8%) y por último Australia.

CUADRO 17

PAÍSES SELECCIONADOS POR LOS/LAS ENFERMEROS/AS PROFESIONALES DONDE DESARROLLAR SU ACTIVIDAD EN CASO DE EMIGRAR

PAÍSES DE PREFERENCIA	PORCENTAJE
ESPAÑA	54.9
SUIZA	12.0
ITALIA	5.2
FRANCIA	3.1
SUECIA	1.7
ALEMANIA	0.2
SUBTOTAL EUROPA	77.1
ESTADOS UNIDOS	5.5
CANADÁ	1.3
SUBTOTAL NORTEAMERICA	6.8
BRASIL	5.2
CHILE	2.6
ARGENTINA	2.4
OTROS LATINOAMÉRICA	0.4
SUBTOTAL AMÉRICA LATINA	10.6
AUSTRALIA	0.9
OTROS	4.6
TOTAL	100

Fuente: Primer Censo Nacional de Enfermería, Noviembre 1993.

6. FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

6.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia de la enfermería profesional en nuestro país arranca en 1913, con la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery. Su fundador fue el médico del mismo nombre quien habría gestionado la venida al Uruguay además de algunas enfermeras profesionales. Pertenecían a la generación de Florence Nightingale y fueron las primeras que hicieron su aporte a la enfermería profesional del país.

En 1950 se fundó en la Universidad de la República la Escuela Nacional de Enfermería en respuesta al reto que significaba la habilitación del Hospital de Clínicas como Hospital Universitario. La Escuela funcionó en un inicio en el Hotel Miramar y luego se trasladó a los pisos 3 y 4 del Hospital de Clínicas. Es una carrera relativamente nueva en términos de carrera universitaria y recién a partir de 1960 se empezó a exigir el ciclo superior de Secundaria. Esta exigencia desalentó a muchos y cae bruscamente la matrícula, posteriormente hubo un aumento masivo. A partir de 1971 comenzó a otorgarse el título de licenciada.

Durante el período militar fue cerrada. En 1985, con la recuperación de la democracia, se fusionaron las dos Escuelas en el Instituto Nacional de Enfermería (INDE) funcionando en la órbita de la universidad de la República.

6.2 LA FORMACIÓN DE LOS/LAS ENFERMEROS/ AS PROFESIONALES

El INDE otorga el título de Licenciado en Enfermería al culminar los cursos de 4 años y un trimestre de duración, a su vez otorga el título intermedio de Auxiliar de enfermería a los dos años y medio.

Sus actividades se desarrollan en Montevideo y en la regional Norte: Salto y Rivera y parcialmente en la ciudad de Mercedes.

El 83% de las horas de clase se destina a la carrera en Montevideo. En cuanto a la actividad de los estudiantes, ésta se desarrolla en la Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas, Sanidad Policial y Militar y en Policlínicas de CASMU. Es de destacar que el 60% (600) de los estudiantes activos del INDE desarrollan sus actividades en el Hospital de Clínicas.

El Instituto Nacional de Enfermería, radicado en su totalidad en el Hospital de Clínicas, si bien tiene asignados 212 cargos docentes con una carga horaria de 4934 horas semanales, solamente están ocupados 116 de ellos, estando el 45% restante vacante.

A su vez de estos 116 cargos ocupados, el 81% (94 cargos) los son en forma interina y solamente el 19% (22 cargos) son titulares.

Los estudiantes activos en 1995 eran 1000. Las autoridades del INDE manifestaron que el alto porcentaje de abandono que se da en esta carrera se debe esencialmente a la imposibilidad de realizar cursos que están planificados pero que se suspenden por falta de docentes. En las entrevistas realizadas, a enfermeras/os profesionales que trabajan en el Hospital de Clínicas aparecen los motivos para explicar la baja matrícula y la deserción: la larga duración de los estudios, la posibilidad de encontrar trabajo como auxiliar de enfermería y el bajo reconocimiento social.

6.3 LA FORMACIÓN DE LOS/LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ³

La formación de los/las auxiliares de enfermería en nuestro país esta regida por la Escuela de Sanidad Dr. José Scosería (ex Carlos Nery). Esta entidad, dependiente del Ministerio de Salud Pública tiene a su cargo, además de la formación de auxiliares, la Inspección y Control de las Escuelas Habilitadas.

La tendencia hacia la privatización de la enseñanza se ha acentuado en los últimos años. En Uruguay existen en la actualidad 39 Escuelas Habilitadas por el Ministerio para impartir cursos de formación de auxiliares en enfermería. El programa de formación es igual para todas y es determinado por el MSP (en la actualidad es el Programa 930).

Los requisitos para la habilitación de una Escuela de Auxiliares de Enfermería son los siguientes:

- a. la existencia de un/a Licenciado/a en Enfermería como Director/a
- b. el registro de todos los docentes en el MSP
- c. cumplir con los trámites de habilitación correspondientes: habilitación docente, habilitación de bomberos y habilitación de higiene

Los requisitos para ingresar como estudiante a una de estas escuelas son: tener tercer año de liceo aprobado, tener entre 18 y 40 años, aprobar un examen de ingreso basado en las asignaturas matemáticas, física, química y biología.

La duración de los cursos en promedio es de 18 meses (3 semestres). En el primer semestre se brindan cursos sobre higiene y confort del paciente, el segundo semestre está destinado a lo médico-quirúrgico y el tercer semestre es el ciclo de comunidad y materno infantil. En el último semestre se realizan prácticas principalmente en los Hospitales Pasteur, Maciel y Pereyra Rossell.

La Escuela de Sanidad Dr. José Scosería es la única que ofrece cursos gratuitos, todos los demás son cursos pagos y privados.

De las 39 Escuelas habilitadas, 12 están en Montevideo y el resto en el Interior. Cabe destacar que todos los departamentos del Interior cuentan con al menos una Escuela de Auxiliares de Enfermería.

³ La información proporcionada en este punto fue brindada por la Escuela de Sanidad Dr. José Scosería. Agradecemos la invaluable colaboración de la Lic. Haydée D'Alessandro.

El número de estudiantes de cada una de las escuelas es variable, reuniendo entre todas ellas aproximadamente 2600 alumnos. A esta cifra hay que sumarle los 500 estudiantes que cursan en la Escuela de Sanidad Dr. J. Scosería.

En el cuadro siguiente encontramos una clasificación de las escuelas de acuerdo al número de alumnado aproximado que poseen en la actualidad.

CUADRO 18

NUMERO DE ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA SEGÚN AREA GEOGRÁFICA en 1996

NO. ESTUDIANTES	MONTEVIDEO	INTERIOR
HASTA 50	6	14
51 - 100	2	12
101 - 200	0	1
201 - 300	2	0
MAS DE 300	2	0

Fuente: Escuela de Sanidad Dr. J. Scosería, 1996.

II. EL HOSPITAL DE CLINICAS Dr. MANUEL QUINTELA Y SU PERSONAL⁴

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las primeras propuestas de construir un Hospital Universitario nacieron a fines del siglo pasado como respuesta a los obstáculos que la Comisión de Caridad le imponía a la labor docente de la Facultad de Medicina.

Recordemos, pues, que a fines del siglo pasado los hospitales y asilos eran administrados por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, generalmente integrada con "legos" (señores que daban su vida a la beneficencia). Esta Comisiones habían delegado aspectos esenciales de su poder en las Hermanas de Caridad, cuya Superiora era, por la vía de los hechos la directora de los establecimientos.⁵

La concepción de la caridad que sustentaban Comisiones y hermanas, basadas en sus ideas filosóficas, se oponía al uso docente de los enfermos y de los cadáveres de los indigentes que necesitaba la Facultad de Medicina creada en 1875-76, por lo general en manos de médicos positivistas.

Una cita del libro de Barrán es por demás elocuente en este sentido:

*"Las clínicas eran en aquella época muy deficientes, y al Hospital debían los estudiantes penetrar poco menos que a hurtadillas, temerosos siempre de cruzarse en corredores o escaleras con quién los fulminase por su osadía al perturbar la obra 'de caridad' casi vergonzante que entonces se practicaba. Se incurría en grave pecado demostrando interés por algún enfermo. Las salas femeninas estaban herméticamente cerradas."*⁶

La Comisión de Caridad y Beneficencia Pública comenzó a hacia fines de siglo a franquear sus salas con cierta liberalidad a profesores y estudiantes de la Facultad de Medicina y a proveerlos de cadáveres para su estudio.

El cambio se aceleró y culminó entre 1905 y 1910 en la primera administración de José Batlle y Ordoñez y en la de Claudio Williman. En la primera fecha, los "librepensadores" lograron mayoría en la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública y designaron como director al médico José Scosería, quien realizó una dirección médica y anticlerical de la Institución. En estos años se suprimieron las prácticas religiosas y los crucifijos de las salas de los Hospitales, a la vez que el símbolo religioso de la Comisión (corazón, cruz y ancla) fue sustituido por el escudo nacional.

⁴ Los datos correspondientes a la actualidad del Hospital fueron extraídos en su mayoría del INFORME FINAL del Estudio de Pre-factibilidad del Proyecto Centro Médico, febrero 1996. Coordinadora: Cra. Celia Barbato

⁵ Barrán, José Pedro. Aspectos de la medicalización de la Sociedad Uruguaya. En : La medicalización de la Sociedad. Ed. Eco Teca, 1993.

⁶ Barrán, José P. Op. cit. Cita de Américo Ricaldoni, recordando sus años de estudiante en 1912.

En 1910 se consagró la Ley de Asistencia Pública Nacional o Ley de Salud Pública que legisla todo este proceso.

Los conflictos reseñados supusieron el alejamiento de catedráticos y estudiantes de las Salas o de las Clínicas de los Hospitales y alimentaron la idea de construir un hospital universitario que se concretó en 1920 con el proyecto del Dr. Quintela.

Inicialmente concebido como un espacio Hospitalario moderno, alternativo al hospital caritativo tradicional, su destino se resolverá en el marco de la expansión de los hospitales públicos característicos del Estado benefactor impulsado por el primer batllismo.

En 1926 se encomendó por Ley a la Facultad de Medicina la creación de un Hospital de 700 camas. En 1936 se terminó de construir el bloque central, en 1940 se culminaron las obras complementarias de los laboratorios. En 1950 se incorporó el Hospital a la Universidad y en 1953 se inauguraron las primeras 50 camas.

Su habilitación coincidió con el debate por la autonomía universitaria, librándose intensas discusiones en torno a la cuestión de su gobierno; su desarrollo exitoso lo transformará en los años 60 en un emblema de la universidad autónoma.

A partir de entonces se irán habilitando nuevas camas hasta superar las 600 en la década del sesenta. Actualmente se cuenta con una dotación de 640 camas.

Es un establecimiento de alta complejidad, referencial para el país, con acciones integradas de promoción, prevención, rehabilitación, docencia e investigación.

Entre sus finalidades se cuentan : la prestación de asistencia médica a los internados, en consultorios médicos y a domicilio; la educación de los estudiantes de medicina y de enfermería y de otras escuelas universitarias; la contribución a la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud; la prestación de una educación sanitaria general; y la promoción y contribución al desarrollo de la investigación científica. Sus prestaciones son brindadas a aquella población sin recursos o con bajos ingresos, que cuenta con carné de asistencia expedido por el Ministerio de Salud Pública. Conjuntamente con este Ministerio tiene un cobertura del 30% de la población de todo el país (I.N.E. Encuesta de Hogares, 1995).

Este Hospital ha ido reduciendo al mínimo , fundamentalmente a partir de la etapa dictatorial, su función docente y de investigación, volcándose de manera predominante los recursos hacia el área de atención de la salud. Sin embargo, las partidas presupuestales que le han sido otorgadas fueron también deteriorando su capacidad de atención.

Todas las fuentes consultadas coinciden en señalar que a partir de los años setenta se inicia un progresivodeterioro de sus funciones asistenciales, docentes y de investigación.

En lo asistencial el Hospital se transformó gradualmente en un hospital de nivel predominantemente secundario, con escasas áreas que conservan su relevancia en el nivel terciario.

Dejó de participar del circuito de incorporación de nuevas tecnologías que se radicaron principalmente en el ámbito privado, desplazando al hospital universitario de uno de sus roles primarios y característicos.

La situación de grave retroceso, tanto en cuanto recursos materiales como humanos (bajos salarios, falta de personal), no ha logrado revertirse de acuerdo a las nuevas necesidades luego de reconquistadas las formas democráticas de gobierno.

Este proceso se enmarca en el contexto de reducción del gasto público en general y tiene relación directa con el papel que el poder público le asigna a esta función respecto a otras del Estado. Estas condiciones presupuestales han dificultado las inversiones y han incidido en la situación salarial afectando directamente las tareas de asistencia, docencia e investigación.

En la actualidad se considera que su estructura orgánica y sistemas de administración, deben ser adecuados a la finalidad de enseñanza de la medicina y ramas anexas.

El Proyecto Centro Médico plantea su reconversión arquitectónica y funcional para convertirlo en un centro de alta tecnología. El estudio de prefactibilidad aprobado por el Consejo Central Universitario luego de un complejo proceso marca el inicio de una transformación en la que participan los diferentes sectores del Hospital y de la Universidad.

2. PERSONAL DOCENTE DEL HOSPITAL

El Hospital de Clínicas tiene en la actualidad 754 docentes dependientes de la Facultad de Medicina. Representan un 47% de la estructura docente total de la Facultad. La estructura por grados de estos docentes la encontramos en el cuadro siguiente.

CUADRO 19
ESTRUCTURA DOCENTE DEL HOSPITAL DE CLINICAS

<i>CARGOS SEGÚN GRADOS</i>	<i>No. PERTENECIENTE AL HOSPITAL</i>	<i>PORCENTAJE EN EL TOTAL DE LA FACULTAD</i>
5	41	56
4	119	53
3	232	53
2	320	51
1	42	20
TOTAL	754	47

Fuente: Informe final Centro Médico, febrero 1996.

Encontramos que aproximadamente la mitad de los docentes entre los grados 2 y 5 de la Facultad de Medicina se encuentran radicados en el Hospital de Clínicas. Esta realidad es diferente para los grados 1, siendo solamente un 20% los radicados en este Hospital.

3. ESTUDIANTES

En el cuadro número 20, puede apreciarse el número de estudiantes dentro del Hospital de cada una de las Escuelas o Institutos de la Facultad de Medicina y un coeficiente que relaciona el número de estudiantes con el número de camas en el Hospital de Clínicas. Estos datos corresponden a setiembre de 1995, en ese momento el Hospital contaba con un total de 479 camas habilitadas.

CUADRO 20

ESCUELAS O INSTITUTOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL DE CLINICAS

ESCUELAS	NO. ESTUDIANTES	RELACIÓN EST/CAMA
MEDICINA	761	1,6
GRADUADOS (POSTGRADOS)	2153	4,5
INDE (INSTITUTO NACIONAL DE ENF.)	600	1,3
EUTM (ESC. UNIV. DE TECNOLOGIA MEDICA)	476	1,0
END (ESCUELA DE NUTRICION Y DIETISMO)	50	0,1
TOTAL	4040	8,4

Fuente: Informe final "Centro Médico", setiembre 1995.

4. EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU DISTRIBUCIÓN POR SECTORES

Según datos de la División Enfermería del Hospital de Clínicas en el mes de julio de 1996 dicha institución contada con 94 licenciadas/os de base, 23 jefas/es de Servicio, 12 Supervisoras/os, 2 Directores/as de Departamento y 1 Director de División lo que da un total de 132 cargos. Por su parte, los auxiliares de enfermería ascendían a 567.

Este personal se responsabiliza por la atención de 463 camas (y al momento de realizar las entrevistas con 12 bebés). La carencia de personal es notoria. La relación enfermeras/os, auxiliares y camas que debería ser de 1 a 4 para 30 camas, de acuerdo a los parámetros recomendados, está completamente alejada de la realidad del hospital; en éste, esa relación es de 1 a 6 para la atención de pisos con 4 o 5 salas de 18 camas cada una (entre 72 y 90 pacientes).

El único lugar donde se cumple la relación profesional/auxiliar/paciente ideal o teóricamente correcta es en el Centro de Cuidados Intensivos donde hay un auxiliar por paciente y una licenciada cada 5 auxiliares.

En los cuadros 21 y 22 puede apreciarse la carencia de personal mencionado, tanto para las/los enfermeras/os profesionales, como para las/los auxiliares de enfermería. Estos cuadros presentan una comparación entre el personal real de la División Enfermería del Hospital de Clínicas para los años 1994 y 1995 y un Modelo de funcionamiento ideal brindado por la propia División Enfermería. Puede apreciarse, entonces, que la carencia de personal es para enfermeras/os y para auxiliares, pero es muchísimo mas grave (siempre de acuerdo al modelo propuesto) para el caso de las/los enfermeras/os profesionales.

CUADRO 21

COMPARATIVO DEL PERSONAL DE DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE CLINICAS ASIGNADO A LOS SECTORES PARA EL AÑO 1994 Y 1995 Y SEGÚN MODELO PROPUESTO

LICENCIADAS/OS EN ENFERMERÍA

SECTORES	MODELO	MARZO 1994	MARZO 1995
EMERGENCIA	14	9	6
CONS. EXTERNA	8	8	9
PISO 2	13	7	6
PISO 4	10	5	4
PISO 7	21	9	6
MED. C	16	6	6
HEMATOLOGIA	7	1	1
PISO 9	19	10	8
PISO 10	18	9	7
PISO 11	17	7	6
PISO 12	11	6	3
CTI	15	16	12
NEFFROLOGIA	13	9	8
PISO 16	13	14	3
R.N	7		5
CLINICA QUIR.	10	6	6
RECUPERACIÓN	7	5	5
C. MAT	2	2	1
DIV. ENFERM.	0	0	0
TOTAL	221	120	96

CUADRO 22

COMPARATIVO DEL PERSONAL DE DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE CLINICAS ASIGNADO A LOS SECTORES PARA EL AÑO 1994 Y 1995 Y SEGÚN MODELO PROPUESTO

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SECTORES	MODELO	MARZO 1994	MARZO 1995
EMERGENCIA	62	37	42
CONS. EXTERNA	74	75	70
PISO 2	43	35	35
PISO 4	19	16	14
PISO 7	47	35	32
MED. C	45	42	33
HEMATOLOGIA	14		11
PISO 9	51	36	34
PISO 10	54	32	29
PISO 11	51	30	37
PISO 12	30	20	21
CTI	55	42	37
NEFFROLOGIA	32	32	28
PISO 16	40	36	32
R.N	29		17
CLINICA QUIR.	67	57	50
RECUPERACIÓN	22	22	21
C. MAT	15	15	15
DIV. ENFERM.	0	2	2
AMBULANCIA	3	2	2
TOTAL	753	514	562

FUENTE: DIVISIÓN DE ENFERMERÍA

III. EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO DE ENFERMERIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL SERVICIO

El Hospital está en funcionamiento los 365 días del año las 24 horas. La dinámica de trabajo de cada turno está bajo la responsabilidad de una Supervisora o Directora de Departamento de la División Enfermería, la cual realiza el censo diario del personal que concurre. Esto le permite asegurar la cobertura de los diferentes servicios en cada jornada de acuerdo a los recursos humanos existentes.

Para esto se procede a la redistribución del personal, lo cual provoca -según la División Enfermería- conflictos con los funcionarios afectados creándose sentimientos de inseguridad, desarraigo, stress e insatisfacción, debido a que la dotación de personal disponible es, como se ha podido apreciar antes, menor que las necesidades reales.

También se mencionan otro conjunto de factores que inciden en el nivel de la atención a brindar :

- deterioro progresivo de la planta física: insuficiente planta y calefacción, servicios higiénicos en condiciones insuficientes o ausentes.
- insuficiente higiene ambiental.
- insuficiencia en equipos, materiales y suministros discontinuos de éstos.
- suministro discontinuo en los fármacos y períodos de carencia total de algunos de ellos.

Para el desempeño de las actividades del personal de enfermería profesional se señalan por parte de la División Enfermería dificultades en el área asistencial y en el área docente.

1. En el área asistencial

La insuficiente cantidad de Licenciadas en Enfermería es un factor considerado clave por los responsables del servicio entanto impide la correcta organización del trabajo. Estas no pueden brindar asistencia directa al paciente según las necesidades específicas de cada uno. La delegación y supervisión del plan terapéutico se ve afectada,

No puede abarcar la totalidad de las técnicas que demandan la atención del paciente. Los registros de enfermos en las historias clínicas de los pacientes son insuficientes, discontinuos y asistemáticos.

Tienen grandes dificultades para cumplir con la revisión de las historias clínicas y para la actualización del plan terapéutico.

2. En el área docente

También en el área docente la escasez de personal presenta dificultades para cumplir con los programas de educación continua, nivelación y desarrollo.

Esto determina que un porcentaje importante de Auxiliares de Enfermería que ingresan a Hospital no puedan capacitarse en los Servicios y tengan solamente su formación básica. Esta carencia de formación agrava la situación asistencial, ya que tampoco pueden ser bien supervisadas por el escaso número de Licenciadas en Enfermería.

También se identifican dificultades especiales para el desempeño del personal auxiliar de enfermería.

Este personal se ve recargado de trabajo por ausencia de licenciadas y tiene dificultades para la realización de sus tareas específicas.

Asume responsabilidades por encima de las exigidas en su descripción de cargo, para las cuales no ha sido formado.

Las funciones propias del cargo casi no se realizan por realizarse otras que no le corresponden y por tener que abarcar más salas de las que le corresponden.

En estas circunstancias - sumado el problema salarial, que será analizado más adelante - mantener o retener al personal en el Hospital no es fácil.

A partir de la ley de retiro optativo de funcionarios públicos hubo 268 renunciaciones y hay un número casi igual de vacantes que no han sido cubiertas por falta de rubros.

En el cuadro 23 encontramos una relación de los ingresos y egresos de personal en la División Enfermería en el año 1995, donde vuelve a constatarse la tendencia al déficit de personal de enfermería profesional.

CUADRO 23
INGRESOS Y EGRESOS DEL PERSONAL DE LA DIVISIÓN ENFERMERÍA PARA EL AÑO 1995

PERSONAL	INGRESOS	EGRESOS	SALDO
LIC. ENFERM.	1	16	-15
AUX. ENFERM.	119	77	+42

Fuente: datos proporcionados por la División Enfermería del Hospital de Clínicas, abril 1996.

Dentro de las causas de egreso de las enfermeras profesionales del Hospital encontramos que la amplia mayoría son renunciaciones, probablemente por obtención de un mejor puesto de trabajo fuera del Hospital y una porcentaje mínimo son jubilaciones (en el año 1995 hubo 14 renunciaciones y 2 jubilaciones)

La realidad de los egresos de las auxiliares de enfermería es similar, para el mismo año se produjeron 58 renunciaciones, 9 jubilaciones, 9 no renovaciones de contrato y 1 pase a otro servicio.

IV. LA SITUACION SALARIAL

1. Antecedentes

Para comprender la situación salarial del personal de enfermería, uno de los sectores más feminizados del mercado de trabajo, es indispensable partir de comprender las particularidades de las desigualdades entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo.

La presencia creciente de las mujeres en el mercado laboral constituye una característica de las sociedades actuales y particularmente de la sociedad uruguaya, lo cual se explica por un conjunto de razones tanto de tipo cultural como social y económico.

En el Uruguay, en las últimas décadas, mientras la oferta de trabajo masculina ha permanecido prácticamente incambiada, la PEA femenina se ha incrementado considerablemente tanto en Montevideo como en el Interior del país.

Esta expansión ha seguido la pauta de inserción laboral tradicional para las mujeres, tanto en lo que hace a las características de las actividades económicas (servicios) como a los tipos y categorías de ocupación. La mayor parte de las ocupadas se ubican en tareas consideradas "típicamente femeninas".

Una de las actividades de más alta feminización es la enfermería -enfermeras universitarias y auxiliares de enfermería-. El carácter "femenino" de este sector de trabajadores/as, no solamente se expresa en la proporción de mujeres ocupadas respecto al total, sino también en muchas de las características mismas de las tareas que se desempeñan en la práctica de esta actividad⁷.

La situación salarial del personal de enfermería tiene que ver con los factores con las características de una profesión feminizada y también con el contexto social y económico de los años recientes.

Además, en particular la situación del personal del Hospital de Clínicas presenta una grave situación que si bien se identifica como básicamente derivada del deterioro de las condiciones presupuestales, también estaría ligada a la ausencia de políticas respecto a los objetivos y funciones del Hospital para la realidad actual y a estrategia de mediano o largo plazo.

⁷. "La práctica de la enfermería si bien tiene que ver con los conocimientos de mujeres, de género, no es sólo eso: hay un conocimiento técnico y científico, que es necesario rescatar, hacer visible y "valorizar" y que tiene independencia de los saberes médicos". Haydeé Ballesteros, Directora del Instituto de Enfermería, en entrevista realizada en el marco del proyecto.

La situación salarial del personal de enfermería y su posición relativa admiten diferentes explicaciones tanto desde el lado de la oferta (nivel de calificación, experiencia) como de la demanda de trabajo (factores institucionales, económicos, etc.).

Diferentes enfoques teóricos pretenden contribuir a explicar las diferencias salariales al interior de una economía -inter o intrasectoriales- tanto para aportar al conocimiento de las fuentes de la dispersión de los ingresos familiares, como al funcionamiento del mercado de trabajo. Dichos enfoques recurren a factores vinculados tanto a la oferta como a la demanda de trabajo.

Por el lado de la oferta, la calificación de la fuerza de trabajo suele considerarse un determinante de las diferencias salariales -ya sea obtenida por la educación formal y/o la experiencia-; por el lado de la demanda se ubican factores económicos e institucionales así como ciertas preferencias por parte de los empleadores, asociadas a cuestiones económicas o culturales respecto a sus empleados: características étnicas, etarias, sexuales, etc. (Bucheli,M:1992).

a) El aumento en la educación de los trabajadores se traduce en un crecimiento en la productividad del trabajo. Suponiendo que los trabajadores son pagos según su productividad, la distribución de salarios es función de la calidad de los trabajadores. En este caso, el aprendizaje, la educación formal y la experiencia, se transforman en una inversión para el trabajador (capital humano). Así visto, la varianza de salarios se explica por la distribución del aprendizaje entre los trabajadores y los distintos niveles de aprendizaje se remunerarían a tasas diferentes.

Según esta interpretación, los individuos que presentaran la misma calidad productiva, verificable a través de la educación y la experiencia, serían trabajadores idénticos y por lo tanto, obtendrían salarios idénticos. La existencia de la discriminación restringiría esta identidad a las personas pertenecientes a determinado grupo poblacional.

b) En presencia de discriminación -por sexo, nacionalidad, etnia u otras- los servicios del trabajo a pesar de ser considerados esencialmente idénticos en tanto tienen la misma productividad en el proceso de producción recibirían salarios diferenciales.

c) En la economía existen distintas tareas a ser realizadas a un salario diferente y las habilidades específicas que se requieren varían con la tarea. Las diferencias entre los trabajadores les otorgarán a algunos ventajas para asignarse o ser asignados a tareas con mayor retribución (modelos de asignación). La distribución de salarios será una combinación de las distribuciones de las habilidades necesarias para cada tarea. La existencia de un factor heterogéneo cooperando con la producción también afecta la distribución de salarios. Los trabajadores poseen en distintas combinaciones, por ejemplo, fuerza, destreza, inteligencia. Si existe una tecnología que requiere de una combinación particular de estos factores el equilibrio se dará cuando las firmas igualen sus tasas marginales de sustitución con sus tasas marginales.

d) Cada trabajador se enfrenta a salarios diferentes en cada uno de los segmentos del mercado (modelos de segmentación y teoría del salario de eficiencia). Todos desean estar en el segmento que les ofrece mayor salario, pero éste se encuentra racionado y el trabajador no necesariamente encuentra un empleo en el lugar que quisiera.

¿Cuál es el origen de dicha segmentación? La inserción de cada firma en el mercado está relacionada con su capacidad para pagar salarios más altos. Se encuentra así una explicación basada en las características de la demanda y las tecnológicas. La segmentación implica que no existe un mercado de trabajo sino varios, en el sentido que cada uno de ellos se observan comportamientos diferentes (en formación de salarios, rotación del personal, organización jerárquica interna etc.). Existiría entonces un segmento pagador de salarios bajos, otro de salarios altos, medios, etc. y los trabajadores tendrían escasa movilidad entre esos segmentos.

¿Cómo se delimitarían esos mercados? Las empresas con más altos salarios se caracterizan por tener alta productividad del capital, altos beneficios, una utilización intensiva del capital, una gran incidencia de elementos monopólicos y oligopólicos y un alto grado de sindicalización entre sus trabajadores. Todo ello permitiría desarrollar una gran capacidad para pagar salarios por parte de estas empresas, y por parte de los trabajadores, una alta capacidad para negociar salarios relativamente más altos. En el otro segmento (periferia) se encontrarían las empresas de menor tamaño, intensivas en trabajo, con bajos beneficios y productividad y con mercados de bienes y servicios competitivos.

Las características que se estudian por el lado de los empleadores son: grado de concentración, capacidad de las firmas para ejercer un cierto grado de oligopolio en el mercado de productos y por lo tanto, de obtener extra-beneficios que puedan ser compartidos con los trabajadores en términos de salarios mayores a los competitivos; rentabilidad, tamaño del establecimiento, participación del salario en los costos y relación capital trabajo.

La conclusión de los trabajos empíricos es que los salarios están inversamente relacionados con la participación de trabajo en los costos y positivamente relacionados con la relación capital trabajo y la mayor sindicalización.

2. Feminización del mercado de trabajo y diferencias de ingresos

2.1. Características generales.

Entre 1980 y 1990 la tasa de participación de las mujeres en el mercado laboral del país pasó de 32.4% a 39.5% mientras la de los hombres permaneció incambiada (Aguirre, R; 1995). Esta tendencia particularmente espectacular en la década de los setenta en el caso de Montevideo, alcanzó posteriormente cierta estabilidad. Sin embargo en los años siguientes, las tasas de aumento en la participación económica de las mujeres también fueron muy importantes en el Interior urbano.

Este comportamiento no parece reflejar un fenómeno temporal sino de carácter permanente y probablemente irreversible. Si bien la incorporación masiva corresponde al período de baja más pronunciada de los ingresos de los hogares, es innegable que se trata de una tendencia de más largo plazo que se corresponde al proceso de modernización de los roles femeninos y al incremento de los niveles educativos de las mujeres.

La expansión del empleo femenino ha seguido la pauta de inserción laboral tradicional para las mujeres, tanto en lo que hace a las características de las actividades económicas (por ejemplo, servicios) como a los tipos y categorías de ocupación.

Las preguntas clásicas de los estudios en la materia son: ¿Qué es lo que determina esa ubicación de las mujeres en el mercado de trabajo? ¿Cuánto confluyen en dicha determinación las opciones realizadas por las mujeres, o desde el lado de la demanda, la preferencia de los empleadores? (Buchelli, M.; Cassoni, A.; Diez de Medina, R.; Rossi M.; 1994)

La presencia de los hombres y las mujeres en el mercado laboral se diferencia por una parte, quizá la más visible, en el tipo de actividades económicas en las que se ubica en forma predominante cada sexo y dentro de las mismas, en las categorías y tipos de ocupación; por otra, en la diferencia entre los ingresos promedio obtenidos por el trabajo por hombres y mujeres. Esa diferenciación en la localización laboral femenina y masculina da lugar a un alto grado de segregación de las trabajadoras que se refleja en su inserción mayoritaria como servicio doméstico, vendedoras y obreras textiles. La diferencia salarial entre hombres y mujeres podría explicarse por una segregación que dirige a las mujeres hacia el sector pagador de bajos salarios (Buchelli y otros; op.cit.).

Entre los trabajos exclusivamente masculinos -de acuerdo a la información proveniente de la Encuesta de Hogares- se cuentan 151 ocupaciones, mientras que las exclusivamente femeninas son 11. Según los estudios realizados por Aguirre (1995) el 36% de las mujeres ocupadas lo están en ocupaciones de alto predominio femenino (con más de 85% de mujeres).

La segregación contendría "...elementos de selección individual, "preferencias" por determinadas ocupaciones que pueden estar basadas en la valoración de las dificultades que se le presentan a las mujeres para insertarse en ocupaciones no feminizadas. También contiene elementos de selección de la demanda que se traducen en prácticas empresariales de reclutamiento, capacitación, formas de evaluación del desempeño, que juegan en contra de las mujeres" ⁸.

Esta segregación incide en la desvalorización de los trabajos que son desempeñados exclusivamente o casi exclusivamente por mujeres. Facilita la discriminación ya que nos es posible comparar trabajos desempeñados por varones y mujeres. Se ha observado que

⁸. Aguirre, Rosario. Transformaciones recientes en el empleo femenino urbano en Uruguay. Serie Seminarios y Talleres N°86. CIEDUR, julio de 1995.

cuando entran hombres a ocupaciones fuertemente feminizadas tienden a ser más valorados que las mujeres, en cambio cuando entran mujeres a profesiones masculinas tienden a tener más problemas para ser reconocidas. En las entrevistas realizadas una enfermera manifestó percibir que "los hombres imponen más respeto", por su parte un enfermero reconoció que se producen diferencias porque "la mujer acepta estar en segundo plano, y el hombre no".

Los salarios medios de la fuerza de trabajo femenina se ven perjudicados por la ocupación y el sector en que se ubica predominantemente, aunque inciden otros factores como las ocupaciones de tiempo parcial -32% en Montevideo y 35% en el Interior trabajan menos de 30 horas semanales- (Buchelli, M. y otros; 1994).

2.2. ¿Cuáles son los diferenciales de ingresos derivados del trabajo entre hombres y mujeres?

A continuación se presentan algunos indicadores de las diferencias entre los ingresos derivados del trabajo para hombres y mujeres en Montevideo. Como puede apreciarse en el Cuadro N° 1, los ingresos percibidos por las mujeres por su ocupación principal muestran a lo largo del período de análisis un diferencial relativamente estable, que se ubica en torno al 40% por debajo del masculino.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	M/H
1991	687	839	477	-43.1
1992	1261	1556	869	-44.2
1993	1963	2412	1379	-42.8
1994	3065	3699	2186	-40.9
1995	4102	4940	3014	-39.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos INE.

Si se desagrega la misma información de acuerdo a la pertenencia al sector público o privado, puede observarse que los diferenciales por sexo son menores entre quienes tienen su ocupación principal como asalariados públicos⁹. En estos casos los ingresos femeninos alcanzan hasta un 70% de los de los hombres mientras, que en el sector privado, estos no alcanzan en ningún año del período en estudio al 60% de los mismos.

⁹. En referencia a la menor brecha entre salarios masculinos y femeninos en el sector público que en el privado, Aguirre, R. 1995, plantea " ... el estado como empleador tiende a ser menos discriminador. Esta ventaja para las mujeres tendería a perder importancia por la disminución relativa del empleo público por el proceso de reforma del Estado que conduce a disminuir la contratación de nuevos funcionarios sobre todo de los grupos ocupacionales menos calificados".

**CUADRO N°2. Ingresos promedio por ocupación principal
Promedios anuales (\$corrientes)**

	TOTAL	HOMBRE	MUJERES	M/H
1991	621	757	452	-40.3
1992	1137	1403	820	-41.5
1993	1775	2200	1267	-42.4
1994	2773	3360	2015	-40.0
1995	3679	4468	2731	-38.9

Fuente: Elaboración propia en base a datos INE

**CUADRO N° 3. Ingresos promedio por ocupación principal
Promedios anuales (\$corrientes)**

	TOTAL	HOMBRE	MUJERES	M/H
1991	627	719	506	-29.6
1992	1171	1354	931	-31.2
1993	1817	2095	1505	-28.2
1994	2850	3334	2317	-30.5
1995	4188	4856	3454	-28.9

Fuente: Elaboración propia en base a datos , EH, INE.

3. Contexto económico y social en los años recientes y salarios.

En los últimos cinco años, un conjunto de factores vinculados a la creciente apertura comercial al resto del mundo, al proceso de integración regional (MERCOSUR), a los planes de estabilización de precios y a las características de la política fiscal han impactado la evolución salarial en forma diferenciada según los sectores de trabajadores y por lo tanto, la distribución de los ingresos por el trabajo.

A partir de 1991 la formulación y la implementación de la política económica de corto plazo se orientaron a desarrollar una estrategia cuyo objetivo fundamental era combatir la inflación, lo cual, debido al diagnóstico realizado requería por un lado, de un esfuerzo por mejorar la situación de las cuentas públicas y por otro, la desindexación de la economía, siempre que se aceptaba que parte de la inflación dependía de factores inerciales.

El plan estabilizador de tipo gradualista que se ha venido implementando se basó principalmente en la fijación de la variación del tipo de cambio nominal ("ancla nominal de los precios). Tal como se había observado en otras experiencias y analizado desde el punto de vista teórico, ello dio lugar a una fase de crecimiento de la economía expresado en las tasas de aumento del Producto Bruto Interno (PBI) entre 1991 y 1994 a una tasa media 4.6% (Instituto de Economía; 1995)

Los ingresos de los hogares también mostraron variaciones positivas apoyados en la mejora de los salarios y las pasividades reales. Por su parte, la apreciación de la moneda nacional, el aumento de las importaciones -en el marco del dinamismo que cobraba la economía- y el enlentecimiento de las exportaciones dieron lugar a desequilibrios en la balanza comercial que se compensaron en parte por el ingreso de turistas, mientras que el ingreso de capitales permitió saldos positivos en el balance de pagos (Instituto de Economía;1995).

3.1. Política salarial

El plan de estabilización de precios -como ha sido mencionado-, intentó apoyarse en la desindexación de los precios clave de la economía, uno de los cuales es el salario; por su parte, la necesidad de mejorar la competitividad en el marco de una economía con gran apertura externa pretendía detener el aumento de los salarios en dólares, sobre todo en el caso de las actividades productoras de bienes exportables.

La política salarial hacia el sector privado durante el período estimuló la descentralización de las negociaciones -no convocó a Consejos de Salarios¹⁰- así como tampoco homologó convenios que superaran las metas inflacionarias. Todo ello ha procurado el objetivo de lograr la desindexación salarial y evitar el aumento en dólares de los costos laborales, como requisito para la mejora de la competitividad, amarrando los resultados de las negociaciones a la situación particular de las empresas.

En el sector público, las directivas de política económica se orientaron a la restricción del gasto intentando disminuyendo el empleo y los egresos por concepto de retribuciones. Los resultados efectivamente obtenidos fueron diferentes para los distintos grupos de funcionarios del sector (Gobierno Central, empresas públicas, municipios). La política del Poder Ejecutivo pudo aplicarse predominantemente en la Administración Central y en los organismos del artículo 220 de la Constitución, mientras que tanto en las empresas como en las intendencias la evolución fue más progresista, debido a un mayor desarrollo de las negociaciones -formulación de convenios que introducían cláusulas de productividad (UTE; ANTEL) o equiparamiento con empresas similares del sector privado (banca estatal con la privada)- o porque contaron con mayores grados de libertad para otorgar aumentos (intendencias).

¹⁰ Los únicos convenios por rama vigentes son los correspondientes a la salud privada (17/8/95 - 31/7/97), a la construcción (7/95 - 28/2/97), el Dique nacional, los distribuidores de leche (1/8/95 a 31/8/96) y el transporte (interdepartamental, interurbano y urbano).

3.2. Evolución del índice de salario real

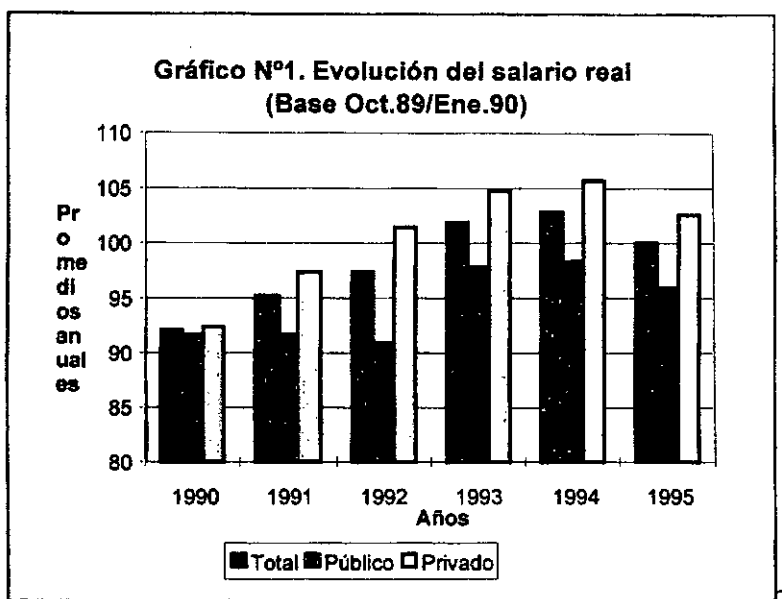
De este modo, puede constatarse una diferente evolución en términos de salarios reales ¹¹ entre el sector público y privado, en la cual los primeros han sido más desfavorecidos. Sin embargo, cuando se pasa a mayores niveles de desagregación también al interior de cada uno de estos sectores se encuentran diferencias significativas.

Cuadro N°4. Evolución del índice de salario real			
(Promedios anuales)			
	Total	Público	Privado
1990	92,0	91,5	92,3
1991	95,1	91,6	97,4
1992	97,2	91,0	101,3
1993	101,9	97,7	104,6
1994	102,8	98,3	105,7
1995	99,8	95,8	102,5
(Variaciones en porcentajes)			
1991/90	3,4	0,1	5,5
1992/91	2,2	-0,7	4,0
1993/92	4,8	7,4	3,3
1994/93	0,9	0,6	1,1
1995/94	-2,9	-2,5	-3,0
	-2,9	-2,5	-3,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos INE.

Al comparar los resultados de la evolución salarial para toda la economía en el período 1990-1995, puede observarse un crecimiento sostenido del salario real hasta 1994 inclusive. Las tasas de incremento disminuyeron hacia 1993, hasta que en 1995 dicha tendencia se revirtió. Esa evolución tanto en su fase creciente como luego al descender, se apoyó fundamentalmente en el comportamiento de los salarios reales del sector privado.

¹¹. El Índice Medio de Salarios se calcula en base al promedio de horas trabajadas (diurnas, nocturnas, y de licencias) por el total de personas en cada categoría. El líquido se obtiene del nominal declarado por la empresa deduciéndole los aportes que realiza el trabajador a la seguridad social. El índice de salario real se obtiene deflactando el IMS por el Índice de precios al Consumidor (IPC)



3.2.1. La evolución de los salarios por ramas de actividad en el sector privado.

En el sector privado a partir de 1991 y hasta 1994, cuando se comparan el salario real medio en promedios anuales se verifican tasas de variación positivas tanto en la capital como en el interior del país. Esta situación sin embargo, no es atribuible al conjunto de los sectores de actividad que lo componen.

Cuadro N° 5. Evolución de los salarios medios por rama de actividad.

<i>Montevideo</i>					
Industria	Construcción	Comercio	Transporte	Servicios	
Variaciones en %					
1991/1990	3,6	13,3	7,0	7,7	9,7
1992/1991	1,5	5,5	4,0	9,3	7,7
1993/1992	5,3	-4,4	4,7	6,4	8,3
1994/1993	-0,7	5,0	0,9	2,7	6,4
1995/1994	-6,0	-2,9	-1,6	-3,2	0,3
<i>Interior Urbano</i>					
Industria	Construcción	Comercio	Transporte	Servicios	
Variaciones en %					
1991/1990	5,4	13,3	8,6	7,8	12,6
1992/1991	0,1	6,1	4,3	9,0	12,9
1993/1992	0,0	-4,4	-1,1	6,4	5,3
1994/1993	-3,7	5,0	-1,4	2,7	2,5
1995/1994	-3,8	-2,9	-5,5	-3,1	-3,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos INE.

Cuando se comparan las tasas de variación del salario real por sectores de actividad se pone en evidencia que las situaciones más desfavorables se dan a nivel de la industria y la construcción, mientras que en el otro extremo el sector que mantuvo una mejor performance ha sido el de los servicios. No obstante, al interior de este sector pueden verificarse situaciones bien diferentes cuando se observa la evolución salarial a un mayor nivel de apertura por ramas.

Cuadro N°6. Evolución salarios en las ramas de Servicios. Sector privado.
Tasas de variación en %.

<i>Montevideo</i>							
		1990/89	1991/90	1992/91	1993/92	1994/93	1995/94
8000/900	SERVICIOS						
8101	Inst. bancarias	1.4	11.8	13.0	5.9	1.0	-3.1
9310	Inst. enseñanza	-2.4	6.8	8.2	8.8	3.4	-0.5
9331	Serv. médicos	-3.5	8.3	4.0	10.6	11.7	2.9
9413	Emisiones Radio-T.V.	-3.4	15.3	6.3	7.2	6.0	-0.7
9490	Diver. esparcimiento.	-5.4	14.6	6.5	6.2	6.3	6.4
9513	Talleres-	0.6	10.3	5.3	7.5	1.4	-5.7
<i>Interior</i>							
		1990/89	1991/90	1992/91	1993/92	1994/93	1995/94
8101	Inst. bancarias	12.6	13.8	17.5	5.9	2.2	-1.6
9310	Inst. enseñanza	12.9	17.5	7.6	2.4	1.9	0.3
9331	Serv. médicos	5.3	5.9	2.4	3.4	4.1	-5.1
9513	Talleres-	2.5	2.2	1.9	4.1	1.8	-12.6

Fuente: Elaboración propia en base a datos INE.

En Montevideo, las mayores tasas de incrementos a nivel de rama (4 dígitos) han correspondido a las instituciones bancarias y los servicios médicos. En el Interior sucede lo mismo para el caso de las instituciones bancarias, seguido en cambio por las instituciones de enseñanza.

4. Situación salarial de los trabajadores de la salud

Para analizar las remuneraciones del personal de la salud por categorías ocupacionales se dispone de la información que sirve de base a la elaboración del Índice Medio de Salarios, sector privado, que aparece publicado anualmente con datos a junio de cada año. Los mismos se presentan a continuación:

**Cuadro N° 7. Remuneración ordinaria por hora por categorías
Del Índice Medio de Salarios del Sector Privado (Montevideo)
(\$u corrientes)**

	1990			1991			1992		
	Prom.	Mín.	Máx.	Prom.	Mín.	Máx.	Prom.	Mín.	Máx.
Médico gral.	7.0	2.5	11.0	15.1	5.4	22.0	27.1	10.1	31.8
Aux. enfermería	1.8	1.0	2.1	4.0	2.1	5.0	7.5	3.8	9.3
Méd. Cirujano	3.9	2.7	6.8	9.0	5.8	14.8	16.0	10.0	26.9
Aux.	1.5	0.8	1.8	3.3	1.7	4.1	6.4	3.1	7.5
Mucamas	1.3	0.9	1.8	3.0	1.9	3.9	5.5	3.7	7.8
Nurse	2.4	1.5	2.7	5.5	3.2	6.6	10.5	6.1	13.0

	1993			1994		
	Prom.	Mín.	Máx.	Prom.	Mín.	Máx.
Médico gral.	47.3	15.4	73.9	66.4	27.7	86.8
Aux. enfermería	11.5	5.8	15.4	18.4	7.6	24.2
Méd. Cirujano	25.2	16.0	40.1	59.8	26.6	90.0
Aux.	9.6	4.7	11.4	15.4	6.2	19.2
Mucamas	8.3	5.3	11.6	13.1	7.0	18.6
Nurse	16.2	9.2	20.7	26.5	12.2	36.7

**Cuadro N°8. Remuneración ordinaria por hora por categorías
Del Índice Medio de Salarios del Sector Privado (Interior)
(\$u corrientes)**

	1990			1991			1992		
	Prom.	Mín.	Máx.	Prom.	Mín.	Máx.	Prom.	Mín.	Máx.
Servicios médicos									
Médico gral.	5.7	1.7	10.5	12.4	3.5	25.2	24.8	6.5	65.0
Aux. enfermería	1.4	0.8	1.7	3.2	1.9	4.1	6.0	3.4	7.7
Méd. Cirujano	6.3	2.4	11.2	17.9	5.6	50.8	36.8	9.9	128.5
Aux.	1.5	0.9	2.2	3.4	2.2	4.8	6.2	4.0	8.5
Mucamas	1.2	0.6	1.4	2.6	1.6	3.1	4.8	3.0	5.7
Nurse	2.3	1.5	3.0	5.0	3.3	6.4	9.3	6.1	12.4

	1993			1994		
	Prom.	Mín.	Máx.	Prom.	Mín.	Máx.
Médico medicina	34.7	9.5	64.1	52.2	14.7	98.2
Auxiliar	8.6	5.1	9.6	13.4	7.9	14.9
Médico Cirujano	45.9	18.3	91.7	55.2	27.5	132.3
Aux.	8.8	5.8	13.7	13.8	9.1	21.4
Mucamas	6.9	4.2	7.8	10.7	6.4	12.1
Nurse	14.4	9.1	20.1	22.4	14.3	29.9

En los Cuadros N° 7 y 8 se muestran las remuneraciones líquidas por hora ordinaria trabajada (diurnas, nocturnas y de licencia)¹² para las categorías ocupacionales incluidas en el Índice Medio de Salarios correspondientes a la rama de los Servicios Médicos para el

¹². Las horas trabajadas corresponden al mes de junio de cada año.

sector privado tanto de Montevideo como del Interior del país¹³. Como puede apreciarse los diferenciales de salarios son significativos entre categorías, lo cual respondería a las características de los trabajadores en términos de educación, formación específica, habilidades y destrezas que se ponen en práctica, tanto físicas como intelectuales. Es probable también que en la determinación de los salarios de las enfermeras universitarias o nurses no solamente incidan elementos de carácter objetivo respecto a la calidad de los trabajadores (años de formación, importancia de la actividad para la reproducción social), sino también otros aspectos que tienen que ver con "lo valorado" socialmente.¹⁴

En esta valoración seguramente incide el hecho de que mayoritariamente sean mujeres quienes se dedican a estas actividades, aunque no exclusivamente, al tipo de tareas, vinculadas al cuidado de personas, higiene y confort de los pacientes. En parte, cuando se retribuye en forma compensada a las áreas de alta tecnología, aunque quizá las habilidades que se ponen en juego y la carga de trabajo físico sean menores, se pone de relieve aquello que se valora socialmente, y por lo tanto económicamente.

Las diferencias salariales son también significativas entre las mismas categorías (mínimo y máximo), lo cual probablemente responde a las características de los demandantes en términos de capacidad económica, a su disposición para competir por determinados niveles de calidad de la fuerza de trabajo y por otra parte, a la capacidad de negociación de las gremiales y/o de la organización sindical en cada institución.

Cuadro N° 9. Diferencia entre la remuneración máxima y mínima por tipos de ocupación en la rama de servicios médicos. Sector privado. Montevideo. (en porcentajes)

	1990		1991		1992	
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
Servicios médicos						
Médico gral.	-64,6	56,9	-64,0	46,1	-62,5	17,5
Aux. enfermería	-46,5	15,3	-48,6	23,7	-49,2	24,4
Méd. Cirujano	-30,7	76,9	-35,4	63,7	-37,3	68,1
Aux.	-48,0	19,8	-48,2	23,5	-50,5	18,6
Mucamas	-32,6	31,7	-34,9	31,1	-33,6	41,5
Nurse	-38,5	15,7	-42,0	21,2	-41,8	24,1

¹³ Las categorías que aparecen en el cuadro se consideran las más significativas para la elaboración del Índice Medio de Salarios. Debe recordarse, que se consideran las remuneraciones líquidas (lo que va al "bolsillo del trabajador") correspondientes a los siguientes conceptos: horas ordinarias diurnas y nocturnas, incentivos (por producción, asistencia, antigüedad, etc., comisiones), compensaciones en efectivo de carácter permanente, viáticos (no sujetos a rendición de cuentas) y toda otra remuneración ordinaria. La fuente de información son las empresas.

¹⁴ Para el mismo período los salarios de los docentes de enseñanza primaria están en casi todos los casos por debajo del personal de enfermería profesional así como el de los profesores del ciclo básico.

	1993		1994	
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
Médico gral.	-67,4	56,1	-58,3	30,8
Aux. enfermería	-50,0	33,1	-58,5	31,5
Méd. Cirujano Gral.	-36,5	58,7	-55,6	50,6
Aux.	-51,2	18,9	-59,7	24,9
Mucamas	-35,7	40,1	-46,1	42,3
Nurse	-43,0	28,4	-53,9	38,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos INE.

Las diferencias al interior de las categorías entre remuneraciones mínimas y máximas, aunque mayores en el Interior que en Montevideo, resultan muy significativas, particularmente entre las de Médico general y Médico cirujano. Estas diferencias mientras en el Interior muestran una tendencia decreciente en el período considerado, en Montevideo presentan una evolución más errática.

Cuadro Nº 10. Diferencia entre la remuneración mínima y máxima por tipos de ocupación en la rama de servicios médicos. Sector privado Interior urbano.

	1990		1991		1992	
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
Servicios médicos						
Médico gral.	-70,9	530,7	-71,5	102,6	-73,8	162,3
Aux. enfermería	-45,3	118,0	-41,1	26,6	-43,3	28,7
Méd. Cirujano	-62,3	369,6	-68,7	183,2	-73,2	248,9
Aux.	-39,8	137,3	-36,4	40,4	-35,2	37,8
Mucamas	-47,7	133,2	-37,1	19,6	-37,3	19,7
Nurse	-33,9	97,2	-33,5	28,0	-34,2	32,9
	1993		1994			
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.		
Médico Gral.	-72,6	85,0	-71,8	88,2		
Aux. de	-41,2	10,9	-40,7	11,7		
Méd.	-60,1	99,9	-50,1	139,5		
Aux.	-34,4	55,6	-34,6	54,9		
Mucamas	-39,2	13,1	-39,6	13,7		
Nurse	-36,5	39,8	-36,4	33,6		

En el Interior en 1990, la remuneración máxima de los médicos generales representaba una cantidad más de 5 veces superior al promedio; en 1994 esa diferencia ascendía al 88%; en Montevideo, para el primer año considerado la misma era de casi un 60% y en 1994 de aproximadamente 31%.

Para las auxiliares de enfermería, en el Interior la remuneración máxima era un 118% superior la promedio en 1990 y 1994 solamente de 11%; en la capital esos porcentajes eran de 15% y de 31.5% respectivamente.

Finalmente en el caso de las nurses (enfermeras universitarias) en el Interior del país, la diferencia entre la remuneración promedio y la máxima era de 97% en 1990 y de 33.6% en 1994. En Montevideo, dichas diferencias eran del 15.7% en el primer año el período considerado y de 38% en el último año.

Al consultar respecto a las causas de las diferencias salariales en el Interior del país se señala que esto puede derivar de la política de concentración de la FEMI (estrategias de compras de insumos centralizada), y la capacidad de pago desarrollada en algunas áreas.

Ingresos por sexo del personal de la salud

Por último, la única fuente que permite obtener información desagregada por sexos por ocupaciones y categorías ocupacionales es la Encuesta de Hogares que realiza el INE. Mediante procesamientos especiales de la misma se obtuvieron los datos de ingresos promedios por ocupación principal para médicos, enfermeras universitarias y auxiliares de enfermería para el período que se analiza.

Los salarios promedio totales expresados a valores promedio de cada año, pueden compararse con los datos anteriores.

Cuadro N° 11. Ingresos promedio por ocupación principal según categorías					
Promedios anuales (\$ corrientes)					
		1991	1992	1993	1994
	TOTAL	734	1368	2576	3687
Médicos y	Total	1057	2061	3998	5964
	Hombres	1255	2651	4769	7858
	Mujeres	785	1248	2795	4166
Enfermeras	Total	627	1170	1971	2739
	Hombres	sd	sd	sd	sd
	Mujeres	653	1162	1991	2652
Auxiliares de	Total	498	886	1614	2203
	Hombres	478	989	2001	2473
	Mujeres	502	858	1540	2130

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares.

Cuadro N° 12. Ingresos promedio por ocupación principal a valores constantes de 1991

		1991	1992	1993	1994
	TOTAL	734	824	1678	2210
Médicos y cirujanos	Total	1057	1241	2605	3574
	Hombres	1255	1597	3107	4710
	Mujeres	785	751	1821	2497
Enf. Universitarias	Total	627	705	1284	1642
	Hombres	nd	nd	nd	nd
	Mujeres	653	700	1297	1590
Aux. Enfermería	Total	498	534	1052	1320
	Hombres	478	596	1304	1482
	Mujeres	502	517	1004	1277

Fuente: Elaboración propia en base Encuesta de Hogares.

Cuadro N° 13. Diferencias de ingresos por sexo según categorías ocupacionales.

		1991	1992	1993	1994
Médicos y cirujanos	M/H	-37,4	-52,9	-41,4	-47,0
Aux. Enfermería	M/H	5,2	-13,3	-23,0	-13,9

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares.

La desagregación por sexo solamente es válida para los médicos y los auxiliares debido a que entre las enfermeras universitarias la escasa cantidad de casos relevados por la encuesta no permite obtener datos confiables.

Entre esos dos grupos existen diferenciales de salarios por sexo, siendo mayores para los hombres en porcentajes muy significativos entre los médicos. Entre los auxiliares aunque estos diferenciales son menores también pueden constatararse.

5. Retribuciones del personal de enfermería del Hospital de Clínicas

El sueldo del personal de enfermería se compone del salario básico y un conjunto de beneficios sociales -los generales a los empleados del sector público, cuya aplicación y cuantía depende de las características de su carga hogareña- y de compensaciones vinculadas al escalafón y funciones desempeñadas. De acuerdo a las disposiciones del último presupuesto el salario básico corresponde a 36 horas semanales aunque realizan 30 horas, cambio que significó en los hechos un aumento en el salario-hora de alrededor de 17%.

Cuadro N° 14. Composición de las remuneraciones del personal de enfermería del Hospital de Clínicas.

Enero 1996

Salario Básico	Por grado y escalafón
Compensaciones:	Hogar : tipo 1 - 24% SMN
	" 2 - 28% "
	" 3 - 32% "
	" 4 - 36% "
	" 5 - 38% "
	" 6 - 40% "
	Asignación fliar: 8% SMN
	Prima por antigüedad: 2% "
	Partida fija: 36 Hs. 71,96 \$
	Dedicación compensada: 45% S B
Otras compensaciones:	Primas de matrimonio y nacimiento.

En promedio el salario real de los funcionarios universitarios docentes y no docentes entre 1991 y 1995, solamente tuvo una variación positiva en 1993, mientras que para el resto de los años del período registró severas pérdidas.

Cuadro N°15. Evolución del Índice de Salario real universitario.

	Promedio anual	Tasa de variación (%)
1991	100	
1992	96.0	-4.0
1993	106.4	10.4
1994	103.7	-2.6
1995	94.9	-8.5

Fuente: Elaboración propia en base a datos I. Estadística, FCEyA

Los resultados obtenidos en materia de evolución salarial por parte de los trabajadores del sector privado de la salud para el mismo período dan cuenta de una mejora de sus salarios en términos reales respecto a 1991.

	Indice de salario nominal	Indice salario real (Base 1991=100)	Tasas de en %
1991	100	100	
1992	175.68	104.29	4.3
1993	269.92	103.98	-0.3
1994	414.22	110.24	6.0
1995	605.38	113.27	2.7

Fuente: Convenio de salarios de la FUS.

La evolución del índice de salarios por categorías entre el personal de enfermería del Hospital de Clínicas, da cuenta de una marcada pérdida del poder adquisitivo de los mismos para todo el período. Dicha pérdida es superior incluso que la verificada para el promedio de los funcionarios docentes y no docentes de la Universidad. Esta situación muestra marcadas diferencias con lo ocurrido entre los funcionarios del sector privado en cualquiera de las comparaciones que se establezca, tanto en términos evolutivos como de niveles salariales.¹⁵

Indice de salario	Auxiliar	Licenciada	1° ascenso	Jefe de	Jefe de	Jefe de
1991	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1992	141.1	140.8	141.2	140.3	139.5	138.4
1993	238.9	238.1	238.7	237.2	235.8	233.8
1994	333.3	319.2	322.4	312.1	310.3	307.8
1995	450.9	432.9	434.1	431.4	428.7	425.5
Indice de salario						
	100	100	100	100	100	100
1992	83.7	83.6	83.8	83.3	82.8	82.1
1993	92.0	91.7	91.9	91.4	90.8	90.1
1994	88.7	84.9	85.8	83.0	82.6	81.9
1995	84.4	80.9	81.2	80.7	80.2	79.6
Continuación						
Tasas de						
1992	-16.3	-16.4	-16.2	-16.7	-17.2	-17.9
1993	9.9	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7
1994	-3.6	-7.4	-6.7	-9.1	-9.1	-9.1
1995	-4.9	-4.6	-5.3	-2.8	-2.9	-2.8

Fuente: Escalas de Sueldos, DGP, DPP, Universidad de la República.

Debe tenerse en cuenta en el análisis de estos cuadros que se requiere una mayor labor en la definición de categorías para 1991 y 1992, la cual necesariamente necesita del apoyo de

¹⁵ Para 1991 y 1992 los datos proporcionados por los Servicios Contables del Hospital de Clínicas ofrecen algunos reparos debido a la posibilidad de incurrir en error al asignar las categorías del personal y por lo tanto, el salario básico correspondiente.

informantes calificados del Hospital de Clínicas. En principio, sorprende la caída salarial observada en 1992, lo cual podría ser atribuible a una incorrecta asignación de las categorías, debido a las modificaciones sufridas por el escalafón no docente en los años más recientes.

Cuadro N° 18. Escala de sueldos básicos a enero de 1996 con 36 horas, Hospital de Clínicas.

		(\$ corrientes)
Auxiliar de enfermería (ingreso)		2208
" " 1° ascenso		2356
" " 2° ascenso		2624
Licenciada enfermería (ingreso)		3345
" " 1° ascenso		3665
Jefe/a de Sector		3978
Jefe de Servicio		4336
Director de Departamento		5212

Nota: Incluye

Fuente: Escalas de Sueldos, DGP, DPP, Universidad de la República.

Cuadro N° 19. Salarios básicos del Sector Privado de la salud para categorías seleccionadas. A enero de 1996 (\$ corrientes)

Enfermería			
Cargos superiores			
Cat. I	Cat. II	Cat. III	Cat. IV
6205	5625	5114	4649
Cargos operativos			
Categoría II			
Enfermero /a	Gr.1	Gr.2	Gr.3
4226	3844	3494	3174

Fuente: Elaboración propia en base a Convenio FUS.

CUADRO NO. 17

Diferencias salariales entre el personal del sector privado y del Hospital de Clínicas según categorías comparables. Enero 1996.

HOPITAL DE CLINICAS	SALUD PRIVADA (CONVENIO FUS)	
(1)	(2)	½ en (%)
Auxiliar de enfermería	Enfermero Gr.3	69
Auxiliar 1º ascenso	Enfermero Gr.2	68
Auxiliar 2º ascenso	Enfermero Gr.1	68
Lic. Enfermería	Enfermera sala	79
Jefe/a Sector	Jefe sector	85
Jege Servicio	Supervisor	85

Fuente: Elaboración propia en base a datos FUS y Universidad de la República.

A enero de 1996 la diferencia entre los salarios de la categoría de ingreso para auxiliares de enfermería, sin considerar las compensaciones y beneficios sociales específicos, corresponde en el Hospital de Clínicas a un 31% por debajo del sector privado. En la categoría de licenciado/a, en el grado de ingreso, esa diferencia es de un 21%, también inferior para el Hospital de Clínicas. A nivel de los cargos de ascenso o jefaturas, para el cargo de Jefe de Sector o de Servicio, por ejemplo, dicha diferencia disminuye a un 15%.

Como ya se ha mencionado, en estas comparaciones deben tenerse en cuenta las diferencias en el valor hora.

V. LAS CONDICIONES Y EL AMBIENTE DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS

1. Carencias infraestructurales y problemas organizativos y de gestión

"En el sector público no existen condiciones mínimas de trabajo, hay problemas organizativos y de administración. La relación con los servicios de apoyo es lamentable, hay severos problemas con farmacia, laboratorios, Rayos. La falta de técnicos se da por el sueldo que buscan o menos trabajo o mejores condiciones".

En el sector privado si bien los salarios son mejores que en el público, la disconformidad de las enfermeras proviene de otros factores. Si bien en el sector público los impedimentos para una actividad profesional derivan de problemas presupuestales, carencia de personal, de condiciones infraestructurales mínimas, en el privado se vinculan a las exigencias que se le plantean a las enfermeras por ejemplo, en términos de administración.

"... donde se paga bien se pierde perfil profesional..."

¿Hasta dónde la enfermera hace el cuidado del paciente?

".. se hace trabajo de oficina, nos hemos rutinizado y no hemos pensado que se puede delegar y qué no, no se puede decidir qué hacer sin rever el verdadero rol.."

Recordemos que en el Hospital de Clínicas no sólo los bajos salarios sino que también las condiciones de trabajo inciden en el abandono de los puestos, sobre todo por parte las enfermeras profesionales que pueden aspirar a otras condiciones en instituciones privadas. Este hecho tiene como contrapartida una pérdida de acumulación de conocimientos por parte del personal, en la medida que se considera que "...el hospital funciona como escuela, después de un tiempo en que las enfermeras se especializan y mejoran su aprendizaje mediante la práctica son cooptadas por instituciones privadas con mayor capacidad para pagar mejores salarios"¹⁶.

¹⁶. De acuerdo a las opiniones vertidas en las entrevistas realizadas, desde el Hospital se traspasa a otros ámbitos del sector salud la forma de organización del trabajo y acumulación de experiencia no solamente debido al personal que se retira sino también a través de "... la imitación por parte de las instituciones privadas, aun cuando en instituciones pequeñas ese modelo de organización y de trabajo no es eficiente y ni siquiera rentable".

Respecto a las condiciones de trabajo en el Hospital de Clínicas las entrevistadas indican que éste ha funcionado en base al aspecto humano, que permitió superar en parte los problemas presupuestarios, la falta de personal y las carencias de funcionamiento en términos de equipo.

2. Sobretrabajo

Algo más de un tercio de las enfermeras (33.2%) tienen doble empleo, es decir que si bien significa una proporción algo mayor que en el total de la población ocupada, no es tan alta como se percibe en general y por parte del propio personal de enfermería. El doble empleo se explica por los bajos salarios y lo que lo facilita es el horario de seis horas.

"A la larga una rebaja en el tiempo de trabajo termina siendo una rebaja salarial"

El Consejo de Salarios rige para la jornada de 6 horas y es optativa; cuando se opta por 8 horas se otorgan una compensación (BPS, IMM); en el MSP la jornada ordinaria es de 4 horas, en el Hospital de Clínicas es "30 x 36".

"Se comenzó con las 6 horas en la década del 60, en el año de 1966 o 67; implicó reducción de salarios y dos trabajos"

La Dedicación Compensada funciona como un estímulo económico , pero no todas las licenciadas la perciben.

"Desde el punto de vista estrictamente laboral es más fácil irse que quedarse". ¿Por qué se quedan? "Porque se identifican con el Hospital, se les tiene mayor consideración profesional, hacen más lo "que les gusta" que en las instituciones privadas ... la importancia atribuida a este conjunto de aspectos se demuestra en la mayor estabilidad laboral en los cargos de ascenso ..." 17.

En términos generales, tanto la información estadística disponible como la obtenida a través de las entrevistas, permite concluir que el desempleo no es un problema para las enfermeras profesionales. A cambio de ello tienen la posibilidad de rotar en los cargos, cambiando de institución de acuerdo a las ofertas que pueden obtener tanto en términos salariales como en relación a las condiciones de trabajo. Para los auxiliares si bien la situación es diferente, continua siendo una opción de empleo relativamente seguro¹⁸.

¹⁷. Opinión de autoridades de la División de Enfermería en entrevista realizada en el marco de la investigación.

¹⁸. No hay índice de deserción mayores que en el resto de la Universidad, hay más oferta de puestos de trabajo que profesionales. Se prevé que al terminar medicina quirúrgica 2, se pueden insertar como auxiliar de enfermería. Hay un programa para ellas y para las auxiliares que busca profesionalizarse.

"Se asegura la salida con trabajo, generalmente cuando recién salen se hacen llamados en el Hospital de Clínicas trabajan allí un tiempo y después se van. Esa inestabilidad de los profesionales se da porque algunos buscan más apertura profesional y otros buenos salarios"

3. Relaciones sociales en el equipo de salud

"El equipo de salud se compone de distintos círculos concéntricos y en el centro está el paciente: personal de servicios, auxiliares, enfermeras médicos, directamente relacionado con el paciente"

"Enfermería da la cara al paciente. El equipo no existe"

3.1. La relación entre enfermera y auxiliar

"Sus posiciones son distintas. La impresión es que son las enfermeras las que no se integran...Nunca se logró que las profesionales se integren al equipo."

Las distancias o conflictos entre nurses y auxiliares no pertenecen al presente, se trata de una relación histórica que probablemente las condiciones de trabajo poco propicias han agudizado.

"La rivalidad entre enfermeras y auxiliares es antigua; cuando empecé a trabajar en la década de los 60 en el Hospital de Clínicas estaban separados los vestidores y los comedores de cada grupo".

Las interpretaciones acerca de esta situación son diversas, dependiendo de los entrevistados. Algunos lo atribuyen su particular formación universitaria:

"... a las enfermeras universitarias las forman para mandar, delegar tareas, es una formación verticalista, rígida"..

Aunque se reconoce lo exagerado de la afirmación, una auxiliar de enfermería con larga trayectoria de trabajo y de militancia política y sindical, se refiere a algo más que a la formación en los términos anteriores:

"Su doctrina hegeliana tiene características de pertenencia a un sector de dominación burguesa, aunque esto es exagerado."

En el mismo sentido, o en el plano de lo ideológico una dirigente sindical señala:

"... El médico es el modelo de la enfermera... ella quiere vivir como el médico, y él quiere vivir como un burgués aunque sea un asalariado:"

Existen otros factores que dificultan la relación enfermera-auxiliar vinculados a las características profesionales y a la valorización social de determinadas tareas, saberes, empleo de tecnología.

"... las tareas del auxiliar está desvalorizadas por la sociedad, por ejemplo la higiene y confort..." "Las nurses tienen tareas que requieren de más nivel académico, formativo y también son de una extracción social diferente a las auxiliares. Por otro lado quien hace un curso universitario busca cosas diferentes, hay más elementos vocacionales. Pero además la que enseña es la nurse, la que supervisa, evalúa, exige".

Mientras la elección de la profesión de nurse se identifica con una elección de tipo vocacional, la opción por la carrera de auxiliar de enfermería se visualiza sobre todo entre los más jóvenes, estrechamente vinculada a la posibilidad de conseguir un trabajo seguro en poco tiempo.

"En este país no es una profesión vocacional (auxiliar de enfermería), se estudia porque es más fácil conseguir después un trabajo".

"... me acuerdo que en los 60 cuando venían a pedir trabajo, venían las muchachas acompañadas por la madre y se notaba la ilusión por trabajar en una carrera que habían elegido.... hoy también vienen, pero son distintas y uno tiene la sensación de que cuando se van de aquí van igual a hacer limpiezas, no tienen otra posibilidad, prepararse para esto fue una salida económica..."

"Cualquiera abre una escuela de enfermería ... se han perdido los parámetros ... no hay vocación ..."

Otros elementos confluyen en las dificultades de la relación auxiliar-enfermera, asociados a las políticas de salud, que terminan por desvirtuar el carácter de las funciones de cada una. Los auxiliares a fuerza de realizar prácticas que deberían llevar a cabo las enfermeras terminan aspirando a ser considerados iguales, a tener el mismo *status*. Pero las diferencias no son arbitrarias.

"... cuando el médico va al CTI lo primero que pregunta es dónde está la nurse para que describa la situación del paciente; el médico no pide al auxiliar. Es la nurse la que tiene la competencia técnica y debe dar la fotografía de 24 horas fundamentada científicamente"

Se reitera en las entrevistas el hecho de que una de las mayores dificultades se ubica en los problemas derivados de la insuficiencia de personal. Se realizan tareas que no competen a los cargos.

En la actualidad los auxiliares aplican técnicas o hacen procedimientos que antes hacían las enfermeras, a pesar de que para ello se requiere formación teórica, en muchos casos se deben tomar decisiones en base a conocimientos científicos.

"Las auxiliares no estarían ni siquiera capacitadas para sacar sangre o puncionar arterias y sin embargo lo hacen."

"Las auxiliares ocupan cargos de profesional. La relación difícil entre auxiliares y enfermeras se da por un problema de poder, y esto dificulta las estrategias gremiales. Pelean por igual función igual salario y eso pasa en todo el sector privado. Como realizan lo mismo es natural que reclamen el mismo trato. El sistema estimula esto porque a las auxiliares les pagan menos. "

Este podría ser un elemento reivindicativo ya que cumplen funciones para las que no están preparados, como parte de su propia protección como trabajadores.

La política apuntó a crear oficio pero no hay presupuesto para enfermeras universitarias".

"La rivalidad tiene otros motivos: el auxiliar se quiere sentir reconocido como lo está la enfermera..sobre todo a partir de la difusión de la alta tecnología. Trabajar en áreas alta tecnología da status; el auxiliar coloca chatas y hace el tratamiento básico del enfermo; es feo y nadie lo quiere hacer..."

"Cuando el auxiliar realiza tareas de enfermería, la nurse no puede hacer lo que quiere y lo que sabe; entonces pierde la enfermera en términos de satisfacción profesional, pierde el enfermo y el médico".

Este es un fenómeno que tiene además importantes consecuencias para la calidad de la atención de la salud porque supone un proceso de descalificación del personal de enfermería (no del puesto de trabajo), vía cambios en el perfil de calificación del personal que está a cargo de la atención hospitalaria, resultado de un incremento del volumen del personal auxiliar junto con un descenso del profesional.

3.2. La relación médico - enfermera

"Los médicos delegan en las enfermeras las tareas médicas y de administración, sobre todo en lo vinculado a la administración de recursos humanos. El trabajo práctico por lo tanto, recae sobre las auxiliares, es decir todo lo que tiene que ver con la asistencia de pacientes".

De acuerdo a las opiniones vertidas en las entrevistas realizadas, la función de la enfermera se ha desdibujado para el médico.

"En una reunión en el Hospital de Clínicas con médicos residentes, cuando se les preguntó en que consistía la función de enfermería, cuál era la diferencia entre las funciones de nurse y auxiliar no pudieron contestar... "

El desdibujamiento de la práctica de la profesión hace que se pierda calidad en la atención de la salud y recursos invertidos por el país en la formación de las enfermeras. En algunas instituciones se creó el cargo de ecónoma, lo cual implica que se dedican a tareas administrativas y dejan de lado las tareas asistenciales (historia, tarjetas, horario de visitas, acompañar al médico).

La enfermera se vuelve el elemento de referencia, es la supervisora de guardia, quien se encarga de llevar el dinero de retén, conseguir ropa, llamar al jefe de radiología, al sanitario, etc. El 98% de los problemas fuera de las horas de dirección se soluciona por las enfermeras.

En las entrevistas realizadas al personal de enfermería hay referencias a "la hegemonía médica".

"La profesión está muy supeditada a la hegemonía médica y recién ahora se están reconociendo áreas independientes. En la escuela las nurses se preparan a la sombra del médico y luego en el ejercicio de la profesión les cuesta asumir independencia. Por otra parte hay una gran cantidad de auxiliares que desdibujan las funciones de la enfermera ¿Qué hacemos nosotras y qué hacen los auxiliares?"

El médico intenta excluir a la enfermera profesional de ciertos actos para los cuales estaría calificada y ella abandona sus campos de acción bajo la presión médica, sin que exista en la práctica cotidiana un reconocimiento de los diferentes saberes.

¿Cuáles son las estrategias para retener al personal? ¿Existen? ¿Son posibles?

No parece sencillo atraer a los trabajadores a cargos estables dadas las disponibilidades presupuestales. Una muestra de ello es la demanda observada para acceder a cargos efectivos.

La forma más frecuente de acceder a los cargos es mediante interinatos o contrataciones. En el último concurso de titularidad un porcentaje muy grande del propio Hospital no se presentó aunque sí lo hicieron trabajadores de fuera. Los resultados del concurso a juicio de autoridades de la División de Enfermería dan muestra del deterioro de la formación profesional: reprobaron la prueba teórica el 60% de los auxiliares y el 33% de las licenciadas, a pesar de que habían recibido cursos de nivelación previamente a la realización del concurso.

Contrariamente a los datos recién presentados las autoridades informantes señalan que el Hospital tiene forma de brindar estímulos, que dan resultado para retener personal; personal que a su juicio, vista la trayectoria profesional y los curriculum académicos, es el más capacitado del país. Estos estímulos pasan por la posibilidad de ofrecer a través del Departamento de Educación, formación y actualización profesional, la participación en Congresos o Jornadas dentro y fuera del país (aunque para esto último se cuenta con muy escasos recursos). "...Se buscan por parte del Hospital formas de competencia frente a las instituciones privadas que no pasen por lo salarial".

Como se decía antes existe un estímulo económico, la Dedicación Compensada, pero no todas las licenciadas lo perciben.

"desde el punto de vista estrictamente laboral es más fácil irse que quedarse".

¿Por qué se quedan?

Las autoridades de la División Enfermería consideran que " *se identifican con el Hospital, se les tiene mayor consideración profesional, hacen más lo "que les gusta" que en las instituciones privadas ... la importancia atribuida a este conjunto de aspectos se demuestra en la mayor estabilidad laboral en los cargos de ascenso ...*"

En las entrevistas el personal de enfermería enfatizan como mecanismo de retención la posibilidad de aprendizaje, de desarrollo personal así como el involucramiento afectivo con el hospital. Un entrevista habla de su valoración positiva de " *la filosofía de salud del Hospital de Clínicas*", otro expresa " *lo quiero como mi casa*" o " *es el lugar donde me formé y me siento cómoda*". La satisfacción con el trabajo tiende a ser más definida en el caso de los que trabajan en servicios de mayor complejidad, por ejemplo, una enfermera que trabaja en el CTI dice que aprecia sobre todo " *la continua formación al participar en el diagnóstico del paciente*".

VII. EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PLANO ORGANIZATIVO GREMIAL

1. Las dificultades para la participación del personal de enfermería

A nivel sindical, entre los trabajadores de la salud privada el peso mayor lo tiene el personal de administración. El personal de enfermería por su parte, no tiene el papel relevante que juega en el proceso de trabajo. Tampoco incide en la política de las instituciones.

"El personal de enfermería a pesar de ser el peso cuantitativo y en quien se apoyan para la formulación de políticas en las instituciones, no se visualiza con el mismo peso relativo en el plano organizativo sindical".

La primera explicación frente a esta constatación, se sitúa en la característica del gremio en tanto *"son mujeres y además"*....los además vienen después como si no se entrecruzaran *....desde hace años que hacen doble horario*. Tienen doble horario y son mujeres porque si fueran hombres y tuvieran doble horario ¿resignarían ese lugar, resignarían la defensa de sus intereses en otros sujetos?

Recordemos que el 60% de las enfermeras se ubica en los tramos de edad de 20 a 39 años y desde el punto de vista de su estado civil, son casadas el 64.3%, divorciadas el 10.1% y solteras el 22.8%. Sus hogares se caracterizan por tener una estructura nuclear en el 62.4% de los casos, a hogares compuestos corresponden el 24.2% y a unipersonales el 9.6%, siendo hogares extendidos el 3.8%. El 36.9% no tienen hijos, el 49.4% tienen hasta dos hijos y el resto más de dos.

El doble horario es rechazado por los sindicalistas debido que este tipo de trabajo *"... tiene incidencia ideológica"* esto se explica en general -así como el hecho de hacer horas extras- porque se supone que se aumenta el grado de explotación a la que está sometido el trabajador y esto le resta capacidad de propuesta y movilización.

"... En momentos en que los salarios eran buenos en los 70, no se trabajaba en dos turnos; después aparecieron las especialidades de alta tecnología.."

Estas especialidades al retribuir en forma diferente al personal, crea cierta diferenciación en la problemática de los trabajadores y por lo tanto, de intereses. Casi la mitad de los cargos no tienen compensación económica (48.9%), mientras que un 27.9% la reciben por trabajo nocturno, un 27.9% por pertenecer a Area especializada, un 4.7% perciben la Dedicación Compensada (H.C) y por otros conceptos lo hacen el 6.7%

"En cada lugar se pelea de manera diferente, se consiguen diferentes remuneraciones y eso va en contra la de la unidad sindical...."

Otros factores que explican la baja participación sindical y la inexistencia de propuestas.

"Las enfermeras no logran patentizar en la sociedad propuestas, ni siquiera para ellas. Se trabaja individualmente, por institución, en parte también eso es responsabilidad nuestra el sindicato es vulnerable a propuestas patronales... ..tenemos un sello de individualismo y corporativismo..."

"El exceso de trabajo le resta capacidad de análisis y de propuestas. Pero además, la participación sindical del personal de enfermería cuenta con otra limitación. Debido al tipo de trabajo, tanto en las movilizaciones como en los paros, puede participar acotadamente."

"Hay dificultades para que entiendan "las medidas sindicales". Se sienten rehenes. Pueden pasar dos o tres meses sin que se paguen los sueldos, es en el único lugar que puede pasar algo así... Existe una relación de dependencia con enfermería, para los enfermos son su cable a tierra, ni hablar por ejemplo, en el CTI. "

"En particularlas enfermeras trabajan sin pensar, debido a los problemas económicos, el cansancio, el stress. A esto debe agregarse que hay muchas jefas de hogar, hay muchas mujeres sin pareja entre el personal de enfermería. Quizá esto dependa de que la enfermera puede tener también una forma diferente de relacionarse con la vida ...cuando se está tan próxima a la muerte....quizá esto incide en las relaciones de pareja, en el relacionamiento con otras personas."

En todas las entrevistas se reconoce como obstáculo a la participación sindical de enfermería el hecho de no poder hacer paros por las características del trabajo. A pesar de ello, no aparece ninguna reflexión en torno a qué otras formas de participación sindical podrían desarrollarse, qué otras medidas sindicales, de manera de incorporar a los sectores con dificultades para ese tipo de participación.

"La presencia sindical siempre fue muy limitada en los 60s era un gremio "carnero", siempre era difícil que pararan, porque su tarea está estrechamente vinculada al enfermo. Cuando el sindicato lleva a cabo un paro sienten que otros toman decisiones, y además tienen que trabajar por los que no vinieron"

"Por su formación, por su educación no se concibe dejar a un enfermo. Los médicos van a congresos, las licenciadas no van ni a una reunión. Se trata de algo así como un apostolado; en emergencia hay que atender aunque no haya gente o camas. El médico no pregunta si se puede ingresar un nuevo enfermo, si hay personal o camas ... dice la emergencia tiene que funcionar"

2. Relación enfermeras - sindicato

"La enfermera profesional tiene una propuesta corporativista...su asociación es profesional...y son herméticas."

"El sindicato (UTH) siempre tuvo una comisión de enfermería y siempre se beneficiaba a las profesionales. Cuando las auxiliares avanzaron al escalafón de técnicas -antes estaban en el de oficios- las nurses pasaron al escalafón profesional."

"¿Por qué no participan? Hay problemas de base, no es clase obrera, es un profesional proletario con salarios bajos."

"La problemática de la enfermera para el personal de la salud es similar a la problemática de la mujer; el sindicato no entiende sus especificidades."

Quien hace esta afirmación es una militante de muchos años y dirigente sindical de primer nivel en el sector privado, y agrega....

"Yo jamás me pongo a hablar de estas cosas con ellos, si lo hiciera no me entenderían"

La reflexión sobre el proceso de trabajo, la calidad, la eficiencia, la eficacia no están presentes en la reflexión sindical. A pesar de los reconocidos problemas del sistema de atención de la salud se dice que no hay una posición por parte del sindicato sobre esto. A diferencia de otros sectores de trabajadores no se distingue entre los trabajadores de la salud una propuesta política para el sector.

"Ni siquiera se discute el tema de la relación con los pacientes ... No se quiere discutir el relacionamiento con el producto:"

"La salud está al borde de caer el sistema mutual y las preocupaciones son las fuentes de trabajo y no hay proyecto alternativo de reforma aunque todos coinciden en la necesidad de la misma"

Discutir la forma de organización del trabajo se percibe por parte de las autoridades del departamento de enfermería del Hospital de Clínicas como algo difícil.

"... les encanta el "taylorismo" ... les gusta organizarse en base a tareas realizadas a los largo de las salas y no a la atención global de una cierta cantidad de enfermos; con eso se pierde el control global, y si se les exige, se desorientan... Como resultado, cuando termina la jornada no puede realizarse una evaluación de resultados."

"Política de salud siempre hay aunque no esté escrita...pero hay que pensar como debe funcionar el equipo de salud, no se percibe la ventaja del trabajo de equipo..."

Modificar desde adentro las condiciones no es simple, en particular en el Hospital de Clínicas la planificación se ve dificultada por las condiciones presupuestales.

"Se trabaja con incertidumbre, si mañana cualquier institución privada abre un servicio más, se lleva 20% del personal universitario. Es difícil realizar previsión estratégica los recursos tecnológicos, los cambios preparación de los recursos humanos, son áreas de indefinición".

La primera asociación se creó entre 1920 y 1922; posteriormente en 1946 se creó la Asociación de Nurses de Uruguay. En 1981 se incorpora la idea del Colegiado el que se concreta en 1992 momento en que se cambian los estatutos para responder a nuevas necesidades. Los objetivos del CEDU son incidir en el logro del bienestar de la enfermera, la mejora en las condiciones de trabajo y los salarios.

Desde el Colegio de Enfermeras se impulsó el Proyecto de Ley Nacional de Enfermería¹⁹ que en forma sintética describe las funciones que le competen a enfermeras licenciadas y a los auxiliares. En su exposición de motivos se señala como el avance tecnológico y científico operado vuelven insuficientes las actuales normas legislativas o reglamentarias. Asimismo se destaca que la legislación comparada muestra que "la estructura de la profesión está mal definida y es variable."

Se reconocen como competencias exclusivas de los licenciados: Conducir y participar en el proceso de atención que realiza el equipo de enfermería así como en la enseñanza, asumiendo en lo asistencial las tareas de complejidad, para las cuales ha sido curricularmente capacitado; formular diagnósticos de enfermería, tratamiento y evaluación de los mismos; participar en la investigación en las áreas de competencia; administrar los servicios docentes y asistenciales de enfermería; ejercer cargos de dirección; evaluar la capacidad profesional del personal de enfermería en concursos, pruebas de ingresos, promoción, etc.

Se aclara que el auxiliar deberá realizar las tareas para las que está curricularmente preparado y que dependerá de la dirección y supervisión del Licenciado en enfermería.

¹⁹. "Los lineamientos de este proyecto fueron elaborados en sus comienzos por el Comité Nacional de Legislación de Enfermería, integrado por Licenciadas y Auxiliares de Enfermería, posteriormente analizado en las diferentes regiones del país y aprobado en un encuentro nacional de diciembre de 1990". El reglamento vigente es el Reglamento de Nurses del 23 de marzo de 1934. Exposición de motivos del Proyecto de Ley Nacional de Enfermería.

VII. LA "MARCA" DE GÉNERO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Los esfuerzos por la jerarquización de la profesión chocan con la imagen social impregnada de la "marca" de género. Dar cuidados no es reconocido socialmente como un saber, se trata de una práctica, una prolongación de la práctica de las mujeres en el seno de la familia, en relación a los niños, los viejos y los enfermos.

Dar cuidados es responder a las necesidades múltiples de los pacientes, es estar dispersada como las amas de casa en una multitud de actos que no significan todos una calificación.

El hecho de que las enfermeras hayan sido durante mucho tiempo religiosas ha dejado sus huellas. Estas, al dejar sus familias llevaban sus roles femeninos a la institución hospitalaria, sublimados por el abandono de la maternidad y de la relación sexual.

"En todo caso ellas eran las madres devotas de todos los enfermos y las esposas sumisas de los médicos. Ellas tenían una vocación y no una profesión, abnegación y ningún salario" (Université des Femmes, 1989)

Trabajos realizados en Francia sobre la Coordinación Enfermería han avanzado en distinguir los rasgos propios del trabajo de enfermería (ver Kergoat D. 1991).

Kergoat dice que se le pide a las enfermeras simultáneamente:

- a. funcionar todavía en base al modelo de la vocación, la profesión continúa siendo definida alrededor de la persona de la enfermera, más que sobre una determinación clara de los cuidados de enfermería;
- b. demostrar en sus prácticas cotidianas una calificación cada vez más elevada en el doble registro de lo técnico y lo relacional.

Precisamente esta autora sitúa en el choque entre estos dos modelos una de las causas que hizo eclosionar uno de los movimientos contestatarios más importantes protagonizados en Francia en la última década.

La vocación postula -dice la autora antes mencionada- *"una relación inmediata, cuasi visceral, entre el individuo y la profesión"*. La ideología de la vocación perdura actualmente a través de las nociones de roles profesionales, tal como son evocados en la formación.

Es en este sentido que pone de manifiesto que la profesión continúa pensándose alrededor de la persona de la enfermera. Los roles sociales asignados a las trabajadoras son roles femeninos vinculados a cualidades más que a una calificación y vinculados a cualidades individuales.

Las enfermeras profesionales entrevistadas expresan que:

"les debe gustar la profesión", "ser sensibles", "hay que tener pasta", "una gran entrega".

Es en este cuadro que es pensada en la ideología dominante la calificación relacional.

En cuanto a la calificación técnica, no es casi evocada sino en términos de habilidad, de desenvoltura, en el mejor de los casos de capacidad, en el sentido de tener una buena formación básica.

Una joven enfermera del CTI del Hospital de Clínicas nos decía:

"el problema es que la carrera de enfermería está mal vista socialmente, no es reconocida, se habla mal de esta profesión. Y vos tenés que asumir que lo vas a llevar siempre, por más buen profesional que seas, las gracias van a ser para el médico, el profesional es el médico. Y como que te duele, y eso te lleva a veces a que te cueste definirte y apostar por esta profesión."

De aquí deriva una dificultad enorme para construir la noción de calificación. No se codifican las cualidades morales y por lo tanto no se les puede hacer remunerar. Como tampoco las cualidades de género. Tampoco la definición social de una competencia profesional puede reposar sobre una lista de cualidades individuales. Permanece en el dominio de la esencia, de la educación moral, está en todo caso fuera del intercambio mercantil, fuera de la relación asalariada.

Las entrevistas realizadas al personal de enfermería del Hospital de Clínicas muestran una imagen profesional constituida alrededor de la vocación y de la persona enfermera definida por roles prescriptos.

Se mencionan las cualidades individuales tales como la buena comunicación con el paciente, la capacidad de acercamiento. Cualidades innatas para lo relacional. Una nurse de 50 años muestra su preocupación por los cambios en términos de la desvalorización de estas cualidades:

"...Estamos mezclados en una situación de mucho individualismo, la gente vive muy estresada, muy ocupada, y sin saber que la enfermería es ocuparse de otro ser humano, mucha gente le parece que no tiene tiempo para eso"

Todas/os las/os entrevistadas/os cuestionan los bajos salarios. Sólo algunos no aceptan el pretexto de la abnegación. Suponen que este trabajo para ser bien hecho supone una fuerte implicación individual y según algunos "sacrificio". *Pero en tanto implicación y sacrificio son cualidades necesarias de la fuerza de trabajo de enfermería deben ser retribuidas.*

Hipotetizamos que la dificultad para el renacimiento material y simbólico de la profesión radica en la falta de construcción del concepto de calificación en relación a los cuidados de enfermería.

Las enfermeras expresan conciencia de que:

"En el ámbito profesional se traduce la impronta de la sociedad en el sexo."

En la relación con los médicos y con las jerarquías institucionales, para discutir o negociar asuntos profesionales ser hombre o mujer es una diferencia que hace a las formas de relacionamiento y a los resultados del mismo.

“Aun con los mismos argumentos científicos es otra la actitud con los licenciados ... Si yo hablo con un profesional de mi servicio me escucha porque un hombre habla de cosas serias ... por otro lado pueden ejercer más el machismo con las mujeres, conmigo es más de igual a igual, aquella noción de que ... los problemas se arreglan entre hombres...”

Las enfermeras son conscientes de esta situación, de hecho prefieren que en determinadas instancias de dirección haya hombres, porque eso les asegura un mejor uso del poder. De acuerdo a las entrevistas realizadas, la dirección de la División de Enfermería está en manos de un hombre porque las enfermeras creyeron que eso era lo más conveniente para defender sus intereses y sus propuestas.

“También podría decirte que de acuerdo a la experiencia entre las mujeres médicas y los hombres licenciados no hay mucha empatía”

“También hay rivalidades entre mujeres que no se dan con los hombres.”

“A los varones les gusta trabajar en las emergencias móviles tiene algo de masculino, de importante ir al rescate, andar en las unidades móviles con las luces y la sirena encendida.... En todas las unidades móviles va un hombre....”

La relación vida profesional/ vida familiar aparece claramente:

“Ellos le dan menos importancia a lo de la casa ... los hombres dan una cantidad de cosas que la mujer no da... como tiene otro trabajo más que es la casa, tiene otras preocupaciones. Para los hombres es más fácil hacer horarios a ellos... “...no se les enferman los hijos” ..

Este tipo de reflexiones que toma en cuenta una perspectiva de género no se traduce ni en la práctica ni en el discurso sindical. Sin embargo, ha estado presente en prácticamente todas las entrevistas, ya sea para justificar la baja participación sindical o la falta de propuestas políticas en base a la situación y posición de las mujeres en la sociedad y a las determinaciones genéricas para elegir la carrera.

Tampoco están presentes, otro tipo de temas como el acoso sexual, las relaciones entre hombres y mujeres en las particulares condiciones de horarios, convivencia, situaciones de stress, etc. En el único caso en que apareció uno de estos temas fue vinculado a un problema de acoso sexual denunciado por un paciente en relación a un auxiliar homosexual, en el Hospital de Clínicas. El resultado del conflicto que se originó a partir de la denuncia fue que el auxiliar se fue del Hospital y del país.

No es raro que estos planteos no estén presentes en el sindicalismo, aún cuando individualmente se planteen cuando los entrevistados son interrogados al respecto.

La necesidad de tener una política desde y hacia las mujeres trabajadoras, en la medida que se visualizan con problemas específicos e identidades diferentes a la de los trabajadores hombres, tuvo expresión durante el período 1986-1992 debido a la conformación de la Comisión de Mujeres del PIT/CNT y la labor por ésta desarrollado. Posteriormente, un conjunto de factores confluyeron para desarticular este trabajo. En un contexto de escasa comprensión del tema debido a barreras ideológicas que están en toda la sociedad y también en el movimiento sindical, incidieron otros factores: las fracturas de la "izquierda"; el alejamiento de mujeres militantes debido a la falta de estímulo a permanecer en estructuras políticas o sindicales cerradas a nuevas formas de hacer, a nuevas demandas; la caída de generalizada de la participación y la movilización de los movimiento sociales.

¿Qué explica esa actitud prescindente cuando no de rechazo del sindicalismo hacia la aceptación de sujetos sociales diferentes? ¿Se trata solamente de un tema tabú?

El movimiento sindical uruguayo ha permanecido bastante ajeno a las nuevas reivindicaciones, a la influencia de los movimientos de nuevo tipo y los nuevos temas. La búsqueda de identidades diferentes, de la diversidad social y la comprensión de las características cada vez más heterogéneas de la clase trabajadora no ha sido una prioridad para el sindicalismo que ha seguido dirigiéndose a un trabajador típico de otra época.

Los cambios en la clase trabajadora dados por nuevas condiciones como doble trabajo, las modificaciones en el peso relativo de los distintos sectores de actividad, las nuevas formas de organización del trabajo como tercerización, la precarización del trabajo salariado, y la propia incursión de la mujer en distintos grados apenas han formado parte tímida del discurso sin concretarse en prácticas.

IX. SINTESIS Y CONCLUSIONES

1. Los datos presentados dan cuenta del desequilibrio existente en Uruguay en la relación enfermeras-os/médicos. En particular, el Hospital de Clínicas soporta una grave carencia de personal de enfermería, especialmente profesional. Esta situación tiene graves implicancias a nivel asistencial y docente en términos de la descalificación del personal hospitalario (no del puesto de trabajo).

2. El mercado de trabajo del país en los últimos años ha sufrido un conjunto de impactos que se reflejan tanto en la composición de su fuerza de trabajo como en la dispar evolución de los ingresos. Esta última es evidente cuando se compara la evolución de los salarios promedio entre el sector público y privado. También al interior de cada uno de estos sectores, aparecen importantes diferencias dependiendo de la rama de actividad o el sector de pertenencia.

En esta dispersión han confluído cambios de carácter estructural en la economía, así como la aplicación de una política salarial-que tanto en el sector público como en el privado ha alentado la descentralización de las negociaciones. De este modo, dicha evolución ha respondido a la capacidad de pago de las empresas, al menor o mayor margen de maniobra de las diferentes áreas del sector público respecto a orientaciones de políticas, o la capacidad de negociación de los sindicatos, organizaciones de trabajadores y gremiales profesionales.

En el caso concreto de los trabajadores de la salud, en particular del sector privado de la asistencia, han logrado a través de la realización de Convenios, sobre la base del traspaso de cierto margen de los aumentos de los costos a los precios, en condiciones de una demanda creciente, proteger los salarios del proceso inflacionario e inclusive incrementar el salario real promedio en el período 1991-1995.

Por su parte, los trabajadores de la Universidad y particularmente del Hospital de Clínicas, en el mismo período, a pesar de las variadas formas que se han manejado como compensaciones, partidas extrapresupuestales, etc., no han logrado preservar el poder adquisitivo de sus salarios.

Los salarios promedio del personal de enfermería del Hospital de Clínicas, se ubican por debajo de los del sector privado de la salud. Sin embargo, en esta comparación debería considerarse la cantidad de horas semanales en cada caso ya que en el Hospital, mientras se paga por 36 horas se trabajan efectivamente 30.

La diferenciación salarial de los enfermeros/as se explica no solamente por el sector institucional en que se ubican sino también por su inserción en determinadas áreas médicas y de alta tecnología que reciben compensaciones especiales.

Finalmente, si bien entre las enfermeras universitarias no es posible determinar con los datos disponibles, los diferenciales de salarios entre hombres y mujeres, entre otros trabajadores de la salud, médicos y cirujanos y auxiliares de enfermería los mismos son significativos; principalmente entre los primeros y aunque menores también se presentan entre los auxiliares.

3. No sólo los bajos salarios, sino también las condiciones y el ambiente de trabajo inciden en el abandono de los puestos, sobre todo de parte de las enfermeras profesionales que pueden aspirar a otras condiciones en instituciones privadas. Las carencias infraestructurales, los problemas de organización y gestión, el sobretrabajo y la evaluación negativa de las relaciones en el equipo de salud pueden funcionar como factores "expulsores". Frente a ellos pueden verse como factores que favorecen la retención del personal la característica de la institución, la política de formación de recursos humanos y la vinculación afectiva con el ámbito donde comenzaron la carrera profesional.

Las entrevistas realizadas dan cuenta de los variados factores, de orden objetivo y subjetivo, que orientan las preferencias de enfermeros/as para insertarse en uno u otro tipo de instituciones: carga de trabajo administrativo, volumen de trabajo en términos de cantidad de pacientes y auxiliares, nivel de exigencia en términos de rendimiento, cumplimiento de horarios, puntualidad, ingerencia de los directivos de las instituciones privadas en aspectos técnicos, etc.

4. En momentos en que se plantea a nivel internacional y también en nuestro país el nuevo marco de la flexibilización del sistema hospitalario introducir el tema de la calificación y valorización del papel de la enfermería es fundamental.

En la mayor parte de los países se están produciendo importantes cambios en el sistema hospitalario, que seguramente tendrán consecuencias en términos de la calificación del personal de enfermería.

Se está procesando una modificación técnica del sistema hospitalario a través de la puesta en funcionamiento de redes informáticas y la tecnificación creciente de los equipos a cargo de los servicios.

Se busca la optimización y la racionalización de la gestión: los pacientes rotan rápidamente en los servicios de punta, aparecen nuevas fórmulas como hospital de día, de noche, etc., lo cual tiene consecuencias en términos de calificación.

Aparecen nuevos modos de gestión del personal, la movilidad de personal intra y interservicios en función de la definición de polos "pesados", llevando consigo cierre y reestructura de servicios y del hospital.

Todo esto induce a perturbaciones en la división del trabajo en el hospital y en las relaciones entre categorías.

La tecnificación creciente reduce la autonomía de las enfermeras obligándolas a definirse constantemente en relación a otros grupos: auxiliares, paramédicos, médicos y también obligando a estos otros grupos a entrar en relación a las enfermeras.

Razonar en términos de autonomía del servicio de enfermería por relación a las otras categorías parece improbable.

Enfermeras y auxiliares de enfermería son igualmente afectadas por la movilidad o cuando un servicio les solicita responsabilizarse por el trabajo no cubierto.

Cambiar la representación de los médicos de la enfermería no parece fácil. Habitados a una jerarquía en la cual están en la cúspide, en general los médicos oponen una fuerte resistencia a reconocer el valor profesional autónomo de las enfermeras aunque ellos reconozcan que no podrían curar sin las enfermeras que cuidan.

De las entrevistas realizadas a los médicos se desprende que aquellos que se encuentran en servicios de mayor complejidad tecnológica parecen tener más conciencia de la necesidad de trabajar en equipo con el personal de enfermería.

Parecería que la globalización del problema hospitalario exige planteos sindicales y gremiales de todos los sectores de trabajadores.

Ello no implica desconocer que la situación estructural de las enfermeras requiere, por su parte, de un tratamiento diferenciado que tome en cuenta a un trabajo mal definido y con riesgos específicos de salud.

En el caso particular de enfermería juega adicionalmente una conformación mayoritariamente femenina, que contribuye a generar esa identidad contradictoria de mujer-trabajadora y que crea ambigüedades entre la vocación y la calificación.

Los problemas y los desafíos: calificación versus vocación, estrategias sindicales que permitan nuevas formas de movilización, elaboración de propuestas políticas capaces de colocar en el debate público los problemas de la salud; propuestas de reformas, que sí no las encara el movimiento sindical, de todas maneras se llevan adelante. Al respecto hay evidencias: se combate mediante la oposición la privatización, al tiempo que el movimiento privatizador se da calladamente y en los hechos, por las más diversas vías.

Una reflexión que reconozca el carácter específico de las trabajadoras, sus intereses, sus demandas y el aporte que la misma podría hacer a la democracia sindical y a la democracia en la sociedad están ausentes del discurso de los sindicatos, pero no de la reflexión a nivel individual de los trabajadores.

El discurso sindical permanece ajeno a la misma sin intentar recogerlo, porque no se comprende o bien, como si plantear estas cuestiones les restara a las dirigentas fuerza política en el momento de ponerse en "pie de igualdad" con los hombres, y a los hombres, les restara fuerza frente al movimiento al aparecer con temas que aun no están legitimados o tuvieran temor al viejo fantasma del divisionismo, mientras la clase parece dividirse por la vida misma y las nuevas condiciones económicas, sociales y culturales de los tiempos que corren.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, Rosario Transformaciones recientes en el empleo femenino urbano en el Uruguay. Serie Seminarios y Talleres N° 86. CIEDUR. Montevideo.

Barbato, Celia y Serra, J. Informe Final Estudio de Pre-factibilidad del Proyecto Centro Médico. Febrero 1996.

Barrán, José Pedro. Aspectos de la medicalización de la Sociedad Uruguaya. En: La medicalización de la Sociedad. Ed. Eco Teca. 1993.

Bucheli, M; Cassoni, A; Diez de Medina, R; Rossi, Máximo Recursos humanos en el proceso de ajuste: El caso Uruguayo. Revista de Economía, Vol.1, N°1. Segunda Epoca. BCU. Mayo de 1994. Montevideo.

Bucheli, Marisa Diferencias sectoriales de salarios en el Uruguay. Revista SUMA. abril de 1992. CINVE. Montevideo.

Casacuberta, C; Espino, A. Las diferencias salariales en la industria manufacturera. Mimeo. 1992, CIEDUR, Montevideo.

Convenio C.O.F.E. - CIEDUR Estudio de la situación salarial en la Administración Central. Informe Final. 1996. Montevideo.

Diez de Medina, Rafael El sesgo de selección en la actividad de jóvenes y mujeres. Revista SUMA. N° 13. Octubre de 1992. CINVE. Montevideo.

Espino, Alma La clase obrera sí tiene sexo. Revista 5mentario 2. Montevideo. 1990.

Espino, A. Las trabajadoras en el sindicato: ¿un intento por sumar fuerzas o un objetivo transformador del sindicalismo? En: Los desafíos del movimiento sindical. DATES-CIEDUR. Montevideo. 1991.

Espino, A. ¿Hay lugar para las mujeres en el movimiento sindical? En: Mujer y poder en los márgenes de la democracia uruguaya. Montevideo, GRECMU, 1990.

Gaucher, Dominique Le maternage mal salarié. Travail sexué et discrimination salariale en milieu hospitalier. Les Presses de l'Université de Montréal. 1983.

Gubin, Eliane Les femmes ont toujours soigné. SEXTANT. Femmes et Medicine. Hiver 94-95. ULB.

Instituto de Economía - Informe de Coyuntura Uruguay '95. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de la República.

Kergoat, Danièle La coordination infirmière. Cahiers du GEDISST 2. IRESO- CNRS. 1991.

Kergoat, Danièle A propos des enjeux en matière de qualification du mouvement infirmier en France. STEUNPUNT WAV. Verslabboek, dec. 1991.

Murguialday, Clara - Obreras que son mujeres en la planta y en el sindicato. Montevideo, GRECMU - AECI- ICI. 1990

Paul, Ellen Equity and Gender. Cap. 1 The case for comparable Worth. Transaction Publishers. New Brunswick. New Jersey. 1989.

PREALC - OIT - Enfoques alternativos sobre el mercado del trabajo: un examen de los modelos neoclásicos, Keynesiano, neomarxista y de segmentación. Documentos de trabajo. Noviembre de 1985. Chile.

Proyecto de Investigación sobre trastornos psicosociales del personal de enfermería del turno nocturno. Mimeo, 1991. Montevideo. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Supervielle, Marcos - Tendencia a la privatización en el sector salud.: Los seguros parciales en la privatización. Mimeo. 1991. Montevideo.

Tomneu, Dominique Les conditions de travail en milieu hospitalier. ANACT. Paris. 1986.

Wainerman, Catalina, Geldstein, R. Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en Argentina. Cuadernos del CENEP. No. 44. Buenos Aires. 1990.

Wainerman, C., Binstock, G. Ocupación y género. Mujeres y varones en Enfermería. Cuadernos del CENEP. No. 48. Buenos Aires. 1993.