

SERIE POLÍTICAS SOCIALES

31

**REFORMA SECTORIAL Y MERCADO DE TRABAJO
EL CASO DE LAS ENFERMERAS EN SANTIAGO DE CHILE**

**Marcela Weintraub
Teresa Hernández
Verónica Flores**



**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1999**

LC/L.1190
Abril de 1999

Los estudios contenidos en esta publicación fueron presentados al Seminario "Reformas sectoriales, mercado de trabajo y gestión de recursos humanos en salud, realizado en la CEPAL, en Santiago de Chile, el 27 de agosto de 1998, en el marco de un esfuerzo de colaboración con la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El documento contiene una presentación al tema, elaborada por Francisco León, Oficial de Asuntos Sociales de la CEPAL y las investigaciones de Teresa Hernández, Marcela Weintraub y de Verónica Flores. La presente versión de ambos estudios incorpora los comentarios recibidos en dicho Seminario. Las opiniones expresadas en este trabajo, que no fue sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

INDICE

	Página
Resumen	5
INTRODUCCIÓN	7
Capítulo I	
ENFERMERAS UNIVERSITARIAS EN HOSPITALES PÚBLICOS Y CLÍNICAS PRIVADAS: PERCEPCIÓN DE SU SITUACIÓN LABORAL <i>Teresa Hernández y Marcela Weintraub</i>	9
A. DEFINICIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
B. RESULTADOS	12
C. CONCLUSIONES	36
ANEXO	39
Capítulo II	
ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL MERCADO LABORAL Y LA GESTION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA <i>Verónica Flores y Marcela Weintraub</i>	47
A. INTRODUCCIÓN	47
B. ENTREVISTAS A INFORMANTES CALIFICADOS	50
C. ESTUDIOS DE CASOS	51
D. CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	66

Resumen

La expansión del mercado laboral en el sector de la salud y la transformación de los modelos de gestión y administración de los recursos humanos sectoriales, plantean la necesidad de conocer la evolución que ha tenido el personal de enfermería, en cuanto a sus características y funciones dentro de las instituciones de salud, debido tanto al desconocimiento que existe sobre éste, como a la diversidad que presenta. La primera investigación se centra en la situación laboral y la percepción subjetiva de las enfermeras universitarias, egresadas desde 1975 que actualmente trabajan en hospitales públicos y clínicas privadas de la Región Metropolitana. A su vez, se entrega información sobre los desplazamientos de las enfermeras universitarias entre hospitales públicos y clínicas privadas. El segundo estudio pretende ser una aproximación a los temas de dotación y distribución de funciones del personal de enfermería, modelos de gestión y diversidad del mercado del trabajo de las enfermeras universitarias, auxiliares de enfermería, técnicos paramédicos y cuidadoras.

INTRODUCCIÓN

Las reformas estructurales en curso en los países latinoamericanos y caribeños son hoy objeto de seguimiento y de evaluaciones orientadas a mejorar su eficacia y eficiencia, así como su adecuación a las cambiantes situaciones nacionales. Para muchos se necesitan todavía reformas de segunda generación, si se quiere garantizar el crecimiento sostenido de las economías y el logro de la equidad social. Todas ellas solo serán viables si se transforman las prácticas de distintos actores: empresas, organismos y personas. En tal sentido, la identificación de "las mejores prácticas" constituye una condición necesaria para el desarrollo de las mismas. La División de Desarrollo Social ha otorgado un espacio importante de su serie de publicaciones a darlas a conocer.

Entre las reformas de salud introducidas en las dos últimas décadas, la reforma chilena, iniciada en 1983, tiene especial importancia por ser la pionera. Las transformaciones en el funcionamiento del sector han alcanzado un desarrollo que facilita su análisis y evaluación y explica que sea uno de los casos más estudiados en la región. Los estudios realizados, sin embargo, en general han privilegiado aspectos como el surgimiento de los seguros privados de salud (Isapres) o incursionado en los modelos de gestión y la descentralización de los servicios y prácticamente han ignorado la expansión del mercado de trabajo sectorial y su influencia en el manejo de los recursos humanos. Las dos monografías que integran esta publicación vienen a llenar un vacío y muestran la importancia de esta dimensión de las reformas y de los sistemas emergentes de salud.

El sistema de salud chileno previo a la reforma, basado en un servicio público dominante y presente en todos los niveles de atención, hacía que la administración centralizada de los recursos humanos en el marco de un estatuto administrativo muy detallado y con escaso espacio para la acción discrecional de los empleadores directos, prestará poca atención al funcionamiento del mercado de trabajo sectorial. El Servicio Nacional de Salud (SNS) determinaba centralmente las contrataciones y despidos, los niveles de remuneraciones y otros beneficios -incluyendo algunos de formación profesional- e influía o determinaba directamente los movimientos de la mano de obra a través de la carrera funcionaria. La mayoría de los profesionales, técnicos y demás trabajadores de la salud iniciaban y desarrollaban toda su vida laboral sin salir del SNS. Complementariamente, el FONASA fijaba los aranceles médicos y de atención profesional, en general, influyendo decisivamente en los ingresos laborales de profesionales cuya dedicación horaria principal era, por demás, el propio SNS. La atención privada era tan marginal que escasamente podía influir en el funcionamiento y menos permitir la expansión del mercado de trabajo.

En ese contexto, las enfermeras y auxiliares de enfermería constituían un arquetipo del profesional y del técnico cuya carrera transcurría en el SNS y cuyo régimen laboral correspondía a la letra y el espíritu del estatuto administrativo regulando el manejo de los recursos humanos. A diferencia de los médicos y otros profesionales de la salud, el FONASA no permitía la demanda privada de sus servicios a través de la modalidad de libre elección, en una gama limitada de atenciones a los usuarios. La formación de las auxiliares de enfermería era realizada, mayoritariamente, en los hospitales del SNS, y lo mismo sucedía con las especializaciones de las enfermeras

universitarias. El rezago histórico de las remuneraciones y las duras condiciones de trabajo de enfermeras y auxiliares de enfermería explicaban la alta deserción en los centros de formación y, *-ex post-* la alta proporción de graduadas de enfermería que trabajaban en actividades no directamente relacionadas a su formación o que no trabajaban.

La reforma sectorial impulsó la expansión del mercado de trabajo, principalmente a través de la privatización de los servicios y la consiguiente expansión del número y la importancia de los prestadores privados, la municipalización de la atención primaria y la descentralización de la gestión de los recursos humanos dentro de los servicios públicos. Sin embargo, la mantención del estatuto administrativo en el sector público de salud y una reforma laboral orientada a la flexibilización de las contrataciones, de los despidos, de las formas de pago, de la jornada laboral y de las condiciones de trabajo en general, en el sector privado, determinó la segmentación o funcionamiento dual del mercado de trabajo de salud. La expansión del mercado de trabajo es un proceso que, aunque continuo, resulta de medidas adoptadas en el curso de más de quince años y de su progresiva influencia en las prácticas de los trabajadores de la salud y de gestión de personal de los empleadores públicos y privados. Sin embargo, muchos siguen pensando que nada ha cambiado en el sector salud en materia laboral y que, por ejemplo, la solución de la dificultad de contratar enfermeras universitarias en muchos servicios públicos de salud o en los consultorios de atención primaria municipalizados puede aún resolverse con la formación de un número mayor de estas profesionales, que basta con redefinir las categorías de auxiliares y técnicos en enfermería o crear cursos de especialización en enfermería para que esas categorías o especialistas sean aceptadas por el conjunto de empleadores.

Las autoras de estas monografías han comenzado a levantar el velo a una realidad tan dinámica como desconocida por muchos de los especialistas y participantes en las reformas de salud de América Latina y el Caribe. Un mercado de trabajo *sui generis* de cuyo funcionamiento dependerá cada vez más la eficiencia de los sistemas y la calidad de los servicios de salud.

Capítulo I

ENFERMERAS UNIVERSITARIAS EN HOSPITALES PÚBLICOS Y CLÍNICAS PRIVADAS: PERCEPCIÓN DE SU SITUACIÓN LABORAL

Teresa Hernández y Marcela Weintraub

A. DEFINICIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de los recursos humanos del sector salud, es importante tener un mayor conocimiento acerca de la profesión de enfermería, debido tanto al rol fundamental que cumplen en las instituciones de salud, como a los bajos índices que presenta Chile en disponibilidad de servicios de enfermería, con 44,6 enfermeras por cada cien mil habitantes, y considerando que la formación de profesionales de enfermería ha disminuido desde 377 en el año 1984 a 250 en el año 1994 (MINSAL, 1997). Esto, debido en gran parte a que "en 1981 los cambios legales en la educación superior, dejan a la carrera de enfermería fuera de la exigencia de profesión cuya formación sea exclusivamente de responsabilidad universitaria. Este hecho coincide con el cierre de diversas unidades académicas en diversas regiones del país. La decisión... continúa repercutiendo a la fecha por cuanto se produjo un déficit importante de egresos, situación que ha sido difícil de revertir" (Alvarez, M.; 1994: 9). Esto, a pesar que se han abierto escuelas de enfermería en los años noventa en la Universidad de La Serena, de Santiago y de Los Andes.

Por otra parte, la OIT reconoce que "la característica dominante en la situación actual del empleo del personal de enfermería es la escasez de trabajadoras calificadas... el número de enfermeras es muy inferior a las que serían necesarias" (OIT; 1960: 27), lo que plantea la importancia del reclutamiento y conservación del personal de enfermería. Algunos aspectos que influyen en esta situación son: la organización del horario de trabajo, pocas veces compatible con la vida conyugal o familiar; el cambio de profesión por otra actividad, debido a las condiciones desfavorables de trabajo, especialmente con relación al salario y el horario; las escasas posibilidades de ascenso; la insatisfacción con la organización y los métodos del trabajo.

Es importante mencionar a su vez, la alta feminización de esta profesión, en la cual según datos del INE de 1992, 92.5% de las enfermeras universitarias son mujeres (Universidad de Chile, 1996). Es por esto, que es importante mencionar que un estudio acerca de enfermeras debe considerar la situación de la mujer dentro del mercado del trabajo. "Las mujeres profesionales de la salud ocupan un alto porcentaje de la fuerza de trabajo considerada típicamente femenina. En ellas, además de la problemática del trabajo de la mujer en Chile, no pueden desligarse los problemas que se producen al interior de los sistemas económico-productivos en donde labora... la mujer trabajadora en su doble rol, y más aún si es trabajadora en la salud, se ve enfrentada a modalidades

de trabajo que requieren adaptación por parte de ellas como de su grupo familiar" (Encalada,1994:2).

La OPS, por su parte, ha definido el rol de la enfermera como "facilitadora, asesora, promotora y evaluadora de la salud de la colectividad" (OPS; 1997: 6), siendo éstas un insumo importante para la productividad y calidad de los servicios. Se reconoció, a su vez, que la falta de estímulos, incentivos, promoción y evaluación del desempeño contribuyen a la deserción laboral, a la insatisfacción de las enfermeras, y a la falta de compromiso con la gestión. Asimismo, la importancia de conocer la situación de la enfermería radica en que este grupo profesional ha sido reconocido como el que más contacto tiene con pacientes, familias y comunidad, a la vez que cuenta con experiencia y conocimiento acerca del trabajo en equipo y atención primaria de salud (OPS, 1993).

Es importante considerar también, dentro de un estudio sobre enfermeras, la evolución del sistema de salud en las últimas décadas. Un aspecto importante de ésta, fue el surgimiento de las Isapres dentro de las reformas previsionales establecidas en 1981, que dieron la opción a las personas de afiliarse al sistema estatal o a estas entidades privadas. Esto significó la expansión del mercado laboral de los profesionales de la salud en el ámbito privado, en centros médicos, clínicas, casas de reposos e Isapres, así como también la emigración de estos del sector público al sector privado de salud. De esta forma, mientras que en el año 1981, el número de camas en el subsistema público alcanzaba las 33 692, comparado con 3 855 del privado, esta cifra cambia para 1992, con 32 279 y 10 600 camas respectivamente para cada sector (MINSAL, 1994).

La tendencia de esta evolución desde el año '81 muestra que "sólo el 1% de las cotizaciones fluían hacia las Isapres. Esta participación aumentó sostenidamente en el período, para superar aquéllas del sistema estatal ya casi desde 1987... En un lapso de menos de siete años, el sistema Isapres ya captaba más del 50% de las cotizaciones obligatorias de salud y, al final de 1988 los afiliados (y familiares) a Isapres alcanzaban un 11,6% de la población total" (CEP; 1994: 98). De esta forma, las Isapres han causado que crecientes volúmenes de recursos, financieros y humanos, para la salud se vuelquen hacia el sistema privado, ya que por ejemplo, el gasto en salud de un afiliado a ISAPRE era en 1988, 4.6 veces el de un afiliado al sistema estatal. Como contraparte, se produjo una fuerte reducción de la participación en el gasto por parte del sistema estatal, además el gasto público en salud experimentó una fuerte caída desde el '83 producto de la recesión económica experimentada desde el '82, la que comenzó a recuperarse para el año '88.

La encuesta CASEN de 1990 reveló que el 68.8% de la población es beneficiario del sistema público de salud, mientras que el 15.1% del sistema de Isapres, siendo el 40% más pobre de la población el que se concentra mayoritariamente en el sistema público. También se observa que hasta marzo de 1990, el gasto en remuneraciones del Servicio Nacional de Salud no experimentó aumento en términos reales, siendo probable que el sistema público se haya ajustado por la pérdida de profesionales de salud más capaces. De esta forma los profesionales de la salud más calificados han ido emigrando por mejores sueldos y condiciones de trabajo, desde la atención primaria hacia la secundaria o terciaria, y también a proveer de servicios al sistema de Isapres. Esto, en su conjunto, puede haber generado una caída en la productividad y una pérdida de calidad en las prestaciones del sector público, por lo que se requirió de un reajuste de remuneraciones al sector público en 1992 (CEP, 1994).

Es por esto, que el gobierno de Patricio Aylwin inició una serie de modificaciones al sistema de salud público para revertir el proceso de deterioro y enfrentar los problemas más urgentes que presentaba. Entre estas acciones se encuentran el aumento del gasto público en salud en un 33% real en el período 1990-1992, se aumentó las asignaciones en el presupuesto de salud incrementando los salarios reales de los trabajadores del sector, y se dio inicio a un programa de inversiones para mejorar la infraestructura y el equipamiento (CEP, 1994). Por otra parte, con el fin de promover el mejoramiento de las remuneraciones y condiciones de trabajo del personal del sistema de salud público y disminuir el déficit de funcionarios en éste, el gobierno de Patricio Aylwin impulsó una serie de leyes entre 1990 y 1993 (MINSAL, 1998).

Las reformas introducidas y las propuestas en materia de salud durante esta década están asociadas a su vez a la gestión de los recursos humanos. Por una parte, los cambios que plantea la reforma están orientados a mejorar la calidad y productividad de los profesionales de la salud pública a la vez que disminuir la conflictividad que pueda presentarse entre el MINSAL, los gremios profesionales y los funcionarios de la salud, al institucionalizarse la reforma. Para esto, el Ministerio de Salud ha planteado algunas metas en torno de los recursos humanos, como el estudio de un nuevo marco laboral para los trabajadores del sector público, un nuevo reglamento de calificaciones específico para este sector, la descentralización del ciclo de destinación y del pago de remuneraciones, la incorporación de una administración moderna de recursos humanos a la gestión de los servicios, y el aumento de la formación de recursos humanos en áreas críticas para el sector salud, como subespecialistas de la medicina, enfermeras, entre otros (MINSAL, 1997).

Considerando la escasez de enfermeras universitarias y la alta competitividad por su reclutamiento y retención en hospitales y clínicas, el problema de estudio planteado es conocer cuáles son los factores que inciden en la situación objetiva y en la percepción subjetiva de las enfermeras universitarias egresadas desde el año 1975 hasta el momento, que trabajan en una clínica privada o en un hospital público de la Región Metropolitana. A su vez, se intentará comprender las tendencias en los desplazamientos de las enfermeras entre los dos ámbitos de la salud, teniendo como referencia el surgimiento de las Isapres en 1980-1981 y las normativas impulsadas por el gobierno entre 1990 y 1993.

La investigación propuesta es de tipo descriptivo, ya que pretende dar cuenta de la percepción de la situación y satisfacción laboral de las enfermeras que trabajan en hospitales públicos y clínicas privadas de la Región Metropolitana.

La recolección de información se realizó a partir de la aplicación de una encuesta estructurada, autoaplicada, a 238 enfermeras egresadas desde 1975, seleccionadas de cuatro hospitales públicos y de cuatro clínicas privadas con el fin de completar la muestra de 200 enfermeras, cien de hospitales públicos y cien de clínicas privadas. Esto, ya que al ser una encuesta autoaplicada, se requirió de un mayor número de encuestas para poder contar con las 200, sin problemas, requeridas para la investigación.

La encuesta se aplicó en los siguientes hospitales públicos:

- *Hospital 1*: de un universo de 60 enfermeras, se encuestó a 25 procesándose la información de 20 encuestas.
- *Hospital 2*: de un universo de 90 enfermeras, se encuestó a 37 procesándose la información de 30 encuestas.

- *Hospital 3*: de un universo de 62 enfermeras, se encuestó a 24 procesándose la información de 20 encuestas.
- *Hospital 4*: de un universo de 93 enfermeras, se encuestó a 32 procesándose la información de 30 encuestas.

Por otra parte, la encuesta fue aplicada en las siguientes clínicas privadas:

- *Clínica 1*: de un universo de 80 enfermeras, se encuestó a 30 procesándose la información de 25 encuestas.
- *Clínica 2*: de un universo de 250 enfermeras, se encuestó a 42 procesándose la información de 35 encuestas.
- *Clínica 3*: de un universo de 197 enfermeras, se encuestó a 30 procesándose la información de 25 encuestas.
- *Clínica 4*: de un universo de 60 enfermeras, se encuestó a 18 enfermeras, procesándose la información de 15 encuestas.

La muestra total de enfermeras según hospital público o clínica privada y según las cohortes de egreso de la universidad determinados anteriormente, se presenta en el siguiente cuadro¹:

		Tipo de institución		Total
		Hospital Público	Clínica Privada	
Años de Egreso	1975-1980	30	10	40
	1981-1989	24	46	70
	1990-1997	46	44	90
	TOTAL	100	100	200

B. RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos de este capítulo, dividiremos los resultados y análisis en los siguientes subtemas: Situación laboral; Percepción de la situación laboral referido a la percepción de las enfermeras sobre su satisfacción laboral; relaciones laborales, la condición del lugar de trabajo, su rol en la institución y las razones para trabajar en ellas. En ambos temas se realizará una comparación entre clínicas privadas y hospitales públicos, y se abordarán las diferencias entre las instituciones cuando sea relevante para detectar la heterogeneidad u homogeneidad interna que se dé en el ámbito público y en el privado. Un tercer tema a tratar se refiere a la percepción global que tienen las enfermeras sobre los hospitales públicos y las clínicas privadas, independiente del lugar donde trabajen; se incluirá también un análisis de los factores laborales que para las encuestadas tienen mayor relevancia en una satisfactoria situación de trabajo. Luego, como cuarto tema se abordarán los desplazamientos que existen entre las clínicas privadas a los hospitales públicos y viceversa, incluyendo la inserción laboral actual con relación a la historia académica y la experiencia laboral previa de las enfermeras, la cual

¹El anexo 1 presenta una caracterización de la muestra, que incluye aspectos familiares y laborales de las enfermeras encuestadas.

se analizará según las cohortes de egreso y considerando la expansión del sector privado producto del surgimiento de las Isapres en la década de los '80, y las leyes sobre recursos humanos impulsadas por el gobierno de Patricio Aylwin entre 1990 y 1993.

1. Situación laboral

En este primer capítulo se abordarán los factores laborales objetivos que presentan clínicas privadas y hospitales públicos. Estos factores son: salario, beneficios, incentivos para trabajar con sistema de turnos, mecanismos de flexibilidad en la jornada laboral, horario, tipo de contrato, sistema de jubilación y oportunidades de capacitación.

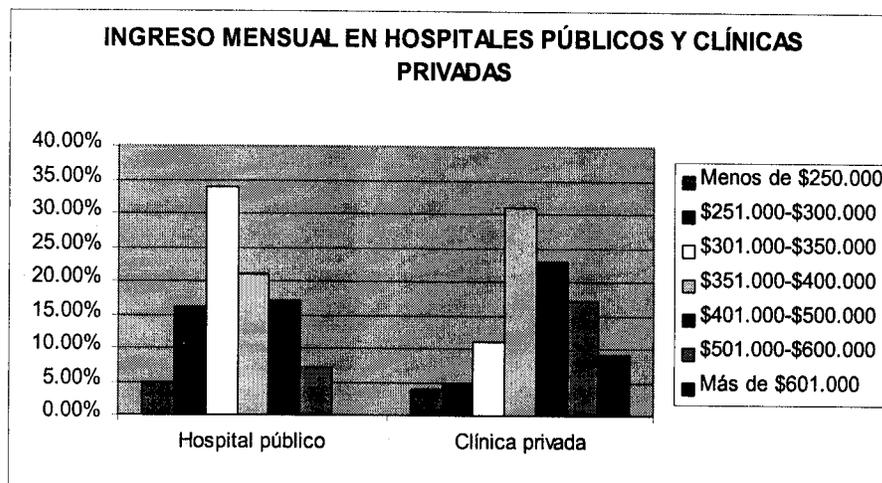
En cuanto a la situación laboral de las enfermeras, se advierte que no existen diferencias relevantes entre hospitales y clínicas en los factores de horario, tipo de contrato y sistema de jubilación, ya que éstas rigen similarmente en ambos tipos de institución. Sin embargo, se observa que las clínicas privadas otorgan un mayor número de beneficios, incentivos para trabajar con sistema de turnos y mecanismos de flexibilidad en la jornada laboral, encontrándose sus enfermeras en una situación laboral más favorable que las de hospitales públicos. Por último, los factores de salario y oportunidades de capacitación presentan sólo una leve diferencia entre hospitales y clínicas, tendiendo a ser mayores en estas últimas.

Al observar los niveles de *ingreso mensual* (gráfico 1) que reciben las enfermeras por su trabajo, se advierte que sólo el 4.5% del total muestral, que pertenece a clínicas privadas recibe un salario superior a los \$601 000. Por otra parte, en las clínicas privadas 71% percibe un sueldo mensual de entre \$351,000 y \$600,000, mientras que en los hospitales públicos 71% tiene un salario que fluctúa entre los \$251 000 y \$500 000. A su vez, mientras que en las clínicas privadas, 54% de las enfermeras se agrupa entre \$401 000 y \$600 000, 50% de las encuestadas en hospitales públicos recibe entre \$301 000 y \$400 000.

Por lo tanto, si bien no existen amplias diferencias en el salario que reciben las enfermeras de hospitales y clínicas, en estas últimas las enfermeras se concentran en un nivel más alto de salario. Al observar los ingresos por institución (gráficos 2 y 3), se desprende que en ninguno de los hospitales públicos las enfermeras ganan un salario superior a \$601 000. En el hospital 2 ninguna enfermera gana menos de \$250 000, pero es el que más enfermeras concentra entre \$250 000 y \$300 000, y también entre \$501 000 y \$600 000. El hospital 4, en tanto es el que concentra la mayor cantidad de enfermeras entre \$301 000 y \$350 000. En el hospital 3, todas las enfermeras encuestadas ganan menos de \$400 000, siendo el que recibe los salarios más bajos.

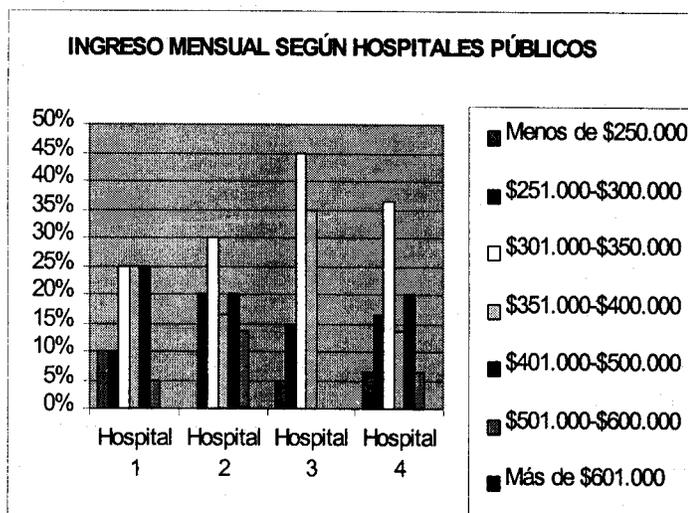
En las clínicas, la que presenta los mejores sueldos es la clínica 1 ya que ninguna enfermera recibe menos de \$350 000. En la clínica 4 tampoco se gana menos de \$350 000 sin embargo, a diferencia de la 1 nadie recibe más de \$601 000. Se observa que la clínica con peor situación en cuanto a salarios es la clínica 2, ya que es la con mayor concentración de enfermeras en las clínicas con sueldo inferior a \$300,000. No obstante tiene una alta cantidad de enfermeras que recibe un salario entre los \$300 000 y \$400 000.

Gráfico 1



Fuente: Información recolectada y procesada por las investigadoras de este estudio²

Gráfico 2

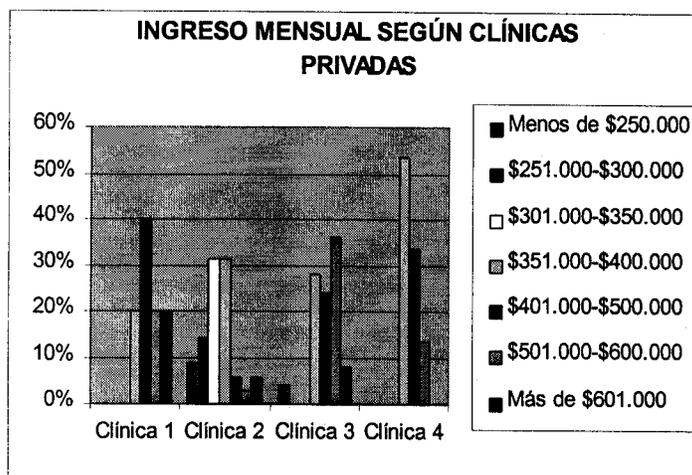


Al observar los gráficos, podemos decir que en los cuatro hospitales, los más altos porcentajes se concentran en el mismo nivel de salario, lo que permite que al agrupar los hospitales, los ingresos entre \$301 000-\$350 000 aparezcan como los más frecuentes, sin embargo el resto de las enfermeras se reparte de manera heterogénea en los distintos hospitales y salarios. En las clínicas, se observa que el alto porcentaje de ingresos entre \$351 000-\$400 000 que presentan las clínicas privadas, está dado principalmente por la clínica 4, mientras que la alta concentración de enfermeras en el

²Todos los gráficos y cuadros de este estudio fueron confeccionados por las investigadoras con la misma fuente.

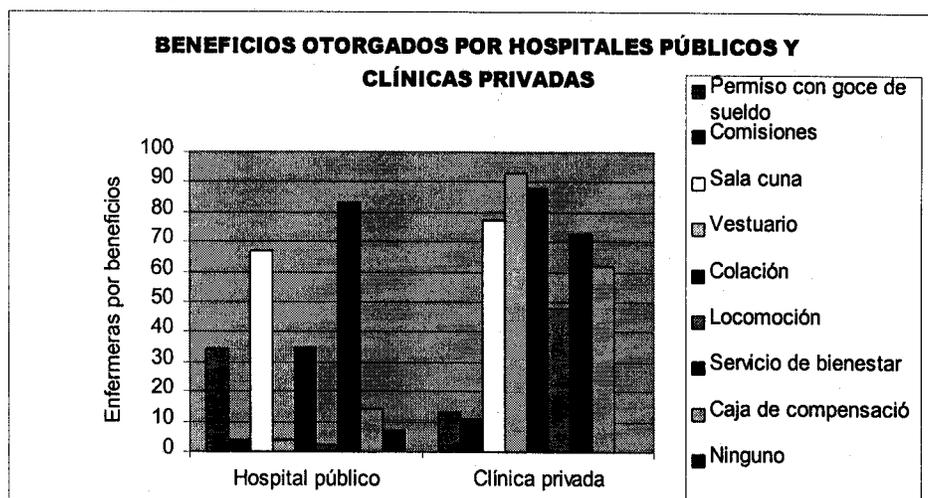
siguiente nivel de ingresos de la clínica 1 se contrarresta con el bajo porcentaje que presenta la clínica 2. Al igual que en los hospitales, los ingresos en las cuatro clínicas presentan heterogeneidad en todos los niveles de ingreso.

Gráfico 3



Con respecto a los *beneficios*, se observa que en las clínicas privadas se otorga casi el doble de los beneficios que se entregan en los hospitales públicos, lo que se puede ejemplificar claramente en beneficios como el vestuario donde del total de éste, sólo el 4.1% lo otorgan los hospitales públicos, mientras que en las clínicas privadas se da el 95.9%. Lo mismo sucede con la locomoción, caja de compensación y colación.

Gráfico 4³



³El porcentaje enfermeras por beneficios (en el gráfico) está dado por la cantidad de enfermeras que recibe cada beneficio, es decir, cada enfermera puede recibir desde ninguno a todos los beneficios indicados.

En el gráfico se advierte que en los hospitales, sólo la sala cuna y el servicio de bienestar son mencionados por más del 50% de las enfermeras, mientras que en las clínicas esto sucede con los beneficios de sala cuna, vestuario, colación, servicio de bienestar y caja de compensación.

Al observar los beneficios entregados por cada institución, se advierte que dentro de los hospitales, la sala cuna y el servicio de bienestar tienen un alto porcentaje, ya que en el hospital 1, 65% de las enfermeras afirmó que contaba con sala cuna y 90% con servicios de bienestar, en el hospital 2 es 63.3% y 90% respectivamente, mientras que en el hospital 3 se presentó un 75% en ambos beneficios. Por último, en el hospital 4, 66.7% de las enfermeras contaba con sala cuna y 76.7% con servicio de bienestar. Por otra parte, el hospital 3 a pesar de que un 70% tiene permiso con goce de sueldo y un 60% cuenta con caja de compensación, presenta el más alto porcentaje que afirma no tener ningún beneficio con un 20%. También se observa que el hospital 4 presenta un 86.7% con respecto al beneficio de colación, siendo el más alto de los hospitales, además de no presentar enfermeras sin ningún tipo de beneficios.

En cuanto a las clínicas, se advierte que en la clínica 1, 100% de las enfermeras afirmó contar con el beneficio de vestuario, 92% con colación y servicio de bienestar, 88% con sala cuna y 80% con locomoción. En la clínica 2, el vestuario presentó un 88.6% y la colación y el servicio de bienestar un 74.3%. En la clínica 3, 100% de las enfermeras afirma contar con colación, 96% con vestuario y 88% con sala cuna. Por último, en la clínica 4 la colación cuenta con un 93.3%, el vestuario con un 86.7% y la sala cuna con un 80%. Es importante recalcar que en ninguna de las cuatro clínicas se afirmó el no contar con ningún tipo de beneficio.

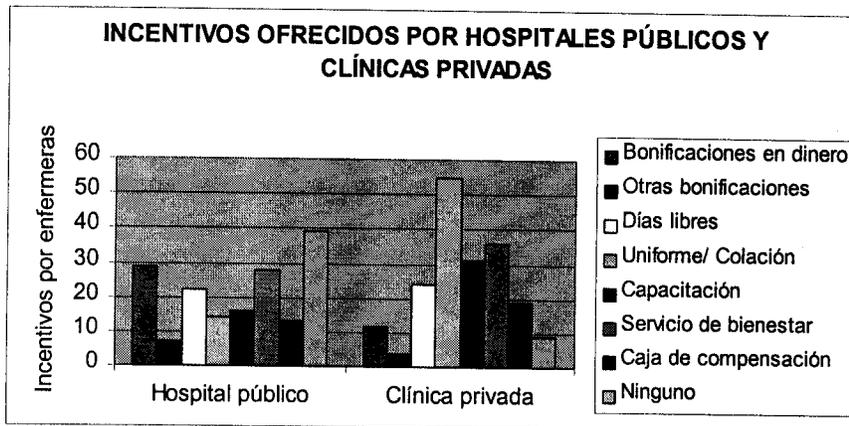
Por lo tanto, existe una alta homogeneidad dentro del sector público y dentro del sector privado, con respecto a los beneficios que reciben las enfermeras. Esto, se da en cuanto al tipo y cantidad de beneficios, como servicio de bienestar y sala cuna en hospitales, y colación y vestuario en clínicas.

En lo que respecta a los *incentivos* que ofrece la institución *para trabajar con sistema de turno*, se observa que es la clínica privada la que ofrece un mayor número de incentivos, especialmente por medio de bonificaciones en dinero, uniforme y/o colación y capacitaciones. Asimismo, del total que opinó que no contaba con ningún incentivo, 81% pertenece a hospitales públicos.

Como se observa en el gráfico, 40% de las enfermeras en hospitales afirmó no contar con ningún incentivo, mientras que en las clínicas este porcentaje es sólo de 9%. Asimismo, las clínicas entregan una mayor cantidad de incentivos en casi todos los tipos indicados.

En cuanto a los hospitales, el hospital 4 es el que presenta menos incentivos ya que 50% de las enfermeras opinó que no contaba con ninguno, mientras que un 16.7% afirmó contar con días libres, con uniforme y/o colación. En tanto, en el hospital 2 un 43.3% dice no contar con incentivos, sin embargo un 30% cuenta con días libres y un 26.7% con bonificaciones en dinero y servicio de bienestar. En el hospital 1, existe un 30% de enfermeras que no cuenta con incentivos y otro 30% que tiene bonificaciones en dinero. Por último, el hospital 3 es el que cuenta con una mayor cantidad de incentivos ya que, un 70% plantea contar con capacitación y servicio de bienestar y un 60% con caja de compensación.

Gráfico 5⁴



Por otra parte, la clínica 1 y la clínica 2 no presentan enfermeras sin ningún incentivo, siendo los incentivos más nombrados para la primera, las bonificaciones en dinero con un 88%, el uniforme y/o colación con un 68% y el servicio de bienestar con 60%. En la clínica 2 un 82.9% plantea recibir bonificaciones en dinero, un 42.9% días libres y un 40% uniforme y/o colación. Por otra parte, en las clínicas 3 y 4 hubo un 24% y 20% respectivamente de enfermeras que no recibían ningún tipo de incentivos. En la primera, 60% recibe uniforme y/o colación y 44% afirmó contar con bonificaciones en dinero y capacitación. En la clínica 4, el 66.7% de las enfermeras contaba con bonificaciones en dinero, el 60% con uniforme y/o colación y el 53.3% con capacitación.

De esto se desprende que los incentivos que entregan los distintos hospitales son heterogéneos en cuanto a tipo y cantidad, mientras que en las clínicas también se dan diferencias en cuanto a la cantidad de incentivos que ofrecen, pero presentan una relativa homogeneidad en cuanto al tipo.

Acerca de los *mecanismos de flexibilidad en la jornada laboral*, a pesar de que en ninguna de estas instituciones existe una alta flexibilidad en la jornada laboral, ésta es aún menor en los hospitales públicos considerando que 71% de las enfermeras que afirmó que no contaba con ningún mecanismo de flexibilidad trabaja en hospitales. Por otra parte, los mecanismos más mencionados, especialmente en clínicas privadas, fueron los cambios de días de turno y la disponibilidad de vacaciones.

En cuanto a los hospitales, las enfermeras que no cuentan con ningún mecanismo de flexibilidad representan el 45% en el hospital 1, el 46.7% en el hospital 2, 40% en el hospital 3 y el 50% en el hospital 4. En el hospital 1 y en el hospital 3, la disponibilidad de vacaciones es el mecanismo más nombrado con un 50% y un 55% respectivamente, mientras que para el hospital 2 y 4 es de un 20%. En estos últimos, el mecanismo más nombrado es el de cambio en los días de trabajo con un 30% y un 33.3% respectivamente.

⁴El porcentaje enfermeras por incentivos (en el gráfico) está dado por la cantidad de enfermeras que recibe cada incentivo, es decir, cada enfermera puede recibir desde ninguno a todos los incentivos indicados.

Con respecto a las clínicas, se observa que la clínica 1 tiene un 40% de enfermeras que no cuentan con mecanismos de flexibilidad, mientras que en las otras clínicas esto fluctúa entre un 11% y 12%. Asimismo, un 20% afirma poder cambiar sus horas de trabajo y un 36% sus días. En la clínica 2, 3 y 4 los mecanismos más nombrados son los cambios en días de trabajo y la disponibilidad de vacaciones con un porcentaje entre 50% y 70%.

Se observa que en el sector público existe una homogeneidad en los mecanismos de flexibilidad, siendo una característica común la falta de estos. Por otra parte, en las clínicas 2, 3 y 4 presentan similitudes, mientras que la clínica 1 se acerca más a los hospitales en cuanto a la flexibilidad del horario.

El *horario* de trabajo de las enfermeras presenta pocas diferencias al comparar las horas de trabajo semanales en ambos tipos de institución, ya que la mayoría trabaja entre 41 y 50 horas, representando un 90% en hospitales y un 96% en clínicas. Las diferencias de horario entre las 8 instituciones de la muestra no son significativas.

La mayor diferencia que presenta el *tipo de contrato* es que en las clínicas privadas 86% de las enfermeras tiene contrato indefinido, mientras que en los hospitales públicos es sólo el 40%, y otro 42% cuenta con contrato renovable cada año. Por otra parte, existe un 10% de enfermeras con contratos por honorarios, todas pertenecientes a hospitales públicos. Es importante mencionar que sólo el 1% de la muestra total trabaja sin contrato.

En cuanto al *sistema de jubilación*, el 100% de las enfermeras encuestadas en clínicas y el 87% en hospitales cuenta con AFP. El resto no tiene jubilación o participa del sistema antiguo en igual proporción.

Por último, con respecto a las *oportunidades de capacitación* que ofrece la institución, 75% de las enfermeras en hospitales y el 91% de clínicas afirma que su institución ofrece capacitación para las enfermeras. En cuanto a las facilidades que daría la institución para acceder a algún tipo de capacitación, el 51% en los hospitales y el 74% en las clínicas opina que sí contaría con ellas.

Al observar las oportunidades de capacitación que da cada institución, se advierte que no existen diferencias significativas entre las distintas instituciones, presentando altas oportunidades de capacitación. Sólo el hospital 2 tiene un menor porcentaje debido a que muchas de sus enfermeras no estaban informadas al respecto.

Por lo tanto, se puede concluir que en los factores donde se presentan las mayores diferencias entre el sector público y privado (beneficios e incentivos para trabajar con sistema de turnos), se da una mayor homogeneidad en la cantidad y tipo en las clínicas, no así en los hospitales ya que esto no ocurre en cuanto al tipo de beneficios e incentivos, aunque sí en la cantidad.

En cuanto al resto de los factores, donde no se presentan grandes diferencias entre el sector privado y público, podemos afirmar que existe una homogeneidad dentro del sector salud.

2. Percepción de la situación laboral

En este capítulo se abordarán los temas de satisfacción laboral, relaciones laborales, condición del lugar de trabajo, rol de la enfermera y razones para trabajar en la actual institución, para analizar las diferencias existentes entre hospitales públicos y clínicas privadas, a la vez que entre las distintas instituciones cuando se presenten diferencias considerables.

a) **Satisfacción laboral**

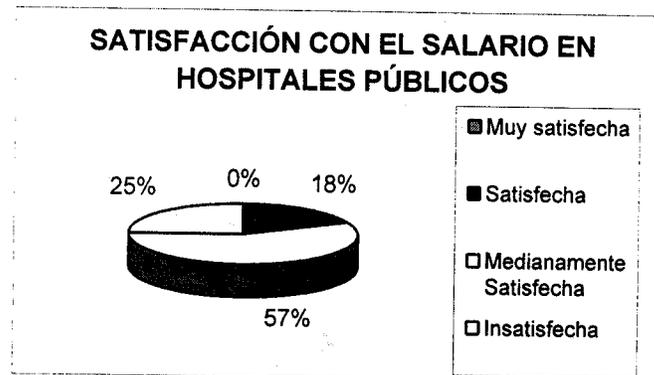
A través de la información recolectada, se analizará el grado de satisfacción que encuentran las enfermeras en la institución donde trabajan actualmente, en los factores de cargo que ocupa la enfermera, trabajo que realiza, salario, beneficios que otorga la institución, horario, flexibilidad en la jornada laboral y sistemas de turnos. Asimismo, se analizarán factores familiares que influyen en la situación y satisfacción laboral de las enfermeras.

Al consultar por la satisfacción con el *cargo* que ocupa la enfermera en la institución, se observa que no existe una diferencia importante ya que tanto en clínicas privadas y hospitales públicos existe un grado de satisfacción alto, con un 69% y un 70% respectivamente, mientras que sólo un 7% de la muestra total se encuentra insatisfecha con su cargo como enfermera.

Por otra parte, el *trabajo que realizan* las enfermeras presenta un alto grado de satisfacción para las enfermeras de ambos tipos de institución, sin embargo en las clínicas privadas hay un 20% más de enfermeras muy satisfechas que en los hospitales públicos, y estos últimos presentan un 13% de insatisfacción contra un 4% de las clínicas. Por otra parte, se observa que el grado de satisfacción aumenta con el rango del cargo que ocupa la enfermera, por ejemplo 61.5% de las enfermeras jefe de turno se encuentran muy satisfechas, contra 35.4% de las enfermeras clínicas.

En cuanto al *salario*, se encuentra que no existe una alta diferencia en el grado de satisfacción entre enfermeras de clínicas privadas y hospitales públicos, presentando un 72% y un 82% respectivamente de baja satisfacción (es decir que se consideran medianamente satisfechas o insatisfechas) con el salario mensual que reciben. Por otra parte, se advierte que en ninguno de los dos ámbitos las enfermeras están muy satisfechas con los salarios.

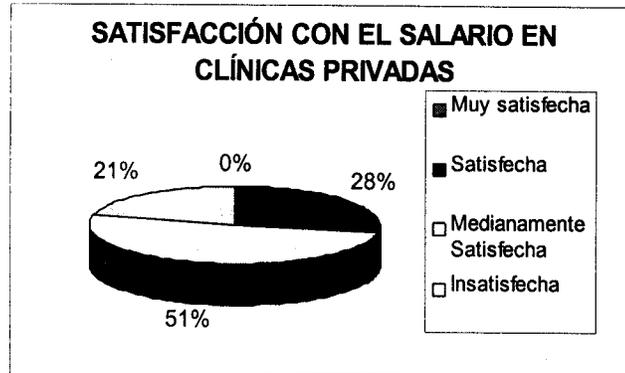
Gráfico 6



Por último, al observar los salarios según cargos, no se presentan diferencias considerables en el grado de satisfacción de las enfermeras.

La poca diferencia en cuanto al grado de satisfacción que existe entre las enfermeras de ambas instituciones puede estar dado por la similitud de los salarios que reciben. De la misma forma se explica que en las clínicas privadas exista un 10% más satisfecho, ya que en éstas el 54% de las enfermeras se agrupa entre \$401 000 y \$600 000 mientras que el 50% de las encuestadas en hospitales públicos recibe entre \$301 000 y \$400 000.

Gráfico 7



Al analizar el salario por instituciones, se observa que entre los cuatro hospitales, la mayor diferencia se da en el hospital 1 donde ninguna enfermera se manifiesta satisfecha, mientras que el 40% está insatisfecha. Lo contrario se observa en el hospital 3 donde el 40% se encuentra satisfecha y ninguna enfermera insatisfecha. En los hospitales 2 y 4 si bien, al igual que en el 1 y el 3 la mayoría se encuentra medianamente satisfecha, existe una mayor proporción de enfermeras, sobre todo en el hospital 4 con un 33.4%, que se considera insatisfecha con el salario que recibe.

Con respecto a las clínicas privadas, las que presentan mejor situación con respecto al salario, son la clínica 3 y la clínica 4 con un 36% y un 46.6% de satisfacción y un 4% y 6.8% de insatisfacción respectivamente. Por otra parte, en la clínica 1 y en la clínica 2 es el 48% de las enfermeras las que se consideran medianamente satisfechas. Sin embargo, el 24% de la clínica 1 se encuentra insatisfecha, siendo esta cifra el doble en la clínica 2.

Gráfico 8

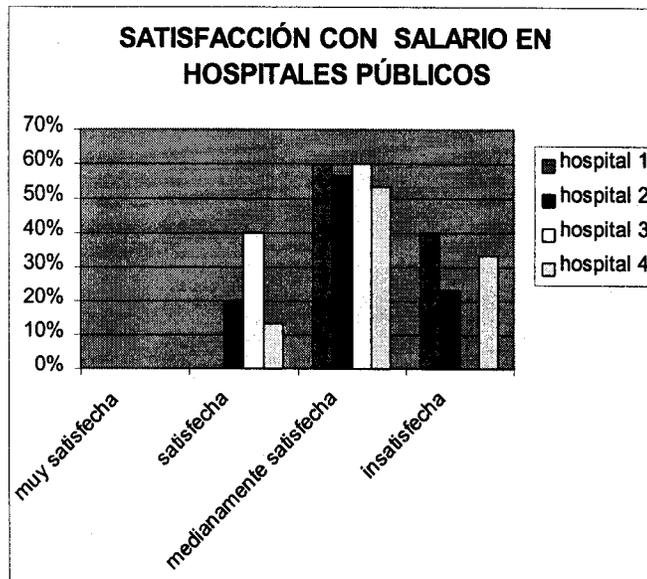
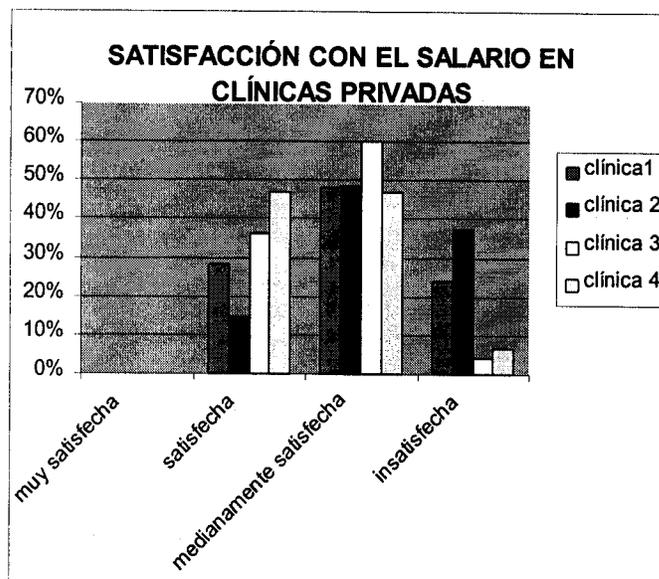


Gráfico 9



En los gráficos 8 y 9 se observa que dentro de los hospitales, el que presenta una situación más favorable en cuanto a salarios es el hospital 3, mientras que los hospitales 1 y 4 presentan mayores niveles de insatisfacción. En cuanto a las clínicas privadas, es la clínica 3 la que cuenta con un mayor número de enfermeras satisfechas, siguiéndole la 4, siendo la clínica 2 la que presenta un mayor grado de insatisfacción.

En cuanto a factores familiares que pudieran influir en el grado de satisfacción con respecto al salario, encontramos que respecto al estado civil en hospitales no se aprecian diferencias significativas entre solteras y casadas, sin embargo hay un 10% más de solteras que se encuentran medianamente satisfechas con su salario. En las clínicas existe un 10% más de satisfacción en enfermeras casadas que en las solteras, pero el grado de insatisfacción es igual para ambas.

Por otro lado, con respecto al jefe de hogar no aparece una relación entre esta variable y la satisfacción con el salario, por lo que podemos inferir que no influye directamente en las enfermeras.

Observando la influencia del número de hijos de las enfermeras, podemos decir que entre las encuestadas que no tienen hijos, la mayoría se concentra en el grado de satisfacción mediano. Entre las enfermeras que sí tienen hijos no existen diferencias relevantes que indiquen una influencia de esta variable en el grado de satisfacción respecto al salario.

Con respecto a los *beneficios* que otorga la institución, encontramos que en las clínicas privadas sólo 8% de las enfermeras encuestadas se encuentra insatisfecha con estos beneficios, mientras que en los hospitales públicos este valor es de 30%. A la inversa, las enfermeras que se encuentran muy satisfechas con los beneficios que reciben, son el 2% en los hospitales públicos y el 12% en las clínicas privadas. Esto se debe a la mayor cantidad de beneficios que otorgan las clínicas privadas, sobre todo en vestuario y colación.

Gráfico 10

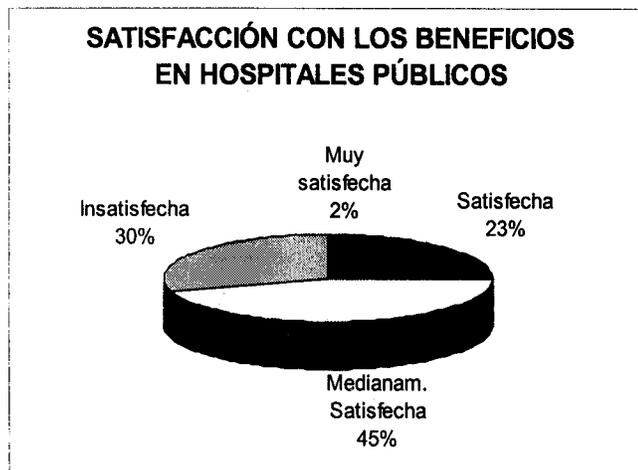
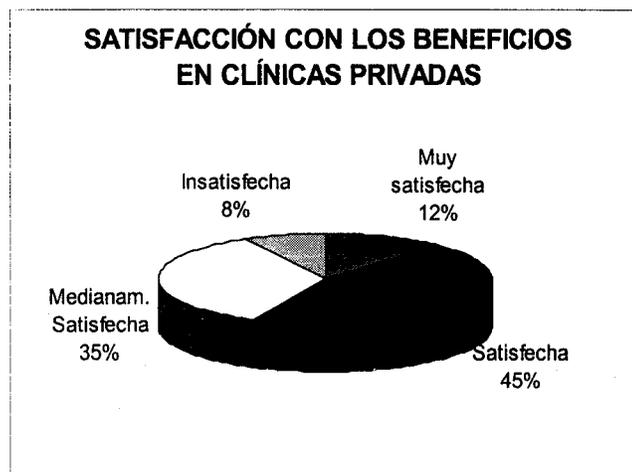


Gráfico 11



En cuanto a la diferencia que se da en los beneficios entre los hospitales, podemos observar que sólo en el hospital 3 ninguna enfermera se encuentra insatisfecha estando el 77% satisfecha con esta condición. En los hospitales 1, 2 y 4 la baja satisfacción alcanza el 95%, 93.2% y 76.6% respectivamente. La mayor cifra de alta satisfacción la presenta el hospital 4 con apenas un 3.4%.

En las clínicas privadas, la clínica 1 es la que presenta mayor nivel de satisfacción con un 84% y sin ninguna enfermera insatisfecha. Al contrario de la clínica 2, donde 74.3% se encuentra menos que satisfecha y ninguna muy satisfecha. Por último, las enfermeras de las clínicas 3 y 4 se manifiestan en su mayoría satisfechas con un 64% y un 73.3% respectivamente, sin embargo sólo la clínica 3 presenta enfermeras con insatisfacción con un 12%.

Gráfico 12

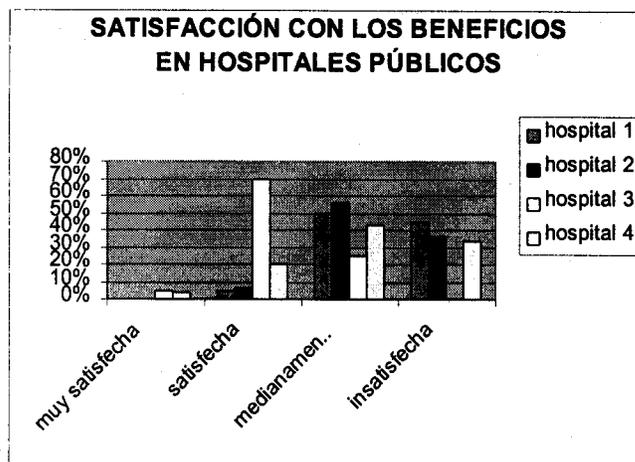
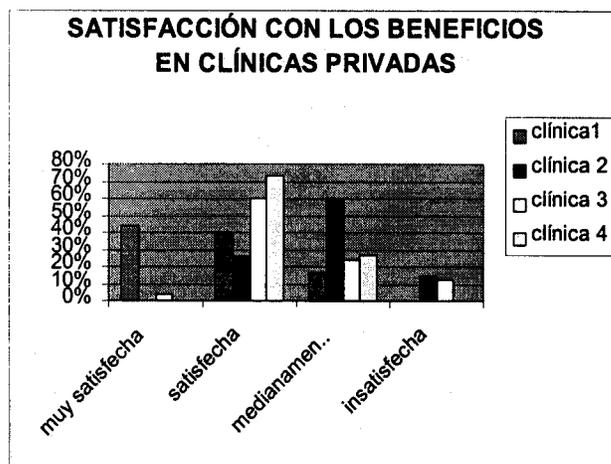


Gráfico 13



Al igual que con el salario, la satisfacción con los beneficios también es más baja en el hospital 1 y más alta en el 3. En las clínicas, sin embargo se observa que el mayor nivel de satisfacción se da en la clínica 1 y el más bajo en la clínica 2. Al comparar los beneficios que reciben las enfermeras con el grado de satisfacción con estos, se observa que existe una correlación entre ambas variables tanto en clínicas privadas como en hospitales públicos.

En cuanto al *horario* de trabajo que tienen las enfermeras en la institución, no se ve una diferencia importante en el grado de satisfacción de las enfermeras de clínicas y hospitales, ya que presentan un 64% y un 58% de satisfacción respectivamente. Esto debido a que las horas de trabajo semanal son muy similares en ambos tipos de institución.

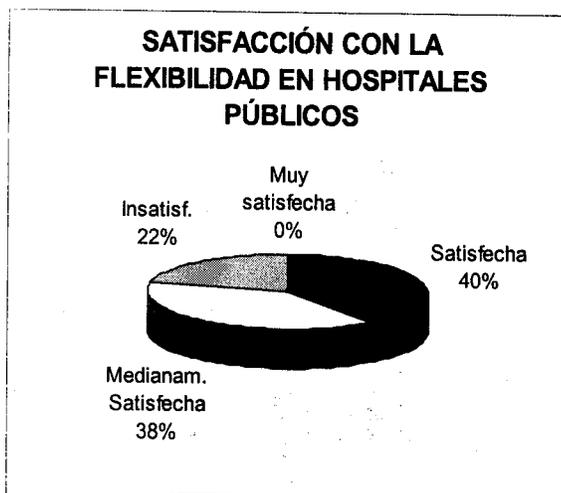
Sin embargo, se puede observar una diferencia en la satisfacción al agrupar a las enfermeras de acuerdo al cargo que ocupan, sin hacer distinción por institución. De esta forma, mientras mayor jerarquía tiene el cargo de la enfermera, mayor es el grado

de satisfacción con el horario, ya que por ejemplo 76.9% de las enfermeras jefe de turno se encuentran satisfechas, mientras que para las enfermeras clínicas es el 59%.

En cuanto a la influencia del número de hijos en este punto, observamos que no existe una relación directa entre ambos. Lo mismo ocurre con el estado civil y el jefe de hogar.

A su vez, el grado de satisfacción con los *mecanismos de flexibilidad en la jornada laboral* presenta algunas diferencias entre ambos tipos de institución, en cuanto que en hospitales públicos ninguna enfermera está muy satisfecha con la flexibilidad, y en las clínicas privadas un 8% lo está. Asimismo 60% de las enfermeras de los hospitales se manifiesta poco satisfecha contra un 44% en las clínicas privadas. Esto se relaciona con el hecho de que ni en el ámbito público ni en el privado se cuenta con muchos mecanismos de flexibilidad, sin embargo este último presenta una situación más favorable.

Gráfico 14

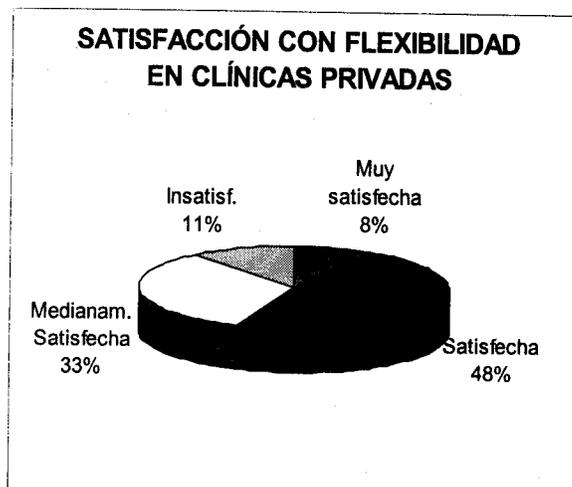


En cuanto a la satisfacción con los *sistemas de turno*, no se advierte una diferencia considerable ya que las enfermeras de hospitales y clínicas se encuentran satisfechas o medianamente satisfechas, con 82% y 83% respectivamente. Sin embargo, sí existe una desigualdad al observar el grado de satisfacción según cargo de la enfermera, ya que el 76.9% de las enfermeras jefas de turno (de ambos tipos de institución) se encuentran satisfechas con los sistemas de turno, al contrario del 44.4% de las enfermeras clínicas.

En cuanto a la influencia de factores familiares en este punto, se observa que no hay una relación entre el número de hijos y el grado de satisfacción con el sistema de turnos. Lo mismo se repite con la variable de estado civil y jefatura de hogar.

Por tanto, podemos concluir que el cargo de la enfermera influye en el grado de satisfacción con los factores de horario, sistema de turno y trabajo que realizan. De esta forma, mientras más alto es el cargo, mayor es el grado de satisfacción, a pesar del alto grado de satisfacción con el cargo que presentan las enfermeras en ambos sectores.

Gráfico 15



Por otra parte, encontramos que los factores familiares no influyen en el grado de satisfacción con el salario, horario y sistema de turno. De esta forma, el número de hijos con que vive la enfermera, su estado civil y si es jefa de hogar no tienen una relación causal con los factores mencionados. Asimismo, se observa que la jefatura de hogar no incide en la elección de la enfermera por el lugar de trabajo, ya que el porcentaje de enfermeras jefas de hogar (principal y/o único ingreso del hogar) es similar en ambos sectores, con un 45% en hospitales públicos y un 43% en clínicas privadas.

Por último, se advierte que son los aspectos profesionales, como el cargo que ocupa la enfermera en la institución, los que mayor influencia tienen en el grado de satisfacción de las enfermeras, especialmente con relación al horario y a los sistemas de turno.

b) **Relaciones laborales**

Las relaciones laborales de las enfermeras en ambos sectores de salud presentan homogeneidad, ya que éstas afirman tener óptimas relaciones con jefes, compañeros y pacientes en la institución. Por tanto, podemos afirmar que las relaciones laborales no influyen en la percepción que tienen las enfermeras sobre su lugar de trabajo.

Es así como en cuanto a las *relaciones con los jefes*, tanto en clínicas como hospitales las enfermeras consideraron que tienen una buena relación con sus jefes, ya que el 92% en hospitales y el 97% en las clínicas opinaron esto. También se pudo ver que el cargo no influye en este resultado, ya que son similares para todos los rangos.

Sobre las *relaciones con compañeros de trabajo*, observamos que se da la misma tendencia ya que, el 95% de las enfermeras de hospitales públicos y el 97% de las clínicas privadas afirma tener una óptima relación con sus compañeros, sin presentarse variaciones considerables según cargo.

Por último, en las *relaciones con los pacientes* las enfermeras opinan que tienen una muy buena relación con los pacientes tanto en las clínicas como en los hospitales, ya que esta opinión cuenta con un 100% y un 98% respectivamente.

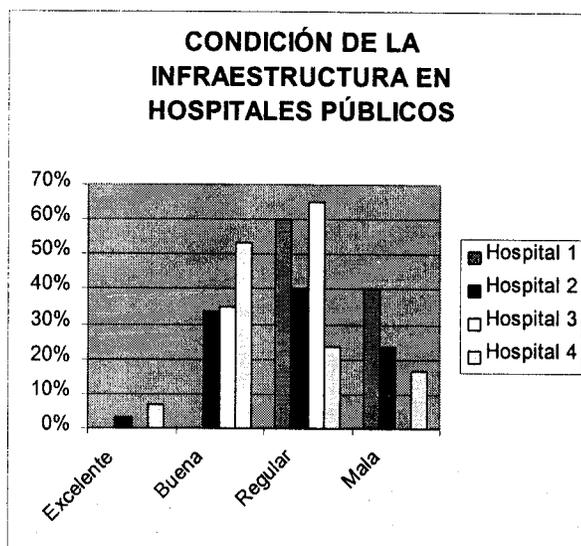
c) **Percepción de la condición del lugar de trabajo**

En la condición del lugar de trabajo, lo que diferencia al ámbito público del privado es la mejor percepción en este último en cuanto a la condición de infraestructura y equipamiento. La comodidad, estética y cercanía con el hogar no presentan amplias diferencias entre clínicas y hospitales, teniendo la mayoría de las enfermeras una buena percepción de estos aspectos de su lugar de trabajo.

En la condición de la *infraestructura* existe una percepción más positiva por parte de las enfermeras de las clínicas privadas, presentando un 75% de opiniones favorables mientras que sólo el 36% en los hospitales comparte esta opinión y otro 20% opina que el lugar de trabajo cuenta con una mala infraestructura.

Al observar la condición de infraestructura por institución (gráficos 16 y 17), se aprecia que el hospital 2 y 4 presentan una percepción más favorable, lo que podría deberse a que cuentan con una infraestructura más nueva que los otros dos hospitales. Se observa una percepción positiva de la condición de infraestructura en clínicas privadas; la opinión desfavorable en la clínica 4 podría explicarse porque en el momento de realizarse las encuestas, se estaban llevando a cabo remodelaciones en el lugar.

Gráfico 16



Esta diferencia de percepción se repite en la condición del *equipamiento médico y tecnológico* de la institución, donde 62% de las enfermeras en hospitales públicos tiene una opinión negativa sobre este tema, mientras que 91% en las clínicas privadas tiene una percepción positiva sobre el equipamiento de su institución.

En cuanto a las diferencias que existen en la condición del equipamiento médico y tecnológico de las instituciones (ver gráficos 21 y 22 en anexo), se observa que en los hospitales se repite la tendencia que presenta la infraestructura, siendo el hospital 1 el que presenta una percepción más negativa ya que 90% de las enfermeras encuestadas opina que esta situación es de regular a mala. A diferencia del hospital 4, en el cual 73.2% considera que el equipamiento es de bueno a excelente.

Gráfico 17

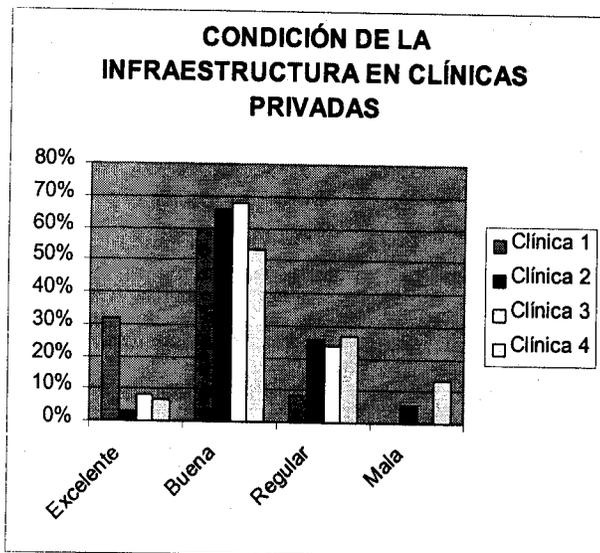
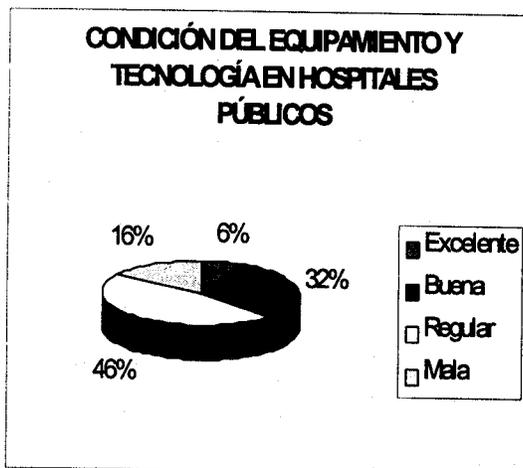


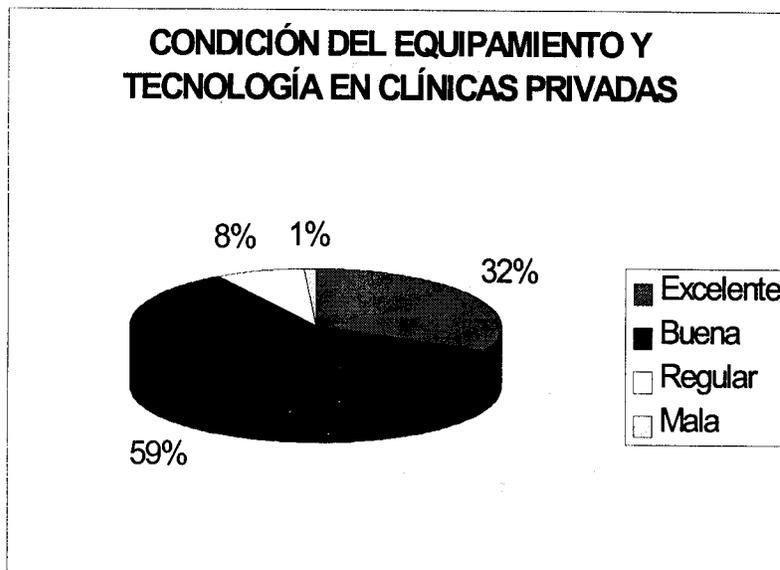
Gráfico 18



Con respecto a las clínicas privadas, en la clínica 1 y 3 las opiniones de las enfermeras se concentran en una percepción buena a excelente, siendo más favorable aún en la clínica 1 donde 56% de las encuestadas opinó que la condición del equipamiento es excelente. La clínica 2, a pesar de tener una percepción más desfavorable, se encuentra en mejor condición de equipamiento que los hospitales.

En cuanto a la condición de *comodidad* de la institución, se observa que en las clínicas privadas 59% de las encuestadas la considera buena y 22% regular, siendo en los hospitales públicos 36% y 45% respectivamente. Es importante notar que sólo el 5,5% de la muestra total considera que trabaja en un lugar con excelentes condiciones de comodidad.

Gráfico 19



Respecto a la *estética y decoración* se sigue la misma tendencia del tema anterior, ya que sólo 5% del total muestral considera su condición excelente, mientras que 79% se agrupa en una opinión buena o regular con una tendencia levemente más positiva en las clínicas privadas.

Por último, acerca de la *ubicación del lugar de trabajo con respecto al domicilio* no se presentan diferencias considerables entre el tipo de institución estando el 69.5% de la muestra total conforme respecto al tema.

d) *Percepción de las enfermeras con respecto a su rol en la institución*

En cuanto al rol de la enfermera, podemos concluir que existe una relativa homogeneidad entre hospitales y clínicas, ya que la carga de trabajo y el grado de complejidad de éste son considerados alto o mediano, mientras que el grado de autonomía y toma de decisiones presentan una percepción media o baja en ambos tipos de institución.

Es así como, respecto a la percepción de las enfermeras sobre su *carga de trabajo* se puede observar que 42% en los hospitales y 35% en las clínicas considera que ésta es mayor a la que corresponde a su cargo, mientras que 57% en hospitales y 65% en clínicas opinó que su carga era adecuada.

Al consultar por el *grado de complejidad* del trabajo que realizan las enfermeras en su lugar de trabajo, 67% en hospitales y 47% en clínicas opinó que éste era alto, mientras que 32% en los primeros y un 53% en las clínicas consideró su trabajo con un grado de complejidad medio.

Por otra parte, al observar la percepción de las enfermeras acerca de su *participación en la toma de decisiones* en su lugar de trabajo, vemos que 47% en hospitales públicos y 56% en clínicas manifestaron que ésta era media. El 29% en hospitales y el 13% en clínicas opinaron que ésta era alta, mientras que el 24% y el 31%, respectivamente, la consideraron baja.

Por último, en la percepción del *grado de autonomía en la toma de decisiones* vemos que un 59% de las enfermeras en hospitales y un 65% en clínicas opina que

ésta es media. El 30% en los primeros y el 22% en los segundos consideran que tienen un alto grado de autonomía, mientras que 11% y 13%, respectivamente, la consideran baja.

Por otra parte, gran parte de las enfermeras encuestadas⁵ considera que se le debe dar un mayor reconocimiento al rol de enfermera tanto dentro de las instituciones como desde la opinión pública. De esta forma, esperan ser reconocidas como profesionales indispensables en la salud a través de un mayor grado de autonomía y participación en la toma de decisiones dentro de la institución.

e) Razones para trabajar en la actual institución

Las razones más nombradas por la muestra total para trabajar en el lugar de trabajo actual fueron el cargo y área de trabajo con 17.6%, luego las oportunidades de capacitación con un 15%, el prestigio de la institución con un 14.3% y la estabilidad laboral con un 12.1%. Otras razones nombradas fueron el horario de trabajo, la infraestructura y equipamiento del lugar y el salario. Esto indica que el trabajo en sí es el factor que para las enfermeras tiene una mayor importancia en su inserción laboral, lo cual se relaciona con el hecho de que el cargo y trabajo que realizan las enfermeras en la institución son los factores que les otorgan el mayor grado de satisfacción. Por lo tanto, se puede inferir que las razones en la elección del lugar de trabajo están dadas principalmente por el grado de satisfacción profesional que otorgue la institución en cuanto al área y el cargo.

El cargo y área de trabajo presentó un 21% para los hospitales y un 15% para las clínicas, como factores para la inserción laboral. Asimismo el prestigio de la institución y las oportunidades de capacitación obtuvieron similares porcentajes en ambas instituciones.

Por otra parte, las enfermeras que trabajan en hospitales públicos consideraron el horario de trabajo como una razón importante con un 12.8%, mientras que para las enfermeras de clínicas este porcentaje fue de 7.6%. Asimismo el 15.5% de las enfermeras encuestadas en hospitales planteó que la estabilidad laboral era una razón para trabajar en la actual institución, mientras que el 9.6% lo hizo en clínicas.

En las clínicas privadas en tanto, 13% de las enfermeras consideró la infraestructura y el equipamiento y 12% el salario como razones importantes, mientras que sólo 2.3% de las enfermeras en los hospitales nombró cada uno de estos factores.

De estos datos se desprende que el criterio de elección para trabajar en los dos tipos de instituciones es diferente, ya que para las enfermeras de las clínicas es más importante el salario, la infraestructura y el equipamiento, factores en que las clínicas se encuentran en mejor situación; mientras que en los hospitales públicos estos factores no aparecen como relevantes coincidiendo con una desfavorable percepción de la situación de estos.

3. Percepción general de la situación laboral

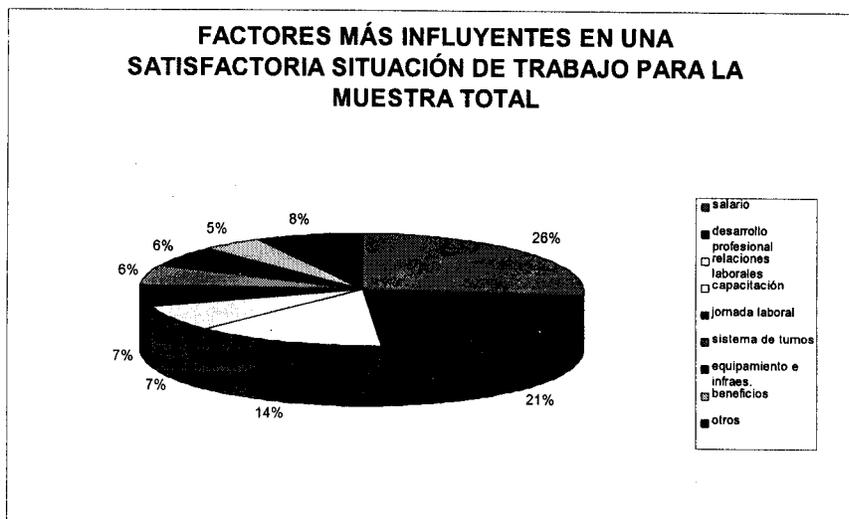
En este capítulo se abordará, en una primera parte, los factores considerados por las enfermeras como los más importantes para una satisfactoria situación de trabajo y en una segunda parte, la evaluación de las enfermeras en su conjunto tanto de los

⁵ Información recogida de los comentarios abiertos de las enfermeras al final del cuestionario.

hospitales públicos como de las clínicas privadas, así como los factores más favorables y desfavorables de cada tipo de institución.

a) **Factores para una satisfactoria situación laboral**

Gráfico 20



Como se observa en el gráfico, los tres factores más influyentes para una satisfactoria situación laboral son en primer lugar el salario, luego el desarrollo profesional y las relaciones laborales.

Al consultar por los tres factores más influyentes (en orden de importancia) para una satisfactoria situación de trabajo (Ver gráficos 23, 24 y 25 en anexo), el salario es considerado como el primer factor para las enfermeras tanto de hospitales públicos como de clínicas privadas, con un 49% y un 58% respectivamente. En esta misma categoría, el desarrollo profesional presenta un 28% en hospitales públicos y un 20% en clínicas privadas, sin embargo es el de mayor porcentaje en el segundo factor de mayor influencia con un 22% en hospitales y 20% en clínicas. Asimismo, el salario y la jornada laboral son importantes para las enfermeras de clínicas con un 20% y un 19% respectivamente, mientras que en los hospitales las relaciones laborales obtienen un 19%.

Al analizar el tercer factor mencionado por las enfermeras como de mayor importancia en su situación de trabajo, aparece primero el desarrollo profesional con 24% en hospitales y 19% en clínicas, y luego las relaciones laborales con 20% y 19% para cada institución. Otros factores considerados son el equipamiento e infraestructura en hospitales y la capacitación en clínicas, ambos con un 12%.

En este punto se puede apreciar que no existe una concordancia entre las razones para trabajar en la actual institución y el primer factor más influyente en una satisfactoria situación laboral que es el salario. Esto se relaciona con la baja satisfacción que presentan las enfermeras de hospitales y clínicas con su ingreso, ya que ésta no se debe sólo a los bajos ingresos que perciben sino también a que el salario es el factor más importante para una situación laboral satisfactoria. Considerando la importancia que las enfermeras le otorgan al desarrollo profesional, se puede inferir que éste es el factor fundamental para elegir un trabajo que les dé una mayor satisfacción

profesional lo que se reafirma con el alto grado de satisfacción que presentan las enfermeras con el cargo y trabajo que realizan en la institución. Por último, las relaciones laborales como tercer factor relevante, también presentan un alto grado de satisfacción en las enfermeras de ambos sectores.

b) Factores más favorables y menos favorables en hospitales y clínicas

Considerando el total muestral, y sin diferenciar por tipo de institución, se observa que los factores más favorables en hospitales públicos según las enfermeras, son las relaciones laborales con 19.7%, el desarrollo profesional con 18.5% y el tipo de usuario con 13.2%. (Ver gráfico N° 26 en anexo).

Por otro lado, en las clínicas privadas los factores considerados por el total de enfermeras como más favorables, son el equipamiento y la infraestructura con 26%, seguido por el salario con 21% y los beneficios con 17%. (Ver gráfico 28 en anexos).

Los factores considerados menos favorables en hospitales públicos son, en primer lugar el salario con 25.8%, en segundo lugar el equipamiento e infraestructura con 19.3% y en tercer lugar los beneficios con un 10.8%. (Ver gráfico 27 en anexo).

Los factores más mencionados como desfavorables en las clínicas privadas son las relaciones laborales con 18.5%, luego el tipo de usuario con 16.3% y las posibilidades de ascenso con un 15.3%. (Ver gráfico 29 en anexo).

Por lo tanto, de estos resultados podemos concluir que los factores más favorables en las clínicas privadas son los factores menos favorables en los hospitales públicos, produciéndose lo mismo en el caso contrario, a excepción del desarrollo profesional y las posibilidades de ascenso.

Esta percepción negativa de las relaciones laborales en clínicas, no concuerda con el grado de satisfacción con las relaciones laborales en las mismas, ya que 98% de las enfermeras opinaron que éstas son buenas a muy buenas. Lo mismo sucede con el salario, el cual es considerado como el factor más favorable en las clínicas a pesar que en éstas no existen enfermeras que se manifiesten muy satisfechas con su ingreso mensual en la institución. Asimismo, a pesar de que no existe una amplia diferencia tanto en los ingresos como en el grado de satisfacción con el salario en hospitales y clínicas, en los primeros el salario aparece como el factor más desfavorable.

Esto se relaciona con la existencia de ideas preconcebidas que tienen las enfermeras acerca de las clínicas privadas y los hospitales públicos, las cuales tienen su origen en la opinión pública que tiende a resaltar los aspectos materiales como uno de los más favorables del sector privado y más desfavorable en el sector público.

En cuanto a los beneficios, equipamiento e infraestructura considerados factores favorables en clínicas y desfavorables en hospitales, vemos que existe una relación con la percepción y satisfacción que tienen las enfermeras con respecto a estos factores. Los datos presentan coherencia, ya que las clínicas efectivamente otorgan mayor cantidad de beneficios y sus enfermeras presentan mayor grado de satisfacción, a la vez que existe una positiva percepción de la situación de equipamiento e infraestructura de su lugar de trabajo. Por otra parte, en los hospitales las enfermeras presentan una percepción negativa de la situación del equipamiento e infraestructura de su lugar de trabajo y una baja satisfacción con los beneficios que la institución les entrega.

Esta misma coherencia se observa en los factores más favorables en hospitales (relaciones laborales y desarrollo profesional), ya que existe un alto grado de satisfacción de las enfermeras de hospitales con sus relaciones con jefes y compañeros, y con el cargo y trabajo que realizan en la institución.

c) Situación laboral general de hospitales públicos y clínicas privadas

En esta sección se abordará la percepción que tienen las enfermeras acerca de la situación laboral en que se encuentran hospitales públicos y clínicas privadas en los siguientes factores: salario, beneficios, oportunidades de capacitación, desarrollo profesional, equipamiento médico y tecnológico, estabilidad laboral, estatus profesional, jornadas de trabajo, sistemas de turno y relaciones laborales.

Con respecto a los hospitales públicos, de las 200 enfermeras encuestadas, 14.5% considera que el *salario* se encuentra en una buena situación, mientras que 50.5% lo considera regular y el 35% restante opina que los salarios son malos o muy malos. Por otra parte, se observa que para las clínicas privadas, existe un 55% de la muestra que opina que la situación del salario es buena, un 28% que es regular y un 15% que es muy buena. (Ver gráfico 30 en anexo).

Con respecto a los *beneficios* en los hospitales, 47% opina que la situación es regular, 28.5% mala y sólo 16.5% la considera buena. Con respecto a los beneficios en las clínicas, 57% los considera buenos, 23.5% regular y 19% muy buenos. (Ver gráfico 31 en anexo).

En cuanto a las *oportunidades de capacitación* en los hospitales, 42% las considera regular, un 27% mala, y buena el 22.5%. Las oportunidades de capacitación en las clínicas son evaluadas por un 57% como buenas, por 23.5% como regular y por un 19% como muy buena. (Ver gráfico 32 en anexo).

Por otra parte, el *desarrollo profesional* en hospitales es considerado regular por un 37%, bueno por un 28.5% y malo por un 21.5%. Mientras que para las clínicas, un 53.5% de las enfermeras considera bueno el desarrollo profesional, un 28.5% lo considera regular y un 15% muy bueno. (Ver gráfico 3 en anexo).

La situación del *equipamiento médico y tecnológico* en los hospitales es considerada por 37.5% de las enfermeras regular, por 35.5% mala, mientras que un 14.5% la encuentra buena, un 12% muy mala, y sólo un 0.5% muy buena. El equipamiento en las clínicas es evaluado por un 50% como muy bueno y por un 47% como bueno. (Ver gráfico en anexo).

La *estabilidad laboral* en hospitales es considerada por un 48% de la muestra como buena, por un 26% como regular y por un 17.5% muy buena. En tanto que en las clínicas, el 42.5% considera regular esta situación, un 30% opina que es buena y un 20% que es mala. (Ver gráfico 35 en anexo).

Con respecto al *estatus profesional* en los hospitales, 40% de las enfermeras encuestadas lo considera regular, 38.5% lo considera bueno y 10.5% malo. En las clínicas, el estatus es considerado como bueno por 59% de las enfermeras, como muy bueno por 21% y como regular para el 19.5%. (Ver gráfico 36 en anexo).

La situación de la *jornada de trabajo* en los hospitales es calificada como buena por un 30%, como regular por un 51% y como mala por un 18.5%. Mientras que en las clínicas esta situación es considerada por un 52.5% como buena, por un 39.5% como regular y por 6.5% como muy buena. (Ver gráfico 37 en anexo).

En cuanto a los *sistemas de turno* en los hospitales, 49.5% opina que la situación es regular, 33% que es buena y 16% que es mala. Por otra parte, 54.5% de la muestra considera buenos los sistemas de turno en las clínicas, 37% opina que es regular y el 6.5% que es muy bueno. (Ver gráfico 38 en anexo).

Por último, las *relaciones laborales* en los hospitales son consideradas como buenas por un 46%, por un 40.5% regulares, mientras que son evaluadas como muy buenas y malas por un 6% respectivamente. En las clínicas, éstas son consideradas por

un 48.5% como buenas, un 39% las encuentra regular y un 9% malas. (Ver gráfico 39 en anexo).

Por lo tanto, se observa que es mejor evaluado el ámbito de la clínica privada en los factores de salario, beneficios, capacitación, equipamiento e infraestructura, estatus profesional, jornada laboral y sistema de turnos. El hospital público está mejor evaluado sólo en la estabilidad laboral. En las relaciones laborales, ambos tipos de institución tienen una similar evaluación positiva. Por esto, podemos decir que las enfermeras en su conjunto tienen una percepción positiva de la situación laboral en las clínicas privadas, no así de los hospitales públicos.

4. Desplazamientos

En este capítulo se abordarán los desplazamientos de las enfermeras con respecto a los siguientes aspectos: historia académica, referido al lugar actual de trabajo con relación a la universidad y año de egreso; experiencia laboral previa anterior al actual trabajo. En ambos se tomarán las cohortes de 1975-1980, 1981-1989, 1990-1997; en el primer tema de acuerdo al año de egreso de las enfermeras y en el segundo, con relación al año de cambio de trabajo.

a) *Historia académica*

A pesar de que el tamaño y tipo de la muestra no permiten sacar conclusiones generales sobre el universo de las enfermeras, se observará la información recolectada con el fin de proponer posibles tendencias en la relación año de egreso de las enfermeras y tipo de institución en que trabajan.

Cuadro 1

COHORTES DE AÑO DE EGRESO POR ACTUAL INSTITUCIÓN DE TRABAJO

		Tipo de institución		
		Hospital Público	Clínica privada	Total
Cohortes de Egreso	1975-1980	75%	25%	100%
	1981-1989	34.30%	65.70%	100%
	1990-1997	51.10%	48.90%	100%

Como se observa en el cuadro 1, existe una tendencia en las enfermeras egresadas entre 1975-1980 a trabajar en hospitales públicos más que en clínicas privadas en una proporción de 3 a 1. En los egresos entre 1981-1989, se percibe que casi el doble del número de enfermeras que actualmente trabajan en hospitales públicos, se encuentra trabajando en clínicas privadas, siendo una proporción de 2 a 1. Por último, se observa que las enfermeras de la cohorte de 1990-1997 trabajan en igual proporción en los dos ámbitos de salud.

Con estos datos se puede inferir en primer lugar, que no existe una preferencia por alguno de los dos tipos de instituciones de salud en la cohorte de los años 1990-1997 y que éstas trabajan por igual en ambos.

En segundo lugar, es importante recalcar la preferencia que se advierte de la cohorte 1975-1980 por los hospitales públicos y de las enfermeras egresadas entre 1981-1989 por las clínicas privadas, aumentando la proporción de enfermeras de la segunda cohorte que trabajan actualmente en clínicas privadas, a diferencia de los egresos entre 1975 y 1980, de los cuales la mayoría se encuentra trabajando actualmente en hospitales públicos.

Esto puede estar relacionado con características contextuales de cada período, de este modo para la primera cohorte el mercado de trabajo en salud era mayoritariamente el área pública, el cual se expandió hacia el sector privado con la creación de la ley de Isapres para la segunda cohorte, aumentando las posibilidades de trabajo para las enfermeras y la competitividad entre el área pública y privada por captarlas y retenerlas. Por último, para la tercera cohorte el sector privado durante este período se consolida y estabiliza, mientras el sector público intenta revertir el deterioro del período anterior aumentando el gasto público en salud e introduciendo normativas relacionadas a la gestión de recursos humanos.

Por otra parte, de las universidades de egreso, 67% de las enfermeras encuestadas egresaron de la Universidad de Chile y de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con un 40.5% y un 26.5% respectivamente. Sin embargo, cabe notar que mientras 66.7% de las enfermeras egresadas de la Universidad de Chile trabajan actualmente en hospitales públicos, 88.7% de las egresadas de la Pontificia Universidad Católica de Chile lo hacen en clínicas privadas. A pesar que estos resultados pueden estar influidos por el tamaño y tipo de lamuestra, se aprecia que existe una tendencia entre universidades y tipo de institución.

b) *Experiencia laboral previa*

En este punto se abordarán los desplazamientos de las enfermeras desde la última institución donde trabajaron a la actual institución de trabajo. Para esto se tomará como referencia los años de las cohortes anteriormente establecidas.

Cuadro 2

DESPLAZAMIENTOS DEL LUGAR DE TRABAJO EN EL PERÍODO 1975-1980

Tipo de institución actual	Última institución donde trabajó antes de cambiarse a la actual		
	Hospital Público	Clínica Privada	Otro
Hospital público	62.50%	25%	0%
Clínica privada	0%	12.50%	0%

Durante el período 1975-1980, 20% de la primera cohorte se cambió de trabajo, y ninguna de las enfermeras encuestadas se desplazó de hospitales a clínicas. Por otra parte, en el período 1981-1989 aumentaron los desplazamientos de enfermeras hacia clínicas en un alto porcentaje, especialmente desde otras clínicas privadas, consultorios municipales, hospital de las Fuerzas Armadas y universidades. Por último, entre el período 1990-1997 aumenta el número de enfermeras que se

desplazó a hospitales en comparación con el segundo período, especialmente desde otras instituciones de salud como consultorios municipales y Hospital de Carabineros.

Cuadro 3

DESPLAZAMIENTOS DEL LUGAR DE TRABAJO EN EL PERÍODO 1981-1989

Tipo de institución actual	Última institución donde trabajó antes de cambiarse a la actual		
	Hospital Público	Clínica Privada	Otro
Hospital público	16.30%	9.3%	7%
Clínica privada	14%	25.60%	28%

Cuadro 4

DESPLAZAMIENTOS DEL LUGAR DE TRABAJO EN EL PERÍODO 1990-1997

Tipo de institución actual	Última institución donde trabajó antes de cambiarse a la actual		
	Hospital Público	Clínica Privada	Otro
Hospital público	18.90%	14%	18%
Clínica privada	15%	17.60%	17%

De lo anterior se puede inferir que existe un aumento en los desplazamientos, en general, desde el primer al segundo período, pero principalmente en el tercer período de tiempo. Es importante notar que en estos dos últimos períodos, los desplazamientos entre hospitales y clínicas no tienen tanta relevancia como los desplazamientos entre hospitales y entre clínicas y otras instituciones de salud.

Este aumento de desplazamientos en el segundo período de tiempo hacia clínicas privadas puede estar influenciado directamente por la ley de Isapres de 1981 y por la consiguiente expansión del ámbito privado de salud. En el tercer período se advierte que los desplazamientos están más equilibrados hacia hospitales y clínicas, lo que puede deberse al cambio de gobierno en 1989 y a las reformas impulsadas en el área de la salud pública, las que intentaron mejorar las condiciones de los recursos humanos y materiales.

Se les consultó a las enfermeras por su conocimiento respecto a las leyes sobre recursos humanos impulsadas por el Ministerio de Salud desde 1990, para observar la posible relación de éstas con la inserción laboral en los hospitales públicos. De la muestra, 60.5% afirmó no estar informada al respecto, 16.5% opinó que no han sido adecuadas para las necesidades reales de las enfermeras, 11% consideró que las leyes no han influido en la situación de las enfermeras, mientras que un 5% opinó que éstas están bien encaminadas pero que aún no han logrado cambios importantes y otro 5.5% afirmó que han mejorado la situación de las enfermeras en los hospitales.

La ley más mencionada por las enfermeras fue la Ley de Urgencia de 1993, la cual otorga una asignación para el personal que trabaja en sistema de turnos rotativos, nocturnos y en días sábados, domingos y festivos.

Por tanto, se puede concluir que el conocimiento y aprobación de las leyes no tienen relevancia respecto a la inserción laboral de las enfermeras en hospitales. El hecho de que las enfermeras no conozcan las leyes, no significa que éstas no mejoren su situación, por lo que sería importante difundirlas entre estas profesionales, como una forma de atraerlas y retenerlas en el sector público.

C. CONCLUSIONES

De los resultados encontrados, podemos concluir que la situación laboral en hospitales públicos y en clínicas privadas presenta características similares en varios aspectos, diferenciándose mayormente en los factores de beneficios, flexibilidad de la jornada laboral e incentivos para trabajar con sistemas de turno, los cuales presentan una situación más favorable en las clínicas privadas. Lo mismo ocurre con las condiciones del lugar de trabajo, donde la mayor diferencia se da en el equipamiento y tecnología e infraestructura del lugar de trabajo, evaluada positivamente en clínicas y negativamente en hospitales. Esto se refleja en el grado de satisfacción de las enfermeras, quienes se sienten en mayor o menor grado satisfechas, consecuentemente con la situación objetiva planteada. Es decir, las enfermeras de hospitales públicos están más insatisfechas con estos aspectos de su situación laboral que las de clínicas privadas.

A pesar de esta diferencia en el grado de satisfacción en los factores ya mencionados, entre las enfermeras que trabajan en hospitales públicos y clínicas privadas, en otros factores referentes a la situación laboral no existen diferencias significativas en los dos ámbitos de la salud. Es así como, el horario de trabajo, los sistemas de turno, sistema de jubilación, tipo de contrato, las relaciones laborales, oportunidades de capacitación y el cargo y trabajo que realizan las enfermeras en la institución presentan características similares en hospitales y clínicas. De la misma forma, el grado de satisfacción de las enfermeras con algunos de estos factores (horario de trabajo, sistema de turnos, relaciones laborales, cargo y trabajo que realizan), no presenta diferencias significativas entre hospitales y clínicas, contando los últimos tres factores mencionados con un alto grado de satisfacción.

No obstante, al consultar por la percepción (del total muestral) de la situación general de hospitales y clínicas, las opiniones presentan una evaluación más positiva para clínicas privadas en jornadas de trabajo, sistemas de turno, capacitación y estatus profesional, y sólo la estabilidad laboral tiene una mejor evaluación en los hospitales.

La misma contradicción se da con el salario, donde la diferencia de ingreso y satisfacción, a pesar de ser más positiva en clínicas privadas, es leve. Esto contrasta con la percepción que tienen las enfermeras acerca del salario en hospitales y clínicas, considerado el factor más favorable en la situación laboral en clínicas privadas y el más desfavorable en hospitales públicos. No obstante, al observar los datos objetivos del ingreso mensual, no se percibe más que una leve diferencia entre ambos tipos de instituciones, lo que se recalca al consultar por el grado de satisfacción de las enfermeras, no encontrándose ninguna muy satisfecha con su ingreso mensual. De esta forma, se observa que la percepción de los aspectos más favorables y menos favorables es distinta para hospitales públicos y clínicas privadas. Sin embargo, nos queda la pregunta acerca de las razones que influyen en esta percepción de los aspectos favorables y desfavorables, contradictoria con la situación que plantean las enfermeras en las respectivas instituciones.

Con respecto a esto, podemos inferir que existe un factor externo que incide en la percepción de las enfermeras acerca de la situación en clínicas y hospitales, y que está relacionado con ideas preconcebidas y estigmatizaciones que afectan a ambos tipos de institución. Estas tienen su origen en la opinión pública, la cual tiende a mostrar al sector público sólo en sus falencias en cuanto a condiciones materiales e incapacidad de cobertura en atención, mientras que al área privada se la tiende a relacionar con el avance en tecnología y la comodidad y eficiencia de su atención; no considerando que el sector público atiende al 68,8% de la población y al 40% de la población más pobre (datos de 1990), mientras que el sector privado evita actividades de menor rentabilidad, lo que le permite proveer una atención de mayor calidad pero socialmente excluyente. Tampoco se toma en cuenta que el sector público está aún en proceso de revertir el deterioro sufrido en los años ochenta, producto de la reducción de sus recursos y la escasa modernización de su gestión que llevó a cabo el gobierno militar. De esta forma, los hospitales adquieren un matiz negativo y las clínicas uno positivo, especialmente en lo referente a las condiciones de trabajo materiales (salario, horario, sistema de turnos, infraestructura, etc.), a pesar que en los hospitales públicos se destacan las relaciones laborales y la estabilidad laboral como factores positivos.

Otro factor que pudiera influir en esta percepción, es la generalización que se hace de hospitales y clínicas, sin considerar las diferencias que se presentan al interior de cada sector. De la información recolectada, se puede concluir que existe un grado de heterogeneidad dentro de las instituciones, en factores como el salario y la flexibilidad, mientras que en los factores de beneficios e incentivos para trabajar con sistema de turnos, se da una mayor homogeneidad en la cantidad y tipo en las clínicas, no así en los hospitales, donde el tipo de beneficios e incentivos presenta diferencias en las cuatro instituciones públicas de esta investigación.

Por otro lado, advertimos que la situación familiar de las enfermeras no influye mayormente en su satisfacción laboral, ya que de la muestra de esta investigación se observa que no existen diferencias relevantes según estado civil, número y edad de los hijos y jefatura del hogar. Considerando que factores como el horario y sistema de turnos no presentan mayores diferencias entre hospitales públicos y clínicas privadas, sería interesante conocer la situación y satisfacción laboral de enfermeras que no pertenezcan a estos dos ámbitos de la salud, sino que trabajen particularmente, en otras áreas laborales, etc., para observar las diferencias existentes entre este tipo de enfermeras y las de hospitales públicos y clínicas privadas. Sin embargo, podemos concluir que el cargo tiene una influencia clara en el grado de satisfacción que presentan las enfermeras con respecto al horario de trabajo y los sistemas de turnos, ya que mientras mayor es el cargo de la enfermera, mayor es su grado de satisfacción.

Al observar los desplazamientos, se advierte que si bien estos han aumentado en la última década, la inserción de enfermeras producto de estos cambios de trabajo han sido similares para clínicas y hospitales. A pesar del tipo de muestra, se advierte que el mayor número de enfermeras que se desplaza hacia las clínicas no proviene de hospitales públicos, sino que de clínicas privadas, consultorios municipales, Isapres y otras instituciones de salud. Por lo tanto, es importante considerar medidas no sólo para atraer enfermeras universitarias a los hospitales públicos, sino también para retenerlas y evitar su emigración a clínicas y otras instituciones. Por esto, sería relevante conocer la situación de las enfermeras en las instituciones que no sean hospitales públicos o clínicas privadas, para poder llevar a cabo una comparación y tener un diagnóstico global de este segmento de la salud.

Por otra parte, se vio en los resultados que un factor importante para las enfermeras en su situación de trabajo es el salario, por lo que debieran plantearse

medidas para mejorar esta situación, ya sea directa o indirectamente a través de bonos, comisiones o mayor cantidad de beneficios, etc. Asimismo, con respecto al desarrollo profesional, también considerado como importante por las enfermeras se debiera ver la posibilidad de implementar cursos de capacitación y entrenamiento continuos en los hospitales públicos, de forma que atraigan y retengan a las enfermeras que ahí trabajan, fundamentalmente considerando que el trabajo y cargo como enfermera son los factores que presentan un mayor grado de satisfacción tanto en hospitales como en clínicas.

Aparte de estos factores materiales de la situación laboral, también es importante recalcar y revalorizar el rol que la enfermera cumple dentro de las instituciones de salud de manera explícita, ya sea con incentivos, beneficios o premios al buen desempeño. A esto debiera agregarse, no sólo el reconocimiento al interior de la institución por parte de médicos, funcionarios y pacientes a través de mayor autonomía y de participación en la toma de decisiones, sino que también en el ámbito público y ministerial, ya que las enfermeras no sienten que se ha reconocido la importancia de su rol dentro de las instituciones de salud, tanto a niveles material como social. Por lo tanto, para revertir la escasez de enfermeras que afecta actualmente al país es necesario contemplar políticas y medidas que reviertan las condiciones desfavorables de trabajo en los hospitales públicos, y que den un mayor reconocimiento a las enfermeras como profesionales fundamentales de la salud. Dentro de esto, se plantea la importancia de una legislación específica para las enfermeras, que contemple los temas de las remuneraciones, beneficios, horario laboral y métodos y organización de trabajo, así como la implementación de mecanismos de difusión de las leyes para que estén en conocimiento, principalmente de las enfermeras.

Por otra parte, sería importante que existiera una conexión entre las universidades que imparten la carrera de enfermería y los hospitales públicos, con el fin de atraer enfermeras egresadas y de enseñarles la situación objetiva que existe en clínicas y hospitales sin las estigmatizaciones existentes. Asimismo, se debiera ver la posibilidad de ampliar los cupos en las universidades para la carrera de enfermería, ya que sólo el aumento de egresos permitirá incrementar la disponibilidad de estas profesionales y disminuir su déficit.

Por último, nos parece que para tener una visión más acabada de la profesión de enfermería, sería importante contar con información acerca de la situación laboral de este estamento, con una muestra representativa de hospitales públicos y clínicas privadas para todo el país. Asimismo, realizar investigaciones que den cuenta de lo que sucede con las enfermeras que actualmente prefieren trabajar particularmente o dedicarse a áreas distintas de la salud.

ANEXO

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

a) Cohortes de egreso

El 20% de la muestra de enfermeras egresó entre los años 1975-1980; 35% egresó entre 1981-1989; y 45% egresó entre 1990-1997.

b) Edad

La mayoría de las enfermeras encuestadas se concentran entre los 25 y 39 años con un 68.5%. Las enfermeras con edad inferior a 24 años representan 10.5%, mientras que las enfermeras mayores de 40 años son el 21%.

c) Institución donde trabajan actualmente:

Dentro de los hospitales, el hospital 1 y el 3 representan el 10% de la muestra cada uno, mientras que el hospital 2 y el 4 representan el 15% respectivamente. Por otra parte, la muestra de la clínica 1 y la 3 fueron de 12,5% cada una. La clínica 2 cuenta con 17,5% del total y por último, la clínica 4 cuenta con un 7,5% de la muestra.

c) Nacionalidad

De la muestra seleccionada 97% es chilena, mientras el 3% restante son extranjeras de nacionalidad peruana.

d) Estado civil

El 47% son casadas o convivientes, mientras que el 43,5% son solteras y el restante 9,5% corresponde a las enfermeras viudas y separadas o anuladas.

e) Universidad de egreso

El 40.5% egresó de la Universidad de Chile; 26.5% egresó de la Pontificia Universidad Católica de Chile; 10% egresó de la Universidad de Concepción y 17% egresó de otras universidades regionales de todo el país, mientras que el 6% restante lo hizo de otras universidades no especificadas.

f) Estudios posteriores y capacitación

De la muestra de enfermeras, el 60.5% accedió a capacitación en el área de salud o a estudios posteriores al egreso de la carrera de enfermería. El 25.5% de estos

accedió a través de la institución donde trabaja actualmente y el 22% accedió particularmente. Mientras que 39.5% no tiene estudios posteriores.

g) *Años trabajando como enfermera*

De las enfermeras encuestadas, 17.5% lleva entre 17 y 23 años en la profesión de enfermería, 39.5% entre 8 y 16 años, y 43% ha practicado su profesión por menos de 7 años.

SITUACIÓN FAMILIAR

a) *Número y edad de los hijos*

El 47% de las encuestadas no tiene hijos, mientras que 22.5% tiene un hijo; 19% tiene dos hijos y sólo 11,5% tiene entre tres y cinco hijos.

De la muestra total con hijos, la mayoría de las edades de estos se concentran entre los cero y diez años.

b) *Jefatura de hogar*

De la muestra, 44% de las enfermeras se considera jefa de hogar, es decir, la que aporta el único o mayor ingreso del hogar. El 30,5% representa al esposo o conviviente de las enfermeras como jefe de hogar. Por último en el 25,5% de los casos el jefe de hogar es otra persona.

b) *Ingreso mensual del hogar*

El 38.5% de las enfermeras encuestadas cuenta con un ingreso mensual del hogar superior a los \$701 000; 25.5% de los hogares tiene un ingreso entre \$551 000 y \$700 000; el 21% cuenta con un ingreso mensual por hogar de entre \$401 000 y \$550 000; mientras que el 15% restante de los hogares tiene un ingreso mensual entre \$100 000 y \$400 000.

c) *Actividades paralelas al trabajo en la institución*

El 40% de la muestra realiza labores del hogar, mientras que 20% afirma no realizar actividades paralelas, 15% se dedica a algún tipo de estudio y el mismo porcentaje trabaja particularmente como enfermera, y 10% lo hace en otra institución de salud.

HISTORIA DE TRABAJO PREVIO

a) *Trabajo anterior en área no relacionada con salud*

El 91,5% de las enfermeras no ha trabajado en otra área laboral que no esté relacionada con la salud. El 8,5% restante afirmó haber trabajado en otras áreas por motivos económicos.

b) Trabajo anterior en el área de salud

De la muestra seleccionada, 62,5% trabajó en otra(s) institución(es) antes de su actual lugar de trabajo. De este porcentaje (tomado ahora como el 100%), 34,4% de las enfermeras trabajó por última vez, antes de cambiarse a la actual institución, en un hospital público y 32,8% trabajó en una clínica privada. El 32,8% trabajó anteriormente en otras instituciones como universidades, consultores municipales y Hospital de las Fuerzas Armadas.

c) Año de cambio a la actual institución

Del 6,25% que se cambió a su actual trabajo desde otra institución, 59,2% de las enfermeras lo hizo entre 1990-1998, 34,4% lo hizo entre 1981-1989 y por último 6,4% lo hizo entre 1975-1980.

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

a) Años trabajando en la actual institución

El 31,5% de la muestra lleva trabajando entre 1 y 5 años; 26,5% lleva trabajando entre 6 y 10 años; mientras que 14,5% y 14% corresponden a las enfermeras que llevan trabajando más de 15 años y entre 11 y 15 años respectivamente. El 13,5% restante lleva trabajando menos de un año en la actual institución.

b) Años trabajando en el cargo

El 43% de las enfermeras encuestadas lleva trabajando en el mismo cargo entre 1 y 5 años; 27% ha estado en el cargo entre 6 y 10 años; 17,5% de las enfermeras lleva menos de un año en el cargo; por último 12,5% de las enfermeras corresponde a las que llevan trabajando más de 11 años en el cargo.

c) Cargo como enfermera en la institución:

De la muestra, 72% tiene el cargo de enfermera clínica o tratante, 16% trabaja como enfermera supervisora, mientras que el 12% restante trabaja como enfermera jefe o coordinadora de servicios o turnos.

d) Contacto diario con pacientes

El 99,5% de las enfermeras afirmó trabajar en contacto diario con los pacientes.

e) Tipo de contrato

El 63% de las enfermeras encuestadas cuenta con contrato indefinido y 22,5% con contrato renovable cada año, mientras que el 13,5% restante tiene otro tipo de contrato representando sólo el 1% las enfermeras que no cuentan con contrato.

f) ***Ingreso mensual en la actual institución***

De la muestra, 26% recibe entre \$351 000 y \$400 000 por su trabajo mensual, 22.5% recibe entre \$301 000 y \$350 000, mientras que 20% recibe un salario entre \$401 000 y \$500 000, 12% entre \$501 000 y \$600 000 y 10.5% recibe entre \$251,000 y \$300 000 por su trabajo; por último el 4.5% corresponde a un ingreso mayor a \$601 000 y el mismo porcentaje recibe menos de \$300 000.

g) ***Sistema de jubilación***

El 93.5% de la muestra cotiza en AFP, 3.5% con el sistema antiguo, mientras que 3% no cuenta con sistema de jubilación.

Gráfico 21

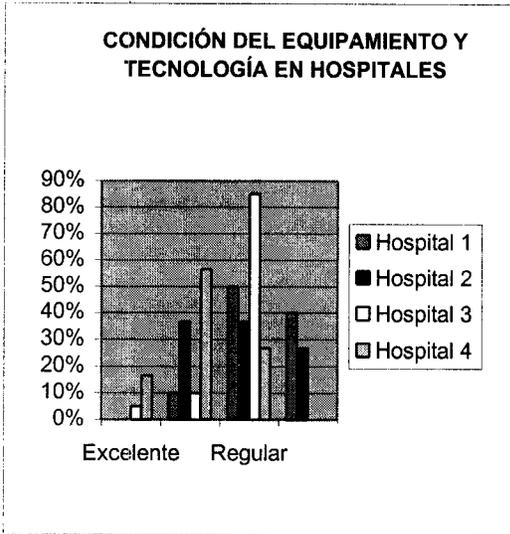


Gráfico 22

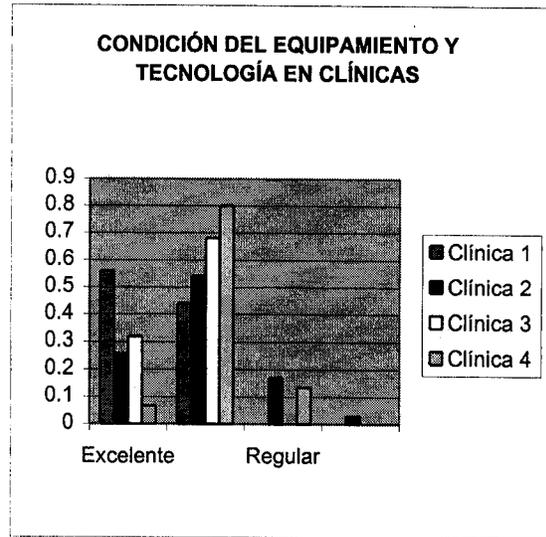


Gráfico 23

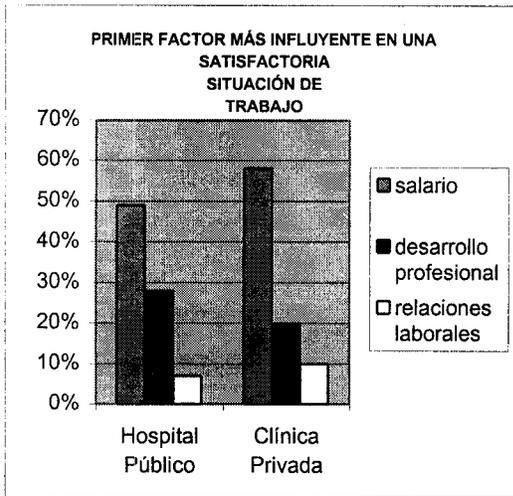


Gráfico 24

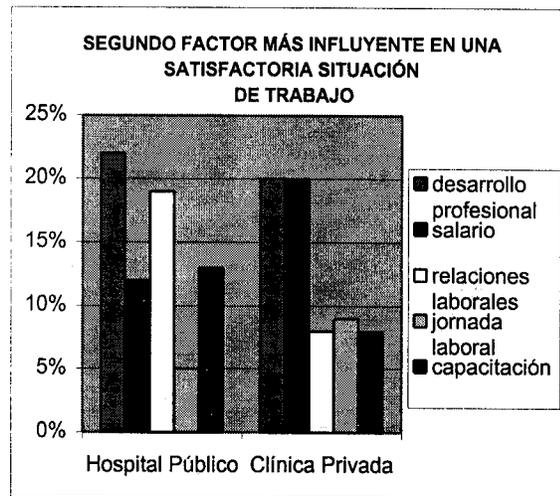


Gráfico 25

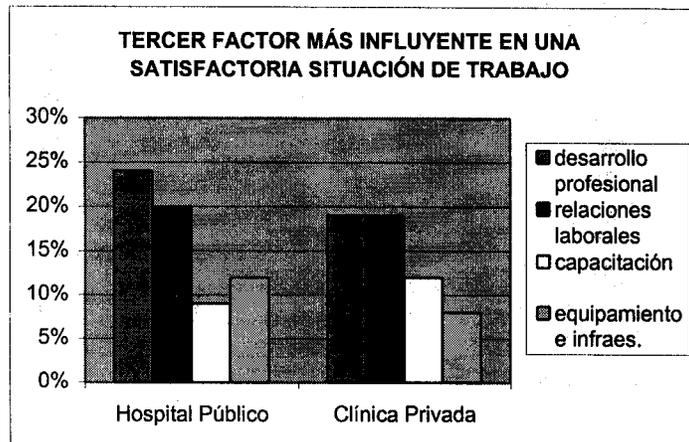


Gráfico 26

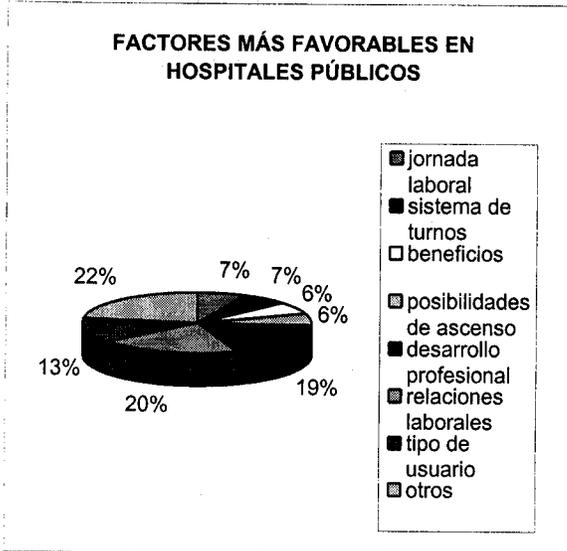


Gráfico 27

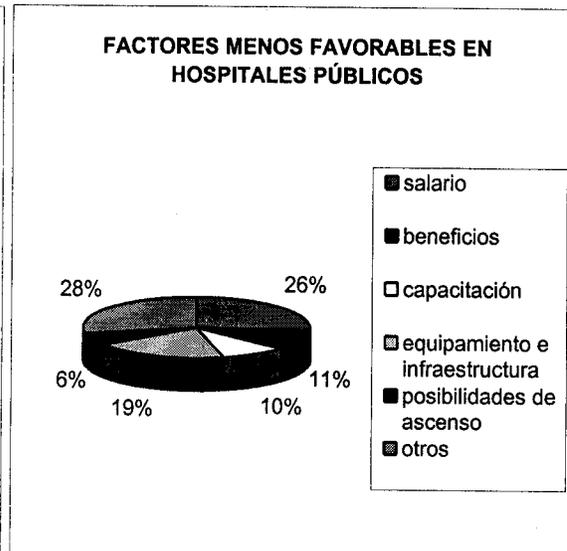


Gráfico 28

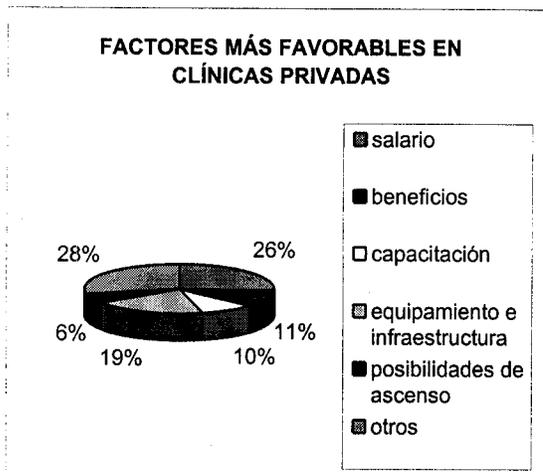


Gráfico 29

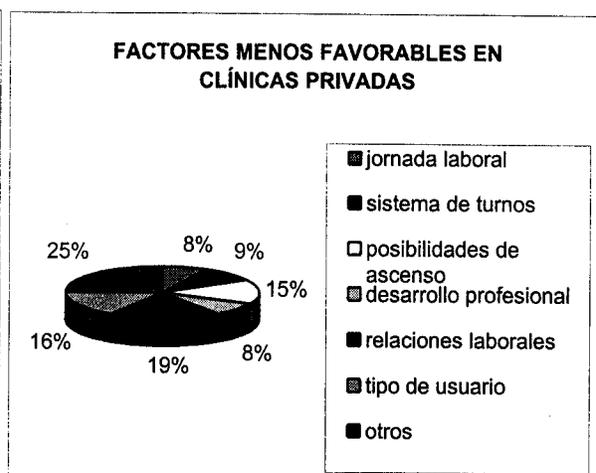


Gráfico 30

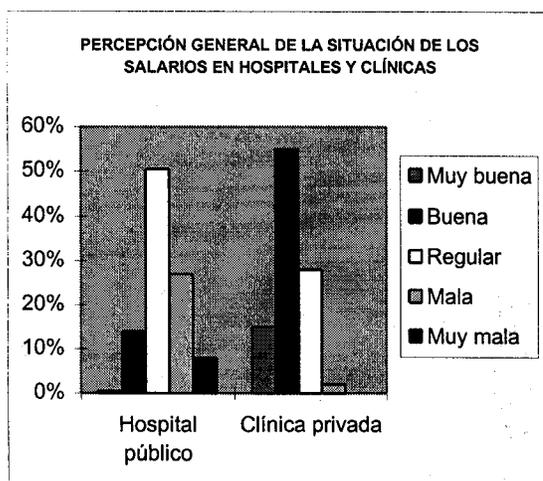


Gráfico 31

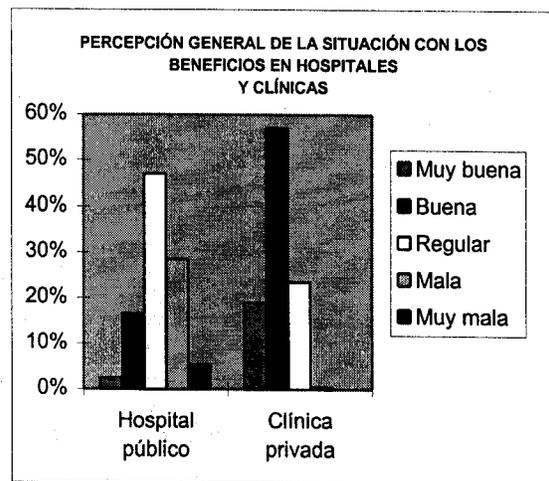


Gráfico 32

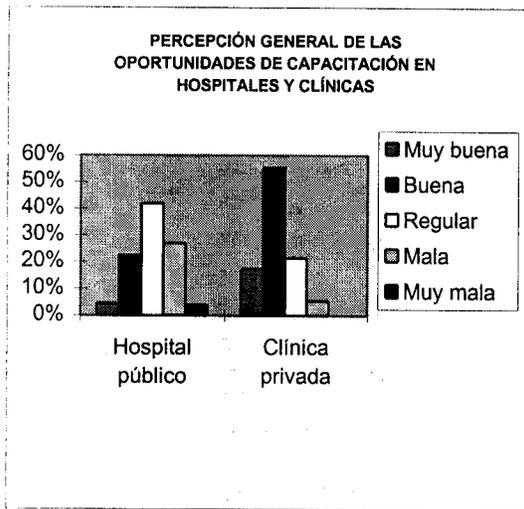


Gráfico 34

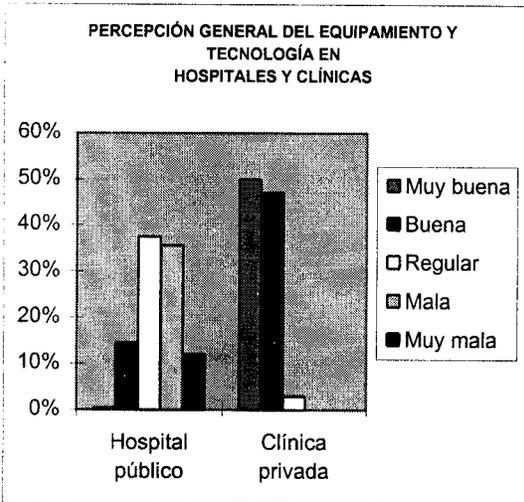


Gráfico 36

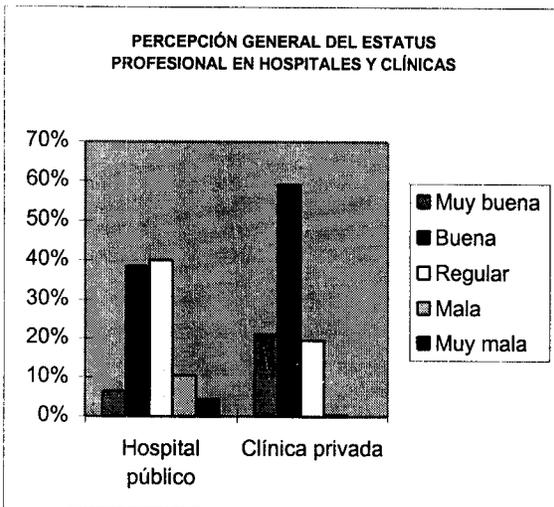


Gráfico 33

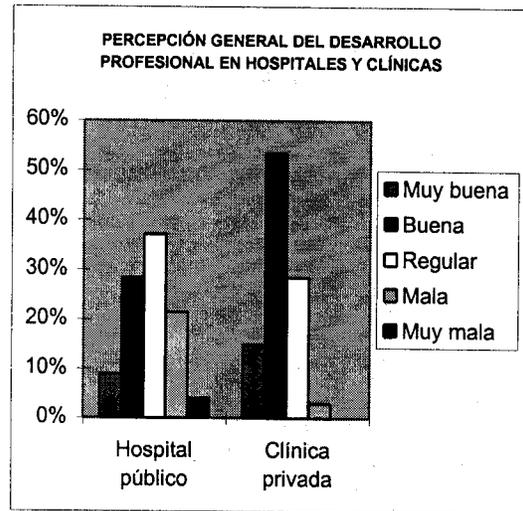


Gráfico 35

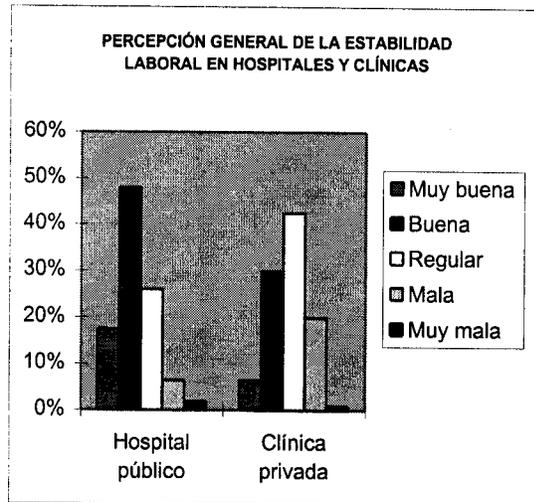


Gráfico 37

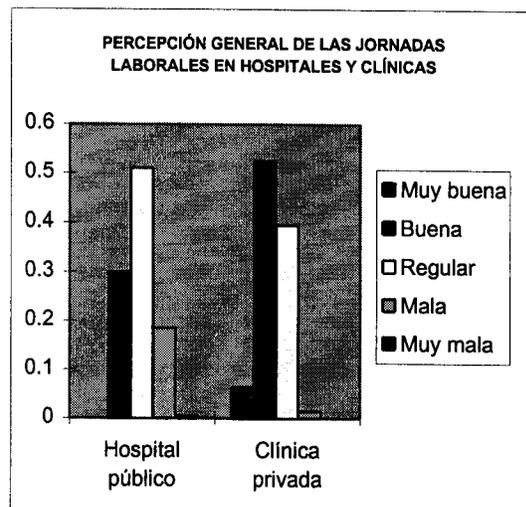


Gráfico 38

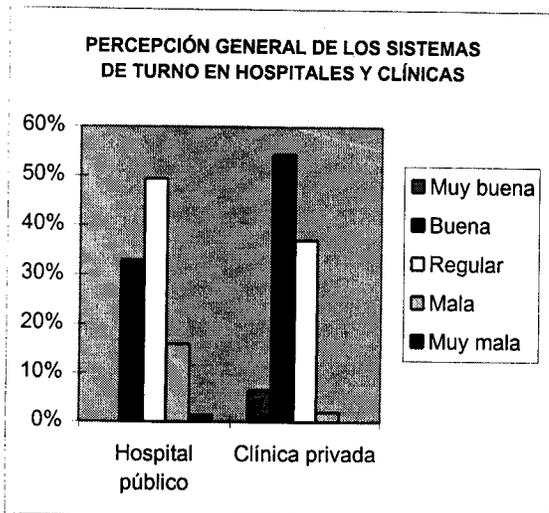
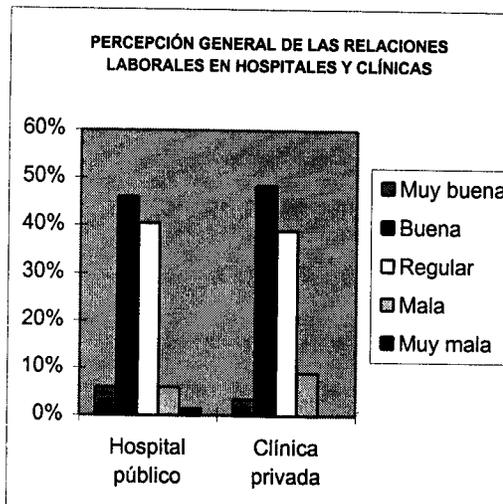


Gráfico 39



Capítulo II

ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL MERCADO LABORAL Y LA GESTIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Verónica Flores y Marcela Weintraub

A. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas tres décadas, la población ha experimentado grandes cambios demográficos, económicos y sociales, que han incidido en la transformación del perfil epidemiológico, la tecnología, y los modelos de atención, en definitiva en la transformación de las necesidades de salud de la población. Actualmente, la tendencia en salud apunta a una creciente atención ambulatoria, a la descentralización, privatización y reestructuración de los servicios de salud y sus recursos humanos. Estos cambios han exigido, no sólo un cambio en los modelos de atención y en la composición de los recursos humanos requeridos en salud, sino también en una revisión de los modelos de gestión y administración de los servicios de atención de salud.

En este contexto, se ha producido un cambio tanto en la composición de los recursos humanos, como en las relaciones laborales y administrativas del personal en el sector salud. Estudios realizados en este campo evidencian la tendencia de los médicos hacia la especialización, el trabajo en consultas privadas, consultas a domicilio, generando una situación de multiempleo, acompañado de un aumento de las horas de trabajo de estos profesionales. Sin embargo, se hace necesario conocer qué sucede con los profesionales del área no médica de la salud, pues no se puede trabajar sobre el supuesto que este personal no ha evolucionado en el último tiempo, como lo ha hecho el personal médico.

Desde el surgimiento de las Isapres en el año 1981, y a partir de las transformaciones en los modelos de atención en salud, se ha generado un crecimiento en la demanda tanto por enfermeras universitarias, como por todo el personal afín a esta actividad. Esto se observa no sólo en la absorción de personal por parte de las clínicas privadas, sino también en el desarrollo que han tenido las instituciones que prestan servicios domiciliarios de enfermería, las casas de reposo, centros de toma de exámenes, laboratorios particulares, centros médicos, unidades de salud de las empresas, etc. Cabe indicar que no sólo se ha ampliado el mercado de trabajo para las enfermeras universitarias, sino que también para el personal auxiliar de enfermería y técnico paramédico, a la vez que han surgido nuevas especialidades y ocupaciones en el ámbito de la enfermería, como las denominadas "cuidadoras".

Sin embargo, existen grandes limitaciones para dar cuenta de la realidad del personal de enfermería. En primer lugar, por la falta de un registro completo del universo total de las enfermeras universitarias, tanto de las que se encuentran realizando labores de enfermería, como de aquellas que potencialmente podrían ser reclutadas en dicha actividad. Los datos con que se cuenta actualmente provienen del

INE, donde se indica que el total de enfermeras alcanzaba en 1992 a las 6 738 profesionales, y del Colegio de Enfermeras, que estima que actualmente hay un total de 8 mil enfermeras. De este total, 3 978 trabajan en el Servicio Nacional de Salud (SNSS), pero se desconoce el número de profesionales que trabaja en el área privada de salud o en otra actividad¹. Adicionalmente, se estima en más de 18 mil el número de graduados de enfermería en los últimos 35 años; en consecuencia, es importante preguntarse qué sucede con la diferencia entre estas 18 mil enfermeras de las que habla el Colegio de Enfermeras y las 3 978 que actualmente trabajan en el SNSS.

Por otra parte, los datos que presenta el INE, a partir del Censo de 1992, plantean ciertas deficiencias en lo referido al número de enfermeras que actualmente se encuentra trabajando en el país. En el Censo, las preguntas se hacen a quien se encuentre en el hogar, lo cual puede llevar a confusión entre lo que es una enfermera universitaria y otro personal de enfermería, pues no es posible controlar la validez de la respuesta.

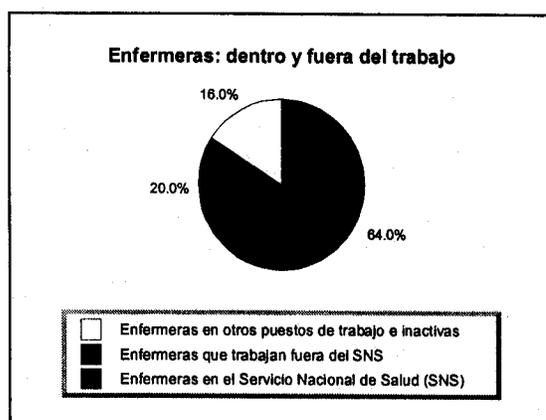
Pese a esto, el carácter deficitario que presentan las enfermeras universitarias en el país², plantea la necesidad de contar con un registro acucioso de estas profesionales, que implica tener conocimiento actualizado del número de enfermeras graduadas de la universidad³ y de la trayectoria que éstas siguen en el mundo laboral; vale decir, aquellas enfermeras que se encuentran ejerciendo su profesión, aquellas que se encuentran trabajando en áreas distintas a la enfermería, y aquellas que están fuera del mercado del trabajo.⁴ Poseer esta información permitiría un mejor manejo y un

¹“Mercado del trabajo en el sector salud en Chile”, Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile, 1995-1996.

²Chile presenta un nivel bajo de disponibilidad de servicios de enfermería, con 60 enfermeras por cada cien mil habitantes. Indicador presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

³De acuerdo a datos del MINEDUC, la evolución de los cupos universitarios en la carrera de enfermería han tenido un aumento de 616 en 1991 a 915 en 1995. Sin embargo, debido a la alta tasa de mortalidad académico, los egresos sólo han aumentado de 281 en 1991 a 311 en 1994, teniendo una alza en 1992 con 343 egresos.

⁴En el caso de Inglaterra, existe un registro acucioso del personal de enfermería, a la vez que estudios acerca del comportamiento de las enfermeras, tanto de las que se encuentran en ejercicio activo de la profesión, como de aquellas que no tienen empleo remunerado. Esto permite conocer cuál es el porcentaje de enfermeras dispuestas a entrar al mercado del trabajo. El siguiente gráfico muestra la composición de las enfermeras universitarias:



Fuente: The Institute for Employment Studies (1997), *Taking Part: Registered*

mayor espectro de posibilidades para el reclutamiento de estas profesionales, en caso de ser necesario. Esta falta de información se repite en el caso de los auxiliares de enfermería y de los técnicos paramédicos (en 1994, se registraron 26 972 trabajando en el SNSS)⁵, ya que no se cuenta con un registro del universo total de estos profesionales y de las instituciones donde trabajan.

En estrecha relación con lo anterior se encuentra el tema de la redefinición de funciones del personal no médico. Es así como en 1978 se dictaminó una ley que determina la forma y condiciones en que los auxiliares pueden ejercer su actividad. El artículo 4º de esta ley indica que el personal auxiliar podrá "asistir en forma directa a pacientes (...), desempeñar sus funciones bajo la dependencia y supervisión de los profesionales universitarios correspondientes". En 1993 surge la figura del técnico paramédico; el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación adoptaron un Convenio de Cooperación Técnica, por el cual se capacitaron a los auxiliares de enfermería como técnicos paramédicos, estableciendo un programa de 1600-1800 horas de estudio.⁶

En el caso de las cuidadoras, la situación es aún más crítica, debido a la falta de conocimiento y de regulación de la actividad que ellas realizan. Entre las cuidadoras, podemos encontrar desde aquellas que no cuentan con estudios secundarios completos, aquellas que han realizado cursos de capacitación y cuya acreditación no depende del Ministerio de Salud, sino del Ministerio de Educación, hasta aquellas que comienzan a formar algunas organizaciones no gubernamentales y empresas de capacitación a través de proyectos, a menudo financiados por el FOSIS.

Otro tema que merece atención es la dotación y distribución del personal de enfermería en las distintas instituciones de salud, a fin de conocer las estrategias de administración de recursos humanos en enfermería, tanto en las instituciones tradicionales de salud, como en los nuevos servicios que han surgido en el sector privado.

La diversidad en la conformación del mercado de trabajo del personal de enfermería, los cambios que éste parece estar experimentando, y la falta de conocimiento que hay sobre la materia, justifican un estudio exploratorio que nos permita aproximarnos a estos temas, identificando tendencias que permitan el posterior desarrollo de investigaciones más amplias y representativas para el país.

De acuerdo a lo anterior, se elaboró una investigación de carácter cualitativo, que se estructuró de la siguiente manera: a) entrevistas a informantes calificados de la labor de enfermería, pertenecientes al Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica e instituciones de salud pública y privada; y b) el estudio de casos de 9 instituciones de salud, entre ellas: dos clínicas privadas; dos hospitales públicos; dos consultorios municipales; un centro de diagnóstico universitario; una casa de reposo; y una empresa de servicio de hospitalización domiciliaria.

Nurses and the Labour Market in 1997, p.4.

⁵"Mercado del trabajo en el sector salud en Chile", Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile, 1995-1996.

⁶De esta forma, mientras los auxiliares de enfermería entraban en un grado 24º a los servicios de salud públicos y podían ascender hasta el 16º, el personal formado como técnico paramédico puede ascender hasta el grado 12º.

B. ENTREVISTAS A INFORMANTES CALIFICADOS

A partir de las entrevistas realizadas, se detecta un claro consenso en torno al déficit de enfermeras universitarias que afecta al sector salud y a la mayor participación de las enfermeras universitarias en la gestión de recursos humanos y materiales dentro de la institución.

El déficit de enfermeras universitarias, especialmente en el sector público, puede traer como consecuencias: a) un distanciamiento de las enfermeras universitarias con respecto al paciente, al tener que cumplir con labores de coordinación y asistencia técnica de las auxiliares; y b) una disminución del tiempo que dedican las enfermeras universitarias a la educación de la comunidad. Cabe mencionar que en el sector público, el problema tiene características peculiares, ya que desde el año 1976 los médicos son quienes asumen la función de jefe de servicio, con lo cual tanto enfermeras universitarias como auxiliares de enfermería dependen de éstos en la parte administrativa. Sin embargo, son las enfermeras universitarias las que asumen cada vez más la función de administrar y gestionar los servicios de salud pública, además de tener a cargo técnicamente al personal de enfermería.

El problema del déficit de enfermeras fue tratado, por el Ministerio de Salud, el año 1993, cuando se detectó un déficit de 1 300 enfermeras universitarias. Según la opinión de una entrevistada, este número fue planteado sin tener claro la real necesidad de enfermeras en el país. Entre las medidas que se tomaron ese año para dar solución al déficit, se encuentran la creación de nuevas escuelas de enfermería (en 1982 había 9 escuelas y para 1995, 14), con un aumento también en sus matrículas. Además, se recontractaron enfermeras universitarias jubiladas a honorarios (por la rigidez de la planta en el sector público), ingresaron enfermeras peruanas a partir del año 1995, y se mejoraron los ingresos de las enfermeras universitarias, cuyo salario al entrar al sector público estaba determinado por el grado 17, el que se mejoró dejándolo en el grado 15 de la escala nacional única de sueldos.

El déficit de enfermeras universitarias también ha influido en la redefinición de roles del personal de enfermería, ya que al disminuir su dotación, éstas han debido delegar funciones, teniendo que reconocer que existe un área de la atención de enfermería que puede ser realizada por auxiliares de enfermería y técnicos paramédicos. Lo mismo sucede cuando se enfrentan problemas de ausentismo y rotación de las enfermeras universitarias. A lo anterior, se agregan los problemas propios de una planta rígida, como es el caso de los hospitales públicos, que dificulta una gestión flexible del personal de enfermería. Lo contrario sucede en las clínicas privadas e incluso en los consultorios municipales, donde existe autonomía para decidir cuál es la dotación más adecuada de personal médico y no médico para la institución.

Por otra parte, las entrevistadas afirman que la tendencia de las enfermeras universitarias a asumir funciones de gestión, se manifiesta también en la aparición de nuevas ofertas de programas de especialización en gestión y administración de salud. Entre otros, se puede mencionar el Diplomado en Gestión que dicta la Universidad Bolivariana dirigido por el Ministerio de Salud y el Magister en Salud Pública que dicta la Universidad de Chile.

El aumento de la complejidad en el sector salud, dado por el cambio en el perfil epidemiológico de la población, y de la tecnología en el área de la salud, adquiere importancia, al generar una mayor demanda de personal universitario especializado por parte de las instituciones de salud. Las especializaciones de enfermeras universitarias

son realizadas a través de post-títulos, dictados por las universidades, o por la experiencia adquirida en el trabajo en hospitales y/o clínicas.

Las entrevistadas también plantearon la importancia del auge que ha adquirido en los últimos años el multi-empleo entre el personal de enfermería y particularmente entre las enfermeras universitarias, con el consiguiente aumento en las horas de trabajo. Asimismo, se mencionó la creciente presencia de servicios privados de salud, como las empresas de esterilización, atención domiciliaria, las casas de reposo, Isapres, y en general las empresas de subcontratación del sector salud.

C. ESTUDIOS DE CASOS

Las entrevistas realizadas para el estudio de casos en las 9 instituciones, fueron elaboradas a partir de las conversaciones con las informantes calificadas y de la revisión bibliográfica relacionada al tema, y fueron analizadas de acuerdo a los siguientes temas:

- Personal de enfermería y distribución de funciones
- Modelo de gestión y flexibilidad
- Ampliación del mercado de trabajo del personal de enfermería.

1. Personal de enfermería y sus funciones

En este capítulo, se analizarán los temas de dotación del personal de enfermería y distribución de funciones del mismo, mostrando las diferencias y similitudes existentes entre las distintas instituciones de salud pública y privada estudiadas.

a) *Dotación del personal de enfermería*

Cada una de las instituciones presenta una dotación de personal, acorde tanto al tipo y necesidades de los servicios que entrega, como a sus posibilidades estructurales y financieras. A continuación, se presenta una tabla resumen del personal de enfermería de cada institución:

Si bien es cierto, que no se puede comparar la dotación de personal que presentan estos 9 servicios de salud, sí se pueden mencionar algunos aspectos que parecen relevantes: llama la atención el surgimiento de una nueva figura tanto en la casa de reposo, como en el servicio de enfermería, las "cuidadoras". Este tipo de instituciones, y probablemente la atención domiciliaria, son sus únicas alternativas de trabajo en el área de salud, ya que, al no contar con la acreditación del Ministerio de Salud, las cuidadoras no pueden desempeñar labores de atención al paciente en las instituciones de salud más tradicionales (clínicas, hospitales, consultorios etc.). Esto, a pesar que sus funciones en la casa de reposo y el servicio de enfermería (confort y alimentación de los pacientes), son similares a las labores que cumplen las auxiliares de enfermería en las clínicas.

Por otra parte, podemos hacer ciertas caracterizaciones y comparaciones acerca de la dotación del personal de las clínicas y los hospitales, debido a que prestan servicios similares:

Cuadro 1**DOTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR INSTITUCIÓN**

Casos	Número de Enfermeras	Número de Auxiliares/técnicos paramédicos ⁷	Número de cuidadoras
Clínica A	160	210	-
Clínica B	181	447	-
Hospital A	75	172	-
Hospital B	67	243	-
Consultorio A	1	7	-
Consultorio B	7	37	-
Centro de diagnóstico universitario	23	39	-
Casa de reposo	2	2	24
Servicio de enfermería	14	60	80

Cuadro 2**DOTACIÓN EN CLÍNICAS Y HOSPITALES**

Institución	Número de auxiliares por enfermeras	Número de camas por enfermeras
Clínica A	1.3	1
Clínica B	2.5	1.7
Hospital A	2.3	10.6
Hospital B	3.6	4.7

Si observamos el número de camas que debe atender cada enfermera, encontramos una clara diferencia entre las clínicas privadas y los hospitales públicos. En las primeras tenemos una relación prácticamente de una enfermera por cama, mientras que en los hospitales encontramos el caso más extremo, donde se tiene una enfermera para atender 10.6 camas. Queda en evidencia la homogeneidad en la gestión del sector privado, con una clara tendencia a la atención personalizada, mientras que en los hospitales encontramos una mayor proporción de camas por enfermera, sin olvidar que éstos también se plantean una atención personalizada y de calidad para sus pacientes. Se podría esperar que esta relación se mantuviera respecto a la cantidad de auxiliares por enfermeras⁸, sin embargo esta proporción es similar en la clínica B y el hospital A. La variación existente se da entre la clínica A y el hospital B, dado que este último tiene casi un tercio de auxiliares más por enfermera.

⁷Se refiere sólo al personal médico, no odontológico ni oftalmológico.

⁸Los denominados auxiliares de enfermería en las instituciones privadas son equivalentes a los llamados técnicos paramédicos de los servicios públicos de salud. Los primeros han cumplido con un curso de capacitación de 1500 horas, reconocido por el Ministerio de Salud; para los técnicos paramédicos este curso se extiende a 1600-1800 horas.

Cabe mencionar que en el Hospital B, casi 200 de las camas instaladas no están habilitadas debido a la falta de personal. Sin lugar a dudas existe una decisión que involucra una opción de gestión muy distinta entre los hospitales A y B; por un lado el hospital B cierra camas, y aún en el caso de no hacerlo, la relación de enfermeras por camas se mantendría más baja que la del hospital A (hospital A: 10.6 camas por enfermera; hospital B: 7.2 camas por enfermera). Esto lleva a plantear la pregunta de por qué el número de enfermeras por cama varía en los hospitales públicos, produciéndose estas diferencias en la relación. Asimismo, cabe preguntarse por el límite de camas que cada enfermera puede tener a su cargo, y qué medidas se deben tomar en caso de verse sobrepasado por el número de pacientes. Sería importante también, estudiar de manera desagregada los distintos servicios y sus necesidades, así como las características epidemiológicas de los pacientes de cada hospital.

Por otra parte, la comparación de dotación de personal de enfermería entre los dos consultorios municipales arroja los siguientes resultados:

Cuadro 3

DOTACIÓN EN CONSULTORIOS

Institución	Número de auxiliares por enfermeras	Población inscrita	Población inscrita por enfermeras
Consultorio A	7	6 000	6 000
Consultorio B	5.3	23 000	3 285

A pesar que el consultorio B tiene casi cuatro veces más población inscrita que el consultorio A, este último presenta el doble de población por enfermero universitario; es importante recordar que este consultorio cuenta con sólo un enfermero universitario, por lo que es de esperar esta alta proporción. Sin embargo, debe ser señalado que, según la entrevistada del consultorio B, este servicio se encuentra sobredotado de personal respecto al resto de los consultorios municipales, lo que se traduce en un mayor tiempo de enfermera por paciente.

b) *Distribución de funciones*

Ciertas características generales del personal de los servicios de salud, como la alta dotación de personal auxiliar y las diferencias en el número de enfermeras universitarias, llevan a plantear la pregunta por el tipo de funciones que cumple el personal de enfermería y como éstas se delimitan entre profesionales y técnicos. Estos temas serán tratados en los puntos a) y b) de este capítulo:

i) Variación de roles según gestor

Dentro de las 9 instituciones seleccionadas, observamos dos claras tendencias en la atención directa al paciente: por una parte, las clínicas privadas y el centro médico universitario presentan una alta dotación de enfermeras universitarias en relación al número de prestaciones que entregan, lo que se relaciona con la concentración de funciones en la atención al paciente. Por otra parte, los hospitales, consultorios municipales, casa de reposo y servicio de enfermería presentan una tendencia a la mayor utilización de auxiliares en la atención al paciente, y por lo tanto, un mayor número de este personal en relación al número de enfermeras.

De esta forma, en las clínicas y el centro médico las funciones de las enfermeras universitarias y auxiliares de enfermería en la atención directa al paciente están estrictamente delimitadas. En el caso de la clínica A, la función del auxiliar se limita sólo al confort y alimentación del paciente, quedando las demás funciones en manos de la enfermera. Situación similar se da en la clínica B, sin embargo, en ésta la enfermera "delega a la auxiliar el tratamiento oral y algún tratamiento intramuscular". Para el caso del centro médico, la distinción es aún más drástica, ya que las auxiliares de enfermería cumplen principalmente labores administrativas (de recepción e informática), y en menor medida asisten los procedimientos médicos.

Estas instituciones comparten un concepto de atención en salud, que se basa en el rol central de la enfermera como único personal capacitado para suministrar los tratamientos en la atención directa al paciente. Por otra parte, la fuerte presencia de las enfermeras universitarias en estas instituciones está ligada a la imagen corporativa que buscan éstas, ya que relacionan calidad de atención con el nivel de profesionalización de la institución. Tanto la clínica A como la clínica B, atienden un público que paga, no sólo por recibir prestaciones, sino que también exige calidad de las mismas. Sin embargo, la clínica A presta un servicio para enfermos terminales (en un centro cercano a la clínica, que tiene 8 camas), que cuenta con una enfermera de lunes a viernes, con horario de 8 a 18 horas, y de llamada el resto del día. Las auxiliares de enfermería están las 24 horas, en sistema de turno, siendo éstas las encargadas de la atención directa de los pacientes. Según nuestra entrevistada, la mayor responsabilidad que asumen las auxiliares en este centro, a diferencia de lo que sucede en la clínica, se encuentra relacionada al tipo de paciente que atiende (enfermos terminales), que no requieren una mayor presencia de enfermeras universitarias.

Por otra parte, el centro médico se define con un perfil académico e innovativo en los servicios de salud, donde la enfermera cobra un rol preponderante, destacando su capacidad autónoma en el ejercicio de la profesión. En todos los casos anteriores (clínicas y centro médico), los entrevistados mencionaron la importancia de mantener el prestigio público de las instituciones, llegando, a juicio de éstos, a una subutilización de los auxiliares de enfermería, e incluso en el caso del centro médico, a una sobredotación de enfermeras universitarias.

La segunda tendencia detectada, es la de los hospitales, consultorios, casa de reposo y servicio de enfermería. En estos casos, si bien existe una normativa, externa (la dictada por el Ministerio de Salud) o interna, que delimita las funciones de enfermeras y auxiliares, se da también una realidad informal, donde las auxiliares realizan un mayor número de labores propias de la enfermera, en comparación con los casos antes descritos. En el hospital B, por ejemplo, se capacitó a técnicos paramédicos para realizar tratamiento endovenoso, debido a la falta de enfermeras profesionales en uno de sus servicios. También en situaciones de emergencia se recurre a aquellos técnicos paramédicos mejor capacitados, a fin que colaboren más estrechamente con las enfermeras de turno.

En el caso de los hospitales, las enfermeras también cumplen un rol central en la atención directa, sin embargo, la coyuntura propia del hospital les impone una labor más asistencial y una mayor delegación de funciones, especialmente en el caso de las enfermeras jefes de servicio.

El caso de los consultorios municipales presenta una realidad distinta, considerando que éstos ofrecen servicios de atención primaria. Sin embargo, cabe notar que el consultorio A cuenta sólo con un enfermero universitario, quien divide su tiempo en la atención directa, la supervisión y la gestión del centro, por lo tanto, la mayor parte de las atenciones son proporcionadas por el personal auxiliar, encargado de asistir

a los profesionales y de realizar controles, curaciones y otros tratamientos. Adicionalmente, las auxiliares de enfermería hacen atención domiciliaria y supervisan un Hogar de Ancianos, dependiente del Hogar de Cristo, próximo al consultorio. En el consultorio B, además de contar, según la entrevistada, con una sobredotación de todo el personal, disponen de 13 voluntarias de la Cruz Roja, cuya principal función es atender la farmacia y distribuir la leche para los programas materno-infantil y de la tercera edad; en caso de emergencia climática estas voluntarias participan en las clínicas móviles realizando tomas de presión y curaciones básicas en caso de urgencia.

Debido al servicio que ofrece la casa de reposo, su personal se constituye esencialmente por cuidadoras, las cuales tienen a su cargo la supervisión constante de los pacientes, su confort y alimentación. Las labores de atención directa de la enfermera se centran en curaciones, instalación de sonda y tratamientos en general; la auxiliar la asiste en estas labores y realiza el trabajo directo con el paciente, supervisado por la enfermera.

En el caso del servicio de enfermería, son las cuidadoras quienes realizan los cuidados básicos de los pacientes en sus domicilios, asisten a la enfermera y realizan procedimientos de oxigenoterapia simples. Por otra parte, el auxiliar paramédico realiza las funciones delegadas por la enfermera en relación a las indicaciones médicas, los tratamientos intramuscular y oral. La enfermera hace visitas diarias y está encargada de los tratamientos intravenoso, las curaciones, instalación de sondas y suministro de antibióticos.

ii) Redefinición de roles de la enfermera universitaria

Históricamente las enfermeras han tenido a su cargo dos importantes misiones-complementarias a la atención directa- que son la educación a la comunidad y la gestión de recursos materiales y humanos. Todos los entrevistados concordaron al decir que tanto la *educación* como la *gestión* son funciones exclusivas de las enfermeras, y por lo tanto no son transferibles a otro personal de enfermería.

Educación al paciente y a la comunidad. Desde sus inicios, las enfermeras han cumplido una labor de educación a la comunidad y a la familia, la que actualmente parece estar cobrando mucha importancia, dada la disminución de los días de hospitalización, la tendencia a la salud ambulatoria, los avances tecnológicos, el aumento de enfermedades crónicas, la complejización de los enfermos, etc. Dentro de este contexto, cobran relevancia los programas de salud preventiva a la comunidad, así como los modelos de auto-cuidado que imparten las enfermeras a los pacientes. Además, estos cambios han generado una mayor demanda de atención domiciliaria, que en los casos menos complejos, requiere de una mayor educación tanto del paciente como del grupo familiar que asume la responsabilidad de su cuidado.

Interesante es el caso del consultorio B, donde además de los programas educativos impartidos dentro del consultorio, existe un programa de capacitación de líderes comunitarias para formar Monitoras de Salud, el cual es dirigido por las mismas enfermeras del consultorio. Este programa busca que un mayor número de personas dentro de la comunidad, se acerquen al consultorio y conozcan sus programas. Por otra parte, las Monitoras de Salud son capacitadas para prestar servicios básicos como toma de presión, y para pesquisar a la población en riesgo de hipertensión o con enfermedades crónicas en general, alcoholismo, drogadicción, maltrato infantil etc. Cabe también mencionar el programa de alimentación infantil que se ha implementado en este consultorio con el fin de disminuir la brecha existente entre la talla de los niños

de la comuna y la curva normal de crecimiento. Finalmente, las enfermeras apoyadas por las monitoras de salud, promueven la inscripción en FONASA de los trabajadores independientes de la comuna.

En el Centro Médico Universitario, por otra parte, se ha implementado un modelo de atención basado en el auto-cuidado para las embarazadas y los recién nacidos. Este programa se encuentra a cargo de un grupo de enfermeras y se realiza a través de consultas grupales, donde se estimula el aprendizaje a partir de la propia experiencia de las personas que participan. En forma anexa, este programa ha aumentado el rendimiento por enfermera, lo que a juicio de nuestra entrevistada del Centro Médico, podría ser una buena opción para aquellos servicios de salud que se encuentran con déficit de enfermeras y que requieren de una mayor participación educativa en la comunidad.

Tanto en clínicas como en hospitales, la educación que imparte la enfermera se circunscribe a los momentos de atención directa del paciente (hospitalizados o ambulatorios) y especialmente en la preparación para el alta de los pacientes hospitalizados. La clínica B, sin embargo, ha generado un espacio para que los profesionales y en especial las enfermeras lleven a cabo sus propias iniciativas. De esta manera la clínica B cuenta entre otros, con un programa de educación a la comunidad en prevención de accidentes, alcoholismo y drogas, un programa para embarazadas que incluye desde la gestación hasta la lactancia, y un manual educativo para el paciente ostomizado.

Gestión. En cualquier lugar donde se desempeñe la enfermera, ésta debe contar con habilidades y conocimientos para dirigir, organizar, coordinar y ejecutar las labores del personal de enfermería. De esta forma, la enfermera coordinadora o jefe debe distribuir y delimitar las funciones del personal a su cargo, definir y solicitar lo que se requiere de éste.

En las 9 instituciones visitadas, las enfermeras entrevistadas estaban encargadas de la gestión de salud, tanto de los recursos materiales como humanos no médico. Dependiendo del tipo de servicio que ofrece cada institución, varían las labores y jerarquización del personal de enfermería.

Si bien en las clínicas y hospitales, la jefatura de los servicios se encuentra en manos de los médicos, éstos han delegado las funciones de gestión a las enfermeras. De esta forma, las enfermeras jefes o coordinadoras, dividen su tiempo entre la asistencia de la atención directa al paciente, y la administración y distribución de los recursos y el personal de enfermería.

En los dos hospitales y la clínica A, existe una enfermera jefa (en el caso de la clínica A se denomina gerente de enfermería y depende del gerente general), que programa, coordina y supervisa todos los aspectos relacionados con el personal y el trabajo de enfermería. A su vez, esta enfermera es responsable del presupuesto y de los materiales utilizados por el personal a su cargo. Por otra parte, en cada servicio o unidad de la institución, hay una enfermera supervisora encargada de la distribución diaria de funciones, supervisando y programando los recursos materiales y las enfermeras clínicas y auxiliares de enfermería del servicio que administra. En el hospital B, una enfermera jefa de turno asume las responsabilidades cuando no se encuentra la enfermera supervisora.

El caso de la clínica B es diferente en cuanto presenta un organigrama más complejo:

- Enfermera Jefe: A cuyo cargo se encuentra todo el personal de enfermería.
- Enfermeras Sub-Jefe: Dos enfermeras ocupan estos cargos, una de ellas es la encargada de la supervisión del área clínica y la otra controla los presupuestos y programas de capacitación. De la primera dependen:
 - Las Enfermeras Jefes de cada uno de los servicios, y de ésta a su vez, dependen:
 - Una enfermera de continuidad (diurno) y una enfermera clínica (nocturno), las cuales planifican la atención de los pacientes y tienen a su cargo,
 - Enfermeras y Auxiliares.

Por otra parte, el consultorio municipal A, como se dijo anteriormente, cuenta con un sólo enfermero universitario, quien esta encargado de coordinar y supervisar las funciones de los auxiliares, de solucionar los problemas que se presentan diariamente y del presupuesto de los recursos materiales de enfermería.

En el centro médico, la enfermera participa en la administración del personal, de los recursos y los insumos, y además aporta en el área técnica al mejoramiento de la salud. Según la entrevistada, en este centro se privilegia el rol autónomo de la enfermera en las funciones y procesos propios de ésta. Cabe mencionar que este es un centro eminentemente controlado por enfermeras universitarias y donde el perfil de los médicos está en una posición equivalente al de las enfermeras; un dato anexo es que ellas se definen como un profesional no-médico, vale decir, que si bien sus labores son complementarias, el trabajo de la enfermera es autónomo e independiente.

En cuanto a la casa de reposo, las enfermeras universitarias están encargadas de llevar la parte administrativa del lugar, así como de evaluar y preparar las tarjetas de procedimientos y medicamentos que el paciente requiere. A pesar que la dueña del lugar (auxiliar de enfermería), es quien maneja la gestión presupuestaria, las labores de planificación y distribución diarias del personal son llevadas a cabo por las enfermeras universitarias.

En el servicio de enfermería, por otra parte, existen tres enfermeras a cargo de la gestión: una es la enfermera de ventas, encargada de la promoción y de la relación con el médico tratante del paciente en alta que utilizará los servicios de enfermería domiciliaria; la enfermera coordinadora, que cumple labores de gestión y pre-evaluación del paciente para la posterior distribución de las auxiliares y cuidadoras, según la complejidad del enfermo y el conocimiento del personal. Además, está encargada de definir y planificar las visitas diarias de las enfermeras tratantes. Por último, la enfermera supervisora tiene a su cargo el tema de la capacitación del personal.

Cabe destacar que la participación de las enfermeras en el ámbito de la gestión ha ido profesionalizándose, a través de programas de magister, especialización o post-grado que el mercado ofrece a este tipo de profesional. Varias de las enfermeras entrevistadas contaban con alguna preparación de este tipo.

Es importante mencionar que, según los entrevistados, la especialización profesional de las enfermeras no es considerada un requisito en ninguna de las instituciones. Más bien, existe un consenso en cuanto a que la especialización se adquiere en la práctica diaria de la profesión. Esto cobra especial énfasis en la clínica B y especialmente en el servicio de enfermería, donde se privilegia la experiencia acumulada de las enfermeras antes de entrar a trabajar en la institución, en este último, incluso para el caso de los auxiliares paramédicos.

2. Modelo de gestión y flexibilidad de las instituciones

Las distintas estrategias de gestión que asume cada institución no sólo repercuten en la dotación y variación de los roles del personal de enfermería, también se ven reflejadas en las características propias de cada servicio, en la forma de administrar sus recursos humanos y solucionar los problemas propios de una institución de salud. De esta forma, la flexibilidad de cada institución puede ser observada en la comparación de la dotación del personal de enfermería y la distribución de funciones, como se vio anteriormente, pero también en otros aspectos de la organización del trabajo, como son los turnos y los salarios.

Tanto en clínicas como en hospitales, la mayoría de las enfermeras y técnicos paramédicos o auxiliares cumplen con sistemas de turno, específicamente, con cuarto turno. Esto significa trabajar un largo (12 horas diurno), una noche (12 horas) y dos días libres. Sólo los técnicos en los hospitales A y B trabajan con un sistema de tercer turno (dos largos, dos noches, dos libres), lo que implica un mayor número de días de trabajo. Para la enfermera jefe del hospital A, esto se debe a que el sistema de tercer turno les reporta mayor beneficio económico a este tipo de personal. En cambio, las enfermeras prefieren el sistema de cuarto turno porque les da la posibilidad de realizar un segundo trabajo. Por otra parte, la enfermera jefe entrevistada en la clínica A, considera que en su institución las enfermeras trabajan bastante en las horas de turno, sin embargo sólo lo hacen 16 días al mes, mientras que en la parte administrativa, las enfermeras están trabajando cada vez más, gestionando y ocupándose del presupuesto.

Por otra parte, tanto los consultorios municipales como el centro de diagnóstico funcionan con horario diurno, por lo que su personal de enfermería trabaja de lunes a viernes, desde las 8:00 a las 17:00 horas. Sin embargo, el consultorio B cuenta con un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), que atiende durante la noche y los fines de semana y en el que se concentra un mayor número de atenciones si se compara con lo que sucede en la atención diurna del consultorio. También cambia la composición étnica de la población que atiende el SAPU, un 60% de adultos-varones, mientras la atención diurna se concentra en la atención materno-infantil.

En el caso del servicio de enfermería, sólo los auxiliares tienen turnos constantemente, los cuales son rotativos de 12 horas. Las enfermeras tienen un horario de 8 a 15 horas, dedicadas a realizar visitas a los pacientes (5 a 7 por día) y revisar los casos; adicionalmente se turnan para que una de las enfermeras quede disponible cada día, de 2 a 21 horas, en caso de llamada de algún hogar. En la casa de reposo, por otra parte, el personal de enfermería trabaja con dos tipos de sistema de turno: dos días, dos noches y dos libres, o cuatro días y dos libres. De esta forma, todos trabajan con turnos y se asegura que siempre haya al menos una enfermera, un auxiliar y seis cuidadoras en el servicio.

El tema de los salarios presenta una diversidad mayor que el de los horarios en las instituciones de salud, especialmente en el caso de las enfermeras universitarias. Al comparar la clínica A con el hospital B, encontramos que en el primero las diferencias de salario están dadas por la labor que desempeña el personal de enfermería, de acuerdo a si la enfermera o el auxiliar es general o especialista⁹. En el hospital B, como en todos los hospitales públicos, los salarios están dados por el grado del personal en la escala única de sueldos, el cual va aumentando de acuerdo a los años de antigüedad

⁹El ser enfermera o auxiliar especialista no necesariamente implica que ésta haya cursado un curso de especialización, sino que en la clínica trabaja en servicios especializados como la UTI, por ejemplo.

acumulados, ya sea a través de la bonificación trimestral o por el ascenso en los grados.

Es así como, en la clínica A una enfermera universitaria general entra ganando \$472 000 y una especialista, \$522 800, con la posibilidad de llegar a un salario de \$750 000. Además, en esta institución los turnos de noche y los días domingo trabajados son pagados con un 30% de recargo, mientras que los turnos en noche de domingo tienen un recargo del 50%. La clínica también entrega beneficios como uniforme y alimentación al personal de enfermería. Por otra parte, en el hospital B, una enfermera que entra en un grado 15 recibe un salario de \$300 000, el cual puede llegar a \$520 000 de acuerdo a su ascenso en los grados, a lo que se suma una asignación profesional que recibe este personal universitario.

En el caso de los auxiliares, en la clínica A el personal general recibe un sueldo de \$157 000 y las auxiliares especialistas, de \$167 700, llegando a ganar \$260-\$280 mil. En el hospital B un técnico paramédico obtiene un salario entre \$150 000 y \$250 mil, dependiendo del grado y los años de antigüedad en la institución. Llama la atención que los auxiliares de apoyo (llamados de sala en la clínica A, y de servicio en el hospital B) reciben un salario similar al de los auxiliares de enfermería y técnicos paramédicos a pesar de no tener cursos de capacitación y de cumplir distintas labores, entre las cuales se encuentran el aseo de las habitaciones, el traslado de exámenes o pacientes, etc. Este personal auxiliar recibe un salario entre \$143 000 y \$200 000 en la clínica A y entre \$100 000 y \$150 000 en el hospital B.

Al comparar los salarios que recibe el personal de enfermería en el consultorio municipal A y en el consultorio municipal B, encontramos diferencias a pesar de que ambos se rigen por la escala única de sueldos. De esta forma, el enfermero en el consultorio A recibe un salario mensual de \$400 000 además de un sueldo adicional de \$54 000 por ser enfermero universitario. Los auxiliares de enfermería, en tanto, tienen un salario que fluctúa entre los \$130 a \$140 000. En el consultorio B, por otra parte, el personal de enfermería recibe el salario correspondiente a su nivel y grado, sin embargo a éste se agregan bonificaciones por antigüedad y cargo desempeñado en el consultorio, financiados a través de la Municipalidad. En el caso puntual de este consultorio, los salarios son más altos que el promedio para evitar problemas de reclusión de personal. Los sueldos van desde \$400 000 hasta \$800 000 para la enfermera universitaria con mayor antigüedad; no tuvimos acceso a información sobre el monto de remuneración de la enfermera jefa y de la enfermera directora del consultorio, pero éstos superan al de la enfermera con mayor antigüedad. El salario de las auxiliares en cambio, fluctúa entre \$180 000 y \$240 000; por último las voluntarias de la cruz roja no reciben remuneración.

Salarios similares a los de la clínica A, encontramos en el servicio de enfermería. En éste, una enfermera recibe entre \$550 000 y \$800 000 según los turnos que haga en la semana, es decir, la profesional tiene la posibilidad de decidir entre un horario con menos turnos o un mayor salario. En el mismo servicio, los auxiliares perciben entre \$140 000 y \$200 000 de acuerdo a la cantidad de horas extras que tengan. Por último, en la casa de reposo las enfermeras reciben un salario de \$260 a \$290 000, mientras que los auxiliares entran ganando \$150 000. Similar situación que la de los auxiliares de apoyo (de clínicas y hospitales), presentan las cuidadoras. Estas, sin tener una preparación mayor que sus estudios secundarios reciben un salario de \$100 000, bastante cercano a los auxiliares.

Dentro de la gestión de las instituciones de salud, los incentivos otorgados al personal son un instrumento importante en la retención y satisfacción de éste. Tanto en las clínicas como en los hospitales, se mencionó como un incentivo importante el de la

capacitación; en la clínica B a través de becas, en el hospital A por medio de becas, seminarios y jornadas de capacitación. Asimismo, en las clínicas se ofrecen beneficios como el uniforme y la alimentación.

Sin duda, el mayor incentivo para trabajar en los consultorios y en el centro de diagnóstico lo constituye el hecho de que éstos funcionan con horario diurno, por lo que el personal no debe cumplir con turnos rotativos. Además, este último presenta la característica de ser un centro docente para las enfermeras universitarias, lo que es muy atractivo para estas profesionales. La casa de reposo entrega beneficios a su personal como la locomoción y la alimentación, además de premiar por medio de un regalo los años trabajados en la institución (5 años, 10 años).

Por otra parte, la flexibilidad o la rigidez de una institución puede ser evaluada en cuanto a su funcionamiento y manejo de sus recursos, y en relación a su dinamismo y posibilidades de gestión en la solución de problemas, como el déficit, rotación y ausentismo del personal.

A partir de lo anterior, podemos mencionar medidas como el reclutamiento de enfermeras de universidades de provincias, que han sido utilizadas tanto por la clínica B como por el hospital A, para resolver el problema de déficit. En el primer caso, se llenaron 10 cargos que estaban vacantes el año pasado, buscando enfermeras en las universidades de Concepción, Valdivia y Temuco; las enfermeras se integraron a la institución como internas, en el campo clínico. Asimismo, se contrataron enfermeros hombres, lo cual nunca se había realizado antes del déficit y que a juicio de la entrevistada ha dado buenos resultados. Sin embargo, esta misma entrevistada (de la clínica B) planteó que están teniendo un déficit de auxiliares, lo cual, según ella, responde a una crisis del país, ya que cada vez las personas tienen mayores expectativas y prefieren un trabajo con mayor estatus y sin turno nocturno, como aquellos trabajos relacionados con la informática o secretariado.

La clínica B, por otra parte, cuenta con cursos para auxiliares, y tal vez eso explica la alta dotación que tienen de este personal. De esta forma, mantienen una planta completa de auxiliares, a la vez que capacitan para otras instituciones, como la clínica A y hospitales.

En el hospital A, para solucionar el problema de déficit de enfermeras, el director tomó contacto con la Universidad de Magallanes e invitó a las estudiantes de enfermería a realizar su internado en dicho hospital, que tiene el atractivo de contar con tecnología moderna para atender a pacientes críticos. También tienen problemas de déficit de personal técnico-paramédico y en este caso la razón que esgrime la entrevistada, es que no hay suficientes en el mercado y que el número de egresados no es suficiente. Actualmente, el hospital B también tiene problemas de déficit de enfermeras universitarias que no han podido ser solucionados, a pesar de visitar constantemente las universidades en busca de profesionales.

Tanto las personas entrevistadas en clínicas como en hospitales, coincidieron que la rotación de las enfermeras universitarias es mayor al de auxiliares de enfermería y técnicos paramédicos. En el caso de la clínica B, por ejemplo, existe una alta demanda de las enfermeras por turnos diurnos, lo cual condiciona la rotación, ya que las profesionales dejan la institución sólo para cambiar sus condiciones de horario, no así por otro trabajo con cuarto turno. Sin embargo, la entrevistada de esta institución, a pesar de tener una baja rotación, reconoce que ésta ha aumentado debido al incremento de posibilidades y fuentes laborales para enfermeras universitarias. El hospital B, al contrario, tiene una rotación de enfermeras del 15 al 20% anual, lo que acentúa el problema de déficit; la institución ha mejorado las condiciones de capacitación y el grado de ingreso para intentar aminorar esta situación. El personal

técnico paramédico se considera bastante más estable en todos los servicios de la institución.

Tanto en la casa de reposo como en el servicio de enfermería, se coincidió en cuanto a contar con un personal de enfermería estable, sin tener problemas de déficit ni de alta rotación; en la primera, gran parte del personal ha estado trabajando en la institución desde que se inauguró, hace 10 años. En el servicio de enfermería, sólo los auxiliares paramédicos que constituyen el personal flotante, trabajando a honorarios o de llamada (40 en total), tienen una rotación más alta.

Por otra parte, el consultorio B no tiene problemas para reclutar personal de enfermería y la razón principal de esta situación, según nuestra entrevistada, se debe al alto nivel de los salarios que ellos ofrecen; por el contrario, la institución se encuentra con sobredotación de personal.

Por sobre el déficit y la rotación, el ausentismo es un problema que afecta a la mayoría de las instituciones, las cuales presentan distintos mecanismos de gestión para solucionarlo. En el caso del hospital A, si bien no se presentan casos graves de ausentismo, cuando sucede este problema, se busca dejar protegidos los servicios más complejos como la UCI y UTI. Para esto, se reubica al personal de un servicio a otro o se llama a enfermeras que no se encuentran en turno, y sólo en última instancia se busca un reemplazo fuera, ya que a juicio de nuestra entrevistada, las enfermeras no quieren hacer reemplazos, sino acceder a puestos permanentes. En el hospital B, tanto por el déficit como por el alto ausentismo (7 a 25%, dependiendo del mes), se recurre al doble turno de las enfermeras para cubrir a las ausentes, se asignan actividades de enfermería a técnicos paramédicos, reduciendo los tratamientos para los cuales no están preparados, se cambia al personal por disposición administrativa de un cuarto a un tercer turno, se suspenden las actividades educacionales, y se ha llegado incluso al cierre de camas por falta de enfermeras.

Distintos son los mecanismos que utilizan las clínicas; en éstas, no existe delegación de tareas de enfermería a los auxiliares. En caso de ausentismo, la clínica A lo cubre pagando horas extras a otra enfermera por el reemplazo. Además, la institución cuenta con un servicio de enfermería externo, compuesto por enfermeras y auxiliares que cuentan con una capacitación de orientación institucional de un mes en la clínica. Este personal hace reemplazos *part-time* o a plazo fijo, y en caso de necesidad, se los contrata indefinidamente. Similar es el caso de la clínica B, la cual, en caso de ausentismo, redistribuye el personal de los servicios o recurre a enfermeras que están libres. Asimismo, cuenta con una nómina de enfermeras capacitadas, que hacen reemplazos *part-time*. En ambas clínicas, estos reemplazos son controlados, por medio de entrevistas y capacitación, ya que se espera un compromiso con la institución por parte de la enfermera reemplazante, debido al prestigio que debe cuidar la clínica.

En cuanto a la casa de reposo, los ausentismos son cubiertos por reemplazos del personal libre, cambiando los días de turno o recargando el trabajo. Además, en los meses de vacaciones, se contrata personal de reemplazo, al cual se le paga de acuerdo a los turnos que trabaje.

3. Ampliación del mercado del trabajo del personal de enfermería

Como se mencionó en la introducción del informe, existen dificultades para conocer la magnitud que tiene actualmente el mercado de trabajo del personal de enfermería, y

más aún, el número real de enfermeras universitarias, auxiliares de enfermería, técnicos paramédicos y cuidadoras insertos en el mismo.

Las entrevistas revelaron que gran parte de las enfermeras universitarias que cumplen con sistema de cuarto turno, tienen un trabajo anexo al que cumplen en la institución a la que pertenecen, a diferencia de las que se encuentran en horario diurno, las cuales tienen pocas posibilidades de realizar un doble trabajo. Dentro de los puestos de trabajo más mencionados, como segundo empleo, están las labores part-time, el trabajo de cuarto turno en hospitales y clínicas, también la toma de muestras y venta de productos en laboratorios, la atención domiciliaria y servicios de emergencia móvil; además, parte de este personal trabaja en docencia o capacitación. Hubo coincidencia en que los auxiliares son menos propensos a tener un doble empleo, y sólo en el servicio de enfermería, el personal flotante de auxiliares, por estar a honorarios, tiene otro empleo en hospitales o clínicas mayormente.

Además, existe un ámbito del mercado laboral no explorado, relacionado con los centros médicos u otros similares que entregan atención primaria, secundaria y terciaria ambulatoria, pertenecientes o ligados a empresas. Lo mismo sucede con la existencia de pequeños centros de primeros auxilios al interior de las empresas, que al no estar regulados legalmente, se encuentran sin registro, quedando en desconocimiento el número y tipo de personal que estos absorben.

Otro ámbito de trabajo lo constituyen las instituciones educacionales, desde las que cuentan con centros médicos (como ciertas universidades), hasta los servicios de primeros auxilios que existen en muchos colegios. De éstos, no sólo se desconoce su número, sino que tampoco se cuenta con información respecto del tipo de personal de enfermería que reclutan.

Un crecimiento explosivo han tenido en las últimas décadas los servicios de enfermería domiciliaria; así lo confirma nuestro entrevistado del servicio de enfermería, al decir que existe un amplio rango en la prestación de este servicio, tanto por el grado de formalidad, como por el nivel tecnológico de su equipamiento y por la dotación de personal. Dentro de estos servicios de enfermería podemos encontrar desde aquellos informales donde la enfermera o auxiliar de enfermería entran en contacto con el paciente a través del médico tratante, hasta aquellos donde existe una institución establecida que llega a la asistencia de la hospitalización domiciliaria. Vale hacer notar que para generar un servicio de enfermería domiciliaria, no se requiere de una infraestructura especial, sino que simplemente de un teléfono y los contactos necesarios para acceder a los pacientes.

Un aumento han tenido también las casas de reposo que reclutan desde médicos hasta cuidadoras, dependiendo del grado de complejidad de los pacientes que hospedan. Esto lo señala nuestra entrevistada, dueña de la casa de reposo, y lo confirma el aumento de los avisos económicos puestos en las páginas amarillas¹⁰. Al igual que en los servicios de enfermería, estas instituciones varían ampliamente en la dotación del personal y en la complejidad del servicio que prestan.

Es importante destacar el surgimiento de las cuidadoras, que por la información obtenida, se desempeñan en la atención domiciliaria, en casas de reposo y otros centros de salud (por ejemplo, Casa del Discapacitado, dependiente del Hogar de Cristo). Las cuidadoras cuentan con distintos niveles de educación, siendo el más alto

¹⁰De acuerdo a lo publicado en la guía de teléfonos, las casas de reposo en la Región Metropolitana, aumentaron de 26 en 1975 a 44 en 1985, llegando a un total de 68 en el año 90, de 95 en el año 1995 y de 102 en 1998. En el caso de las empresas de servicios de enfermería, en el año 1975 sólo se encontró un aviso, cifra que aumentó a 17 en 1985, a 38 en 1995 y a 43 en 1998.

de éstos la capacitación impartida por profesionales del área de la salud. Un ejemplo de esto lo da el enfermero jefe del consultorio A, quien da capacitación a mujeres para ser cuidadoras en cursos de 180 horas, impartidas a través del FOSIS por la empresa ECATEMA, en las comunas de Lampa, Til-Til, Quilicura y Renca. A pesar de la existencia de estos cursos, las instituciones no consideran la capacitación como un requisito para la contratación de cuidadoras. Según la entrevistada de la casa de reposo, muchas de ellas llegan sin experiencia y la capacitación es la que se entrega en el lugar de trabajo, a través de la práctica diaria.

D. CONCLUSIONES

A partir de lo anterior, se puede apreciar la transformación de funciones, de gestión y de actividades del personal de enfermería. Esta transformación está dada por la evolución de las enfermeras universitarias y técnicos paramédicos, por la incorporación de los distintos tipos de cuidadoras (monitoras de salud), y por las diferentes instituciones en que se desempeñan y sus respectivos modelos de gestión en recursos humanos.

Una situación particular se da en el sector privado, por el auge de las instituciones privadas, producto de la aparición de las Isapres y la privatización de la salud, al punto de desconocerse los límites que ha alcanzado esta expansión. Por un lado, se encuentran las instituciones más tradicionales como son las clínicas privadas, y por otro lado, la aparición de servicios de salud de menor alcance, pero que albergan un alto contingente de personal de enfermería, como son las casas de reposo, los servicios de enfermería domiciliaria, los centros médicos privados, laboratorios etc.

Estas últimas instituciones, dada la diversidad de servicios que entregan, presentan diferentes nomenclaturas de personal y modelos de gestión. En el caso de las casas de reposo y servicios de enfermería hay una presencia importante de auxiliares y cuidadoras, supervisadas tanto por médicos como por enfermeras profesionales. Sería importante conocer cuál es la magnitud y diversidad de los servicios domiciliarios de enfermería, así como qué sucede en los otros centros de salud privada que no han sido estudiados, a fin de tener mayor y mejor información de las características que asume el personal de enfermería.

Al situarnos en el personal de enfermería de las clínicas privadas, una característica que sobresale es la fuerte presencia de enfermeras universitarias como símbolo de la calidad del servicio que prestan estas instituciones. Creemos que esto se encuentra relacionado con la concentración del prestigio en torno a la figura de la enfermera universitaria, en desmedro del resto del personal de enfermería, que no goza del mismo prestigio social, especialmente debido al tipo de función que realizan en las clínicas (aseo y confort de los pacientes). Tal vez, esta situación se ve acentuada por el nivel socio económico y cultural de los usuarios de estos servicios, que exigen un nivel académico universitario al personal que se ocupa de su salud.

De esta forma, emerge una realidad polarizada en el personal de enfermería, por un lado, las enfermeras con estudios universitarios, que realizan todas las atenciones de salud directa a los pacientes, así como la gestión de los servicios y la educación al paciente y la comunidad. Por otro lado, se encuentran las auxiliares de enfermería, que realizan labores menores y no intervienen directamente en los tratamientos médicos de los pacientes. Esto se reafirma a partir de la rígida delimitación de funciones del personal de enfermería en las clínicas; llama la atención la inexistencia de un personal

intermedio entre la enfermera y la auxiliar de enfermería. Esta polarización se refleja también en las remuneraciones que perciben enfermeras universitarias y auxiliares de enfermería, siendo los sueldos de estas últimas bastante similares al que recibe el personal de aseo de las habitaciones o las cuidadoras, lo que no guarda relación con la exigencia de cuarto medio y la posterior capacitación que han recibido las auxiliares de enfermería. Creemos que el déficit de auxiliares de enfermería en la clínica A, puede ser un reflejo del bajo salario y bajo estatus que tienen en la institución estas trabajadoras.

Otro rasgo que caracteriza a las clínicas es la flexibilidad que presentan para la solución de problemas tales como el ausentismo, el déficit y la rotación. Estas cuentan con diversos mecanismos, desde la transferencia del personal de enfermería de un servicio a otro hasta la mantención de un grupo de enfermeras de reserva, capacitadas para incorporarse fácilmente a la estructura de trabajo que poseen estas clínicas, pues como decían las entrevistadas, no se puede arriesgar el prestigio de la clínica incorporando a una persona externa que no domine el funcionamiento de la institución.

Dentro de los dos casos de hospitales estudiados, a diferencia de las clínicas, existe la opción de delegar funciones de enfermería a los técnicos paramédicos de mayor experiencia, en caso de emergencia. Sin embargo, ambas instituciones difieren en los mecanismos de flexibilidad para enfrentar situaciones de déficit de enfermeras. En el hospital A, la enfermera jefa cuenta con la autoridad para redistribuir el personal entre los distintos servicios y para contratar enfermeras part-time. En el hospital B, en cambio, la enfermera jefe no cuenta con las atribuciones necesarias para intervenir en la realidad de cada servicio, por lo que el problema de déficit de enfermeras se ve acentuado.

Llama la atención como sólo en el sector público se habla con preocupación del déficit de personal, especialmente de enfermeras universitarias, mientras en el sector privado pareciera ser una situación que se resuelve sin mayor dificultad. Nos parece relevante investigar en que medida este problema es atribuible a causas de carácter económico o al grado de flexibilidad de la gestión con que se manejan los hospitales.

Otro aspecto que llama la atención es la clara separación entre las funciones de gestión administrativa y las funciones de atención directa al paciente, que existe en las clínicas, mientras en los hospitales estas funciones siguen concentradas en una misma persona, la enfermera supervisora de cada servicio. La creciente importancia que está teniendo la gestión en la enfermería se ve reflejada en la mayor oferta de cursos de post-grado y perfeccionamiento en esta área.

Por otra parte, los consultorios municipales, a pesar de estar regidos por la misma normativa, presentan diferencias en la dotación, distribución de funciones y remuneraciones del personal de enfermería. Esto, debido a la cantidad de recursos con que cuenta cada consultorio, lo que a su vez, se ve condicionado por los recursos que aporta la municipalidad a la que pertenece.

Finalmente, nos parece necesario tener un conocimiento más acabado acerca del mercado laboral del personal de enfermería que se encuentra ejerciendo como tal y el número potencial que podría entrar al mercado. De la misma forma, se presenta la necesidad de contar con información acerca de los lugares de trabajo al que accede el personal de enfermería, no sólo los anteriormente mencionados, sino también laboratorios, farmacias y otros. Asimismo, investigar la dinámica de este personal respecto al multiempleo y al aumento de horas trabajadas, así como contar con datos que muestren con mayor transparencia el salario de mercado que recibe el personal de enfermería, tanto en el sector público como privado.

El intercambio de información entre las distintas instituciones de salud, acerca de los modelos de gestión y de las iniciativas llevadas a cabo al interior de cada una de

éstas, podría ayudar en el mejoramiento de las condiciones al interior de cada institución, fomentaría la reproducción de los modelos más exitosos en gestión administrativa y de recursos humanos.

En este contexto, queda en evidencia la necesidad de conocer a cabalidad los distintos ámbitos que cubre el personal de enfermería, especialmente si se quiere llevar a cabo políticas tendientes a mejorar, tanto la situación laboral de este personal, como la atención que recibe la población por parte de éste. Esto no sólo en la Región Metropolitana, sino que a nivel nacional, para conocer las distintas variaciones que presenta el país en el tema.

Por otra parte, sería importante asumir nuevos mecanismos tendientes a disminuir el déficit de las enfermeras universitarias y evitar la escasez de auxiliares de enfermería y técnicos paramédicos. Programas para que el personal auxiliar pueda acceder a la enseñanza universitaria, podrían ser una medida a fin de contar con un mayor número de enfermeras universitarias. Por otra parte, es importante definir políticas respecto a: a) los cursos de especialización que realizan las enfermeras universitarias, ya que es una importante inversión en recursos humanos, no considerada al momento de ser contratadas por las instituciones de salud, según confirmaron nuestras entrevistadas; b) la definición del personal de enfermería, pues como mencionaron muchos de los entrevistados, tanto los auxiliares de enfermería como los técnicos paramédicos con años de experiencia, se encuentran preparados para asumir ciertas funciones que hoy día están formalmente delimitadas para la enfermera universitaria. De esta manera, se podría tener una mayor gama de personal de enfermería, determinada por los años de estudio y de experiencia laboral que posean. Una definición ante este tema facilitaría la resolución de problemas, que día a día se presentan en los hospitales, como el ausentismo, la rotación y el déficit; finalmente, generarían una planta de personal no médico más flexible; c) respecto a la capacitación que deben recibir las cuidadoras para ejercer como tal, ya que actualmente no se encuentran reguladas por ninguna institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, M. y otros (1994), *Estudio sobre el rol de la enfermera en el sistema nacional de servicio de salud*, Santiago.
- Baly, Mónica E. (1995), *Nursing & Social Change*, Routledge, Londres.
- Brito, Pedro; Francisco León, y Marta Novick, *Propuesta de un observatorio de los recursos humanos en las reformas sectoriales de salud*.
- Campos, Cecilia, et al. (1996), *Efectos de un modelo de atención de salud basado en el autocuidado en una población materno infantil*, Revista Horizonte de enfermería, Universidad Católica, Vol. 1, N°1, Santiago.
- Cazenave, A. y Paz Soto, *La función administrativa de la enfermera*, Revista Horizonte de enfermería, Universidad Católica, Santiago.
- CEP (1994), *La salud en Chile, evolución y perspectivas*, Santiago.
- Dunne, Lynn (1991), *Organizational Changes and Development Issues* en Lynn Dunne, "How many nurses do I need. A guide to resource management issues", Wolfe Publishing Ltd. Londres.
- Encalada, E. y A. Morales (1994), *Estudio exploratorio descriptivo respecto de la percepción del impacto del sistema de trabajo por turno nocturno en el sistema familiar específicamente en el subsistema conyugal de las trabajadoras de Clínica Dávila durante el periodo de enero- septiembre de 1994*, Tesis de la Escuela de Trabajo Social, Universidad Católica, Santiago.
- Jiménez, J. y T. Bossert (1996), *Las reformas del sector salud en Chile: lecciones de cuatro periodos de reforma*, Estudios Sociales N° 88, Santiago.
- Kantz, Beth et al (1998), *Developing Patient and Family Education Services: Innovations for the Changing Healthcare Environment*, Journal of Nursing Administration, vol. 28, N°2.
- Ministerio de Salud (1994), *Situación de la salud en Chile 1994*, Santiago.
- Ministerio de Salud, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos (1996), *Políticas de recursos Humanos*, Santiago.
- _____ (1997a), *Recursos humanos en el sector público de salud*, Santiago.

- _____ (1997b), *Gestión y desarrollo de recursos humanos en el sistema nacional de servicios de salud*, Santiago.
- _____ (1998), *Fundamentos de las leyes 15 076 y 18 834 y modificaciones legales relevantes, período 1990-1997*, Santiago.
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo) (1960), *Empleo y condiciones de trabajo del personal de enfermería*, Ginebra.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1993), *Informe del grupo de consulta sobre el papel de la enfermería en los sistemas locales de salud*, Washington.
- _____ (1996), *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*, Washington.
- _____ (1997), *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*, Washington.
- OPS/OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997), *Plan de desarrollo de enfermería para América Latina: una propuesta*.
- Robinson, Jane (1997), *Sustainable Development: Implications for Nursing and Midwifery*, World Health Organization.
- Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de Ingeniería Industrial (1995-96), *Estudio mercado del trabajo en el sector salud en Chile*, Santiago.
- WHO (World Health Organization) (1997), *Nursing Practice Around The World*, Ginebra.

SERIE POLÍTICAS SOCIALES

N° Título

- 1 Andrés Necochea, La postcrisis: ¿una coyuntura favorable para la vivienda de los pobres? (LC/L.777), septiembre de 1993.
- 2 Ignacio Irrarázaval, El impacto redistributivo del gasto social: una revisión metodológica de estudios latinoamericanos (LC/L.812), enero de 1994.
- 3 Cristián Cox, Las políticas de los noventa para el sistema escolar (LC/L.815), febrero de 1994.
- 4 Aldo Solari, La desigualdad educativa: problemas y políticas (LC/L.851), agosto de 1994.
- 5 Ernesto Miranda, Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina (LC/L.864), octubre de 1994.
- 6 Gastón Labadie y otros, Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño (LC/L.867), diciembre de 1994.
- 7 María Herminia Tavares, Federalismo y políticas sociales (LC/L.898), mayo de 1995.
- 8 Ernesto Schiefelbein y otros, Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes (LC/L.923), noviembre de 1995.
- 9 Pascual Gerstenfeld y otros, Variables extrapedagógicas y equidad en la educación media: hogar, subjetividad y cultura escolar (LC/L.924), diciembre de 1995.
- 10 John Durston y otros, Educación secundaria y oportunidades de empleo e ingreso en Chile (LC/L.925), diciembre de 1995.
- 11 Rolando Franco y otros, Viabilidad económica e institucional de la reforma educativa en Chile (LC/L.926), diciembre de 1995.
- 12 Jorge Katz y Ernesto Miranda, Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), diciembre de 1995.
- 13 Ana Sojo, Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), marzo de 1996.

- 14 Gert Rosenthal y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen I, (LC/L.996), noviembre de 1996.
- 14 Eduardo Bascuñán y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen II, (LC/L.996 / Add.1), diciembre de 1996.
- 14 Secretaría Permanente del Sistema Económico Latinoamericano (SELA) y Santiago González Cravino, Aspectos sociales de la integración, Volumen III, (LC/L.996/Add.2), diciembre de 1997.
- 14 Armando Di Filippo y otros, Aspectos sociales de la integración, Volumen IV, (LC/L.996/Add.3), diciembre de 1997.
- 15 Iván Jaramillo y otros, Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), noviembre de 1996.
- 16 Amalia Anaya y otros, Las reformas sociales en acción: educación (LC/L.1000), diciembre de 1996.
- 17 Luis Maira y Sergio Molina, Las reformas sociales en acción: Experiencias ministeriales (LC/L.1025), mayo de 1997.
- 18 Gustavo Demarco y otros, Las reformas sociales en acción: Seguridad social (LC/L.1054), agosto de 1997.
- 19 Francisco León y otros, Las reformas sociales en acción: Empleo (LC/L.1056), agosto de 1997.
- 20 Alberto Etchegaray y otros, Las reformas sociales en acción: Vivienda (LC/L.1057), septiembre de 1997.
- 21 Irma Arriagada, Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo (LC/L.1058), septiembre de 1997.
- 22 Arturo León, Las encuestas de hogares como fuentes de información para el análisis de la educación y sus vínculos con el bienestar y la equidad (LC/L.1111), mayo de 1998.
- 23 Rolando Franco y otros, Social Policies and Socioeconomic Indicators for Transitional Economies (LC/L.1112), mayo de 1998.
- 24 Roberto Martínez Nogueira, Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico (LC/L.1113), mayo de 1998.
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Marco conceptual, Vol.I (LC/L.1114), mayo de 1998.
- 25 Gestión de Programas Sociales en América Latina. Metodológica para su análisis, Vol.II (LC/L.1114/Add.1), mayo de 1998.

- 26 Rolando Franco y otros, **Las reformas sociales en acción: La perspectiva macro (LC/L.1118)**, junio de 1998.
- 27 Ana Sojo, **Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135)**, julio de 1998.
- 28 John Durston, **Juventud y desarrollo rural: Marco conceptual y contextual (LC/L.1146)**, octubre de 1998.
- 29 Carlos Reyna y Eduardo Toche, **La inseguridad en el Perú, (LC/L.1176)**, marzo de 1999 (en prensa).
- 30 John Durston, **Construyendo capital social comunitario. Una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala (LC/L.1177)**, marzo de 1999 (en prensa).
- 31 Marcela Weintraub y otras, **Reforma sectorial y mercado de trabajo. El caso de las enfermeras en Santiago de Chile (LC/L.1190)** marzo de 1999.