

Prevalencia de tabaquismo y sedentarismo en un grupo extenso de enfermeros de Montevideo: relación con edad, sexo y múltiple empleo

Lics. Cristina Rodríguez¹, Gabriela Dotti², Dr. Alejandro Cuesta³

Resumen

El tabaquismo del personal sanitario influye en la comunidad. El sedentarismo es un factor de riesgo reconocido. Nuestro objetivo fue caracterizar la prevalencia de tabaquismo y sedentarismo en una muestra no aleatoria de enfermeros de Montevideo, discriminando en función de sexo, edad y existencia de múltiple empleo (ME).

Metodología: se elaboró un formulario con preguntas cerradas. Se definió como tabaquista: si había fumado en los últimos seis meses; como sedentario: si realizaba menos de 150 minutos/semana de ejercicio; ME: si trabajaba 12 horas/diarias o más. Tomamos una muestra de conveniencia, no probabilística, que incluyó a 1.620 enfermeros.

Resultados: el 56,8% de los enfermeros menores de 31 años tenían ME; 68,7% entre 31-40 años; 63,3% entre 41-50 años, y 47,3% mayores de 50 años ($p<0,001$). El ME fue mayor en hombres que en mujeres (72,8% vs 57,1%, $p<0,001$). El 39,8% fue tabaquista, sin diferencia entre sexos, con mayor prevalencia en mayores de 50 años (45%, $p=0,007$). La prevalencia de sedentarismo fue de 79,9%, mayor en mujeres que en hombres (83,4% vs 69,9%, $p<0,001$) y mayor en menores de 50 años (86,4% $p=0,013$). Hubo más sedentarios entre quienes tenían ME (81,6% vs 77,3%, $p=0,002$). En el análisis multivariado las diferencias se mantuvieron significativas. Solo 14,6% de todos los enfermeros no eran tabaquistas ni sedentarios.

Conclusiones: en este grupo de enfermeros de Montevideo la prevalencia de tabaquismo fue de 39,8%, mayor a la informada a nivel nacional y sin diferencia entre sexos. El 79,9% fueron sedentarios. El sedentarismo afectó más a las mujeres, a los mayores de 50 años y a quienes tenían ME. La prevalencia de ME fue de 61,1%, mayor a la informada hasta ahora.

Palabras clave: PREVALENCIA
TABAQUISMO
FACTORES DE RIESGO
ESTILO DE VIDA SEDENTARIO

1. Licenciada en Enfermería. Especialista en Cuidados Intensivos, Cardiología y Cirugía Cardíaca. Prof. Adj. Jefe de Residentes, Postgrado CTI. UDELAR. CTI MUCAM.

2. Licenciada en Enfermería, Especialista en Cuidados Intensivos, Cardiología, Nefrología y Atención Primaria en Salud. Prof. Adj. Jefe de Residentes, Postgrado CTI. UDELAR. Medicina Crítica SMI.

3. PhD FESC. Instituto de Cardiología Infantil – MUCAM.

Correspondencia: Cristina Rodríguez Fleitas. Juan Larrobla 909/4, Montevideo. Uruguay.

Correo electrónico: cerfas@gmail.com

Fuente de apoyo en forma de subvenciones, equipo, fármacos o todos ellos: ninguna

Recibido mayo 25, 2014; aceptado julio 21, 2014

Summary

Smoking in health personnel affects the whole community. Physical inactivity is a recognized risk factor. Our objective was to characterize the prevalence of smoking and physical inactivity in a non-random sample of nurses from Montevideo, discriminating by gender, age and existence of multiple employment (ME).

Methods: a form with closed questions was developed. We defined: smoker; if he smoked in the last 6 months, Sedentary; if performed <150 minutes/week of exercise, ME; if used to work 12 hours/day or more. We took a non-random convenience sample, which included 1620 nurses.

Results: we found ME in 56.8% of nurses <31 years, 68.7% between 31-40 years, 63.3% between 41-50 years and 47.3% at > 50 years ($p<0.001$). ME was higher in men than in women (72.8% vs. 57.1%, $p<0.001$). The smoker prevalence was 39.8%, with no difference between genders, with higher prevalence in > 50 years (45%, $p=0.007$). The prevalence of sedentary was 79.9%, higher in women than men (83.4% vs. 69.9%, $p<0.001$) and higher in > 50 years (86.4% $p=0.013$). There were more sedentary among those with ME (81.6 vs. 77.3%, $p=0.002$). In multivariate analysis the differences remained significant. Only 14.6% of all nonsmokers and were sedentary.

Conclusions: in this group of nurses from Montevideo smoking prevalence was 39.8%, higher than reported for the whole country and without gender difference. Prevalence of sedentary was 79.9%. It affected more women, >50 years of age and those with ME. The prevalence of ME was 61.1%, higher than reported up to date.

Key words:

PREVALENCE
SMOKING
RISK FACTORS
SEDENTARY LIFESTYLE

Introducción

Las investigaciones epidemiológicas sobre el tabaquismo comenzaron a inicios de los años 1950, cuando Doll y Hill establecieron la asociación entre consumo de tabaco y carcinoma de pulmón en médicos del Reino Unido⁽¹⁾. El consumo de tabaco por el personal de salud ha sido objeto de muchos estudios por parte de la Organización Mundial de la salud (OMS) y de diversos autores. Se le ha dado mucha importancia porque podría influir y ser predictor de la prevalencia de tabaquismo en la comunidad⁽²⁻⁴⁾.

El sedentarismo o inactividad física ha cobrado una importancia creciente como factor de riesgo para el desarrollo de afecciones cardiovasculares⁽⁵⁾. El personal de salud de nuestro país, y en particular el de enfermería, realiza horarios laborales muy extensos y ello podría relacionarse con la inactividad física.

El equipo de enfermería está integrado por auxiliares y licenciados. Además de sus tareas asistenciales también tienen una función educativa y de promoción de hábitos saludables. Esto lo practican desde sus conocimientos, pero también cumpliendo un rol modélico a seguir por la población general a la que asisten. Hoy sabemos que se puede cuidar mejor si el personal de salud se sabe cuidar a sí mismo⁽⁶⁻⁸⁾.

El objetivo primario de este estudio fue caracterizar la prevalencia de tabaquismo y sedentarismo en una población elegida no aleatoriamente de en-

fermeros de Montevideo, discriminando su prevalencia en función del sexo, edad y existencia de múltiple empleo.

Metodología

Convocamos a licenciados o auxiliares en enfermería interesados en cooperar en la recolección de datos, procurando tener presencia en la mayor cantidad de instituciones públicas y privadas de Montevideo y en todos los turnos. Se les solicitó que incluyeran a la mayor cantidad de compañeros de trabajo posible y que no hubiesen sido ya considerados en otro centro. De acuerdo al criterio empleado obtuvimos una muestra de conveniencia sin un criterio probabilístico. Este trabajo no contó con el apoyo logístico ni económico de ninguna empresa o institución.

Se confeccionó un formulario con preguntas cerradas. Se aunaron los criterios para su llenado con todos los responsables de recabar la información. Las preguntas se realizaron mediante entrevista presencial o telefónica. Se preguntó la edad en cuatro categorías: menor de 31, entre 31 y 40, 41 y 50, y 51 o más años. Se tomó el sexo biológico autorreferido. Se consideró tabaquista a quien había fumado al menos un cigarrillo en los últimos seis meses⁽⁸⁾. Se consideró sedentario a quien no realizaba un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física ae-

Tabla 1. Resultados absolutos para cada una de las variables encuestadas.

Variable	n (%)
Edad	
< 31 años	347 (21,4)
31 a 40 años	533 (32,9)
41 a 50 años	482 (29,8)
> 50 años	258 (15,9)
Género	
Masculino	412 (25,4)
Femenino	1028 (74,6)
Tabaquista	
Sedentario	1295 (79,9)
Múltiple empleo	990 (61,1)

róbica de intensidad moderada⁽⁵⁾. Se consideró con ME a quien tenía una jornada laboral habitual de 12 horas o más en tareas propias de enfermería. Esta carga horaria podía desarrollarse en una o más instituciones. No hay una definición consensuada sobre ME o “multiempleo”. Optamos por referirnos a una carga horaria diaria que implica que la persona trabajaba dos o más turnos de seis horas. Las personas que respondieron el formulario lo hicieron de forma voluntaria y anónima. El período de recolección de datos se desarrolló entre el 1º de enero y el 31 de marzo de 2012.

Se logró incluir a 1.620 auxiliares o licenciados en enfermería. De acuerdo al Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud Pública, realizado en el año 2008 y publicado en febrero de 2010, en Montevideo ejercían 9.409 licenciados o auxiliares de enfermería⁽⁹⁾. Tomando este denominador estimamos que incluimos el 17% del universo que estudiamos.

Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos que luego fue analizada utilizando el software SPSS (SPSS para Windows, versión 8.0.1S 1998). Todas las variables utilizadas fueron cualitativas y se expresaron en número absoluto y porcentaje. Para la comparación de proporciones se utilizó test de chi cuadrado o Fisher, según correspondía, y la razón de la ventaja (OR = odds ratio). Para el factor de riesgo sedentarismo se realizó análisis multivariado mediante regresión logística. Se consideró significativa una p de dos colas < 0,05.

Tabla 2. Frecuencia de múltiple empleo de acuerdo a la categoría etárea y género.

	Múltiple empleo	p
	n (%)	
Edad		< 0,001
< 31 años	197 (56,8)	
31 a 40 años	366 (68,7)	
41 a 50 años	305 (63,3)	
> 50 años	122 (47,3)	
Género		<0,001
Masculino	300 (72,8)	
Femenino	690 (57,1)	

Resultados

En la tabla 1 se muestran los resultados totales para cada una de las variables estudiadas. Como era esperable para el perfil de la profesión, hubo un amplio predominio femenino (74,6%). La gran mayoría (84,1%) tenía 50 años o menos. El 39,8% fueron fumadores, la mayoría fueron sedentarios y con ME.

Encontramos diferencias significativas en la frecuencia de ME según la categoría de edad (tabla 2), con un máximo de 68,7% entre los 31 a 40 años y un mínimo de 47,3% en la franja etaria mayor ($p<0,01$). Hubo menor frecuencia de ME entre las mujeres respecto a los hombres ($p<0,001$) (tabla 2).

Encontramos una diferencia significativa en la frecuencia de fumadores según las categorías etarias preestablecidas ($p=0,007$). La frecuencia mínima fue de 34% entre los 41 y 50 años y la máxima de 45% en los mayores de 50 años. El tabaquismo estuvo representado de forma similar entre hombres y mujeres (40,0% vs 39,7%) y entre quienes tenían o no tenían ME (40,2% vs 38,3%) (tabla 3).

La frecuencia de sedentarismo fue en aumento continuo con la categoría etaria. Desde 76% en el grupo más joven hasta 86% en los mayores ($p=0,013$) (tabla 3). Los hombres fueron algo menos sedentarios que las mujeres y esa diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0,001$, OR = 0,46 IC95% (0,36-0,60)). También encontramos una diferencia significativa en la frecuencia de sedentarios entre quienes tenían o no tenían ME ($p=0,035$, OR=1,30 IC95% (1,02-1,67)). Cuando realizamos el análisis multivariado respecto al sedentarismo encontramos que las tres variables consideradas

Tabla 3. Frecuencia de fumadores y sedentarios de acuerdo a categoría etárea, género y multiempleo.

	Tabaquista <i>n (%)</i>	<i>p</i>	Sedentario <i>n (%)</i>	<i>p</i>	<i>p+</i>
Edad		0,007		0,013	0,002
< 31 años	153 (44,1)		264 (76,1)		
31 a 40 años	212 (39,8)		419 (78,6)		
41 a 50 años	164 (34,0)		389 (80,7)		
> 50 años	116 (45,0)		223 (86,4)		
Género		NS		<0,001 *	<0,001
Masculino	165 (40,0)		288 (69,9)		
Femenino	480 (39,7)		1007 (83,4)		
Múltiple empleo					
Sí	398 (40,2)	NS	808 (81,6)	0,035 **	0,002
No	247 (38,3)		487 (77,3)		

(edad, sexo y ME) mantuvieron significancia estadística (tabla 3).

Al analizar a los enfermeros tabaquistas se encontró que presentaban mayor frecuencia de sedentarismo (86,4% vs 75,7%, $p < 0,001$, OR=2,03 IC95% (1,55-2,66). El 34,4% del personal de enfermería encuestado fue fumador y además sedentario. Solo 14,6% no tenía ninguno de los dos factores de riesgo cardiovascular modificable que estudiamos.

Discusión

En el grupo de licenciados o auxiliares de enfermería que respondieron el cuestionario encontramos una alta frecuencia de tabaquismo (40%). La mayoría de la literatura informa sobre el tabaquismo en el personal de salud en general, pero menos separa por categorías ocupacionales y/o trata al grupo de enfermería en particular. En varios trabajos se informa que enfermería tiene una prevalencia de tabaquismo mayor que el resto del personal de salud y ello preocupa por su relación directa inmediata con los pacientes. En La Habana (Cuba) en el año 2000, sobre un total de 221 trabajadores encuestados, se encontró una prevalencia de 47% de enfermeros fumadores⁽¹⁰⁾. Esto fue algo mayor que en nuestro trabajo. En el mismo país, pero en el 2006, la mayor prevalencia correspondía también a enfermería, pero el porcentaje informado fue 34%, algo menor que el nuestro^(10,11). Este descenso entre ambos trabajos también ocurrió en el personal médico que pasó de

33% a 21%^(10,11). Esto nos plantea el desafío de obtener el dato evolutivo en nuestra población.

En el estado de Morelos (Méjico) en el año 2002 se encontró una prevalencia de tabaquismo de 16% en el personal de enfermería del sistema de salud público, utilizando como definición solo si fumaban actualmente. La tasa de sujetos que alguna vez habían sido fumadores fue de 36%, más cercana a la encontrada por nosotros con una definición más estricta⁽¹²⁾.

Una encuesta realizada en el Hospital de Clínicas de Montevideo en el 2005, utilizando la misma definición de tabaquismo que en este trabajo, encontró que solo 16% del personal de enfermería era fumador. Sin embargo, cabe señalar que en dicho trabajo se incluyó un número reducido de integrantes del personal de enfermería, ya que el mismo fue destinado a estudiar a todo el personal de salud, así como a los usuarios⁽¹³⁾.

Las cifras más recientes y de buena calidad metodológica sobre la población uruguaya provienen de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en adultos (GATS, 2009), que se ha constituido en patrón de referencia en el mundo⁽¹⁴⁾. Allí se informa de una prevalencia de tabaquismo para toda la población nacional de 25%, muy por debajo de la encontrada en nuestro trabajo⁽¹⁴⁾. En la primera encuesta nacional oficial de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles publicada tres años antes, la prevalencia de tabaquismo había sido de 33%⁽¹⁵⁾. Se ha inferido que la prevalencia a nivel de toda la población viene en descenso. Tanto en la primera como en la segunda encuestas mencionadas la

prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres (31% vs 20% y 37% vs 29% respectivamente)^(14,15).

La diferencia entre sexos que se encuentra en nuestra población general también se observa en trabajos que analizan el personal de salud y enfermería de otros países^(10,12). Pero nosotros no encontramos esa diferencia, con la aclaración de que 75% de los sujetos incluidos eran mujeres. Tampoco hubo diferencia entre sexos en la encuesta del Hospital de Clínicas, en enfermería y entre todo el personal de salud⁽¹³⁾.

A partir de estos datos planteamos la hipótesis de que el personal de enfermería nacional no viene bajando la prevalencia junto con el resto de la población y que la variable sexo puede estar involucrada en esto.

El ME es un problema reconocido en gran parte del personal de salud. Recientemente ha habido intentos por estudiarlo y solucionarlo⁽¹⁶⁾. En nuestra serie más de la mitad (61%) tenía una jornada laboral habitual de 12 horas o más en tareas propias de enfermería. El patrón de distribución en las distintas categorías etarias es lo esperable de acuerdo al tiempo en el mercado laboral, desde que la persona se recibe de licenciado o auxiliar hasta que comienza a retirarse por su edad. La distribución por sexo en nuestro grupo mostró que el ME afecta más a los hombres que a las mujeres.

En un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del 2007 sobre Uruguay se establece que la prevalencia de ME para enfermería es de 8%⁽¹⁷⁾. Este informe era la única referencia nacional hasta este año. Incluye solo a los licenciados, no a los auxiliares, y toma como definición trabajar en más de una institución. De acuerdo a nuestros datos es claro que subestima el problema. Si por algún error sistemático al momento de captar sujetos hubiésemos incluido a todos los enfermeros con ME de Montevideo y considerando el censo mencionado⁽⁹⁾, la prevalencia de ME nos daría 10,5% (990/9.409), cifra que es mayor a la informada por la OPS⁽¹⁷⁾.

A principios de 2014 se presentó el Censo de Enfermería en el Uruguay. Por la metodología utilizada no fue un estudio censal y se obtuvo una muestra no aleatoria a nivel nacional. Se encontró una prevalencia de ME de 35% sin discriminar entre Montevideo y el resto del país⁽¹⁸⁾. Este trabajo también encuentra una cifra mucho mayor a la que antes se planteaba y se ha diseñado un estudio epidemiológico con una muestra al azar para analizar esta y otras variables.

No pudimos encontrar datos respecto al sedentarismo en el personal de enfermería. En la Encuesta Nacional sobre Hábitos Deportivos y Actividad Física, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el 2005, la prevalencia de sedentarismo

en la población adulta uruguaya fue de 65% para mujeres y de 55% para hombres⁽¹⁹⁾. En la 1^a Encuesta Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, la prevalencia fue de 41% en mujeres y de 29% en hombres⁽¹⁵⁾. En nuestro trabajo también encontramos una frecuencia mayor en mujeres pero las cifras son superiores a ambos trabajos anteriores: 83% en mujeres y 70% en hombres. Nuevamente pudo haber un error porque la muestra no fue tomada al azar. Ante la falta de información específica y la magnitud del problema, creemos que nuestros datos sirven como señal de alarma y para promover la investigación.

Además de la influencia del sexo y la edad, ya descrita por otros autores, encontramos que el sedentarismo se relaciona con el ME. La diferencia de sedentarismo entre el personal con ME sigue siendo significativa luego del análisis multivariado incluyendo sexo y grupo etario. Este quizás sea el aporte más novedoso de nuestro trabajo y que deberá verificarse con mejores estudios. Ya hay estudios que informan acerca de la influencia del ME en la calidad de vida de los enfermeros⁽¹⁶⁾.

Solo 15% del personal de enfermería no fuma ni es sedentario y puede ser visto por los pacientes como ejemplo a seguir⁽⁷⁾. Un tercio tiene ambos factores de riesgo reversibles estudiados aunque en teoría conocen el daño que ello determina.

Limitaciones del trabajo

Tomamos una muestra de conveniencia y no por una técnica probabilística. No se debe extrapolar la información obtenida directamente al resto del universo que estudiamos. Igualmente destacamos la calidad en la recolección de los datos y que se incluyó el 17% del universo estudiado.

El hecho de estar con ME pudo aumentar la probabilidad de ser encuestado para este trabajo y debemos considerarlo. Se tuvo especial cuidado en que un sujeto no fuese incluido dos veces.

En la definición de ME no incluimos a aquellos funcionarios que desarrollan tareas de enfermería y además otro trabajo. Esto puede modificar el resultado. No separamos entre auxiliares y licenciados de enfermería porque no lo consideramos importante para la validez externa de la investigación.

Conclusiones

En este grupo de enfermeros de Montevideo la prevalencia de tabaquismo fue de 39,8%, mayor a la informada en los últimos trabajos a nivel nacional. Otra diferencia encontrada con estos trabajos es la similar prevalencia en hombres y mujeres.

El 79,9% de los enfermeros incluidos fueron se-

dentarios. El sedentarismo afectó más a mujeres, a mayores de 50 años y a quienes tenían ME.

La prevalencia de ME fue de 61,1%, mayor a la informada hasta ahora.

Bibliografía

1. **Doll R, Hill AB.** Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. Br Med J 1950;30;2 (4682):739-48.
2. **Goldberg RJ, Ockene IS, Ockenee JK, Mariam P, Kristeller J.** Physicians' attitudes and reportes practices toward smoking intervention. J Cancer Educ 1993;8(2):133-9.
3. **Lancaster T, Silagy C, Fowler G.** Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000;(3):CD000214.
4. **Organización Mundial de la Salud.** MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. (consultado 13/9/2011). Disponible en: Ginebra:OMS;2008. http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf?ua=1
5. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad física para la salud. O.M.S. Consultado 18/11/2011. Disponible en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>.
6. **Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AM, Takemura S, Minowa M et al.** Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. JAMA 2001;28:2643-8.
7. **Olive K, Ballard J.** Attitudes of Patients Toward Smoking by Health Professionals. Public Health Rep 1992;107:335-9.
8. **Esteves E, Goja B, Blanco A, González-Molina J.** Servicio de salud con humo de tabaco: Oxímoron médico, ético y social. Montevideo: Caligráficos, 2004.
9. **Ministerio de Salud Pública.** Primer censo nacional de recursos humanos en salud. Desarrollo y presentación de los primeros resultados [monografía en Internet]. Montevideo:M.S.P;2010 [Consultado 19/7/2011].Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Libro_Primer_Censo_Nacional_de_RHS_-versi%C3%B3n_B3n_digital.pdf
10. **Varona Pérez P, Fernandez Larrea N, Bonet Gorbea MH, Garcia Roche RG, Ibarra Salas AM, Chang de La Rosa M.** Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3): 221-6
11. **Acosta González M, Martínez Ramos M, Armas Rojas N, Hernández Valdés E, Dueñas Herrera A, Díaz Vázquez M.** Características diagnosticas sobre tabaquismo en trabajadores de una institución de salud. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet].
12. **Salmerón-Castro J, Arillo-Santillán E, Campuzano-Rincón JC, López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce EC.** Tabaquismo y profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. Salud Pública Méx [revista en Internet]2002.[consultado 15/5/ 2011] ;44 (suppl1): s67-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100007&lng=es
13. **Cuesta A, Kuster F, LLuberas R.** Tabaquismo en el personal y usuarios de un hospital universitario: consumo y recomendación de abandono. Rev Uruguay Cardiol 2005;20(2):77-85.
14. **Organización Panamericana de la Salud.** Encuesta mundial de tabaquismo en adultos (GATS). [monografía en Internet]. Washington:O.P.S;2009. [consultado 15/5/2011]. Disponible en: http://cieturuguay.org/wp-content/uploads/2012/08/GATS_URU_fact-sheet_SPANISH-1.pdf
15. **Ministerio de Salud Pública.** 1° Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles [monografía en Internet]. Montevideo:M.S.P;2006 [Consultado 29/06/2014]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrent_2006_1.pdf
16. **Cossio S, Monier S, Reyna E.** Consecuencias del Trabajo Nocturno en las relaciones familiares, laborales, personales y de pareja de las Enfermeras. Estudio de investigación realizado en el Hospital San Roque de la ciudad de Córdoba, en 2009. Consultado 20/8/2011. Disponible en : http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cossio_selva.pdf
17. **Organización Panamericana de la Salud.** Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay [monografía en Internet]. Washington:O.P.S;2007. [consultado 15/5/2011]. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf>
18. **Organización Panamericana de la Salud.** Proyecto de cooperación TC41 - Censo de enfermería en el Uruguay [presentación en Internet]. Montevideo: Presidencia de la República;2014 [consultado 5/7/2014]. http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=805:presentacion-de-datos-del-censo-nacional-de-enfermeria&Itemid=0
19. **Ministerio de Turismo y Deporte, Ministerio de Salud Pública.** Encuesta nacional sobre hábitos deportivos y actividad física. Encuesta continua de hogares [monografía en Internet]. Montevideo: MSP;2005 [consultado 5/7/2014]. Disponible en: www.uruguayeduca.uy/Userfiles/P0001/File/habitos_deportivos.pdf