



# La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones







# **La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones**

*Preparado por*  
James Buchan y Lynn Calman

*para el*  
Consejo Internacional de Enfermeras

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación, en su totalidad o en parte, (por impresión, fotocopia, microcopia o cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión en cualquier forma y su venta, sin autorización expresa y por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

# Indice

<b>Agradecimiento</b>	<b>2</b>
<b>Abreviaturas</b>	<b>3</b>
<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Sección 1: Visión mundial</b>	<b>9</b>
Comparaciones regionales	<b>10</b>
Coeficiente entre médicos y enfermeras	<b>14</b>
Desequilibrio regional en los distintos países	<b>16</b>
<b>Sección 2: Escasez de enfermeras y problemas críticos</b>	<b>19</b>
Problema crítico nº 1 – África Subsahariana: repercusión del VIH/SIDA en los recursos humanos de enfermería	<b>25</b>
Problema crítico nº 2 – Migración interna e internacional	<b>26</b>
Problema crítico nº 3 – Conseguir la reforma y la reestructuración organizativa eficaces del sector de salud	<b>29</b>
Problemas más importantes	<b>31</b>
<b>Sección 3: Marco para las intervenciones de política general</b>	<b>33</b>
Planificación de los recursos humanos	<b>36</b>
Contratación y retención	<b>37</b>
Distribución y resultados	<b>42</b>
Utilización y combinación de capacidades	<b>44</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>46</b>
<b>Apéndice 1: Indicadores y consecuencias de la escasez</b>	<b>47</b>
<b>Referencias</b>	<b>49</b>

## Agradecimiento

El presente informe se encargó en 2004. Su rápida elaboración fue posible gracias a las oportunas contribuciones de diversas personas y organizaciones. Los que respondieron, de más de 50 países de todas las regiones del mundo y de diversos organismos nacionales e internacionales, facilitaron la información de base e hicieron las veces de principales informantes. El grupo de referencia para la Iniciativa mundial de examen de la enfermería: Opciones de política general y soluciones facilitó también observaciones útiles. Figuran a continuación los miembros del grupo de referencia.

Los autores son los únicos responsables del contenido del informe y de las conclusiones

### **Miembros del Grupo de Referencia**

**Jonathan Asbridge**

Consejo de Enfermería y Obstetricia – Reino Unido

**Gilles Dussault**

Instituto del Banco Mundial

**Marilyn Elegado Lorenzo**

Instituto Nacional de Salud – Filipinas

**Thembeka Gwagwa**

Organización Democrática de Enfermería de Sudáfrica (DENOSA)

**Silvina Malvárez**

Organización Panamericana de la Salud

**Ken Sagoe**

Servicio de Salud de Ghana

**Ragnhild Seip**

Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo

**Judith Shamian**

Orden Victoriana de Enfermeras  
(Anteriormente Health Canada)

**Sissel Hodne Steen**

Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo

**Duangvadee Sungkhobol**

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Sudeste Asiático

**Piyasiri Wickramasekara**

Oficina Internacional del Trabajo

**Representantes de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza**

# Abreviaturas

<b>AFRO</b>	Oficina Regional para África
<b>EMRO</b>	Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental
<b>EURO</b>	Oficina Regional para Europa
<b>FIFN</b>	Fundación Internacional Florence Nightingale
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>GRH</b>	Gestión de los recursos humanos
<b>CIE</b>	Consejo Internacional de Enfermeras
<b>OIT</b>	Oficina Internacional del Trabajo
<b>MDM</b>	Metas de desarrollo para el milenio
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>SEARO</b>	Oficina Regional para el Sudeste de Asia
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>WPRO</b>	Oficina Regional para el Pacífico Occidental

## Resumen

El presente informe sobre los recursos humanos de enfermería en el mundo ha sido dirigido por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y su organización hermana la Fundación Internacional Florence Nightingale (FIFN), y recibió apoyo del Burdett Trust for Nursing. El informe es el primer resultado de un programa de trabajo en el que se ha examinado el problema crucial de la escasez de enfermeras y se ha identificado un marco para las intervenciones de política general.

El mundo ha entrado en un periodo de importancia crítica para los recursos humanos de salud. La escasez de personal de salud cualificado, incluidas las enfermeras, se revela uno de los mayores obstáculos para conseguir las Metas de desarrollo del milenio (MDM) destinadas a mejorar la salud y el bienestar de la población mundial.

Con ese trasfondo de creciente preocupación por la escasez de personal de salud, el informe se centra en uno de los componentes más importantes de los recursos humanos: las enfermeras. Las enfermeras son el personal de "vanguardia" en la mayoría de los sistemas de salud, y se reconoce que su contribución es esencial para cumplir estas metas de desarrollo y de prestación de cuidados seguros y eficaces.

El presentar una visión general, en este estudio se hace referencia a las principales tendencias, a los grandes problemas y a las posibles soluciones. Se pone de relieve la amplitud de la cobertura, pero se insiste también en determinados problemas específicos de los recursos humanos de enfermería en los distintos países para ilustrar los principales problemas a que se enfrentan los encargados de la elaboración y la aplicación de las políticas relativas a los recursos humanos de enfermería. El informe ofrece una instantánea de una situación mundial dinámica e interesante.

### Visión general

- Hay una enorme diversidad en los coeficientes entre enfermeras y población en el mundo.
- En los distintos países, el coeficiente comunicado entre enfermeras y población es muy diverso y oscila entre menos de 10 y más de 1.000 enfermeras por cada 100.000 habitantes, es decir una variación de más de 1 a 100.
- El coeficiente medio en Europa, región que tiene los coeficientes más altos, es 10 veces superior al de las regiones de coeficientes más bajos: África y el Sudeste de Asia.
- El coeficiente medio de América del Norte es 10 veces superior al de América del Sur.
- El coeficiente medio entre enfermeras y población en los países de renta elevada es casi ocho veces superior al de los países de renta baja.
- En muchos países en desarrollo, la escasez de enfermeras se agrava por la mala distribución geográfica; hay todavía menos enfermeras en las zonas rurales y alejadas.

La combinación de capacidades y de personal es distinta en las diferentes organizaciones, sistemas y países, y no hay una combinación "óptima" de enfermeras y otro personal de salud, a la que podamos aspirar. Sin embargo, muchos países, especialmente en África, Asia y América Central y del Sur, se esfuerzan por

proporcionar una dotación mínima de personal de enfermería. Algunos países, sobre todo de América Central y del Sur, comunican que emplean muchos más médicos que enfermeras. Incluso en países en los que los coeficientes entre enfermeras y población son bajos, las enfermeras disponibles están a menudo mal distribuidas, lo que agrava aún más las consecuencias de la escasez. Las zonas rurales de los países en desarrollo tienden a ser las regiones menos asistidas.

### **Escasez de enfermeras y problemas críticos**

- Si bien no existe una definición universal de lo que es escasez de enfermeras, en muchos países hay pruebas cada vez más claras de desequilibrios entre la oferta y la demanda de enfermeras.
- La oferta de enfermeras en muchos países de ingresos bajos y de ingresos altos no llega a mantenerse al ritmo de la creciente demanda.
- Según una de las estimaciones recientes, los países del África Subsahariana tienen un déficit de más de 600.000 enfermeras que son necesarias para alcanzar las Metas de desarrollo del milenio.
- La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) comunica que muchos de sus países miembros (de elevados ingresos) experimentan problemas cada vez mayores de escasez de enfermeras.
- Hay una relación entre los niveles adecuados de dotación de enfermeras y los resultados positivos de los cuidados de salud.
- La discriminación basada en el género persiste en muchos países y culturas, y se infravalora o se degrada la enfermería calificándola de “trabajo de mujeres”.
- Persiste en muchos países la violencia contra los trabajadores de salud y muchas veces las enfermeras llevan la peor parte porque están en la vanguardia de la prestación directa de los cuidados.
- Tres problemas críticos relacionados con la escasez de enfermeras son:
  - las repercusiones del VIH/SIDA;
  - la migración interna e internacional de las enfermeras;
  - la consecución de la reforma y reorganización eficaces del sector de salud.

### **Problema crítico nº 1: África Subsahariana: Repercusión del VIH/SIDA en los recursos humanos de enfermería**

Si bien el VIH/SIDA es un problema grave en todo el mundo, sus consecuencias regionales más pronunciadas han tenido lugar, hasta ahora, en el África Subsahariana. El VIH/SIDA está teniendo repercusiones negativas en los sistemas de salud: por el aumento de la demanda de servicios de salud y porque reduce la disponibilidad y los resultados de los recursos humanos de salud. Las consecuencias del VIH/SIDA son también un factor que hace aumentar la migración interna e internacional de los trabajadores de salud del África Subsahariana, lo que a su vez, hace que las enfermeras que permanecen hayan de asumir cargas de trabajo más pesadas.

## **Problema crítico nº 2: Migración interna e internacional**

La migración y la contratación internacional de las enfermeras han adquirido mayor relieve en los últimos años. Muchas veces tiene la misma importancia, aunque es menos visible en los planos de las políticas, la migración interna de las zonas rurales a las zonas urbanas, del empleo en el sector público al empleo en el sector privado, y del empleo en la enfermería al empleo en otros sectores (o al desempleo). Para algunos países en desarrollo, la migración exterior de las enfermeras tienen graves consecuencias. Esos países pierden unos recursos humanos escasos cuya formación es relativamente cara. Los niveles y la calidad de los cuidados se resienten. Muchas de las enfermeras reclutadas que cruzan las fronteras nacionales son relativamente jóvenes y están bien capacitadas. Problemas análogos pueden crear la migración interna, en la que las enfermeras llevan sus capacidades y su pericia a otros tipos de empleo.

## **Problema crítico nº 3: Conseguir la reforma y la reestructuración organizativa eficaces del sector de salud**

La reforma de los sistemas de salud es muchas veces esencial para mejorar la eficiencia, el acceso y los resultados de la prestación de los servicios de salud. Muchos países atraviesan un proceso de reforma del sector de salud, y también están reestructurándose muchas organizaciones de salud de esos países. Sin embargo, aunque ciertos planteamientos han dado lugar a mejoras, no todos los intentos de reestructuración han tenido éxito, y en algunas de las reformas “exitosas” se ha prestado escasa atención a sus repercusiones en los recursos humanos del sector de salud. Las enfermeras y otras personas que trabajan en sistemas de salud disfuncionales o “deficientes” tienen que desarrollar diversas estrategias de supervivencia. En las reformas y en la reestructuración de los sistemas de salud no pueden ignorarse esos factores, para poder conseguir los objetivos de mejoramiento de la salud y del acceso a los cuidados de salud.

## **Marco para las intervenciones de política general**

En el informe se ponen de relieve cuatro elementos de un marco de política general para abordar la escasez de enfermeras:

- Planificación de los recursos humanos
- Contratación y retención
- Distribución y resultados
- Utilización y combinación de capacidades

- En el informe se insiste en que los elementos del marco y las intervenciones de política con él relacionadas son interdependientes.
- Se pone de relieve que la necesidad de intervenciones de política eficaces hace precisa la participación de los dirigentes y de los principales interesados.
- Se insiste en que las intervenciones de política general han de ser adecuadas al contexto del país y a los objetivos.
- La escasez de enfermeras no es sólo un “problema para la enfermería”. Es también un problema del sistema de salud, que mina su eficacia y requiere soluciones para todo el sistema. Sin intervenciones eficaces y sostenidas, la escasez mundial de enfermeras persistirá y anulará todos los intentos de mejorar los resultados de la atención de salud y la salud de todas las naciones.

# Introducción

El presente informe es la primera publicación de un programa de trabajo sobre los recursos humanos mundiales de enfermería, dirigida por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y su organización hermana la Fundación Internacional Florence Nightingale (FIFN), cuenta con el apoyo del Burdett Trust for Nursing.<sup>a</sup> Estudia el problema crucial de la escasez de enfermeras y constituye un marco para las intervenciones de política general.

El mundo ha entrado en un periodo crítico para los recursos humanos de salud. La escasez de personal de salud cualificado, incluidas las enfermeras, se pone de relieve como uno de los mayores obstáculos contrarios a la consecución de las Metas de desarrollo del milenio (MDM) de mejorar la salud y el bienestar de la población mundial. Las MDM son un conjunto de 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores de resultados, relacionados con la reducción de la pobreza antes del año 2015. De esas metas, cuatro guardan relación directa con el mejoramiento de los resultados de salud: reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años; reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna; detener e invertir las epidemias del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo; y reducir a la mitad la proporción de las personas que sufren hambre.

En enero de 2004, el Foro de Alto Nivel sobre las MDM en materia de salud comunicó que “Hay una crisis de los recursos humanos de salud, que ha de abordarse urgentemente”.<sup>1</sup> De esto se hizo eco, en mayo de 2004, la Asamblea Mundial de la Salud al señalar que “La crisis de los recursos humanos de salud se produce en un momento en que la salud mundial experimenta problemas sin precedentes. Muchos países se ven ante la urgente necesidad de prestar más y mejores servicios a sus habitantes más pobres y enfermos, que muchas veces son los más difíciles de alcanzar... Si bien las dificultades de desarrollar los recursos humanos de salud son muy diferentes en los distintos países, se reconoce que la escasez absoluta de personal de salud, especialmente en África Subsahariana, es la principal limitación con que se tropieza para conseguir las Metas de desarrollo y las demás nuevas metas de salud”.<sup>2</sup>

Organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), junto con grupos como Iniciativa Rockefeller de aprendizaje conjunto, se ocupan del enorme y creciente problema de conseguir que haya capacidad suficiente de recursos humanos para que los sistemas de salud puedan funcionar de manera eficaz. Sobre el fondo de esa creciente preocupación por la escasez de personal de salud, este informe se ocupa de uno de los elementos más importantes de los recursos humanos: las enfermeras.<sup>b</sup>

En la mayoría de los sistemas, las enfermeras son el principal componente profesional del personal de “vanguardia”, y se reconoce que su contribución es esencial para alcanzar estas metas de desarrollo y para prestar cuidados seguros y eficaces. Para muchos países, uno de los problemas actuales más urgentes de recursos humanos es la escasez de enfermeras. En la mayoría de los países, el 90% o más de los recursos humanos de enfermería son mujeres. Los problemas a que se enfrentan estos recursos guardan relación con los de acabar con el sesgo de género y la discriminación en la sociedad y en el empleo.

En el presente informe se ponen de relieve los principales problemas actuales relacionados con el personal y la escasez de enfermeras, tales como las variaciones de las funciones y de la combinación de capacidades; los desequilibrios geográficos; la repercusión del VIH/SIDA; la migración de las enfermeras; las consecuencias de la reforma del sector de salud; y el estatuto social de las enfermeras y su participación en la adopción de decisiones. Concluye con el esbozo de un marco para las intervenciones de política destinadas a resolver los problemas que se plantean a los recursos humanos de enfermería.

<sup>a</sup> The Burdett Trust For Nursing es un fideicomiso independiente y sin fines lucrativos, que lleva el nombre de Sir Henry Burdett KCB, fundador del Royal National Pension Fund for Nurses.

<sup>b</sup> Un importante problema que se expone en este informe es la falta de una definición universal de “enfermera”. Varios organismos internacionales han elaborado, en diferentes momentos, definiciones distintas, unas relacionadas con el nivel de formación, otras relacionadas con los años de formación. Las definiciones amplias de “enfermería” pueden incluir a los ayudantes de enfermería; otras definiciones más precisas se refieren explícitamente sólo a las enfermeras diplomadas. Este informe se centra en las enfermeras diplomadas, pero carece de una definición clara de algunas fuentes de datos, y tampoco tiene una definición única y universal de “enfermera”.

La escasez de enfermeras no es sólo un problema para las organizaciones, ni una cuestión para el análisis económico; tiene importantes consecuencias negativas para la salud. Si la escasez de enfermeras no llega a resolverse – sea local, regional, nacional o mundial – probablemente será imposible mejorar ni mantener la atención de salud.

La escasez de enfermeras y de personal trae consigo diversos resultados negativos, como los siguientes: tasas de mortalidad más elevadas;<sup>3</sup> sucesos desfavorables después de las intervenciones quirúrgicas;<sup>4</sup> mayor incidencia de la violencia contra el personal;<sup>5</sup> tasas más elevadas de accidentes y de lesiones en los pacientes;<sup>6</sup> y tasas más elevadas de infecciones en general.<sup>7</sup> En un examen reciente de los estudios sobre el personal de enfermería y la calidad de los cuidados, se resumían las conclusiones de la manera siguiente: “En el más amplio de los estudios... se constataron importantes relaciones entre niveles más bajos de personal de enfermería y tasas más elevadas de neumonía, sangrado gastrointestinal, ataque/paro cardíaco, infecciones del tracto urinario e imposibilidad de recuperación. En otros estudios se hallaron asociaciones entre niveles más bajos de personal y neumonía, colapso pulmonar, úlceras por presión, trombosis después de operaciones quirúrgicas, colapso pulmonar después de una intervención quirúrgica, estancias hospitalarias más prolongadas, y mortalidad dentro de los 30 días.”<sup>8</sup>

Este informe se completará con una serie de documentos detallados sobre problemas concretos, en los que se examinarán más detalladamente determinados aspectos, mundiales y regionales, de los recursos humanos de enfermería.

Estos otros documentos tratan de lo siguiente:

1. Reglamentación, desarrollo de competencias y definición de funciones.
2. Iniciativas de política y de planificación: a) en el plano nacional, para abordar la mala distribución geográfica y sectorial y b) en el plano local, para evaluar la carga de trabajo y mejorar la utilización y la distribución.
3. Qué es un “buen” empleador: los vínculos entre la práctica eficaz de los recursos humanos, los niveles de dotación de personal, la participación del personal y resultados de los cuidados.
4. Contratación, retención, motivación y resultados: intervenciones e incentivos para fomentar la satisfacción en el trabajo.
5. Migración internacional de las enfermeras.
6. Informe general regional: África Subsahariana.
7. Informe general regional: América Latina

Estos documentos constituirán la base material para informar a una reunión de expertos y a una cumbre mundial sobre los recursos humanos de enfermería, que se celebrará en 2005.

Al tiempo que se presenta una visión general, en el documento se informa sobre las principales tendencias y problemas y sobre las posibles soluciones. Se da importancia a la amplitud de su cobertura, pero los problemas concretos de los recursos humanos de enfermería en los distintos países se ponen de relieve para ilustrar los principales retos a los que han de hacer frente los encargados de desarrollar y aplicar las políticas de recursos humanos de la enfermería. El informe es una “instantánea” de una situación mundial dinámica y acuciante.

# Sección 1: Visión mundial

Hay una enorme diversidad en los coeficientes entre enfermeras y población en el mundo.

En los distintos países, el coeficiente comunicado entre enfermeras y población es muy diverso y oscila entre menos de 10 y más de 1.000 enfermeras por cada 100.000 habitantes, es decir una variación de más de 1 a 100.

El coeficiente medio en Europa, región que tiene los coeficientes más altos, es 10 veces superior al de las regiones de coeficientes más bajos: África y el Sudeste de Asia.

El coeficiente medio de América del Norte es 10 veces superior al de América del Sur.

El coeficiente medio entre enfermeras y población en los países de renta elevada es casi ocho veces superior al de los países de renta baja.

En muchos países en desarrollo, la escasez de enfermeras se agrava por la mala distribución geográfica; hay todavía menos enfermeras en las zonas rurales y alejadas.

En el presente capítulo se presenta una visión global de la distribución de las enfermeras. Se basa en el análisis e interpretación de los datos sobre los coeficientes entre enfermeras y población, hecho por la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>c</sup>

Según estimaciones del CIE, hay más de 12 millones de enfermeras en todo el mundo.<sup>9</sup> Una de las dificultades que se presentan para hacer una estimación mundial precisa es la definición de "enfermera". Como antes se ha señalado, el centro de interés primordial del informe son las enfermeras especialistas; no tiene por objeto estudiar en detalle los auxiliares técnicos ni las auxiliares o ayudantes de enfermería.

En las distintas fuentes se dan definiciones diferentes. La definición de enfermería que da el CIE es:

"La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, de las personas de todas las edades, las familias, los grupos y las comunidades, sanos o enfermos, en todos los contextos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y el cuidado de los enfermos, los discapacitados y los moribundos. Son también funciones capitales de la enfermería la defensa y la promoción de un entorno seguro, la investigación y la participación en el establecimiento de la política de salud y en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud, y en la formación".<sup>10</sup>

Una definición de enfermera utilizada por la Organización Mundial de la Salud es la siguiente:

"Enfermera es una persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería y está cualificada y facultada en su país para ejercer la enfermería en todos los contextos para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el cuidado de los enfermos y la rehabilitación."<sup>11</sup>

Sin embargo, los datos procedentes de diversos países, que ha comparado la OMS, incluyen a las matronas en la categoría general de enfermeras, mientras que en otros países sólo se incluyen las enfermeras tituladas. Para algunos, es probable también que los datos incluyan al personal auxiliar y no titulado. Hay, pues, algunas limitaciones importantes al emplear los datos de la OMS. La OMS ha de basarse en los países de origen para proporcionar datos precisos, completos y actualizados. Algunos países no facilitan datos; otros facilitan datos anticuados. En el presente informe se utilizan siempre los datos más recientes aunque en el caso de algunos países pueden ser los de varios años antes.

<sup>c</sup>Los datos más recientes recopilados por la OMS pueden verse en la dirección [http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh\\_login.asp](http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp). Este informe se basa en los datos recuperados en ese sitio el 27 de agosto de 2004. En otro lugar del principal sitio web de la OMS, figura otra fuente (<http://www3.who.int/whosis>). En los dos sitios figuran datos diferentes para muchos países.

Como antes se ha señalado, puede haber diversas interpretaciones de la definición de “enfermera”. También es cuestión de diversidad del ámbito de la práctica profesional de las enfermeras, lo que tiene consecuencias para la eficacia, la eficiencia, los costos, y la calidad de los servicios. Esto puede significar que las cifras comunicadas para algunos países son exageradas porque incluyen a las matronas o a las auxiliares.

Puede haber diversas interpretaciones en relación con el cálculo del número de las enfermeras puede ser que unos países comuniquen el número de las enfermeras que están en activo, otros quizá comunican el número total de las enfermeras que pueden ejercer; otros quizá comunican el número total real, y otros pueden comunicar los equivalentes en tiempo total.

En el presente capítulo se ponen de relieve las características más importantes o las principales variaciones del coeficiente entre enfermeras y población en el mundo. Teniendo en cuenta las cautelas antes mencionadas, el análisis que se ofrece a continuación ha de tomarse como ilustrativo de la pauta general de las variaciones regionales, y no como una representación precisa de cada país.

El coeficiente entre enfermeras y población da una indicación muy amplia del nivel de disponibilidad de capacidades profesionales de enfermería en cada país. En el presente capítulo se hacen dos tipos de comparaciones de dichos coeficientes: comparaciones regionales, y comparación por el nivel de desarrollo de cada país (según esté clasificado por los indicadores del Banco Mundial). Considerar aisladamente los coeficientes entre enfermeras y población puede inducir a error, pues la combinación de personal varía en medida importante en los distintos países y regiones; por ello se examinan también los coeficientes entre médicos y enfermeras.

## **Comparaciones regionales**

Los datos de la OMS sobre los recursos humanos de salud se comparan en el caso de la mayoría de los países del mundo. Por ello pueden hacerse comparaciones dentro de las distintas regiones y entre ellas para identificar las variaciones existentes en el coeficiente entre enfermeras y población.

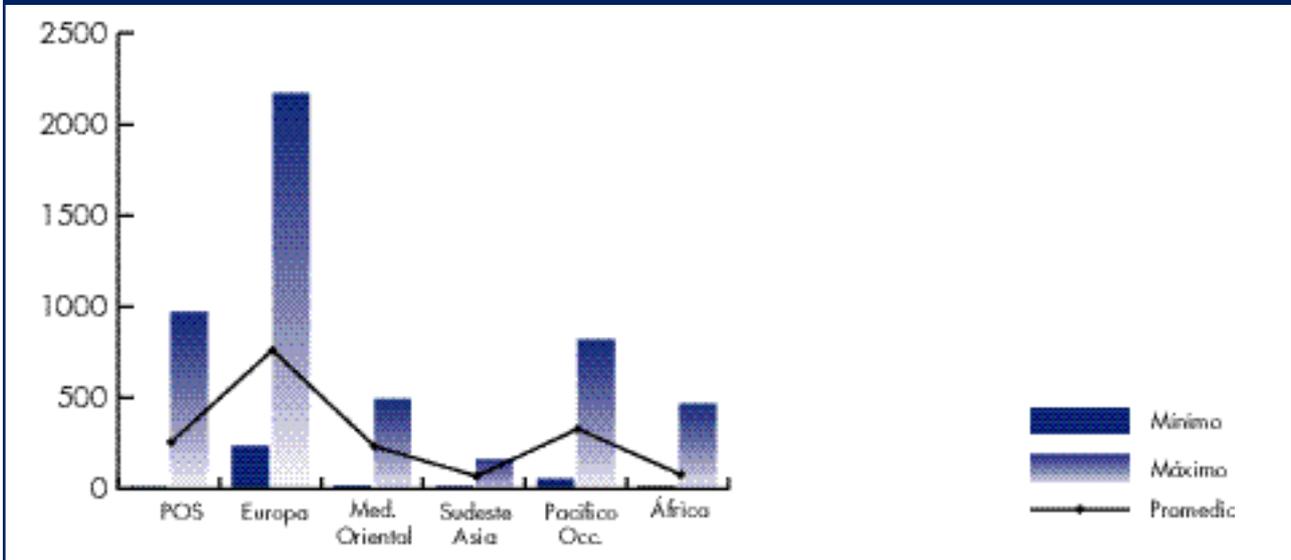
En el presente informe, los datos se presentan en dos niveles de “regionalización”. Primero, los datos se analizan en el nivel de las principales Regiones de la OMS: Las Américas (OPS), Europa (EURO), Mediterráneo Oriental (EMRO), África (AFRO), Sudeste de Asia (SEARO) y Pacífico Occidental (WPRO). Las Regiones de la OMS representan bloques administrativos, y algunas abarcan una amplia gama de países con características diferentes. Así pues, el análisis se hace en algunas regiones para ilustrar las variaciones intrarregionales.

## **Comparación entre las regiones**

En la Figura 1 pueden verse los coeficientes mínimos, máximos y medios de entre enfermeras y población en cada una de las regiones de la OMS. Habida cuenta de las limitaciones de los datos, el promedio es el indicador más útil, ya que el máximo o el mínimo pueden reflejar el efecto distorsionador de un país “atípico”, que sesga la imagen general. En el presente documento, el término “atípico” se emplea para describir un país o región cuyo coeficiente entre enfermeras y población es significativamente superior o inferior a la norma.

Hay una considerable variabilidad entre las regiones: África y el Sudeste de Asia tienen los coeficientes medios más bajos. También tienen bajos coeficientes muchos países de la región de la OPS, en América Central y del Sur. El coeficiente medio en Europa, región que posee los coeficientes más altos, es 10 veces superior al coeficiente medio de la región que tiene los coeficientes más bajos. En el plano de los países, el coeficiente comunicado varía entre menos de 10 enfermeras por 100.000 habitantes (en la República Centroafricana, Liberia y Uganda) y más de 1.000 enfermeras por 100.000 (en países como Noruega y Finlandia).

**Figura 1: Coeficientes min. max. y medio entre enfermeras y población (100.000 HAB.) por regiones de la OMS**



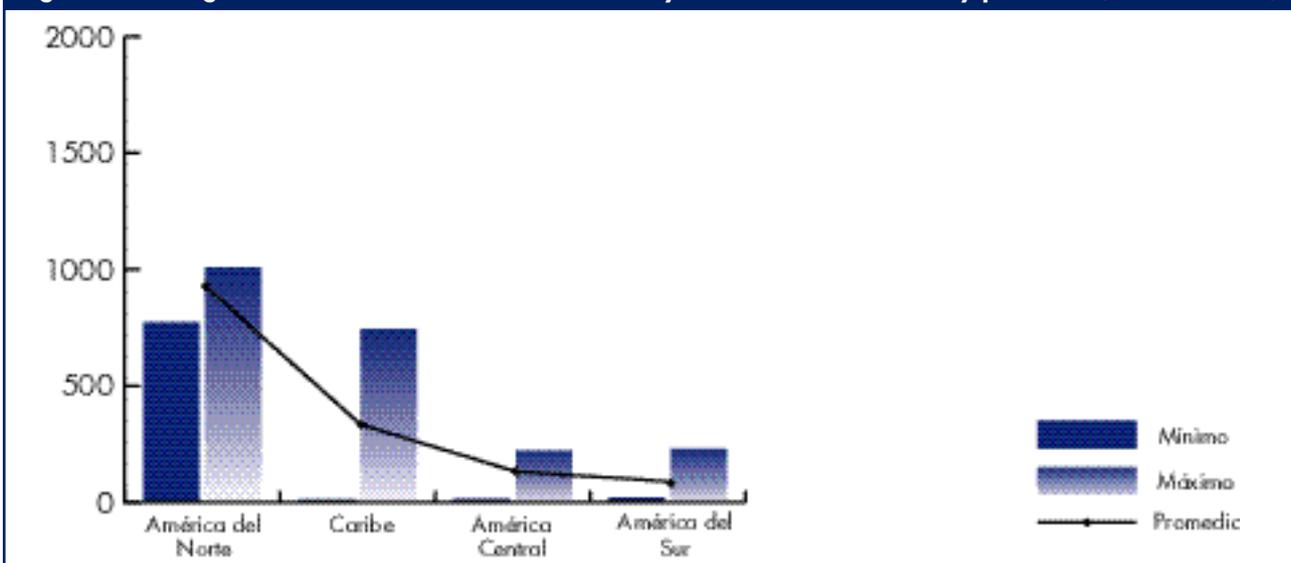
Fuente : OMS, 2004

### Comparación dentro de las regiones

Algunas de las regiones de la OMS muestran considerables variaciones por subregiones, o tienen países "atípicos" en los que el coeficiente entre enfermeras y población es significativamente más elevado que en el resto de la región, lo que tiende a elevar el coeficiente medio general en esas regiones. Por ello, es importante examinar las variaciones que se dan dentro de las regiones, más bien que centrarnos únicamente en comparaciones interregionales. Para fines de ilustración, se examinan más detalladamente tres regiones de la OMS: la OPS, la EURO y la AFRO.

Para la región de la OPS, las subdivisiones ilustrativas que se utilizan son: América Central, Caribe, América del Norte y América del Sur. En la Figura 2 se muestra la variación dentro de las Américas.

**Figura 2: Sub regiones de la OPS: coeficientes min. max. y medio entre enfermeras y población (100.000 HAB.)**

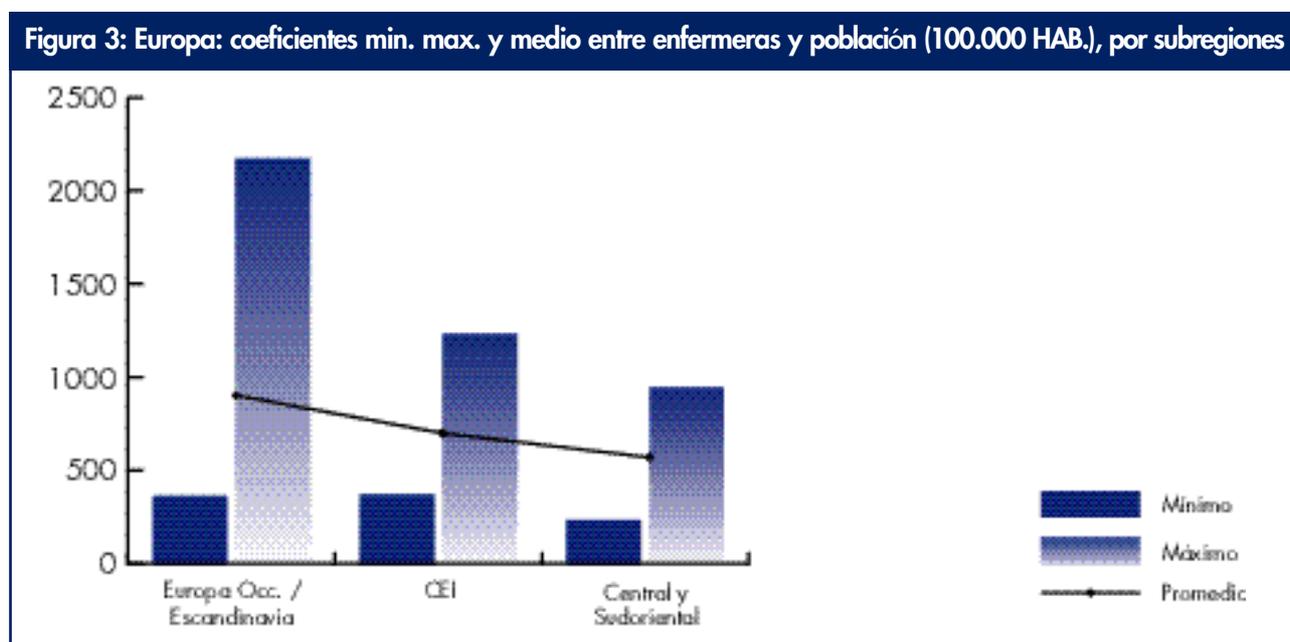


Fuente: OMS, 2004

El coeficiente medio entre enfermeras y población en América del Norte es unas 10 veces mayor que en América del Sur, y más de seis veces mayor que en América Central. Ese coeficiente es muy diverso entre los países isleños del Caribe pero, en general, es más elevado en promedio que en América Central y del Sur (Haití es un país "atípicamente bajo" en el Caribe). Algunos países de América Central y del Sur comunican unos coeficientes entre enfermeras y población que se cuentan entre los más bajos del mundo.

Para ilustrar la variación intrarregional que se da en Europa, esta región se ha dividido en tres subregiones: la Central y Sudoriental; la Comunidad de Estados Independientes (CEI); y Europa Occidental/Escandinavia.<sup>d</sup>

El coeficiente medio entre enfermeras y población en Europa Occidental/Escandinavia es aproximadamente dos veces superior al comunicado en el Sudeste de Europa (Figura 3). En la subregión de Europa Occidental/Escandinavia hay variaciones acentuadas: los países escandinavos comunican coeficientes entre enfermeras y población mucho más elevados que los de España, Portugal y Grecia.

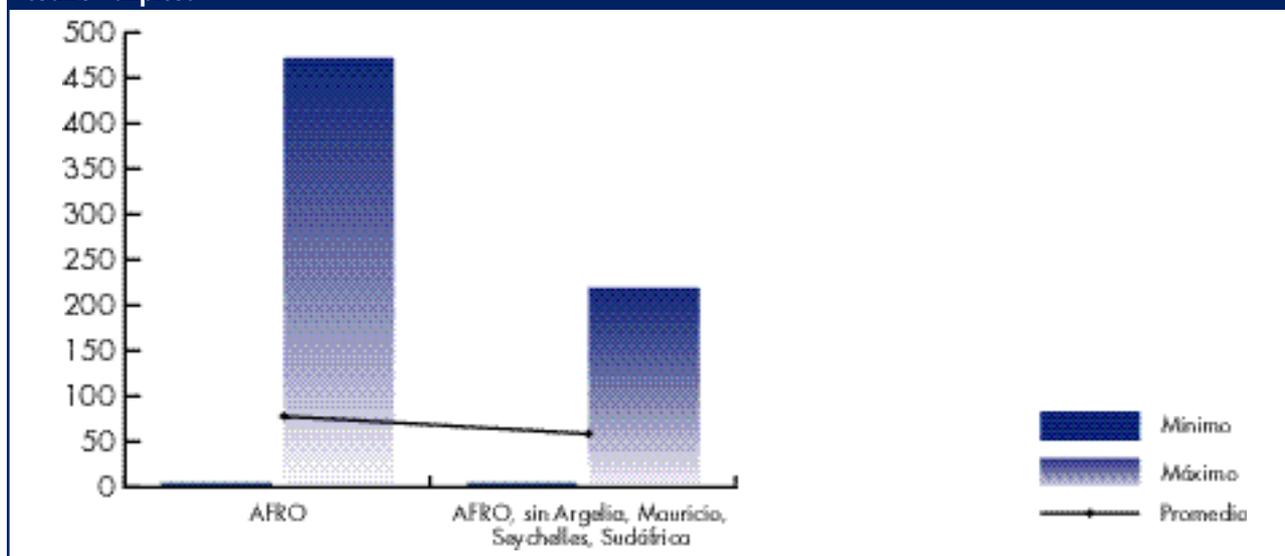


Fuente: OMS, 2004

Los datos correspondientes a la región África de la OMS aparecen en la Figura 4. Se presentan con y sin los cuatro países "atípicos" (Argelia, Mauricio, Seychelles y Sudáfrica) porque estos países comunican unos coeficientes entre enfermeras y población más elevados que en la mayoría de los demás países de la Región AFRO de la OMS. Al incluir a esos cuatro países "atípicos" se eleva considerablemente el promedio regional. No se dispone de datos de varios otros países del África Subsahariana. Como estos países tienden a situarse entre los más pobres y menos desarrollados, la inclusión de esos datos haría inevitablemente que disminuyera el promedio regional. Aun así, los datos procedentes de varios países subsaharianos que se incluyen en este gráfico (por ejemplo, la República Centroafricana, Chad, Gambia, Liberia, Malawi, Malí y Uganda) muestran un coeficiente inferior a 20 enfermeras por 100.000 habitantes. Para ilustrar lo que este bajo nivel puede significar en la práctica, un informe reciente<sup>12</sup> ponía de relieve que los coeficientes entre enfermeras y pacientes en las salas generales de tres hospitales de Malawi eran de 1 enfermera por 120 pacientes.

<sup>d</sup> Para información, las subdivisiones de la región EURO de la OMS utilizadas en este informe son: Países de la Región Central y Sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Eslovenia, Macedonia, Turquía, Serbia y Montenegro [no hay datos]; Comunidad de Estados Independientes: Armenia, Azerbaijón, Belarús, Georgia, Kazajistán, Kirgizistán, República de Moldova, Federación de Rusia, Tadjikistán, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán; Europa Occidental/Escandinavia: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Portugal, España, Suiza, Reino Unido, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia [Nota: Israel, Mónaco y San Marino son países de la Región OMS Europa pero no se incluyen en el análisis de esta sub-región].

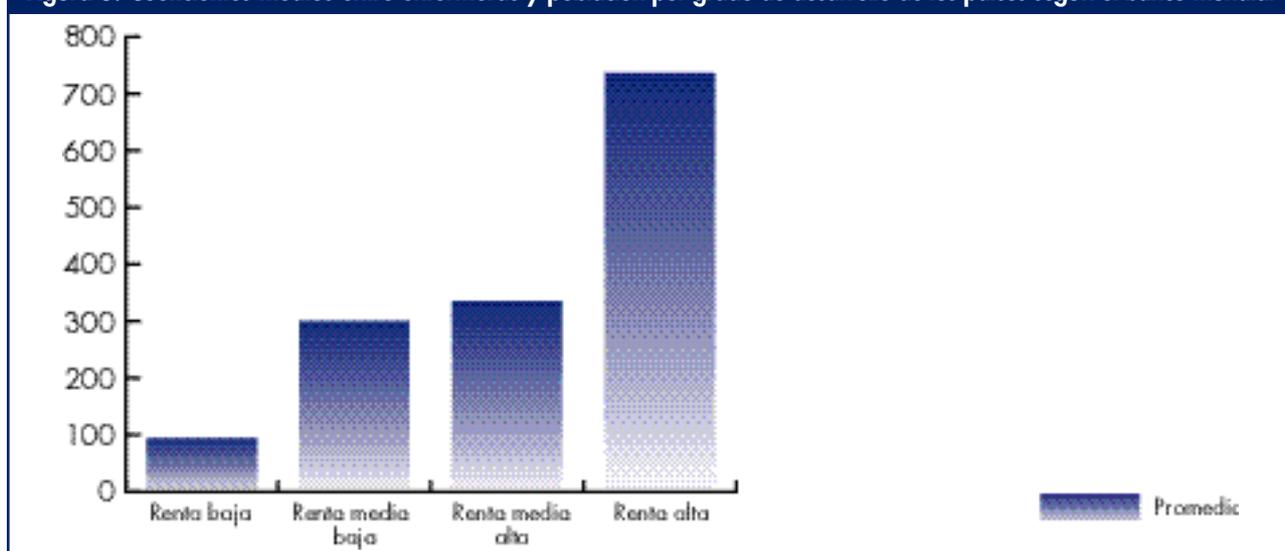
**Figura 4: Región AFRO: coeficiente entre enfermeras y población (100.000 HAB.), para toda la región y excluidos los cuatro "atípicos"**



Fuente: OMS 2004

El segundo centro de interés del análisis es el examen del coeficiente entre enfermeras y población por el nivel de desarrollo económico de cada país. En estudios anteriores<sup>13, 14</sup> se han explorado los coeficientes entre trabajadores de salud y población en relación con el nivel de financiación de la salud en los sistemas de atención de salud de distintos países, y se ha demostrado que existe una fuerte relación entre los coeficientes enfermeras y población y el nivel de financiación. En términos sencillos, cuanto más gasta un país en atención de salud, más elevados son los niveles de dotación de recursos humanos en el sistema de cuidados de salud. En la Figura 5 se muestran los coeficientes medios correspondientes a cada grupo de países desde los de más bajos ingresos a los de más altos ingresos (las definiciones y la lista de los países de cada categoría son las que se encontraban en el sitio web del Banco Mundial en agosto de 2004: [www.worldbank.org/data](http://www.worldbank.org/data)). Los coeficientes medios entre enfermeras y población en los países de renta alta son casi ocho veces superiores a las de los países de renta baja.

**Figura 5: Coeficientes medios entre enfermeras y población por grado de desarrollo de los países según el banco mundial**



Fuente: OMS, 2004

## Coefficiente entre médicos y enfermeras

Considerar un único coeficiente entre personal y población puede inducir a error. La OMS reúne también datos relativos a otros grupos de personal, entre ellos los médicos y las matronas. En el Cuadro 1 figuran los promedios regionales de determinadas categorías de personal de salud por cada 100.000 habitantes. En el plano regional, hay importantes variaciones, pero tiende a aparecer una pauta según la cual las regiones con coeficientes de enfermeras más elevados poseen también más altos coeficientes de médicos. Ésta es una característica relacionada con los recursos: los países con un gasto más elevado en atención de salud tienden a tener niveles de dotación de personal más elevados.<sup>15</sup> Los países de dos regiones, las Américas y el Mediterráneo Oriental, tienden a no emplear a matronas.

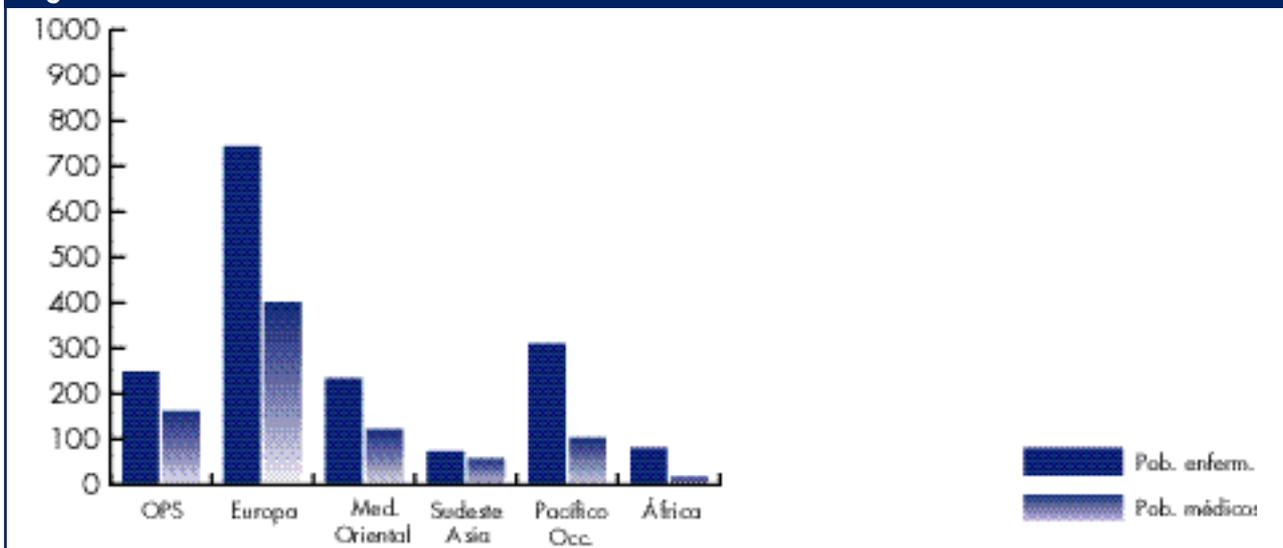
Región	Médicos	Enfermeras	Matronas
África	17	71	20
Américas	212	414	n/d
Sudeste de Asia	45	59	3
Europa	327	663	42
Mediterráneo Oriental	96	159	n/d
Pacífico Occidental	157	186	13

Fuente: OMS, 2004<sup>16</sup>

Para poner de relieve las variaciones que aparecen en la combinación de capacidades disponibles de enfermeras profesionales y de médicos en los distintos países y regiones, también puede analizarse la relación entre enfermeras:habitantes/médicos:habitantes utilizando los datos de la OMS.

La Figura 6 muestra los coeficientes medios de entre enfermeras:habitantes y médicos:habitantes para las regiones de la OMS. En el plano regional, hay cierta correlación entre los dos coeficientes. La región que tiene el coeficiente más elevado entre enfermeras y habitantes (Europa) también comunica el más alto coeficiente médicos y habitantes, y la región cuyo coeficiente enfermeras y habitantes es más bajo (África) también comunica el coeficiente más bajo médicos y habitantes.

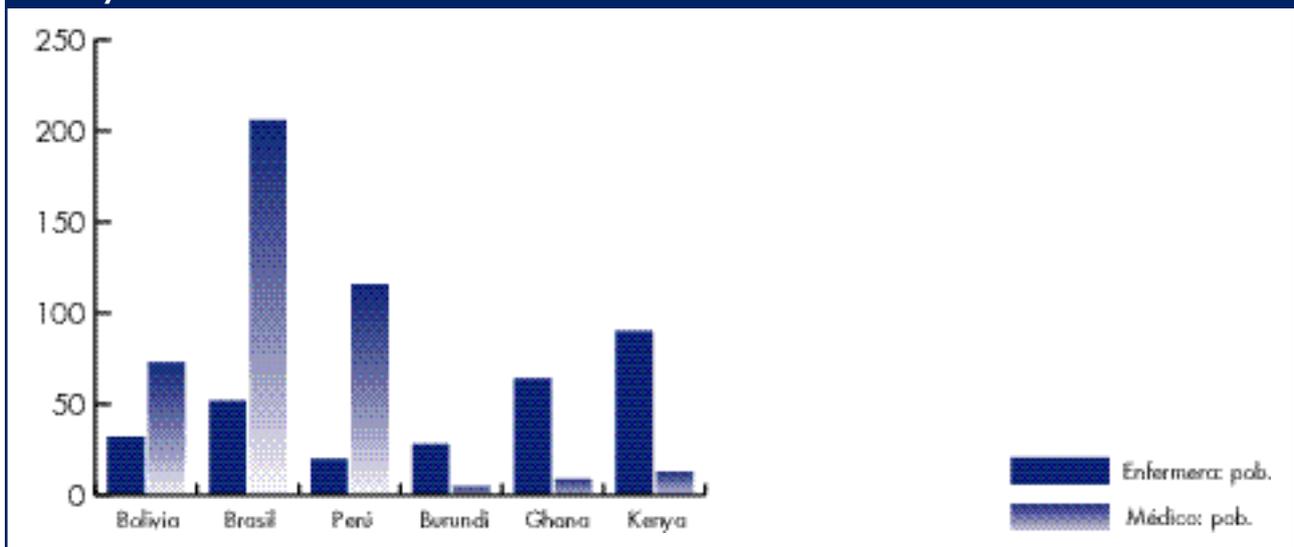
**Figura 6: Coeficiente medio entre enfermera y población (100.000 HAB.) y entre médicos y población, por regiones de la OMS**



Fuente: OMS, 2004

Sin embargo, hay entre los países una gran diversidad en cuanto a la combinación del personal, que tiende a perderse de vista cuando se presentan los datos agregados en el nivel regional. Por ejemplo, muchos países de América Central y del Sur comunican que actualmente tienen muchos más médicos que enfermeras. En la siguiente Figura 7 se muestra el coeficiente entre enfermeras y población y entre médicos y población en determinados países de América del Sur y de África. Los países de América del Sur comunican unos coeficientes relativamente bajos entre enfermeras y población y coeficientes mucho más elevados entre médico y población. Casi todos tienen una relación de menos de una enfermera por médico, y algunos (como Brasil y Perú) comunican que tienen cuatro o cinco veces más médicos que enfermeras. América Central y América del Sur son las regiones en que un grupo más importante de países muestra este coeficiente relativamente bajo de enfermeras con relación a los médicos. En cambio, muchos países subsaharianos comunican una relación sumamente baja entre médicos y población. Esto significa que la relación enfermeras/médicos es muy diferente de la de Sudamérica: los países africanos comunican que tienen entre 5 y 10 veces más enfermeras que médicos. Ello no obstante, en términos absolutos inclusive el coeficiente entre enfermeras y población en esos países es bajo en comparación con los coeficientes que se comunican en otras regiones.

**Figura 7: Coeficiente entre enfermeras y población (100.000 HAB.), en determinados países de América del sur y de África**



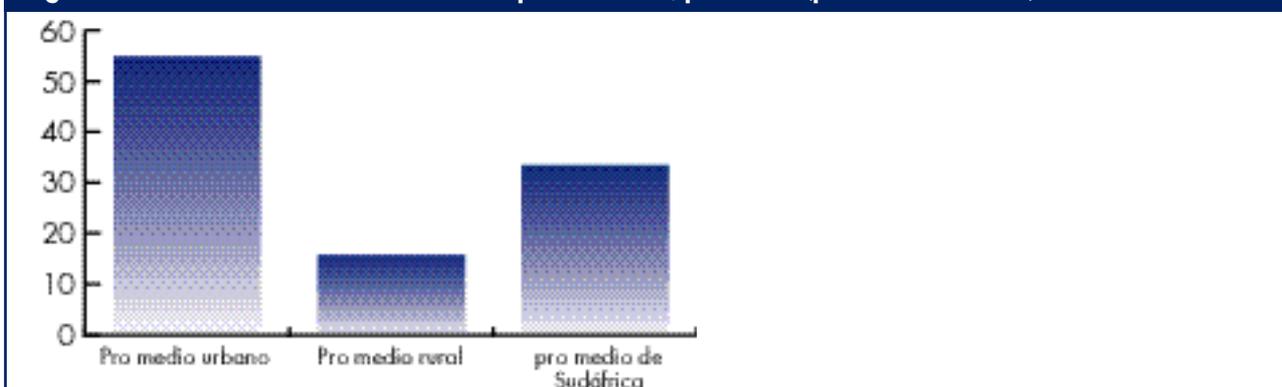
Fuente: OMS, 2004

La combinación de capacidades y la combinación de personal son diferentes en las distintas organizaciones, sistemas y países, y no hay una única combinación "óptima" a la que todos puedan aspirar. Sin embargo, de los datos examinados en esta sección se desprende claramente que muchos países, en particular del África Subsahariana, de América Central y del Sur, y del sudeste de Asia, comunican unos coeficientes muy bajos entre enfermeras y población. Luchan por llegar a conseguir un nivel mínimo de personal de enfermería. Algunos, en particular los de América Central y del Sur, comunican también que emplean un número mucho mayor de médicos que de enfermeras. Al examinar la mejor manera de potenciar la eficacia y resolver los problemas de escasez, han de tenerse en cuenta las importantes variaciones que se dan en la actual combinación de personal y en la disponibilidad general de cualquiera de las ocupaciones.

## Desequilibrio regional entre los países

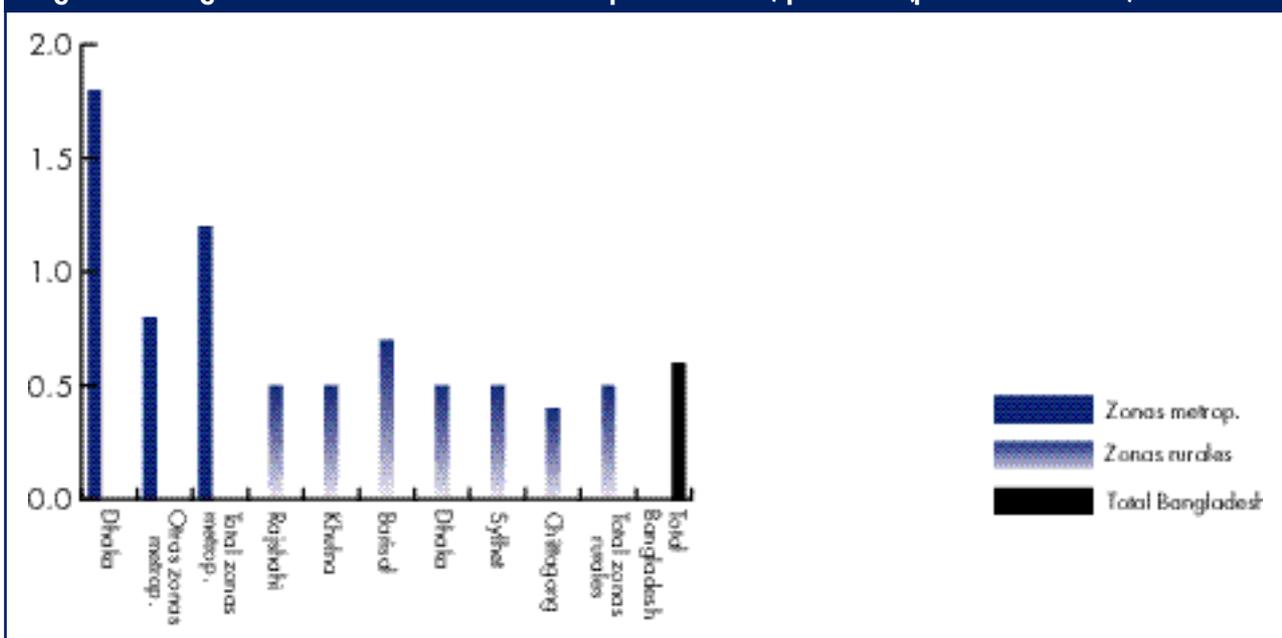
Muchos países comunican que tienen dificultades para contratar y retener a las enfermeras y demás profesionales de atención de salud en las zonas rurales y alejadas. Es ésta una característica de los países desarrollados y de los países en desarrollo<sup>17, 18, 19, 20</sup>. Este problema se agudiza muchas veces por la preferencia que tienen los profesionales de salud de trabajar en grandes zonas urbanas, en las que las perspectivas de puestos de trabajo y las oportunidades de carrera profesional son mayores. La "mala distribución" geográfica existente crea dificultades a los planificadores de los recursos humanos. Los ejemplos de Sudáfrica y de Bangladesh (Figuras 8 y 9) ponen de relieve importantes variaciones en la distribución geográfica de las capacidades de enfermería respecto de la población: las zonas rurales tienden a tener una disponibilidad de enfermeras considerablemente menor en relación con el número de la población.

**Figura 8: Sudáfrica: coeficiente enfermeras profesionales/población (por 100.000 HAB.)**



Fuente: Estadísticas, encuesta recursos humanos Sudáfrica, 2001<sup>21</sup>

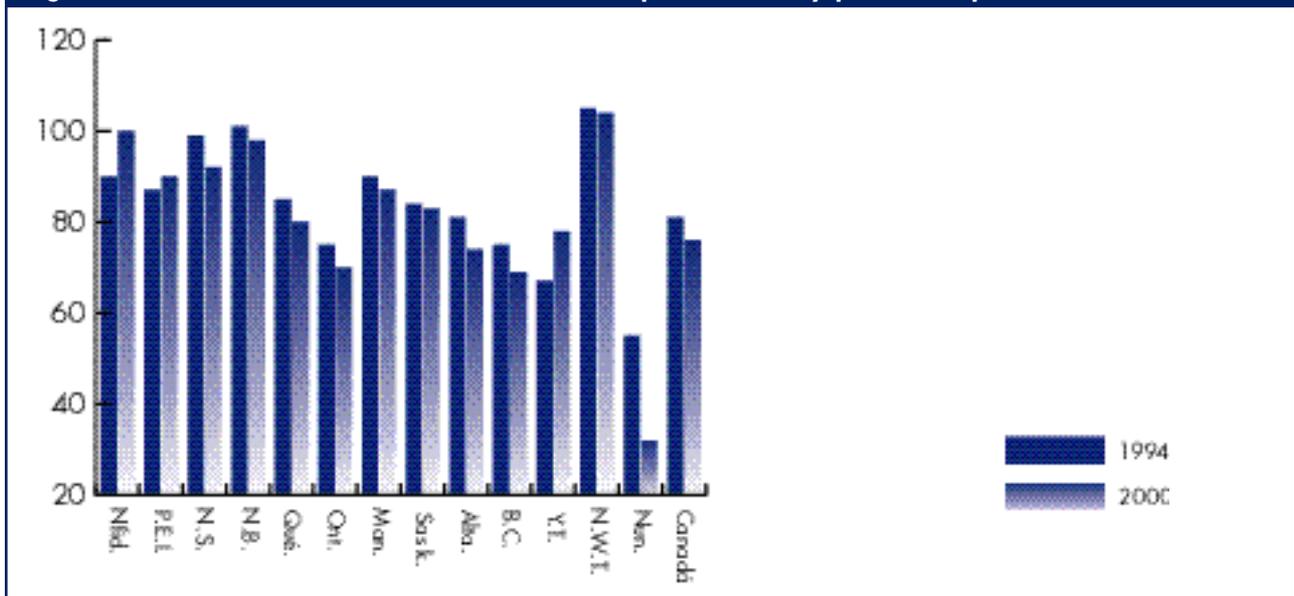
**Figura 9: Bangladesh – coeficiente enfermeras profesionales/población (por 100.000 HAB.)**



Adaptado de: Hossain y Begum, 1998<sup>22</sup>

Aun en los países desarrollados tiende a haber marcadas diferencias entre las distintas regiones geográficas, lo que refleja los distintos planteamientos locales de la planificación o de la asignación de los fondos y, en algunos casos, diferencias reales en cuanto a la disponibilidad de enfermeras. El caso del Canadá, que se expone a continuación, ilustra esta diversidad regional.

**Figura 10: Canadá – coeficiente entre enfermeras profesionales y población [por 10.000 HAB.]**



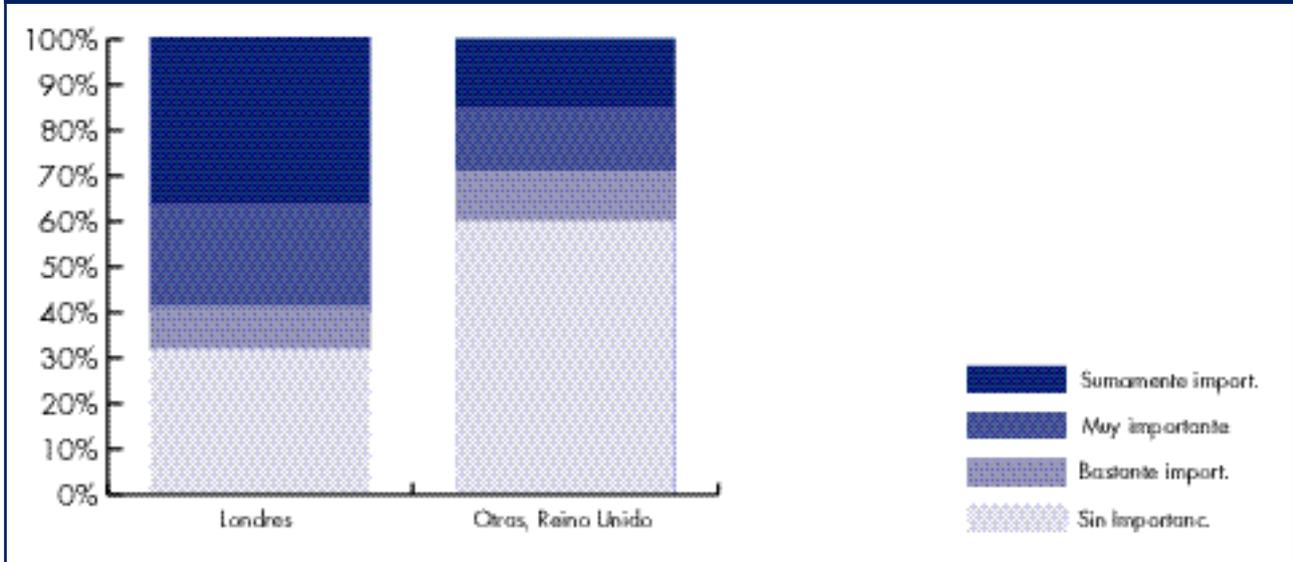
Fuente: Pitblado, R et al (2002). Supply and Distribution of Registered Nurses in Rural and Small Town Canada, 2000. Instituto canadiense de Información de salud

Si bien algunos países desarrollados, como Australia, Canadá y los Estados Unidos, también experimentan dificultades para contratar y retener a las enfermeras en las zonas rurales y alejadas, un problema similar puede plantearse para atraer enfermeras para trabajar en las zonas urbanas del centro de las ciudades, donde los costos de la vivienda pueden ser elevados. Ciudades como Dublín (Irlanda), y Londres (Inglaterra) experimentan una escasez de enfermeras mayor que el promedio.

En Inglaterra, por ejemplo, el National Health Service (NHS) tiene en Londres un índice de puestos vacantes más alto que el promedio del resto del país. En 2002, el 6,1% de los puestos de enfermería en Londres seguían vacantes después de tres meses de quedar libres – esta cifra es el doble del promedio nacional.

En su encuesta de los miembros hecha en 2001, el Royal College of Nursing constató que más de la mitad de las enfermeras del NHS en Londres comunicaban que la disponibilidad de vivienda accesible era ‘sumamente importante’ o ‘muy importante’ (véase la Figura 11). Casi las 2/3 partes de los miembros radicados en otras partes del Reino Unido comunicaron que ‘no era importante’.

Figura 11 – Inglaterra: importancia de la vivienda accesible para las enfermeras del NHS, 2001



Fuente: Royal College of Nursing 2001<sup>23</sup>

En un análisis mundial centrado en las regiones de la OMS pueden quedar desdibujadas importantes diferencias que existen entre los países, y en un análisis de cada país pueden quedar ocultas importantes variaciones geográficas en cuanto a la disponibilidad de enfermeras. Aun en los países en que el coeficiente entre enfermeras y población es bajo, las enfermeras disponibles están muchas veces mal distribuidas, lo que agrava las consecuencias de la escasez. Las regiones rurales de los países en desarrollo tienden a ser las menos asistidas.

## Sección 2: Escasez de enfermeras y problemas críticos

- Aunque no hay una definición universal de escasez de enfermeras, hay pruebas cada vez más claras de desequilibrios entre la oferta y la demanda de enfermeras en muchos países.
- En muchos países de renta baja y de renta alta el número de enfermeras no se mantiene al ritmo de la creciente demanda de ellas.
- Según una estimación reciente, los países del África Subsahariana tienen un déficit de más de 600.000 enfermeras, que se necesitan para alcanzar las Metas de desarrollo del milenio.
- Según la OCDE, muchos de sus países miembros (de renta alta) tienen problemas cada vez más graves de escasez de enfermeras.
- En muchos países y culturas sigue habiendo discriminación basada en el género, y la enfermería se infravalora o se degrada calificándola de "trabajo de mujeres".
- La violencia contra los trabajadores de salud continúa en muchos países y, con frecuencia, las enfermeras llevan la peor parte porque están en la vanguardia de la prestación directa de los cuidados.
- Hay una relación entre los niveles adecuados de dotación de personal de enfermería y los resultados positivos de los cuidados.
- Tres problemas críticos relacionados con la escasez de enfermeras son los siguientes:
  - las repercusiones del VIH/SIDA;
  - la migración interna y la migración internacional de las enfermeras;
  - conseguir una reforma y reorganización eficaces del sector de salud.

En el Informe sobre La Salud Mundial, de 2003, se señalaba que: "El problema más crítico que se plantea a los sistemas de atención de salud es la escasez de las personas que los hacen funcionar."<sup>24</sup>

Los Estados Unidos, con un coeficiente entre enfermeras y población de 773 enfermeras por 100.000 habitantes comunica que tiene escasez de enfermeras. Lo mismo sucede en el caso de Uganda, cuyo coeficiente entre enfermeras y población es, según se comunica, de aproximadamente 6 enfermeras por 100.000 habitantes. Evidentemente, al definir, medir y abordar la escasez de enfermeras ha de tenerse en cuenta la enorme disparidad que hay en cuanto a la disponibilidad actual de capacidades de enfermería en los distintos países, sectores y regiones.

Desde una perspectiva de política nacional, la escasez se define y se mide generalmente en relación con los niveles de dotación de personal, los recursos y las estimaciones de la demanda de servicios de salud de ese país. La diferencia entre la realidad del número de enfermeras actualmente disponibles y las aspiraciones a contar con un nivel más elevado, comoquiera que éste se defina, es la "escasez". En sí misma no es fácilmente cuantificable y es más bien una etiqueta que se aplica a distintas definiciones o que se usa por diferentes personas, inclusive en el mismo contexto nacional.

"No hay una norma absoluta en cuanto al coeficiente "adecuado" de médicos o de enfermeras por población. Éste depende de 1) factores de la demanda, por ejemplo las tendencias demográficas y

epidemiológicas, las pautas de utilización de los servicios, y las condiciones macroeconómicas; 2) factores de la oferta, como las tendencias del mercado laboral, los fondos para pagar los salarios, la capacidad de formación de los profesionales de salud, la autorización y otros obstáculos contrarios a la entrada en la profesión; 3) factores que afectan a la productividad, por ejemplo la tecnología, los incentivos financieros, la combinación del personal, la flexibilidad de la dirección en el empleo de los recursos; y 4) la prioridad que se asigna a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en las políticas de salud nacionales. En general, la escasez o el exceso de personal se evalúan sobre la base de comparaciones con otros países de la misma región o del mismo nivel de desarrollo.”<sup>25</sup>

En un documento reciente, dirigido por la OMS, en el que se examina el problema de los desequilibrios de los recursos humanos de salud,<sup>26</sup> los autores señalaban que hay definiciones “económicas” y “no-económicas” del desequilibrio de las capacidades, y que esos desequilibrios pueden ser “estáticos” o “dinámicos”. Si son estáticos, sólo responderán lentamente a las fuerzas del mercado, si es que llegan a responder, en razón de los mecanismos reglamentarios, las situaciones de monopolio o los controles salariales que pueden existir en los mercados laborales de la atención de salud.

En su nivel más básico, la escasez se daría cuando hubiera un desequilibrio entre las necesidades de capacidades de enfermería (que generalmente se definen como cierto número de enfermeras) y la disponibilidad real de enfermeras. La “disponibilidad” ha de cualificarse también señalando que no todas las enfermeras “disponibles” estarán dispuestas a trabajar con un determinado salario o conjunto de beneficios relacionados con el trabajo.<sup>27</sup> Puede ser que algunas enfermeras prefieran otro empleo distinto de la enfermería o el desempleo.

La 'escasez' se refiere no solamente a un juego de número o a un modelo económico, se refiere a una opción y una toma de decisiones individual y colectiva.<sup>28</sup> En este caso, la escasez no es necesariamente una escasez de personas con cualificaciones de enfermería, es una escasez de enfermeras dispuestas a trabajar como enfermeras en las condiciones actuales. La búsqueda de soluciones a la escasez ha de centrarse en la motivación de las enfermeras y en los incentivos para contratarlas y retenerlas, y ha de alentarlas para que vuelvan a la enfermería, y ha de centrarse también en la planificación.

La otra dimensión de la escasez se da en los sistemas o en los países en que se dispone de recursos financieros relativamente escasos para emplear a las enfermeras, y por ello se pone un límite al número de enfermeras que pueden emplearse. Es esta una escasez causada por lo limitado de la financiación y no está necesariamente relacionada con una falta de enfermeras disponibles. Este es el caso, por ejemplo, en algunos países de América del Sur y a veces está relacionada con una “desconexión” de la planificación – se forman más enfermeras que las que pueden emplearse con la financiación disponible.

Los desequilibrios de la dotación de personal de enfermería son diferentes en las distintas regiones, países, niveles de la atención, sectores, especialidades y organizaciones. En resumen, no hay una definición universal de escasez de enfermeras – y, por tanto, no hay una medida mundial única de su amplitud y naturaleza. Lo evidente es que la dinámica de la oferta y la demanda está desequilibrada en muchos países y regiones, y que la escasez se hace mayor. Para identificar la existencia de la escasez, pueden emplearse diversos indicadores de “proceso” (como los índices de puestos vacantes, y la frecuencia del empleo de personal temporero) e indicadores de resultados (como tasas de mortalidad, infecciones múltiples, accidentes de pacientes). Estos indicadores se exponen más detalladamente en el Apéndice 1.

En decenios anteriores, la escasez de enfermeras ha sido en muchos países un fenómeno cíclico, generalmente consecuencia de una demanda creciente y superior al número de enfermeras, estático o de crecimiento más lento.<sup>29, 30, 31</sup> Al principio de este nuevo milenio, la situación es más grave. Impulsada por una población creciente y que envejece, la demanda de cuidados de salud y de enfermeras sigue creciendo, mientras que la oferta de enfermeras disponibles ha disminuido en realidad en algunos países desarrollados y en desarrollo. Quizá la escasez no es sólo de enfermeras clínicas; en algunos países hay una grave escasez de enfermeras formadoras y tutoras, que limita todos los intentos de aumentar el número de las enfermeras en formación.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud resumía la gravedad de la situación de los recursos humanos en los sistemas de salud, en un informe destinado a la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2004.<sup>32</sup> Los países del África Subsahariana tienen que hacer frente a las consecuencias del VIH/SIDA, que impulsa un enorme aumento de la demanda de cuidados, al tiempo que reduce también el número de las enfermeras y del personal de atención de salud disponibles porque hace aumentar la mortalidad y el agotamiento.<sup>33, 34</sup> Muchos países en desarrollo luchan también por poner a disposición recursos suficientes para ofrecer estructuras salariales y profesionales adecuadas a las enfermeras y al resto del personal de salud, por ello los índices de puestos vacantes son elevados y las enfermeras optan por trabajar en otros sectores, o por emigrar, llevando las capacidades de los recursos internos (y transportables) a otros países que pagan mejor, ofrecen mejores condiciones de formación y oportunidades profesionales o, sencillamente, un entorno más estable y seguro.

La escala general de la escasez es sobrecogedora. De una de las evaluaciones recientes de la escasez de enfermeras en el África Subsahariana resulta que los países de esa subregión tienen un déficit de más de 600.000 enfermeras en relación con las cifras que, según las estimaciones, se requieren para incrementar las intervenciones de carácter prioritario, como ha recomendado la Comisión de Macroeconomía y Salud<sup>35</sup>.

También los países ricos comunican que tienen escasez de enfermeras. En un informe reciente sobre los sistemas de salud<sup>36</sup>, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) pone de relieve que "La escasez de enfermeras es causa de preocupaciones cada vez más graves en muchos países de esa Organización". La OCDE señalaba lo siguiente: "La escasez de enfermeras es un problema importante de política general porque en numerosos estudios se ha constatado una relación entre coeficientes más elevados de personal de enfermería y menor mortalidad de los pacientes, índices más bajos de complicaciones médicas y otros resultados favorables. Se prevé que la escasez de enfermeras se agrave a medida que aumenta la edad de los recursos humanos actuales".<sup>37</sup> Algunos ejemplos recientes de evaluaciones de la escasez de enfermeras en los países de la OCDE son los del Canadá – donde la escasez se cuantifica en torno a las 78.000 enfermeras en 2011,<sup>38</sup> y Australia, que prevé un déficit de 40.000 enfermeras en 2010.<sup>39</sup> HOPE, comité permanente de hospitales empleadores, de la Comunidad Europea, también ha informado recientemente sobre la escasez de enfermeras en muchos países europeos.<sup>40</sup>

Muchos países ricos de Europa, de América del Norte y de otras partes se enfrentan a un "doble problema" demográfico – en ellos, unos recursos humanos de enfermería que envejecen se ocupan de un número creciente de personas mayores.<sup>41, 42, 43, 44</sup> Para esos países, el problema más urgente será el modo de sustituir a las muchas enfermeras que se jubilarán en el próximo decenio. Algunos de esos países tienen escasez porque ha disminuido mucho el número de las enfermeras que formaron en el decenio de 1990 y el de las personas que hoy ingresan en la profesión de enfermería. Para las jóvenes que tradicionalmente se han reclutado para la profesión se abren actualmente otras posibilidades profesionales.

Tienen importancia universal otros factores que afectan por igual a los países desarrollados y a los países en desarrollo: la permanencia de la discriminación de género en muchos países y culturas, y la desvalorización o desestima de la enfermería a la que se tacha de “trabajo de mujeres”;<sup>45</sup> la persistencia de la violencia contra los trabajadores de salud en muchos países,<sup>46,47</sup> en la que las enfermeras llevan la peor parte porque se encuentran en la vanguardia de la prestación de los cuidados directos; y el legado de falta de motivación que hay en algunas organizaciones o países que han mantenido reformas, proyectos de “reorganización” o programas de ajuste del sector de salud mal concebidos o mal aplicados.<sup>48,49</sup>

Otro problema frecuente es el de conseguir “la mejor combinación de trabajadores de salud” (es decir, la combinación óptima), de distintos grupos y ocupaciones. Uno de los factores es asegurarse de que se dispone de los recursos adecuados y del apoyo técnico necesario para que las enfermeras puedan trabajar con todas sus capacidades. Otro factor es conseguir una combinación idónea de capacidades y de funciones adecuadas a las necesidades de los pacientes. En este último caso, muchos países, desarrollados y en desarrollo, están tratando de introducir funciones avanzadas para las enfermeras, como las de las enfermeras de atención directa, y de ampliar la gama de sus capacidades, por ejemplo estableciendo una autoridad prescriptiva. La política y la práctica actual en muchos países y en todas las regiones no llega a alcanzar este ideal. En el siguiente Cuadro 2 se informa sobre la Región del Sudeste de Asia, de la OMS, pero, según las informaciones, se plantean problemas similares en otras regiones como las de América Central y del Sur<sup>50</sup> y el Pacífico Occidental.<sup>51</sup>

**Cuadro 2: Gestión de los recursos humanos de enfermería en el Sudeste de Asia: Informes por países, 2002**

País	¿Estrategia de combinación de capacidades?	¿Plan de distribución y utilización flexible?	¿Es suficiente el número de enfermeras y matronas para satisfacer las necesidades?	¿Es suficiente la calidad de las enfermeras y matronas para satisfacer las necesidades futuras?	¿Se necesitan enfermeras de atención directa?
Bangladesh	No	No	No	No	No se dice
Bhután	Parcial	No	No	Sí	No se dice
RDP de Corea	No	No	No	No	No se dice
India	No	No	No, si las normas se aplican	No, se necesitan más enfermeras especialistas y matronas	Sí
Indonesia	No	No	No se dice	No se dice	No se dice
Maldivas	Políticas parciales no basadas en pruebas pero parecen sensatas	Sí, mediante cambios en la formación	No, tienen un gran número de enfermeras/ matronas expatriadas	No	No se dice
Myanmar	No	No	No se dice	No se dice	No se dice
Nepal	Sí	Sí	No	No	Sí

**Cuadro 2: Gestión de los recursos humanos de enfermería en el Sudeste de Asia continuado**

País	¿Estrategia de combinación de capacidades?	¿Plan de distribución y utilización flexible?	¿Es suficiente el número de enfermeras y matronas para satisfacer las necesidades?	¿Es suficiente la calidad de las enfermeras y matronas para satisfacer las necesidades futuras?	¿Se necesitan enfermeras de atención directa?
Sri Lanka	No	No, sin embargo algunas enfermeras y matronas trabajan en zonas rurales	No	No	No se dice
Tailandia	No	No	No, la distribución geográfica y el número son inadecuados	No	Sí, aplicando un programa de práctica avanzada de 14 meses y un programa de 2 años para enfermeras de atención directa

Fuente: OMS, 2003<sup>52</sup>

Ha habido una serie de informes sobre la planificación de los recursos de enfermería en diversos países desarrollados<sup>53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63</sup> que han puesto de relieve problemas y soluciones comunes de la escasez de enfermeras. En el lado de la oferta, la mayoría de estos países reconocen un problema cada vez mayor de escasez de enfermeras. En muchos países desarrollados la escasez guarda relación con el envejecimiento de la población de enfermeras (la edad media de una enfermera se sitúa entre los 40 y los 45 años en muchos países desarrollados. Véase Cuadro 3).

**Cuadro 3 – Países desarrollados: edad media de las enfermeras**

	Canadá	Dinamarca	Alemania	Islandia	Irlanda	Japón	Nueva Zelanda	Noruega	Suecia	EE.UU
Edad media de las enfermeras empleadas	43.7	43	39.5	44	41.4	V 36 M 38.9	42.6	43.4	44.7	43.3

Fuente: CIE, 2004<sup>64</sup>

Algunos países comunican también que les preocupa el descenso del número de los que entran en la formación de enfermería previa a la colegiación. Asimismo, en muchas regiones del mundo, como América Latina<sup>65</sup> y Sudeste de Asia se comunican problemas de falta de personal, excesivo trabajo y planificación deficiente (Cuadro 4).

**Cuadro 4 – OMS: Sudeste de Asia, informes por países 2002**

País	Condiciones de trabajo satisfactorias en general	Satisfacción con los salarios	Coeficientes satisfactorios entre enfermeras y matronas/pacientes	Buen ambiente en el equipo de salud	Nóminas flexibles	Abusos
Bangladesh	No	No se dice	No	No	No se dice	Algunos abusos físicos y verbales
Bhutan	En parte	No	No	Sí	No se dice	Algunos abusos físicos y verbales
RDP Corea	Sí	Sí	Sí Sí	Sí	No	
India	No	No	No	Sí	Nóminas tradicionales	Algunos abusos físicos y verbales
Indonesia	No, pero es una prioridad del gobierno	No	Generalmente sí	En general	No se dice	Algunos abusos físicos y verbales
Maldivas	Sí, aunque la vivienda es un gran problema	Sí	Sí	Sí	No se dice	Ocasionales
Myanmar	En parte	No	No	No	No se dice	No se dice
Nepal	No	'Equidad salarial': no se dice si es adecuada	En teoría, pero no se aplica	Sí	No se dice	Algunos abusos físicos y verbales
Sri Lanka	No, la vivienda y el transporte son problemáticos, igual que las condiciones de trabajo en zonas rurales	Han de mejorarse	No	No	Algunas dificultades	Ocasionales
Tailandia	No, se sienten inseguras especialmente en las zonas rurales	No, pocos incentivos en comparación con otras profesiones de salud	No, inadecuados	No, pero está mejorando	Han mejorado, pero deben cambiarse más	Sí

Fuente: OMS, 2003 <sup>66</sup>

Del anterior debate se desprenden algunos de los principales aspectos dinámicos de los recursos humanos de enfermería y de la escasez de enfermeras. Por otra parte, hay también factores que influyen marcadamente en ciertas regiones. Éstos representan los problemas críticos a los que se enfrentan actualmente los encargados de la política relativa a los recursos humanos de enfermería.

### **Problema crítico nº 1: África Subsahariana: Consecuencias del VIH/SIDA en los recursos humanos de enfermería**

Aunque el VIH/SIDA es un problema en el mundo entero, la región que más acusa sus consecuencias hasta el momento, es el África Subsahariana. En diciembre de 2003, el Foro de alto nivel sobre las Metas de desarrollo del milenio para la salud señaló que “la epidemia del VIH/SIDA ha provocado el colapso de los sistemas de prestación de servicios salud” en el África Subsahariana.<sup>67</sup>

El VIH/SIDA tiene consecuencias negativas en los sistemas de salud, porque hace que aumente la demanda de servicios de atención de salud y reduce la disponibilidad y el rendimiento de los recursos humanos de salud. La tasa de mortalidad entre los profesionales de salud aumenta, aumenta también la tasa de absentismo, el personal restante puede desmoralizarse y los posibles contratados eligen otras salidas profesionales. Una estimación reciente indica que entre el 19 y el 53% de las muertes de empleados públicos en África se debe al VIH/SIDA.<sup>68</sup> El VIH/SIDA también provoca un aumento de la migración interna e internacional de los trabajadores de salud del África Subsahariana, lo que a su vez aumenta la carga de trabajo de las enfermeras que se quedan.

Las enfermeras del África Subsahariana se encuentran en la vanguardia de la lucha contra el VIH/SIDA y sufren sus consecuencias. Su carga laboral se ha incrementado de forma notable. En un estudio realizado de las enfermeras del Zaire, hecho en el decenio de los noventa, se comunicó que las iniciativas destinadas a prestar cuidados a los pacientes del SIDA se habían duplicado.<sup>69</sup> En otro estudio se comunicaba que en la Sudáfrica rural, ha aumentado en medida significativa el absentismo laboral de las enfermeras por el agotamiento causado por una carga de trabajo excesiva relacionada por el VIH/SIDA.<sup>70</sup> Según informes, las muertes de enfermeras en Malawi (1997/98) representaban el 43% de las pérdidas totales de enfermeras en el sistema de atención de salud.<sup>71</sup>

En un estudio a gran escala de las consecuencias del VIH/SIDA en Sudáfrica, se ha estimado que la mayor prevalencia del SIDA dará lugar a un aumento, del 40-45%, de la demanda de cuidados de atención de salud a las instalaciones en el periodo de 2002 a 2007. Se dice que aproximadamente el 14% de los trabajadores de salud profesionalmente cualificados son seropositivos.<sup>72</sup> En el estudio se indicaba que las enfermeras, aun deseosas de prestar unos cuidados globales, “apenas disponían de tiempo para atender a la salud física de los pacientes” por el aumento de carga de trabajo y la escasez de personal. En el Cuadro 5 se resumen las principales repercusiones del VIH/SIDA en los recursos humanos de enfermería.

**Cuadro 5: Repercusiones del VIH/SIDA en los recursos humanos de enfermería en el África Subsahariana**

↑ Demanda de servicios de salud	↓ Dotación de enfermeras
Consecuencia directa: mayor número de pacientes con VIH/SIDA	Aumento de la mortalidad
Consecuencia indirecta: mayor número de pacientes con enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA	Aumento del absentismo a causa del estrés, de una mayor carga de trabajo, de la asistencia a funerales, del cuidado de familiares con SIDA
	Más abandonos de la carrera profesional (incluidas la migración)
	Menos candidatos a la formación de enfermería

Si bien el VIH/SIDA se manifiesta en casi todo el mundo, su prevalencia en el África Subsahariana ha complicado una situación ya difícil de los recursos humanos en esa región. El VIH/SIDA ha agravado las consecuencias negativas que tienen para los cuidados de salud unos niveles de dotación de personal sumamente bajos y la mala distribución geográfica; esto ha hecho que aumente la demanda de atención de salud y ha reducido directa e indirectamente el número de dispensadores de esa atención. Como, según las proyecciones, seguirá aumentando el VIH/SIDA, el problema de los recursos humanos de enfermería en el África Subsahariana es más grave que en ninguna otra región del mundo.

## **Problema crítico nº 2: Migración interna e internacional**

La pérdida de recursos humanos por la migración del personal profesional de salud a países desarrollados suele acarrear una pérdida de capacidad de los sistemas de salud de los países en desarrollo para prestar cuidados de salud de manera equitativa. La migración de los trabajadores de salud también merma la capacidad de los países para hacer frente a compromisos mundiales, regionales y nacionales, como las Metas de desarrollo para el milenio relacionadas con la salud, de las Naciones Unidas, y frena también su propio desarrollo. Los datos sobre la amplitud y las consecuencias de tales migraciones son incompletos y a menudo anecdóticos y no aclaran sus causas, entre las que se cuentan las elevadas tasas de desempleo, las deficientes condiciones de trabajo y los bajos salarios.<sup>73</sup>

En los últimos años la migración y la contratación internacional de enfermeras han pasado a ser más evidentes. La práctica de la contratación "activa" da lugar a controversia porque puede ser causa de una "fuga de cerebros" de enfermería en algunos países en desarrollo. A menudo, es igualmente importante, aunque menos visible en los foros de la política general, la migración interna - de las zonas rurales a las urbanas, del empleo en el sector público al empleo en el sector privado, y del empleo en la enfermería a otros empleos (o al desempleo). Por ejemplo, en Malawi, de 30 enfermeras que se diplomaron en una escuela de enfermería en el 2000/2001, sólo se sabe de dos que hayan sido contratadas en el sector público; el resto fue contratado por ONG donde, según se informa, los sueldos eran mucho más elevados.<sup>74</sup>

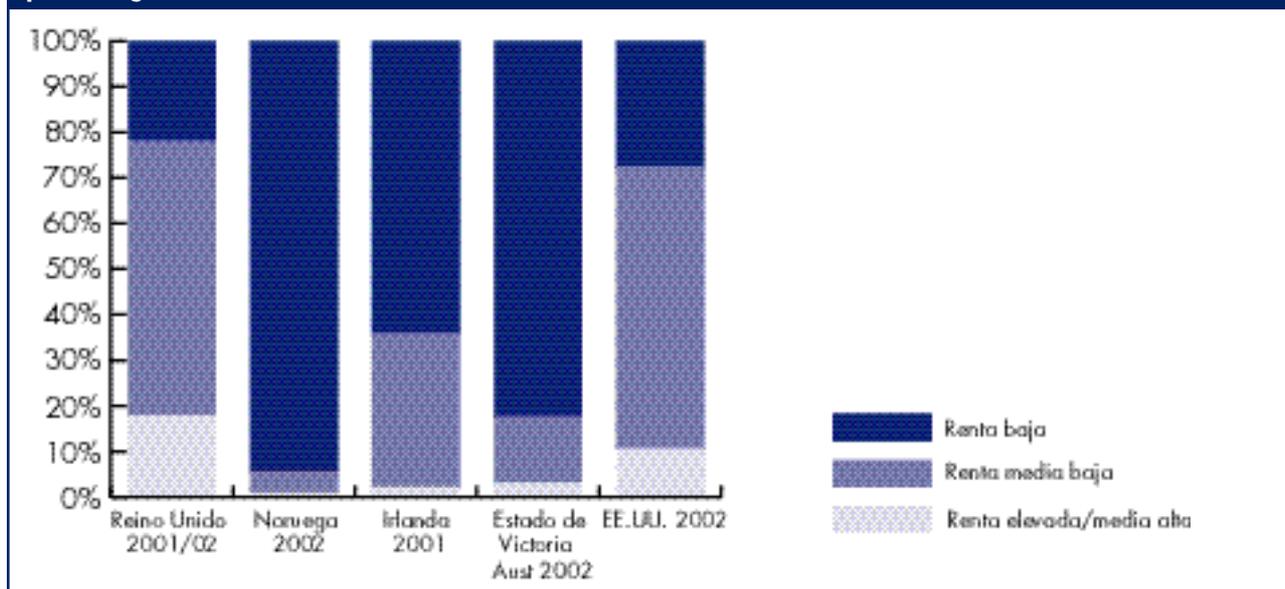
La migración internacional de las enfermeras ha sido un asunto destacado en los últimos años, pero es importante verlo en el contexto general de los "movimientos" de enfermeras hacia el empleo en la enfermería y fuera de la enfermería en un país. También es importante aclarar que esas migraciones pueden ser temporales o definitivas; en el primer caso, el país de origen puede recuperar a las enfermeras.

Aunque el movimiento transfronterizo de las enfermeras no es nuevo<sup>75</sup>, lo que ha cambiado en los últimos años es el aumento de la contratación activa (que algunos calificarían de agresiva) por parte de los empleadores de los países desarrollados que tienen escasez de enfermeras. A menudo las agencias de contratación hacen de intermediarios en este proceso. La fuerza impulsora de este aumento de la contratación internacional de enfermeras ha sido el aumento de la escasez de enfermeras en los mercados de trabajo de los países desarrollados. La mayor dependencia de la contratación internacional es una dinámica fundamental en algunos países desarrollados. Por ejemplo, en pocos años, Irlanda ha pasado de ser exportadora tradicional de enfermeras, a ser importadora. En 1990, las tres cuartas partes de las nuevas enfermeras inscritas en el registro irlandés de enfermería eran "formadas en el país". Un decenio después, Irlanda tiene que contratar en otros países a más de dos tercios de sus "nuevas" enfermeras. Muchas de ellas proceden del Reino Unido, lo que supone una migración invertida. Otras se contratan en Sudáfrica y en Filipinas.

Si bien muchos países desarrollados contratan, de manera activa o pasiva, enfermeras de otros países, la pauta de dependencia de las enfermeras formadas en el extranjero varía de forma significativa (véase la Figura 12). El

Reino Unido y los Estados Unidos por ejemplo, contratan enfermeras principalmente de países de renta baja o media (por ejemplo, el África Subsahariana, el subcontinente indio y Filipinas), mientras que otros países como Australia y Noruega contratan principalmente enfermeras de otros países desarrollados.

**Figura 12: Afluencia de enfermeras a determinados países desarrollados, por estado de desarrollo de los países según el banco mundial**



Fuente: adaptado de Buchan, Parkin, Sochalski, 2003<sup>66</sup>

La pauta que aparece es una tendencia al aumento de aflujo de enfermeras a los países desarrollados, a medida que esos países recurren de forma más activa a la contratación internacional para paliar su escasez. Los factores que determinan qué los países en desarrollo de los que se desea que provengan las enfermeras son aquellos que tienen el mismo idioma, el mismo plan de estudios y vínculos post coloniales.

Por la contratación activa y por las preferencias individuales, muchos países subsaharianos experimentan una fuerte corriente de salida de enfermeras hacia el mundo desarrollado (véase por ejemplo, el número de enfermeras contratadas por el Reino Unido en el África Subsahariana: Cuadro 6).

**Tabla 6: "Corriente de salida" anual de enfermeras especialistas de determinados países subsaharianos hacia el Reino Unido, 1998/99 a 2002/03**

País	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003
Sudáfrica	599	1460	1086	2114	1368
Nigeria	179	208	347	432	509
Zimbabwe	52	221	382	473	485
Ghana	40	74	140	195	251
Malawi	1	15	41	75	47

Fuente: Consejo de enfermeras y matronas, 2004<sup>77</sup>

Las repercusiones que la emigración de enfermeras tiene en algunos países en desarrollo son graves. La BBC<sup>78</sup> informaba hace poco del caso de Malawi, país que, por la emigración, “pierde” más enfermeras de las que puede formar. Uno de los principales hospitales de Malawi tiene vacantes la mitad de sus puestos de enfermería, y solamente disponía de dos enfermeras para atender una sala de maternidad con 40 nacimientos diarios. Malawi y otros países del África Subsahariana están perdiendo unos recursos humanos ya escasos y relativamente caros de formar. Se resienten los niveles y la calidad de la atención de salud. Muchas de las enfermeras contratadas que cruzan las fronteras nacionales son relativamente jóvenes y bien preparadas, lo que significa que estos países también pierden futuros dirigentes de la profesión. La migración interna puede causar problemas análogos, ya que las enfermeras llevan a otros tipos de empleo sus capacidades y conocimientos, informaba hace poco del caso de Malawi, país que, por la emigración, “pierde” más enfermeras de las que puede formar. Uno de los principales hospitales de Malawi tiene vacantes la mitad de sus puestos de enfermería, y solamente disponía de dos enfermeras para atender una sala de maternidad con 40 nacimientos diarios. Malawi y otros países del África Subsahariana están perdiendo unos recursos humanos ya escasos y relativamente caros de formar. Se resienten los niveles y la calidad de la atención de salud. Muchas de las enfermeras contratadas que cruzan las fronteras nacionales son relativamente jóvenes y bien preparadas, lo que significa que estos países también pierden futuros dirigentes de la profesión. La migración interna puede causar problemas análogos, ya que las enfermeras llevan a otros tipos de empleo sus capacidades y conocimientos.

Las enfermeras *desean* emigrar por factores que les impulsan a salir de sus países de origen, tales como los bajos salarios y las malas perspectivas profesionales (véase el Cuadro 7 *infra*), y en algunos países, la inestabilidad y la violencia. *Pueden* trasladarse porque en muchos países de destino hay factores de “atracción” como los salarios y las oportunidades profesionales y de formación.

## Cuadro 7. Factores que empujan a emigrar a las enfermeras de los países del Caribe

- Financieros (por ejemplo. Sueldos relativamente bajos).
- Condiciones de trabajo deficientes.
- Falta de posibilidades de desarrollo profesional.
- Falta de oportunidades de promoción.
- Falta de participación en la adopción de decisiones.
- Falta de apoyo de sus supervisores.

Fuente: OPS, 2001<sup>79</sup>

Es difícil para los países en desarrollo competir en el mercado mundial de las enfermeras. La diferencia salarial entre los países con una renta nacional baja y los países con una renta nacional alta significa que los países de origen con una renta baja no pueden aspirar a equiparar los sueldos que ofrecen los países de destino con una renta nacional alta.<sup>80</sup>

En el plano mundial, los problemas que origina la migración de enfermeras en algunos países de renta baja son demasiado evidentes. Y en el plano de la enfermera individual no podemos ser críticos. Las enfermeras que pueden ejercer el derecho a emigrar lo hacen así en algunos casos porque no pueden ejercer el derecho a permanecer. En el caso de algunos países de origen, este desplazamiento también puede ser beneficioso, por las remesas de las enfermeras. Un estudio reciente de las enfermeras de Tonga y Samoa que trabajan en Australia, así lo sugiere.<sup>81</sup>

La contratación internacional puede ser una solución provisional, pero no está nada claro que sea una solución eficiente en todos los casos. También se cuestiona cada vez más la dimensión ética de la contratación internacional. Es preciso una mayor vigilancia de los flujos de enfermeras en los mercados de trabajo internacionales para poner de manifiesto los aspectos más delicados, y para establecer con exactitud qué países realizan actividades de contratación agresivas y poco éticas. Asimismo, debería evaluarse la igualdad de trato a las enfermeras emigrantes en los países de destino. También es preciso evaluar nuevos modelos y políticas, entre ellos los acuerdos bilaterales entre países y el empleo de iniciativas de "migración dirigida", como las que se están probando en el Caribe y se ponen de relieve en el Código Internacional de Práctica de la Secretaría del Commonwealth.<sup>82</sup>

El estudio de las tendencias y consecuencias de la migración de los trabajadores de salud debería centrarse después en la evaluación de éstas o de otras posibles intervenciones. En la declaración de posición del CIE sobre la contratación ética<sup>83</sup> se establecen los principios en que debe sustentarse este enfoque. La resolución 57.19 (2004) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la Migración internacional de trabajadores de salud le da un mayor impulso. El análisis de la política general ha de centrarse de forma más clara en la evaluación de las consecuencias internas e internacionales de la migración de las enfermeras, y en la evaluación de las posibilidades de "gestionar" la migración.

### **Problema crítico nº 3: Conseguir la reforma y la reestructuración organizativa eficaces del sector de salud**

La reforma de los sistemas de salud suele ser un elemento esencial para mejorar la eficiencia y los resultados de la prestación de los servicios de salud y el acceso a ellos. Muchos países están en proceso de reforma del sector de salud y muchas organizaciones de salud se están reestructurando en distintos países. Los factores que motivan estos cambios son: la contención del gasto y el mejoramiento de la calidad y de los resultados. Puede ser que, en el caso de algunos países, las reformas estén impulsadas por organismos externos, donantes, el Fondo Monetario Internacional, etc., que muchas veces aprovechan modelos organizativos y experiencias de reformas de los países desarrollados.

Liese y Dussault (2004)<sup>84</sup> han resumido de la manera siguiente el modo en que estos factores influyen en los recursos humanos de salud, en África:

"Las consecuencias de una serie de procesos de reforma, iniciados a mediados del decenio de 1980, han determinado en gran medida la situación actual. Cuando muchos países africanos se enfrentaban a una radical disminución de los ingresos públicos procedentes de las exportaciones de productos básicos, se introdujo una serie de reformas económicas importantes. En muchos de esos países, las reformas se llevaron a cabo mediante programas de reajuste estructural (PRE) del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional (FMI). Un aspecto capital de estas reformas era un mejor control de los sueldos y salarios públicos, la reducción del gasto público, la privatización de las empresas públicas, la eliminación de subvenciones, la liberalización de la economía y la devaluación de la moneda para conseguir el crecimiento sostenido."

Sin embargo, si bien algunos de estos planteamientos han producido mejoras, no todos los intentos de reestructuración han resultado eficaces. Algunas de las reformas "eficaces" han prestado poca atención a las consecuencias resultantes para los recursos humanos del sector de salud. Por ejemplo, las reformas han influido en la dotación de personal y en los índices salariales; y algunos países como Camerún comunican que, durante algunos periodos, han "congelado" los nombramientos de nuevos empleados.<sup>85</sup> Es necesario hacer una evaluación más explícita de las consecuencias de las reformas y de la reestructuración de los

sistemas de salud en los recursos humanos.<sup>86</sup> Se ha abogado por un planteamiento para la “Evaluación de la repercusión en los recursos humanos”. Este es un paso necesario en cualquier proceso de reforma de los servicios de salud o de reestructuración de las organizaciones, para poder calcular los costos totales y los posibles beneficios. En los costos pueden incluirse el subempleo o el desempleo repentinos de enfermeras y otros trabajadores de salud, y la necesidad de desarrollar estrategias de nuevo empleo.

Estudios realizados en diversos países han puesto de manifiesto que la reorganización únicamente tiene probabilidades de ser eficaz cuando el personal participa en los procesos de cambio. En el decenio de 1990, ciertas reestructuraciones desacertadas dieron lugar a una pérdida de moral y de motivación de los trabajadores de salud y resultaron contraproducentes para conseguir los objetivos de mejoramiento de los servicios de salud. En los estudios de casos hechos en Camerún, Colombia, Filipinas, Jordania, Polonia y Uganda a finales del decenio de 1990, se puso de manifiesto que la reforma del sector de salud puede tener consecuencias negativas para el personal sanitario.<sup>87</sup>

Investigaciones realizadas en Australia, EE.UU. y Canadá<sup>88, 89, 90</sup> han puesto de manifiesto las consecuencias negativas que algunas iniciativas de reorganización tienen para la moral de las enfermeras y en su disposición a seguir formando parte de los recursos humanos. Los estados en transición del sudeste de Europa y de Asia central son casos en los que la reestructuración y la reforma han afectado mucho a los recursos humanos de salud. En varios de esos países comunicaron un descenso real del número de enfermeras que trabajaban en los servicios de salud durante el periodo que comienza a mediados de los noventa. (por ejemplo, Turkmenistán; Cuadro 8). Para muchos de esos países, la transición ha sido un proceso penoso en el que se han reducido los salarios y las perspectivas profesionales. (Véase Cuadro 9).

**Cuadro 8: Número de enfermeras empleadas en Turkmenistán, cada año: 1980 – 1997**

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Nº. de enfermeras	19,608	21,255	30,902	32,729	33,920	34,863	35,996	38,089	28,200	27,067

Fuente: European Observatory, 2000<sup>91</sup>

**Cuadro 9: Salarios mensuales medios: Kirguizistán**

(En moneda local-Som)	1994	1995	1996	1997	1998
Promedio en toda la economía	233.4	368.2	490.9	680.2	789.3
Sector de salud	215.3	291.5	325.7	385.3	467
Sector de salud, en porcentaje del promedio	92%	79%	66%	57%	59%

Fuente: European Observatory, 2002<sup>92</sup>

En muchos casos, el personal de salud tiene que estar pluriempleado o recibir pagos extraoficiales para ganar un salario que les permita vivir. El caso de Moldova no es único:

“El personal de salud se enfrenta actualmente a difíciles condiciones de trabajo. El personal sigue siendo asalariado de sus instituciones y no hay ningún plan de hacer que los salarios guarden relación con la carga de trabajo. Además, los sueldos son muy bajos y a menudo se retrasan de 3 a 4 meses. Por eso, frecuentemente se pide a los pacientes pagos extraoficiales, inclusive por servicios que supuestamente el Estado presta gratuitamente. Los pagos extraoficiales constituyen, pues, una gran parte de los ingresos de muchos profesionales de la medicina. Las condiciones de trabajo en muchos de los centros médicos son también difíciles para gran parte del personal. Numerosos centros de atención de salud carecen del equipo médico básico, algunos tienen un suministro eléctrico escasamente fiable y en consecuencia sufren de frío y oscuridad en los meses de invierno, y aun los servicios de limpieza son quizá inadecuados”.<sup>93</sup>

También se ha dicho que las reformas hechas en América Latina han sido uno de los factores que han reducido la seguridad laboral para los trabajadores de salud. Países como Ecuador y Argentina han introducido contratos de corta duración para el personal que antes tenía una mayor seguridad en el trabajo.<sup>94</sup>

Cuando los sistemas de atención de salud carecen de recursos suficientes, los trabajadores de salud están mal pagados o reciben sus salarios con retraso. Las enfermeras y demás personas que trabajan en sistemas de atención de salud disfuncionales o “deficientes” tienen que desarrollar diversas estrategias<sup>95</sup> para sobrevivir. Éstas pueden ser un trabajo adicional en el sector privado, o un trabajo no relacionado con la enfermería. Para algunos trabajadores esto puede significar que trabajan sin sueldo mientras buscan o esperan un empleo pagado. Las reformas y la reestructuración de los sistemas de salud no pueden ignorar estos factores si pretenden alcanzar sus objetivos de mejorar la salud y el acceso a la atención de salud.

### **Problemas más importantes**

En la presente sección se han examinado los factores demográficos y la dinámica de la escasez de enfermeras, y se han identificado los problemas críticos, universales como regionales. En el Cuadro 10 se resumen los principales problemas que se plantean a los países desarrollados y en desarrollo, y se identifican también los principales problemas de carácter universal o que tienen especial importancia en determinadas regiones. Muchos de ellos son universales o casi universales y afectan a todos los países o a la mayoría de ellos. Estos problemas son entre otros, la eficacia de la educación, la formación y la reglamentación, la planificación de los recursos humanos, la motivación y los resultados de los recursos humanos de enfermería y conseguir una combinación óptima de capacidades.

En el plano regional, el África Subsahariana tiene planteados los mayores problemas: una dotación de personal relativamente baja y el problema actual del VIH/SIDA. La mayoría de los países de América Latina comunican bajos índices absolutos y relativos de enfermeras especialistas en relación con el personal médico y los auxiliares de enfermería. Los pequeños estados insulares del Caribe y del Pacífico Occidental son especialmente vulnerables a la emigración ya que sus recursos humanos totales de enfermería son escasos el número o la proporción entre enfermeras y población es baja. Muchos países tienen que hacer frente a las consecuencias que la reforma estructural ejerce sobre los recursos humanos.

**Cuadro 10: Principales problemas para la política y la planificación de los recursos humanos de enfermería**

Problemas	Países en desarrollo	Países desarrollados
Demográficos	Crecimiento de la población	Envejecimiento de la población Envejecimiento de los recursos humanos de enfermería Reducción del número de enfermeras que pueden contratarse (en algunos países)
Universales	Escasez = Soluciones de planificación Mala distribución: dotación escasa de personal en las zonas rurales  Formación/reglamentación Incentivos/motivación Reforma/reorganización Combinación de capacidades y utilización eficaces Emigración	Escasez = Soluciones de planificación Mala distribución: dotación escasa de personal en las zonas rurales y en los centros urbanos  Formación/reglamentación Incentivos/motivación Reforma/reorganización Combinación de capacidades y utilización eficaces Inmigración
Problemas regionales/nacionales	África Subsahariana: VIH/SIDA África Subsahariana, algunos estados de América Central y del Sur, y de Asia: baja proporción absoluta entre enfermeras y población América Central y del Sur: baja proporción entre enfermeras especialistas y otro personal de salud Pacífico Occidental/Caribe/algunos países africanos /del Sur de Asia/ estados adheridos de Europa Central y del Sur, y estados en transición del Asia central: vulnerabilidad frente a la emigración (agravada por el escaso número actual de profesionales en los estados pequeños).	

En el último párrafo del informe se ponen de manifiesto algunas de las principales intervenciones de política general que han de tenerse en cuenta en cualquier país o región que ha de resolver algunos o todos los problemas que se exponen en el Cuadro 10.

## Sección 3: Marco para las intervenciones de política general

- En el informe se ponen de relieve cuatro elementos de un marco de política general para abordar la escasez de enfermeras:
  - Planificación de los recursos humanos
  - Contratación y retención
  - Distribución y resultados
  - Utilización y combinación de capacidades
- Los elementos del marco y las intervenciones de política con él relacionadas son interdependientes.
- Para una intervención de política eficaz se precisa la participación de los dirigentes y de los principales interesados.
- Las intervenciones de política general han de ser adecuadas al contexto del país y a los objetivos.

La “crisis” de la escasez de enfermeras figura ya en el programa político de muchos países, y algunos han puesto en marcha iniciativas para resolver las causas y las consecuencias de la escasez.<sup>96</sup> En las anteriores secciones de este informe se ha señalado que hay pruebas claras de que la dotación de personal es relativamente insuficiente en muchos países, sobre todo en el mundo en desarrollo, y que el mercado de trabajo de enfermería se reduce en muchos países desarrollados. En muchos de ellos se da una escasez creciente y significativa de personal de enfermería. El envejecimiento de los recursos humanos, la disminución del número de enfermería en algunos países, la disminución del número de enfermeras que pueden volver a la profesión, y el probable aumento de la demanda son factores que indican que es necesario identificar el equilibrio más eficaz de las intervenciones para prevenir la escasez de personal o luchar contra ellas. Para los fines de esta visión general se exponen a continuación cuatro componentes de un marco para las intervenciones de política encaminadas a conseguir un mejoramiento sostenido:

- Planificación de los recursos humanos
- Contratación y retención
- Distribución y resultados
- Utilización y combinación de capacidades

En el Cuadro 11 se ponen de relieve los principales elementos de cada componente y algunos de los principales requisitos de capacidad y recursos que son necesarios para que el componente sea eficaz. El marco se basa en pruebas y se ha elaborado a partir de investigaciones llevadas a cabo en muchos países. Algunas de las fuentes más importantes de la investigación se exponen en las secciones siguientes. En los informes detallados, encargados como parte de este proyecto, se examinarán más a fondo.

**Cuadro 11: Marco para las intervenciones de política general**

Componente	Intervenciones	Requisitos
Planificación de los recursos humanos	Evaluación de necesidades Planificación integrada (o alineada) Vinculación con el sector de la formación Elaboración de modelos para las hipótesis Distribución geográfica	Capacidad de planificación Información/datos sobre los recursos humanos Participación de los grupos interesados
Contratación y retención	Mejoramiento de la contratación a partir de los recursos tradicionales Contratación a partir de "nuevas" fuentes Retención del personal actual Atraer a las enfermeras que vuelven al país	Incentivos financieros y no financieros Estructura y oportunidades de la carrera profesional Modelos flexibles de trabajo Condiciones de trabajo seguras Participación de las enfermeras en la toma de decisiones
Distribución y resultados	Equiparar cada día personal y trabajo Modelos flexibles de trabajo Turnos para cuidados permanentes Personal contratado a tiempo completo/parcial o temporeros Capacitación durante el servicio/ "aprendizaje de larga duración"	Dirección local efectiva Datos sobre actividad y recursos humanos Incentivos financieros y no financieros Asignación de los equipos, material, medicamentos etc. necesarios Participación de las enfermeras en la adopción de decisiones
Utilización y combinación de capacidades	Decisiones estratégicas/de política sobre la combinación eficaz de las capacidades del personal Infraestructura reglamentaria Infraestructura legislativa Capacitación durante el servicio/ "aprendizaje de larga duración"	Dirección estratégica eficaz Datos sobre actividades/prestaciones/resultados Descripción de los puestos de trabajo/ definiciones de las funciones Incentivos financieros y no financieros Participación de las enfermeras en la adopción de decisiones

Al examinar el marco, el problema crítico que se plantea es el de reconocer que componentes e intervenciones son interdependientes. Es más, hay que reconocer que aunque las "pruebas" son necesarias para informar la política general y para apoyar la defensa, por sí solas son insuficientes para conseguir un cambio positivo.<sup>97</sup>

El cambio necesita de la dirección y, en muchos sistemas de salud, también precisa de mejores oportunidades para la participación de los grupos interesados. El cambio "de arriba hacia abajo" suele ser insostenible: se requiere el apoyo de las enfermeras y de los demás trabajadores, así como la participación activa de otros grupos interesados (el sector de la educación, grupos de reglamentación, asociaciones de enfermeras y representantes de la sociedad civil en general). En un estudio reciente de lo que "falló" en la planificación de los recursos humanos de enfermería en una provincia canadiense se identificó como factor clave la falta de liderazgo en enfermería.<sup>98</sup> En una reseña de las consecuencias que las políticas de desarrollo de los recursos humanos

han tenido para la formación de las enfermeras en América Latina se llegaba a la conclusión de que “en las políticas vigentes no se vinculan la planificación, la formación y el empleo del personal.”<sup>99</sup>

Si bien la dirección eficaz y la participación de los grupos interesados son esenciales para el cambio positivo y sostenido, también lo es un planteamiento estratégico que reconozca la interdependencia de las distintas intervenciones de política general. La formación de líderes es una de las bases importantes para el mejoramiento sostenido de los aspectos clínicos y directivos de la utilización de las capacidades de las enfermeras. El CIE tiene dos programas principales sobre el liderazgo.

## **Desarrollo de la dirección**

### **Liderazgo para el cambio**

La iniciativa del CIE “Liderazgo para el cambio” tiene por objeto ayudar a las enfermeras con experiencia, en el plano de los países o de las organizaciones, a influir en la política y en las decisiones de salud; a ser líderes y gestoras eficaces de la enfermería y de los servicios de salud; y a preparar a otros futuros líderes y gestores de la enfermería para el cambio de los servicios de salud. El programa se basa en principios de aprendizaje práctico. El programa de LPC se ha aplicado en varias regiones, entre ellas: América Latina, el Caribe, África del Oriental, Central y Meridional, el Pacífico Sur, Bangladesh, Myanmar, Nepal, Mongolia, Vietnam, Singapur, los Emiratos Árabes Unidos, Arabia Saudita y Yemen.

### **Negociación mediante el liderazgo**

El proyecto “Negociación mediante el liderazgo” se ha aplicado en varias regiones del mundo. Se inició en África y después ha sido adaptado a las necesidades de las enfermeras del Caribe, Europa oriental, América Latina, Sudeste de Asia, la cuenca del Pacífico y el Pacífico Sur. Actualmente, las asociaciones nacionales de enfermeras de las Islas Cook, Fiji, Samoa y Sudáfrica forman enfermeras dirigentes en la negociación, la representación de los trabajadores, la comunicación y la comercialización, a la vez que sensibilizan a los miembros sobre las consecuencias del entorno laboral de la prestación de los cuidados. Las asociaciones miembro del CIE han adaptado este proyecto en los últimos años con el fin de formar enfermeras dirigentes en Europa Oriental, Nepal y Zambia.

Los objetivos del proyecto son los siguientes:

- Prestar apoyo a las asociaciones nacionales de enfermeras en sus esfuerzos para ejercer el liderazgo en la prestación de los cuidados de atención de salud y para la profesión de enfermería.
- Formar enfermeras dirigentes con conocimientos y capacidades en el sector de la negociación.
- Proporcionar los conocimientos básicos en economía y gestión.

La investigación sobre la dirección de los recursos humanos y las estrategias de trabajo ha puesto de manifiesto que con una única intervención es poco probable que se logren beneficios amplios o de largo plazo en el desarrollo de los recursos humanos.<sup>100</sup> Lo que se requiere es un esfuerzo coordinado en todos los componentes interdependientes, con intervenciones (“preventivas”) adecuadas al contexto y a los objetivos. En el marco se establecen las opciones de política general, y ayuda a las enfermeras dirigentes y a los encargados de las políticas a decidir qué medidas serán más apropiadas.

A continuación se exponen los cuatro componentes principales:

## 1. Planificación de los recursos humanos

Un elemento clave de una dotación adecuada de personal es desarrollar unos mecanismos idóneos de planificación de los recursos humanos, que permitan seguir los indicadores de la oferta y la demanda de personal de enfermería y planificar las necesidades futuras. En un planteamiento eficaz de las necesidades de planificación de los recursos humanos han de tenerse en cuenta las consecuencias que la demografía tiene para los servicios de salud y las necesidades sanitarias de la población, qué servicios son expresamente demandados, y el perfil y la dinámica de los recursos humanos (“oferta”), y debería evaluarse la medida en que puede lograrse el equilibrio entre la demanda y la oferta.<sup>101, 102</sup>

En algunos países se emplean proyecciones o modelos de simulación informáticos para prever las necesidades de recursos humanos. Aunque el uso de este método tiene limitaciones<sup>103</sup>, los modelos de las proyecciones pueden resultar útiles para conformar las decisiones de política relativas al número de nuevas enfermeras que hay que formar, y en ellos se pueden identificar posibles limitaciones en la consecución de las metas de dotación de personal. Asimismo, la planificación ha de tener en cuenta el tiempo que transcurre entre el inicio de la formación de las nuevas enfermeras, la obtención del título y la entrada en el mercado del trabajo: como mínimo tres años en la mayoría de los países. Si la planificación, los formadores y el sistema de colegiación “están desconectados”, pueden producirse nuevos retrasos: en algunos países, las enfermeras recién tituladas tienen que esperar meses a que su colegiación se apruebe para poder empezar a ejercer.

Puede ser que la planificación de los recursos humanos se centre, de forma demasiado restringida, en el número y no tenga en cuenta las capacidades y competencias necesarias para hacer frente a la demanda prevista. Esa planificación no debe hacerse de manera aislada, sino que ha de integrarse en un planteamiento global para la planificación de los servicios en el sistema de salud. En este proceso deben participar los empleadores y el sector de la formación. La integración de la planificación debe ampliarse hasta desarrollar mecanismos adecuados para conseguir que la formación básica de las enfermeras y su posterior perfeccionamiento profesional continuo o “aprendizaje a lo largo de la vida” se base en una evaluación del número y de las capacidades requeridos.

Un aspecto fundamental de la planificación eficaz de los recursos humanos consiste en cerciorarse de que todos los grupos interesados tienen la posibilidad de participar en el proceso de planificación, y que no se trata únicamente de un ejercicio impuesto y remoto. El planteamiento aplicado en Escocia (véase el cuadro siguiente) es un ejemplo del uso de proyecciones y de la participación de los grupos interesados. Otro ejemplo de las ventajas de la planificación de los recursos humanos se refiere a Tailandia,<sup>104</sup> donde las proyecciones de la oferta identificaron la necesidad de abordar el problema de la pérdida de personal durante la formación. Un tercer ejemplo es el trabajo realizado recientemente en Samoa, donde se estudiaron las necesidades proyectadas en comparación con el número probable de enfermeras.<sup>105</sup>

### **Escocia: Planificación de los recursos humanos por varios grupos interesados**

El sistema de planificación de los recursos humanos de enfermería en Escocia es un ejemplo actual en el que los empleadores y el sector privado participan en la planificación de los recursos humanos de enfermería en el plano nacional.<sup>106</sup> Este sistema anual utiliza la planificación “de abajo hacia arriba” en la que participan todos los empleadores de los servicios de salud y representantes de las asociaciones de enfermeras y del sector de la formación. Con este planteamiento se trata de llegar a una perspectiva de todo el sistema teniendo en cuenta las estimaciones de la demanda futura de enfermeras del sector privado.

En la enfermería, la planificación de los recursos humanos debe asimismo tener en cuenta las pautas de comportamiento del mercado de trabajo de las enfermeras. En varios países, cuando se hace la planificación global, se presta una atención insuficiente a la incidencia del trabajo en tiempo parcial y de los cambios de profesión. La falta de una consideración adecuada del género en la planificación puede debilitar la eficacia de ésta.<sup>107</sup>

Una planificación eficaz de los recursos humanos es requisito previo para el mejoramiento sostenido de la contratación y retención de las enfermeras. La planificación no impedirá necesariamente que se produzca escasez, pero un sistema eficaz de planificación puede prever dónde puede producirse escasez y constituir un mecanismo de intervención temprana y eficaz. Incluir o integrar la planificación en las profesiones de salud, ayudará además a conseguir una combinación de capacidades y un despliegue de personal eficaces.

## **2. Contratación y retención**

Los estudios indican que las enfermeras se sienten atraídas por su trabajo y permanecen en él porque si tienen posibilidades de perfeccionamiento profesional, pueden adquirir autonomía y participar en la adopción de decisiones, y, al mismo tiempo, la remuneración es equitativa.<sup>108, 109</sup> Los factores del lugar de trabajo pueden ser causas determinantes tanto de la retención como del traslado de las enfermeras.<sup>110, 111, 112, 113, 114, 115, 116</sup> Hay pruebas de que el estilo de dirección participativa, las posibilidades de un empleo flexible y el acceso al desarrollo profesional continuo pueden favorecer la retención del personal de enfermería y mejorar la atención a los pacientes.<sup>117, 118, 119</sup> Muchas de estas cuestiones se abordan en el tipo de “hospital modelo” (véase el cuadro siguiente), que se ha ido desarrollando a lo largo de los últimos veinte años. En él se ponen de manifiesto las ventajas de un planteamiento sistemático de la participación en el que el personal se beneficia de las mejoras en la contratación / retención de enfermeras y en unos mejores resultados de la atención de salud.

### **Cómo ser un “buen” empleador - Instituciones modelo**

El concepto de hospital modelo surgió inicialmente en los Estados Unidos en el decenio de 1980.<sup>120</sup> En tiempos de escasez de personal, la atención de la política se dirigió a identificar las características de los empleadores de atención de salud “eficaces” en los difíciles mercados de trabajo. Esta investigación se centró inicialmente en identificar las prácticas de recursos humanos y las características asociadas de las organizaciones, que permitían que estos hospitales atrajesen y retuviesen al personal, incluso en condiciones difíciles del mercado laboral. Algunas de las principales características de los hospitales eficaces son las siguientes:

- Un estilo de dirección participativa y cercana,
- Enfermeras dirigentes bien formadas y cualificadas,
- Programas flexibles de trabajo,
- Oportunidades en la carrera clínica,
- Insistencia en la formación continua durante el servicio.

La idea de la institución modelo se ha sostenido y desarrollado a lo largo de sucesivos decenios mediante una serie de estudios de investigación,<sup>121</sup> y por la preparación de un programa modelo de acreditación de los servicios de enfermería.<sup>122</sup> Éste y otros planteamientos similares están siendo investigados en varios países.

El mensaje principal que se desprende de los distintos estudios de investigación es que el “efecto modelo” está relacionado con unos “mejores” indicadores de la dotación de personal, como son una menor rotación y absentismo y una mejor calidad de la atención de salud. Esto se ha atribuido a la aplicación sostenida de un “conjunto” de intervenciones de gestión de los recursos humanos que se adecuan a las prioridades de las organizaciones y favorecen la labor autónoma de las enfermeras, posibilitan la participación en la adopción de decisiones, facilitan el desarrollo profesional y permiten el despliegue eficaz de capacidades de alto nivel.

En el pasado, la enfermería y la obstetricia han recurrido a la contratación de estudiantes procedentes de un grupo limitado de los que acaban sus estudios (mujeres en su mayoría), pero dentro de una gama bien definida de las últimas calificaciones escolares. En muchos países se han puesto en marcha diversas iniciativas para ampliar el acceso a los estudios de enfermería a un mayor número de candidatos, entre ellos adultos, personas procedentes de minorías étnicas y personas con cualificaciones profesionales o experiencia laboral. Estas iniciativas incluyen programas para enfermeras principiantes y posibilidades de paso entre las funciones de auxiliar a las de enfermera de atención de salud.

En algunos países se ha procurado recientemente atraer a la formación de enfermería a estudiantes con una preparación no tradicional, sobre todo de grupos minoritarios. Los programas locales han conseguido atraer y retener a estudiantes de enfermería procedentes de grupos étnicamente diversos y privados de derechos civiles, mediante cursos de acceso y una publicidad dinámica. Entre los medios empleados para conseguir ese éxito cabe mencionar los servicios de apoyo y programas flexibles.<sup>123, 124</sup> Se ha sugerido que el uso de estrategias específicas para atraer hombres a la profesión de enfermería, como el empleo de modelos funcionales masculinos en las campañas de reclutamiento, y abordar los mitos sobre los hombres en la enfermería, puede aumentar el ingreso de hombres a la profesión.<sup>125</sup>

También está claro que si la enfermería desea competir por conseguir nuevos estudiantes, ha de adoptar estrategias para mejorar su “imagen” entre los posibles aspirantes y promover la enfermería como carrera profesional. La imagen también ha de reflejar la realidad. Las oportunidades profesionales y las recompensas económicas y emocionales del trabajo de enfermería han de explicarse, y tienen que soportar la comparación con los atractivos de otras carreras. Así habrá de ser con los salarios de entrada en la profesión para que puedan atraer nuevos candidatos, y con el modo en que esos candidatos perciban las posibilidades generales de avance profesional y salarial. En algunos países se da también la dificultad añadida de que el sueldo de las enfermeras es bajo porque su trabajo está infravalorado y se considera “trabajo de mujeres”.<sup>126</sup>

Los que comienzan la formación de enfermería a una edad madura son en muchos países una fuente no aprovechada, que acceden a la formación de enfermería previa a la colegiación en una gama de edades restringida. Esos candidatos adultos son quizá más estables geográficamente, y por eso, el índice de personas que abandona la carrera durante los estudios es menor que en el caso de otros candidatos.<sup>127</sup>

Unas buenas relaciones entre los “dispensadores” de formación y los empleadores locales también puede mejorar la contratación inicial y la posterior retención de las enfermeras. En un ejemplo tomado de Inglaterra, los estudiantes de enfermería encuestados manifestaron que su preferencia de trabajar en su localidad obedecía a motivos de conveniencia, familiaridad, lealtad, disfrute de puestos clínicos y del conocido apoyo del empleador.<sup>128</sup>

Otra posible fuente de contratación son “las enfermeras que vuelven a la profesión”. Si bien las tasas de participación en el empleo de enfermería son bastante elevadas en algunos países, en otros la duración media de la carrera de una enfermera es relativamente corta. En este último caso, esto suele estar relacionado con una política sin visión de futuro (y a menudo por un sesgo de género),<sup>129</sup> que impide que las enfermeras sean contratadas a tiempo parcial o no les permite interrupciones de su carrera y volver luego al mundo laboral. En cualquier situación, siempre se puede examinar cuál es la mejor forma de recuperar a las que han dejado la profesión. Ha de prestarse atención a los motivos por los que las enfermeras abandonaron el sistema de salud y a lo que hay que hacer para recuperarlas. Iniciativas recientes en el Reino Unido, Irlanda (véase cuadro siguiente) y Australia han demostrado su eficacia para atraer a “las que vuelven”.<sup>130</sup>

### **Irlanda: Identificar a las enfermeras “que pueden volver”**

La Organización de Enfermeras de Irlanda encargó una encuesta de las enfermeras irlandesas que no ejercen, para evaluar el número posible de enfermeras que podrían reincorporarse a la profesión, y la eficacia probable de distintas estrategias para alentar a las enfermeras a volver al empleo en la enfermería. En la investigación<sup>131</sup> se puso de relieve la necesidad de facilitar horarios de trabajo flexibles e incrementar los niveles salariales.

En el presente informe se ha puesto ya de relieve la mala distribución geográfica de las enfermeras. En muchos países ha resultado difícil contratar enfermeras especialistas para trabajar en las zonas rurales,<sup>132</sup> y en los centros urbanos de algunos países desarrollados. Entre las iniciativas para mejorar la contratación y la retención cabe mencionar el servicio rural obligatorio, el pago de los estudios cuando se trabaja en zonas desasistidas, el traslado de centros de enseñanza de enfermería a zonas rurales, el pago de incentivos para trabajar en zonas desasistidas, la creación de puestos clínicos en esas mismas zonas<sup>133</sup> y la previsión de planes de rotación por los cuales se sitúa al personal transitoriamente en regiones desasistidas. Estas intervenciones han pasado relativamente desapercibidas en el caso de la enfermería, mientras que ha habido más interés en los médicos.

Por la compleja relación entre sueldo, satisfacción en el trabajo, perspectivas profesionales y cuestiones no laborales, no hay una única solución para retener y motivar al personal de enfermería.<sup>134</sup> Muchos países comunican que los incentivos que se conceden a las enfermeras son inadecuados o inflexibles y no aprovechan de la mejor manera posible los recursos disponibles (Véase el Cuadro 12).

**Cuadro 12 – Idoneidad de los incentivos, Sudeste de Asia: informes de la OMS por países, 2002**

País	Incentivos adecuados	Principales incentivos que se necesitan
Bangladesh	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primas por trabajo de noche</li> <li>Tratamiento gratuito en los hospitales, como en el caso de los médicos</li> <li>Incrementos salariales</li> <li>Apoyo a las madres que amamantan</li> <li>Formación superior/oportunidades profesionales</li> <li>Posibilidades de empleo en otros países</li> <li>Sistemas de garantía de la calidad</li> <li>Evaluación de resultados</li> <li>Introducción de “contratación y despido” en el sector oficial</li> </ul>

**Cuadro 12 – Idoneidad de los incentivos, Sudeste de Asia continuado**

País	Incentivos adecuados	Principales incentivos que se necesitan
Bhután	Parcial	Beneficio financiero Reconocimiento de los buenos resultados Garantía de la calidad (está introduciéndose)
Corea RDP	Necesita más	Salario Pensión Títulos honoríficos
India	Limitados	Sistema de garantía de la calidad Primas de formación superior Conjunto salarial atractivo Posibilidades de avance profesional Incentivos por trabajo en sectores especiales (por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos, zonas rurales) Seguridad (por ejemplo, cuando se trabaja de noche)
Indonesia	No	Salario adecuado Aprecio y protección del personal, inclusive en regiones alejadas Oportunidades de participar en la formación continua Avance profesional
Maldivas	Necesita fortalecimiento	Sistema de garantía de la calidad Reconocimiento del trabajo bien hecho Vivienda
Myanmar	Limitados	Promoción Asistencia a seminarios y debates internacionales Acceso al programa de becas de la ANSEA Contratación entre administraciones para la adquisición de experiencia internacional
Nepal	No	Primas de transporte Medios de comunicación (busca personas, teléfono, correo electrónico para los funcionarios) Primas vinculadas a la inflación, por horas extraordinarias, para vivienda, formación, educación de los hijos, trabajo de noche y en horas fuera de jornada Pensión Primas para investigación Alimentos facilitados durante el trabajo nocturno Compensación de riesgos de salud Exámenes periódicos para vacunar al personal Seguros de enfermedad

**Cuadro 12 – Idoneidad de los incentivos, Sudeste de Asia continuado**

País	Incentivos adecuados	Principales incentivos que se necesitan
Sri Lanka	Limitados	Aplicación de la norma Mecanismos de garantía de la calidad Primas, transporte y viviendas para trabajar en zonas especiales (por ejemplo, en zonas rurales y alejadas, hospitales de salud mental) Igualdad de acceso a las oportunidades de formación
Tailandia	No	Oportunidades de ascenso Posibilidades de continuar la formación favorecidas por la organización Reconocimiento de compañeros y directores (p.ej. premios por realizaciones o por buenos resultados en el trabajo) Ser orador o consultor Prima por el trabajo en zonas rurales o alejadas, o por los turnos de tarde y noche Sistema de garantía de la calidad centrado en la prevención más bien que en la corrección

Fuente: OMS, 2003<sup>35</sup>

Aun en los países en que los salarios son más bajos, el problema no sólo es esos bajos salarios. Las enfermeras y matronas de Malawi comunicaron que los entornos de trabajo peligrosos, la escasez de los recursos y las pesadas cargas de trabajo eran problemas aún más acuciantes que los bajos salarios (véase el Cuadro 13).

Cuadro 13 – Malawi: modo en que las enfermeras y matronas especialistas perciben los problemas más urgentes de la enfermería.

**Cuadro 13 – Malawi: modo en que las enfermeras y matronas especialistas perciben los problemas más urgentes de la enfermería**

Problemas urgentes de la enfermería actual	Porcentaje de enfermeras (90 encuestadas)
Entorno laboral peligroso	68.8
Recursos materiales escasos	50
Carga de trabajo onerosa	48
Recursos humanos escasos	42
Salarios deficientes o bajos	38
Malas estrategias de promoción	25
Escaso reconocimiento de la contribución de las enfermeras a la atención de salud	25
Desarrollo profesional limitado	17
Efectos de las condiciones laborales	17
Imagen profesional deficiente	16
Horarios largos y en horas de noche	16

Fuente: Kaponda (1999)<sup>36</sup>

Así pues también deben evaluarse las iniciativas, distintas de las salariales, encaminadas a mejorar la retención y la motivación. Permitir que las enfermeras puedan compaginar los compromisos laborales con otros no laborales es uno de los aspectos prioritarios del estudio de las políticas en muchos países, como el Canadá.<sup>137</sup> Se comunica que el equilibrio entre la calidad del trabajo y la calidad de vida es un importante incentivo para retener a las enfermeras gestoras.<sup>138</sup> La seguridad de los entornos de trabajo y la frecuencia creciente de los informes de violencia hacia las enfermeras influyen en los índices de contratación y de retención de éstas.<sup>139</sup>

Las diferencias en cuanto a motivación, trabajo y expectativas de vida entre las distintas generaciones de enfermeras se han puesto de relieve en los escritos publicados, y puede ser que una solución para mejorar la satisfacción en el trabajo no sea eficaz en todos los sectores de los recursos humanos de enfermería.<sup>140</sup> Asimismo, han de tenerse en cuenta las consecuencias que tienen para las enfermeras mayores las cargas de trabajo pesadas y el trabajo en turnos.<sup>141</sup> La clave está en identificar las prácticas de empleo flexible y los incentivos salariales y no salariales que son eficaces en determinadas condiciones del mercado de trabajo, y para los grupos de enfermeras y otros trabajadores. Los estudios indican que las enfermeras se sienten atraídas por su trabajo y se mantienen en él por las oportunidades que les ofrece de cuidar de las personas, de desarrollo profesional, de adquirir autonomía y de participar en la adopción de decisiones, al tiempo que se sienten justamente recompensadas.<sup>142</sup>

Como antes se ha señalado, los estudios sobre los “hospitales modelo”<sup>143, 144, 145</sup> han demostrado que las organizaciones que adoptan un estilo de dirección participativa ofrecen posibilidades de empleo flexible, y con el acceso a un mejoramiento profesional continuo puede mejorarse la contratación y la retención del personal de enfermería. Asimismo, los estudios también ponen de relieve que ese mejoramiento de los indicadores de la dotación de personal también guardan relación con el mejoramiento notificado de la atención a los pacientes.

Los empleadores han de adoptar, para las motivaciones, los incentivos y los planes profesionales de las enfermeras, una perspectiva de la carrera profesional completa. Las estructuras de la carrera profesional, el aprendizaje a todo lo largo de la vida y la planificación de los recursos humanos han de tener en cuenta este proceso dinámico.

### **3. Distribución y resultados**

Puede considerarse que la distribución del personal es la respuesta de la dirección a corto plazo para adaptar los recursos de personal a la carga de trabajo y a la actividad. La atención de salud es una actividad de 24 horas al día durante los 365 días del año, y sus recursos de enfermería han de desplegarse para hacer frente a la demanda continua pero cambiante. Para esto se precisan intervenciones en las que los niveles de dotación de personal estén equilibrados con los momentos de mayor y menor carga de trabajo, recurriendo a sistemas eficaces de rotación y evaluando las ventajas de las diferentes pautas de trabajo.

La dificultad de mejorar la “flexibilidad” radica en identificar las intervenciones que permitan adaptar mejor el personal a la carga de trabajo, pero que también resulten atractivas a las enfermeras como medio de adaptar mejor sus responsabilidades laborales a otras demandas. Una solución es la de ofrecer a las enfermeras la oportunidad de colaborar con sus directores e identificar las pautas de trabajo mejor adaptadas a sus necesidades locales. Con esta “programación” se puede alcanzar la satisfacción laboral y mejorar la productividad.

Otro sector donde pueden utilizarse de manera más eficaz los recursos disponibles es el empleo de personal a tiempo parcial. A menudo, el personal experimentado que desea trabajar o volver a trabajar a tiempo parcial

se ve marginado a puestos no profesionales. El requisito previo para un despliegue eficaz del personal es un sistema de información que permita que la dirección de las enfermeras estudien las pautas de actividad y las variaciones de la carga de trabajo, para que, sobre la base de juicios informados, puedan adoptar decisiones acerca de los niveles de dotación de personal diarios.

Definir lo que es un nivel "seguro", "mínimo" o "eficaz" de dotación de personal en enfermería sigue siendo una cuestión polémica. Algunos comentaristas han sostenido que podría surgir un círculo vicioso en el que la escasez de personal en relación con la carga de trabajo puede inducir a más enfermeras a abandonar la profesión, lo que entonces agravaría la escasez de personal. Según la sabiduría convencional, habida cuenta de la carga de trabajo y los recursos locales, es mejor encomendar los niveles de personal a la dirección local. Este modo de pensar, "de abajo hacia arriba" se pone en duda en la actualidad por un planteamiento radicalmente diferente: el empleo de coeficientes normalizados y obligatorios, "impuestos" entre enfermeras y pacientes.

La presión de una mayor carga de trabajo, la necesidad de mejorar la eficacia y la eficiencia del personal, y el creciente reconocimiento de la relación entre unos niveles eficaces de dotación de personal y los resultados (incluida la seguridad de los pacientes) han dado lugar a intentos de identificar los "mejores" métodos de definir los niveles de dotación de personal.<sup>146, 147</sup> El problema de emplear sistemas "a medida" de evaluación de la carga de trabajo y determinación del nivel de personal es que su aplicación puede convertirse muy fácilmente en un "juego de números": un fin en sí mismo y no un mecanismo de apoyo a las decisiones. El empleo de estos sistemas puede precisar de mucho tiempo, necesitar muchos datos y caer en descrédito si la organización no aplica de forma continua los niveles de personal que ellos recomiendan. El otro punto importante que hay que tener en cuenta al seleccionar un sistema es que la pregunta de ¿cuál es el mejor nivel de dotación de personal? no tiene una única respuesta "acertada". Los estudios han demostrado que distintos sistemas aplicados en un mismo entorno de atención de salud darán lugar a "respuestas" de personal diferentes. El otro punto importante que hay que tener en cuenta al seleccionar un sistema es que la pregunta de ¿cuál es el mejor nivel de dotación de personal? no tiene una única respuesta "acertada". Los estudios han demostrado que distintos sistemas aplicados en un mismo entorno de atención de salud darán lugar a "respuestas" de personal diferentes.<sup>148</sup>

Algunos países han recurrido a tasas nacionales de dotación de personal recomendadas, pero éstas varían en cuanto a su definición, su fuente y la medida en que pueden considerarse obligatorias o mínimas; y a menudo son aplicables a especialidades reducidas y precisas. Más recientemente, las enfermeras de Victoria (Australia) y de California han conseguido que en todos los hospitales se establezcan coeficientes mínimos de dotación de personal, como método para mejorar los niveles de personal.<sup>149</sup> Todavía no existen pruebas independientes de las consecuencias de que esta medida ha tenido en los resultados de los cuidados de salud.<sup>150</sup>

Los resultados de las enfermeras y demás personal de salud están estrechamente relacionados con los métodos de distribución, la combinación de personal y los sistemas, en su caso, que se emplean para evaluar los resultados de las personas o los equipos de la organización. Asimismo, estarán también corroborados por cualesquiera sistemas de reglamentación que se apliquen.

La expresión "gestión de los resultados" se emplea a menudo en la atención de salud, pero no tiene una definición generalmente aceptada. Puede estar relacionada, entre otros posibles factores, con los resultados individuales, la evaluación de la dirección por objetivos, las técnicas de garantía de la calidad, o los salarios en función de los resultados.<sup>151</sup> Las investigaciones ponen de relieve que el conjunto de técnicas disponibles tiene más probabilidades de ser eficaz cuando la gestión de los resultados guarda relación con indicadores medibles, en los

que se evalúan los sistemas y las personas,<sup>152</sup> en los que el personal “hace suyo” el planteamiento y sin que se lo impongan directivos,<sup>153</sup> y en los que el centro de interés es el personal y no la remuneración. En muchos países la garantía de la calidad suele ser parte integrante del proceso de gestión de los resultados. Es de importancia crítica que, cualquiera que sea el planteamiento que se adopte de la gestión de los resultados de las personas o de las organizaciones, se reconozca que es un medio de mejorar la eficiencia de unas y otras: es un proceso de desarrollo y no un proceso punitivo.

#### **4. Utilización y combinación de capacidades**

Las decisiones acerca de la mejor combinación de personal y de capacidades son uno de los elementos clave para resolver los problemas de personal. Conseguir el equilibrio de la combinación de capacidades, con una proporción óptima de enfermeras especialistas y matronas, otros profesionales de salud, personal auxiliar y ayudantes de enfermería es uno de los problemas principales de personal a los que se enfrenta la dirección. El problema tiene dimensiones cuantitativas y cualitativas y hace necesario evaluar la efectividad relativa de distintas combinaciones de personal.

La base de pruebas a este respecto es limitada, pero creciente. Hay dos sectores de investigación principales que pueden conformar la política general y la práctica actuales: la combinación de capacidades en la enfermería, y la combinación de capacidades entre enfermeras y médicos.

Los estudios de la combinación de personas cualificadas y no cualificadas en la enfermería se han llevado a cabo principalmente en los EE.UU.<sup>154</sup> Hay ejemplos de estudios que revelan que, con los auxiliares de salud, se reducen los costos y se mejora la calidad, pero otros estudios sugieren que las posibilidades de mejoramiento son quizá más aparentes que reales. En estos últimos estudios se aduce que la calidad de los cuidados ha disminuido y que otros costos han aumentado – como las guardias, los permisos por enfermedad y las horas extraordinarias, las cargas de trabajo mayores de las enfermeras especializadas, y unos índices más elevados de rotación o de ausencias. Es evidente que cualquier organización que despliega a sus enfermeras ha de confiar en que las capacidades de éstas están siendo bien aprovechadas. Una parte del proceso de conseguir y mantener la máxima eficacia ha de consistir en exámenes periódicos para cerciorarse de que la combinación de enfermeras especialistas y demás personal auxiliar y de enfermería es la mejor que puede conseguirse con los recursos disponibles.

La base de pruebas de la sustitución de médicos por enfermeras favorece en general la afirmación de que hay posibilidades suficientes para esa sustitución eficaz en determinados sectores de los cuidados, y posibilidades mucho mayores de favorecer el establecimiento de funciones de práctica avanzada para las enfermeras.<sup>155, 156,</sup>  
<sup>157</sup> Los estudios realizados en este sector indican que la calidad de la atención de salud puede mantenerse o mejorarse (manteniendo o reduciendo los costos de la organización) ampliando las funciones y el despliegue de las enfermeras especialistas clínicas, las enfermeras de atención directa y las matronas clínicas.

Un aspecto de la “combinación de capacidades” en su sentido más amplio es la necesidad de integrar la contribución de los trabajadores voluntarios y de los familiares de los pacientes. Aunque esto se esté convirtiendo en una cuestión de importancia en países, como los del África subsahariana, que disponen de escasos recursos de personal “oficial” de salud, no se han hecho estudios suficientes para obtener una base de pruebas en este campo.

Cuando la reglamentación y la legislación vigentes imponen limitaciones al cambio en la combinación de capacidades o a formas diferentes de utilización de éstas frenando así la eficacia de las enfermeras, esas leyes y reglamentos han de revisarse y modificarse. Por ejemplo, si se concede a las enfermeras autoridad para recetar, les permitirá ser eficaces en las funciones de atención directa. Otra importante limitación es la función y la contribución del sector de la formación y de los dispensadores de capacitación. La medida en que puedan conseguirse la formación polivalente, las nuevas funciones y nuevos trabajadores dependerán de la capacidad del sector de la formación para responder de forma eficaz impartiendo formación y capacitación adecuadas. En algunos países, ha habido una "desconexión" o un intervalo entre, por un lado, la necesidad identificada de nuevas funciones o nuevos trabajadores y, por otro, la capacidad de los dispensadores de formación para satisfacer esta necesidad con nuevos planes de estudio y cursos. Las nuevas funciones de las enfermeras y otros trabajadores conllevan nuevas definiciones de las funciones y descripciones de los puestos de trabajo, lo que a su vez significa nuevos planes de estudio y nuevos contenidos de la formación.

Una segunda limitación posible, de gran importancia, es la relación con las condiciones salariales y de empleo de las enfermeras y demás trabajadores de salud. Para poder introducir nuevas funciones o nuevos trabajadores en el sistema de salud, la estructura salarial y profesional y las condiciones de empleo con ella relacionadas, habrán de responder a este cambio. Si la estructura salarial y profesional no reflejan adecuadamente el contenido de trabajo de las nuevas funciones o trabajadores y su contribución con relación a la de otros grupos, habrá un incentivo negativo para que los trabajadores asuman las nuevas funciones.

## Conclusiones

El marco de política general que hemos esbozado puede servir de base para la adopción de decisiones informadas y para establecer prioridades en los planos local, regional y nacional en cualquier país. Con la actuación en cualquier sector del marco pueden conseguirse resultados positivos, pero los beneficios reales se producirán si la intervención de política general y la actuación tienen lugar con la participación de los interesados, coordinada en todo los sectores, y se basan en las pruebas y en las mejores prácticas pertinentes.

La escasez de enfermeras es con frecuencia un síntoma de males más generales del sistema de salud o de la sociedad. En muchos países la enfermería sigue estando infravalorada como “trabajo de mujeres”, y a las enfermeras apenas se les concede acceso limitado a los recursos que les hacen eficientes en su trabajo y en su carrera profesional. Para llegar a soluciones sostenibles, se precisan intervenciones de política general basadas en el reconocimiento de que la atención de salud es un sector de uso intensivo de la mano de obra y que los recursos de enfermería disponibles han de utilizarse de modo eficiente. No se trata sólo del número de enfermeras, sino de cómo funciona el sistema de salud para que esas enfermeras puedan usar eficazmente sus capacidades.

Muchos países han de impulsar, reorientar e integrar su capacidad de planificación de los recursos humanos en las distintas ocupaciones y disciplinas, para identificar las capacidades y funciones de los recursos humanos, que se requieren para satisfacer las necesidades de servicios identificadas. Asimismo, pueden mejorar la adaptación diaria del personal de enfermería a la carga de trabajo. La “flexibilidad” debe aplicarse para utilizar pautas de trabajo que sean eficientes, pero que a la vez ayuden a las enfermeras a coordinar sus compromisos laborales y no laborales.

Se precisa una perspectiva del sistema total para conseguir la claridad de las funciones y un mejor equilibrio entre las enfermeras diplomadas, los médicos y los demás profesionales de salud y personal de apoyo. Está desarrollándose la base de pruebas para la combinación de capacidades y, en los estudios, se ponen de relieve las posibilidades de despliegue efectivo de las enfermeras especialistas clínicas y de las enfermeras de atención directa en funciones avanzadas, y las posibilidades de mejorar la eficacia de la combinación de capacidades en las distintas ocupaciones y dentro de la enfermería.

Algunas de las intervenciones de política general mencionadas en el presente informe se identificaron hace ya decenios. ¿Por qué sólo se aplican raras veces con un planteamiento sistemático? El hecho mismo de que algunas intervenciones son muy amplias significa que a veces ponen en entredicho la práctica corriente, la inercia del sistema de salud y los intereses creados. La escasez de enfermeras se califica entonces de “problema” sólo para la enfermería. Y no lo es. Es un problema del sistema de salud que mina su eficacia y precisa de soluciones para todo el sistema. Sin intervenciones eficaces y sostenidas, la escasez mundial de enfermeras perdurará y socavará todos los intentos de mejorar los resultados de los cuidados y la salud de las naciones.

# Apéndice 1: Indicadores y consecuencias de la escasez

Cuando la demanda supera a la oferta, ¿qué indicadores pueden utilizarse para identificar una escasez y, quizá, señalar sus consecuencias? Hay varios indicadores del *proceso* que pueden utilizarse para poner de relieve las tendencias y las variaciones de la escasez del personal de enfermería. Esos indicadores son, entre otros, los siguientes: 1) puestos vacantes, 2) índices de rotación del personal, 3) la medida en que se recurre al personal temporero, 4) la cantidad de horas extraordinarias trabajadas y 5) los índices de candidatas a la formación de enfermería. Es más complejo identificar los indicadores de los *resultados* de la escasez por las consecuencias que tienen en la atención a los pacientes, y guarda relación con la dificultad general de medir y evaluar los resultados de salud.

*Índices de puestos vacantes:* La medida en que una organización no puede contratar personal para llenar los puestos vacantes se emplea a veces como indicador de la escasez. (véase el Cuadro A1 *infra*). La información sobre la tendencia de los puestos vacantes puede ayudar a seguir de cerca las consecuencias de la escasez u otros desequilibrios entre la oferta y la demanda.

**Cuadro A1: Estimaciones de puestos vacantes en el Servicio de Salud de Ghana, 2002**

Tipo de personal	Situación actual	Número viable	Déficit y porcentaje	Número ideal	Déficit y porcentaje
Enfermeras profesionales	4319	10,000	5681 <b>57%</b>	13,340	9021 <b>68%</b>

Fuente: Buchan and Dovlo, 2004<sup>38</sup>

Sin embargo, el empleo de los datos de puestos vacantes, presenta varias limitaciones. En general, los índices de puestos vacantes pueden subestimar la magnitud de la escasez. Puede haber puestos vacantes "suprimidos" (cuando el establecimiento no anuncia o no mantiene un puesto porque la dirección no espera poder contratar una persona adecuada) y las vacantes "ocultas" (cuando un puesto se ocupa con una persona cuyas capacidades o experiencia son insuficientes para poder satisfacer adecuadamente los requisitos del puesto).

*Los índices de rotación de puestos, o índices de "pérdida", se utilizan a menudo como indicador de las dificultades de contratación / retención. Hay que distinguir entre 'rotación', que normalmente se refiere a los movimientos laborales de las enfermeras (como transferencias dentro de una organización) y 'pérdidas', que se refiere a las enfermeras que dejan una organización. Ambas medidas pueden ser útiles para seguir de cerca el comportamiento de las enfermeras y para examinar el nexo que existe entre la organización y el mercado externo de trabajo, especialmente cuando se dispone de datos sobre la tendencia a largo plazo para evaluar las pautas cambiantes. También hay que distinguir entre pérdidas controladas, (por ejemplo, jubilaciones, puestos vacantes y reorganizaciones) y pérdidas voluntarias o incontroladas causadas por los empleados que dejan la profesión por razones personales (por ejemplo, motivos de avance profesional, mejor sueldo en un nuevo trabajo, insatisfacción en el anterior, etc.).*

El nivel de la rotación / pérdidas, y las variaciones de ese nivel pueden verse influidos por factores tales como el perfil de edades y los años de servicios. Propiamente, la rotación puede guardar relación con factores distintos de las variaciones de la satisfacción en el trabajo, las oportunidades que ofrece el puesto o las condiciones del mercado de trabajo.

La medida en que se recurre a personal de enfermería temporero (por ejemplo, enfermeras de agencias) puede ser un indicador de los problemas de personal que hay en algunos sistemas de salud. Si los empleadores no pueden contratar personal permanente, quizá intenten satisfacer sus necesidades recurriendo a personal temporero. Una de las limitaciones del empleo de personal temporero como indicador de la escasez guarda relación con los motivos por los que se recurre a ese personal. Si bien este personal puede utilizarse para cubrir la escasez, hay también otras razones para recurrir a él. Entre ellas puede figurar una política de la organización que tiende a aumentar el elemento "de flexibilidad" en los recursos humanos para adaptarlos a las fluctuaciones de los niveles de actividad, por bajas de enfermedad o de maternidad, o para reducir los costos de las prestaciones a largo plazo.

La medida en que el personal de enfermería ha de trabajar, de manera regular y constante, en *horas extraordinarias* puede utilizarse como indicador de las dificultades de la contratación de personal. Si se trabajan horas extraordinarias durante largo tiempo, ello puede ser indicio de dificultades de contratación, pero puede ser también que ponga de manifiesto una falta de disposición de los empleadores a contratar más enfermeras. Las horas extraordinarias no pagadas resultan "más baratas" que contratar a más personal de enfermería remunerado aun cuando se disponga de recursos para pagar los sueldos y salarios.

Los aumentos transitorios de las horas extraordinarias pueden obedecer también a factores tales como la ausencia por enfermedad, excesos imprevistos de la carga de trabajo, etc. Debe establecerse una distinción entre horas extraordinarias ocasionales 'imprevistas' y horas extraordinarias constantes e 'institucionalizadas'.

Los índices de solicitudes para la formación de enfermería y obstetricia, previa a la colegiación pueden dar indicación de las tendencias en cuanto al atractivo de la enfermería como carrera profesional. El número de candidatas aceptables por cada puesto vacante anunciado puede ser un indicador útil de que el mercado de trabajo se contrae.

# Referencias

- <sup>1</sup> High Level Forum, World Health Organization, Geneva (2004). *High Level Forum on the Health MDGs. Summary of Discussions and Agreed Action Points*.
- <sup>2</sup> World Health Organization, Geneva (2004). *Human Resources in Health: report by the Secretariat*. Executive Board, EB 114/17.
- <sup>3</sup> Hartz A, Krakauer H, Kuhn E, et al., (1989). Hospital characteristics and mortality rates. *New England Journal of Medicine*, 321:1720-1725, USA.
- <sup>4</sup> Kovner C, Gergen J. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 30: 315-321, Sigma Theta Tau International, USA.
- <sup>5</sup> James D, Fineberg N, Shah A, et al. (1990). An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 156: 846-852, UK.
- <sup>6</sup> Australian Resource Centre for Hospital Innovations (ARCHI) (2003). *Safe Staffing and Patient Safety Literature Review*, Waratah, NSW, Australia.
- <sup>7</sup> Fridkin S, Pear S, Williamson T et al. (1996). The role of understaffing in central venous catheter associated bloodstream infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 17 (3): 150-158, The Society for Healthcare Epidemiology of America.
- <sup>8</sup> Stanton M (2004). Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. *Research into Action*, Issue 14, No. 04-0029. Agency for Health Research and Quality (AHRQ), Maryland, USA.
- <sup>9</sup> International Council of Nurses. (1999). International Nurses' Day Kit.
- <sup>10</sup> International Council of Nurses, <http://www.icn.ch/definition.htm>, accessed October 2004.
- <sup>11</sup> European Observatory on Health Systems and Policies (2004). Glossary. World Health Organization, Copenhagen, Denmark. <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/Toppage?phrase=N>, accessed October 2004.
- <sup>12</sup> Aitken J, Kemp J (2003). *HIV/AIDS equity and Health Sector Personnel in Southern Africa*. Equinet Discussion Paper no.12, Oxfam/Equinet, Harare, Zimbabwe
- <sup>13</sup> Wharrad H, Robinson J (1999). The global distribution of physicians and nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (1): 109 121, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>14</sup> Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Yemadji N, Mills A (2000). *Human resources for Health: Requirements and availability in the context of scaling up priority interventions in low-income countries*. Department For International Development/ London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK.
- <sup>15</sup> Wharrad H, Robinson J (1999). The global distribution of physicians and nurses *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1): 109 121, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>16</sup> World Health Organization (2004). *Human resources in health: report by the Secretariat*. Executive Board, EB 114/17, 114th Session.
- <sup>17</sup> Hossain B, Begum K (1998). *Survey of the existing health workforce of the Ministry of Health Bangladesh*, Human Resource Development Group 2 (2).
- <sup>18</sup> Hegney D, McCarthy A, Rogers-Clarke C, Gorman D (2002). Why nurses are attracted to rural and remote practice. *Australian Journal of Rural Health*, 10:178-186, Blackwell Publishing, Victoria, Australia.
- <sup>19</sup> Van Harren M, Williams G (2000). Central Australian nurse management model (CAN model): A strategic approach to the recruitment and retention of remote-area nurses. *Australian Journal of Rural Health* 8:1-5, Blackwell Publishing, Victoria, Australia.
- <sup>20</sup> Courtney M, Edwards H, Smith S (2002). The impact of rural clinical placement on student nurses employment intentions *Collegian*, 9 (1): 12-18. Royal College of Nursing, Australia.
- <sup>21</sup> Statistics South Africa, Labour Force Survey, September 2001.
- <sup>22</sup> Hossain B, Begum K (1998). *Survey of the existing health workforce of the Ministry of Health Bangladesh*, Human Resource Development Group 2 (2).
- <sup>23</sup> Royal College of Nursing (2001). Annual membership survey, RCN, London, UK.
- <sup>24</sup> WHO (2003). World Health Report, WHO, Geneva, Switzerland.
- <sup>25</sup> WHO Human Resources for Health (2001), A Toolkit for Planning, Training and Management, <http://www.hrhtoolkit.forumone.com>, World Health Organization.
- <sup>26</sup> Zurn P, Dalpoz M, Stilwell B, Adams O (2002). *Imbalances in the Health Workforce*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>27</sup> Buchan J (1994). Nursing Shortages and Human Resource Planning. *International Journal of Nursing Studies* 31(2): 143-154, Elsevier, UK.
- <sup>28</sup> Buchan J (2000a). Planning for Change: Developing a policy framework for nursing labour markets. *International Nursing Review*, 47(4): 199-207, Blackwell Publishing, UK.

- <sup>29</sup> Buchan J (2002). Global Nursing Shortages. *British Medical Journal* 324: 751-752, London, UK.
- <sup>30</sup> Friss L (1994). Nursing Studies Laid End to End. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 19 (3): 597-631, Duke University Press, USA
- <sup>31</sup> Goodin H (2003). The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 43 (4): 335-350, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>32</sup> WHO (2004). *Human resources for health: report by the Secretariat*. Executive Board EB 114/17, April 2004, World Health Organization, Geneva.
- <sup>33</sup> Liese B, Dussault G (2004.) *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors*. World Bank, Washington DC, USA.
- <sup>34</sup> Padarath A, et al. (2003). *Health personnel in Southern Africa: confronting maldistribution and brain drain*. EQUINET: Network for Equity in Health in Southern Africa, <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS3hres.pdf>, accessed October 2004.
- <sup>35</sup> Kurowski et al, 2003 reported in Liese, B, Dussault G (2004). *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors*. World Bank, Washington DC, USA.
- <sup>36</sup> OECD (2004). *Towards High Performing Health Systems*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, France.
- <sup>37</sup> OECD (2004). *Towards High Performing Health Systems*. p 59. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, France.
- <sup>38</sup> Canadian Nursing Association (2002). *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections*. CNA, Ottawa, Canada.
- <sup>39</sup> Australian Health Ministers Conference (2004). *National Health Workforce Strategic Framework* AHMC, Canberra, Australia.
- <sup>40</sup> Standing Committee of Hospitals of the European Union (HOPE) (2004). *The Healthcare Workforce in Europe: Problems and Solutions*. HOPE, Brussels, Belgium.
- <sup>41</sup> Buchan J (2001). Nurse Migration and International Recruitment. *Nursing Inquiry* 8 Editorial; 203-204, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>42</sup> Advisory Committee on Health Human Resources, Health Canada (2000). *"The Nursing Strategy for Canada"*. Health Canada. Ottawa, Canada.
- <sup>43</sup> FNB (2003). *La Profession d'Infirmière au sein du système de santé de Belgique, situation actuelle et souhaits pour le futur*. Fédération Nationale Neutre des Infirmier(e)s de Belgique, Brussels, Belgium.
- <sup>44</sup> Buerhaus P, Staiger D, Auerbach D (2000). Implications of a rapidly aging nurse workforce. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 283 (22): 2948-2954, Chicago, USA.
- <sup>45</sup> Youssef E, Bisch S, Hiejnan S, Hirschfield M, Land S, Leenders F, Manfredi M et al. (1997). *Nursing Practice around the world*. Health Systems Development Programme World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>46</sup> Ferrinho P, Biscala A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes A, Conceicao C, Flores I, Santos O (2003). Pattern of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector *Human Resources for Health* 1 (11), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>47</sup> ICN (2000). *Position Statement Abuse and Violence against Nursing Personnel*, International Council of Nurses, Geneva.
- <sup>48</sup> World Health Organization, International Labour Office, International Council of Nurses, Public Services International (2000). *Public service reforms and their impact on health sector personnel*. [http://www.icn.ch/en/who\\_eid\\_osd\\_01\\_2.en.pdf](http://www.icn.ch/en/who_eid_osd_01_2.en.pdf), accessed October 2004.
- <sup>49</sup> Afford C W (2003). *Corrosive Reform: Failing health systems in Eastern Europe*, International Labour Office, Geneva, Switzerland.
- <sup>50</sup> PAHO (1999). *Nursing in the Region of the Americas*, Pan American Health Organization, Washington DC, USA.
- <sup>51</sup> Commonwealth Steering Committee (2003). *Report of the Commonwealth Steering Committee for Nursing and Midwifery/Commonwealth Nursing Federation Pacific Region Workshop Human Resource Issues Affecting Nurses and Midwives*, Department of Health, London, UK.
- <sup>52</sup> World Health Organization (2003). *Nursing and Midwifery Workforce Management Analysis of Country Assessments*, WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, India.
- <sup>53</sup> Department of Health (2000). *A Health Service of all the talents: Developing the NHS workforce – Consultation Document on the Review of Workforce Planning*. DoH, London, UK.
- <sup>54</sup> Wanless D (2002). *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View: Final Report*. HM Treasury, London, UK.
- <sup>55</sup> Scottish Executive, Health Department (2003). *Developing the Nursing and Midwifery Workforce 2002*. Scottish Executive, Edinburgh, UK.
- <sup>56</sup> Australian Institute of Health and Welfare (2002). *Nursing Labour Force 2001*. AIHW, Canberra, Australia.
- <sup>57</sup> Senate Community Affairs Committee (2002). *The Patient Profession: Time for Action*. Report on the Inquiry into Nursing. Senate Community Affairs Committee. Canberra, Australia.
- <sup>58</sup> CIHI (2003). *Bringing the Future in Focus: projecting RN Retirement in Canada*. Canadian Institute of Health Information. Canada.
- <sup>59</sup> Health Canada (2003). *A Report on The Nursing Strategy for Canada*. Health Canada, Ottawa, Canada.
- <sup>60</sup> HWAC (2003). *Health Workforce Advisory Committee Annual Report*. Health Workforce Advisory Committee, Wellington, New Zealand.

- <sup>61</sup> American Association of Colleges of Nursing (2003). *Colleagues in Caring Project*. Regional Collaboratives for Nursing Workforce Development: Newsletter, Spring 2003. AACN, Washington DC, USA.
- <sup>62</sup> National Center for Health Workforce Analysis (2002). *Projected Supply, Demand, and Shortages of Registered Nurses: 2000-2002*. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions. Washington DC, USA.
- <sup>63</sup> National Center For Health Workforce Analysis (2002b). *State Responses to Health Worker Shortages: Results of 2002 Survey of States*. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions. Washington DC, USA.
- <sup>64</sup> International Council of Nurses (2003). *ICN Workforce Forum Report 29-30 September 2003*, Oslo, Norway.
- <sup>65</sup> PAHO (1999). *Nursing in the Region of the Americas*, Pan American Health Organization, Washington DC, USA.
- <sup>66</sup> World Health Organization (2003). *Nursing and Midwifery Workforce Management Analysis of Country Assessments*. WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, India.
- <sup>67</sup> World Health Organization/World Bank (2003). *High Level Forum on the Health Development Goals. Issues for Discussion, Session 4: Improving Health Workforce Performance*.
- <sup>68</sup> Tawfik L, Kinoti S (2001). *The Impact of HIV/AIDS on the health sector in Sub-Saharan Africa: The Issue of Human Relations*, the SARA Project. Washington DC, USA.
- <sup>69</sup> Kinoti S (2002). *The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in sub-Saharan Africa*. Paper presented at the consultative meeting on improving collaboration between health professionals, government and stakeholders in human resources for health. Addis Ababa, Ethiopia. Quoted in Liese B, Blanchet N, Dussault G (2003). *Background paper: The Human Resource Crisis in Health Services in Sub-Saharan Africa*. World Bank, Washington DC, USA.
- <sup>70</sup> Unger A, Welz T, Haren D (2002). *Impact of HIV/AIDS on the Health Care Staff at a Rural South African Hospital 1990-2001*. University of California, San Francisco Center for AIDS Prevention Studies/AIDS Research Institute, Liverpool School of Tropical Medicine, UK.
- <sup>71</sup> US Agency for International Development (2003). *The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper*. USAID, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development. USAID, Washington DC, USA.
- <sup>72</sup> Shishana O et al (2003). *The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector*. Human Sciences Research Council/Medical Research Council, South Africa.
- <sup>73</sup> World Health Organization (2004). *Recruitment of health workers from the developing world*. Report by the Secretariat. Executive Board EB 114/5, April 2004, WHO Geneva, Switzerland.
- <sup>74</sup> Aitken J, Kemp J (2003). *HIV/AIDS Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa*. Oxfam/ Equinet. Equinet Discussion Paper no.12. Equinet, Harare, Zimbabwe.
- <sup>75</sup> Mejia A, Pizurki H, Royston E (1979). *Physician and nurse migration: analysis and policy implications*. Report on a WHO study. Geneva, World Health Organization
- <sup>76</sup> Buchan J, Parkin T, Sochalski J (2003). *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>77</sup> Nurses and Midwives Council, UK (2004). *Annual Statistical report*. NMC, London, UK.
- <sup>78</sup> Andersson H (2004). *Malawi crippled by nursing crisis*. BBC News, August 23, <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/3590764.stm>, accessed October 2004.
- <sup>79</sup> Pan American Health Organization (2001). *Report on Technical Meeting on Managed Migration of Skilled Nursing Personnel PAHO Caribbean Office, Bridgetown, Barbados*.
- <sup>80</sup> Vujicic M, Zurn P, Diallo K, Adams O, Dal Poz (2004). *The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries*. *Human Resources for Health* 2 (3), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>81</sup> Connell J, Brown R (2004). *The remittances of migrant Tongan and Samoan nurses from Australia* *Human Resources for Health* 2 (2), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>82</sup> Commonwealth Secretariat (2003). *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. Commonwealth Secretariat, London, UK.
- <sup>83</sup> International Council of Nurses (2001). *Position Statement: Ethical Nurse Recruitment*, ICN Geneva. See also ILO Private Recruitment Agencies Convention, 1997 (No.181).
- <sup>84</sup> Liese B, Dussault G (2004). *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors*. World Bank, Washington DC, USA.
- <sup>85</sup> Liese B, Dussault G (2004). *The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factors*. World Bank, Washington DC, USA.

- <sup>86</sup> Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P (2002). Human Resource Impact Assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (7) 525.
- <sup>87</sup> International Labour Office, World Health Organization (2000). *Public sector reforms and their impact on health sector reform case studies in Cameroon, Columbia, Jordan, Philippines, Poland and Uganda*, ILO Geneva, Switzerland.
- <sup>88</sup> Valent P (2001). The human costs to staff from closure of a general hospital: an example of the effects of the threat of unemployment and fragmentation of a valued work structure. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35: 150-154, Blackwell Publishing, Australia.
- <sup>89</sup> Armstrong-Stassen M, Cameron S, Horsburgh M (1996). The impact of organisational downsizing on the job satisfaction of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration* 9: 8-32, Canadian Nurses Association, Canada.
- <sup>90</sup> Davidson H, Folcarelli P, Crawford S, Duprat L, Clifford J (1997). The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Med Care* 35 634 -645, American Public Health Association, USA.
- <sup>91</sup> European Observatory (2000). *Healthcare Systems in Transition: Turkmenistan*. European Observatory; World Health Organization, Europe.
- <sup>92</sup> European Observatory (2002). *Healthcare Systems in Transition: Kyrgyzstan*. European Observatory; World Health Organization, Europe.
- <sup>93</sup> Maclehoose McKee (2002). *Healthcare systems in transition: Republic of Moldova*. European Observatory, 15 (4) World Health Organization, Europe.
- <sup>94</sup> Brito P, Galin P, Novick M (2003). Labour Relations, Employment Conditions and Participation in the Health Sector. In Ferrinho P, Dal Poz M (2003) *Studies in Health Services Organisation and Policy* 21, ITG Press, Antwerp, Belgium.
- <sup>95</sup> McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Streefland P, Turinde A (2000). Coping strategies of health workers in Uganda. In Ferrinho P, Van Lerberghe W, (Eds.) *Personnel Performance & Providing Health Care under Adverse Conditions. Individual Coping Strategies. Studies in Health Services Organisation & Policy*, 157-162. ITG Press, Antwerp, Belgium.
- <sup>96</sup> Buchan J (2000). Planning for Change: Developing a Policy Framework for Nursing Labour Markets. *International Nursing Review*, 47(4): 199-206, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>97</sup> O'Brien-Pallas L, Baumann A (2000). Toward Evidence based policy decisions: a case study of nursing health human resources in Ontario, Canada. *Nursing Inquiry*, 7, 248-257, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>98</sup> Scott-Findlay S, Estabrooks C, Cohn D, Pollock C (2002). Nurse Human Resource Planning in Alberta: What Went Wrong? *Policy, Politics and Nursing Practice*. 3 (4): 348-357, Sage Publications, USA.
- <sup>99</sup> Agudelo M, Molina C (1999). Las Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos en Las Americas Y Su Impacto En La Formación en Enfermería. In PAHO (1999) *Nursing in the Region of the Americas*, Pan American Health Organisation, Washington DC, USA.
- <sup>100</sup> Buchan J, (2004). What Difference Does ("Good") HRM Make? *Human Resources for Health*, 2:6 (7 June 2004) World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>101</sup> Buchan J (2000a). Planning for Change: Developing a policy framework for nursing labour markets. *International Nursing Review*, 47(4) 199-207, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>102</sup> O'Brien-Pallas L, Birch S, Baumann A, Tomblin Murphy G (2003). Integrating Workforce Planning, Human Resources and Service Planning. In Ferrinho P and Dal Poz M (Eds) *Towards a Global Health Strategy*, Studies in Health Services Organisation and policy, 21, ITG Press Antwerp, Belgium.
- <sup>103</sup> O'Brien-Pallas L, Baumann A, Donner G, Tomblin Murphy G, Lochhaas J, Luba M (2001). Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advanced Nursing* 33 (1) 120-129, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>104</sup> Srisuphan W, Senaratana W, Kunavikiul W, Tonmukayakul O, Charoenyuth C, Sisikanokwilai N (1998). Supply and requirement projection of professional nurses in Thailand over the next two decades (1995-2016 A.D.) *Human Resources for Health Development Journal*, Sept-Dec, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>105</sup> Stowers P (2002). *Nursing Workforce Plan for Samoa 2000- 2005*. Nursing Division, Department of Health, Samoa.
- <sup>106</sup> Scottish Executive (2001). Student Nurse and Midwife Numbers, *The Report of the Reference Group on Student Nurse Intake Planning*, Scottish Executive Health Department, Edinburgh, UK.
- <sup>107</sup> See e.g. Standing H, Baume E (2003). Equity, Equal Opportunities, Gender and Performance. In Ferrinho P, Dal Poz M (2003) *Towards a Global Health Workforce Strategy*. ITG Press, Antwerp, Belgium.
- <sup>108</sup> Irvine D, Evans M (1995). Job satisfaction and turnover amongst nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44 (4): 246-253, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>109</sup> Shields M, Ward M (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction and intentions to quit. *Journal of Health Economics* 20: 677-701, Elsevier Publishing.

- <sup>110</sup> Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S et al (2001). *Commitment and Care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system: Final Report*. Canadian Health Service Research Foundation, Ottawa, Canada.
- <sup>111</sup> Duffield C, O'Brien-Pallas L (2002). The Nursing workforce in Canada and Australia: two sides of the same coin. *Australian Health Review*. 25 (2): 136-144, Australian Healthcare Association, Australia.
- <sup>112</sup> Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 288 (16)1987-1993, USA.
- <sup>113</sup> Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt, Rafferty A.M, Shamian J (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs (May/June)* 43-53, Maryland, USA.
- <sup>114</sup> Atencio B, Cohen J, Gorenberg B (2003). Nurse retention: is it worth it? *Nursing Economics* 21 (6) 262-268, AJJ Publishing, USA.
- <sup>115</sup> Tuttas C (2002). Robbing Peter to pay Paul: breaking the RN "recruitment cycle". *Journal of Nursing Care Quality* 16 (4): 39-45, Lippincott, Williams & Wilkins, USA.
- <sup>116</sup> Stone S, Tourangeau A, Duffield C, Hughes F, Jones C, O'Brien-Pallas L, Shamian J (2003). Evidence of nurse working conditions: A global perspective. *Policy Politics and Nursing Practice* 4 (2) 120-130, Sage Publications, USA.
- <sup>117</sup> Aiken L, Smith H, Lake E (1994). Lower Medicare Mortality amongst a set of hospitals known for good nursing care *Medical Care*, 32, 771-787, American Public Health Association, USA.
- <sup>118</sup> Clarke H, Laschinger H, Giovannetti P, Shamian J, Thomson D, Tourangeau A (2001). Nursing Shortages: workplace environments and essential to the solution. *Hospital Quarterly (Summer)* 50-57.
- <sup>119</sup> Heinz D (2004). Hospital nurse staffing and patient outcomes: A review of current literature. *Dimensions of Critical Care Nursing* 23 (1): 44-50, Lippincott Williams & Wilkins, USA.
- <sup>120</sup> McClure M, Poulin M, Sovie M, Wandelt M (1983). *Magnet Hospitals: Attraction Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nursing, USA.
- <sup>121</sup> See e.g. Aiken L, et al (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association* 288(16), 1987-1993.  
Kramer M, Schmalenberg C (2004). Essentials of a Magnetic Work Environment. *Nursing* 2004, 34 (6) 50-54.
- <sup>122</sup> American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2003). *Magnet Nursing Service Recognition Program. Health Care Organizations Instructions and Application Profess Manual 2001-2002*. ANCC, Washington DC, USA.
- <sup>123</sup> Labun E (2002). The Red River College Model: Enhancing Success for Native Canadian and Other Nursing Students from Disenfranchised Groups. *Journal of Transcultural Nursing* 13 (4) 311-317, Sage Publications, USA.
- <sup>124</sup> July F (1994). Marketing, Recruiting and Retaining African American Baccalaureate Nursing Students. *ABNF Journal*, 5 (6) 164-168, The Association of Black Nursing Faculty, USA.
- <sup>125</sup> Villeneuve M (1994). Recruiting and retaining men in nursing: A review of the literature. *Journal of Professional Nursing* 10 (4) 217-228, American Association of Colleges of Nursing, USA.
- <sup>126</sup> See e.g. Blackburn R, Siltanen J, Jarman J (1995). *Gender Inequality in the labour market: occupational concentration and segregation*. International Labour Office, Geneva, Switzerland.  
McPherson D, Hirsch B (1995.) Wages and gender composition: why do women's jobs pay less? *Journal of Labour Economics* 13 (3) 426-471.
- <sup>127</sup> Kevern J, Webb C (2004). *Mature women's experiences of preregistration nurse education*. *Journal of Advanced Nursing* 45. (3) 297-306, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>128</sup> Ballie L, Allen R, Coogan F, Radley R, Turnbull L (2003). The recruitment of newly qualified nurses to their local hospital: can improvements be made? *Journal of Nursing Management* 11 35-43, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>129</sup> See e.g. Standing H, Baume E (2003). Equity, Equal opportunities, Gender and Performance. In Ferrinho P, Dal Poz M (2003) *Towards a Global Health Workforce Strategy*. ITG Press, Antwerp, Belgium.
- <sup>130</sup> Lilly A (2002). Improving nursing recruitment and retention in a sub-acute health service. *Australian Health Review* 25 (1) 95-99, Australian Healthcare Association.
- <sup>131</sup> Egan M, Moynihan M (2003). *An Examination of Non Practising Qualified Nurses and Midwives in the Republic of Ireland and an Assessment of their Intentions and Willingness to Return to Practice*. Irish Nurses Organisation/ Michael Smurfit Business School, Dublin, Ireland.
- <sup>132</sup> La Sala K (2000). Nursing workforce issues in rural and urban settings – looking at the difference in recruitment, retention and distribution. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 1 (1), <http://www.rno.org/journal/>, accessed October 2004.

- <sup>133</sup> Courtney M, Edwards H, Smith S (2002). The impact of rural clinical placement on student nurses' employment intentions. *Collegian*, 9 (1): 12-18. Royal College of Nursing, Australia.
- <sup>134</sup> Blegen M (1993). Nurses' Job Satisfaction: A meta analysis of related variables *Nursing Research* 42 (1) 36-41, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>135</sup> WHO (2003). *Nursing and Midwifery Workforce Management Analysis of Country Assessments*, WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, India.
- <sup>136</sup> Kaponda C et al. (1999). Situational Analysis of Nursing in Malawi. Report to the Nursing Workshop, Harare, Zimbabwe. Cited in Standing H and Baume E Equity, Equal Opportunities, Gender and organisation performance: In Ferrinho P and Dal Poz M (2003) *Towards a Global Health Workforce Strategy Studies in Health Services Organisation and Policy*, 21, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- <sup>137</sup> See e.g. Health Canada (2003). *A Report on The Nursing Strategy for Canada*. Health Canada, Ottawa, Canada.
- <sup>138</sup> Parsons M, Stonestreet J (2003) Factors that contribute to nurse manager retention *Nursing Economics* 21 (3) 120-126, AJJ Publishing, USA.
- <sup>139</sup> Jackson D, Clare J, Mannix J (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the Workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management* 10: 13-20, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>140</sup> Cordeniz J ((2002). Recruitment, retention and management of generation X: A focus on nursing professional. *Journal of Healthcare Management* 47 (4): 237-249. American College of Healthcare Executives, USA.
- <sup>141</sup> Cooper E (2003). Pieces of the shortage puzzle: Ageing and shift work *Nursing Economics* 21 (2): 75-79, AJJ Publishing, USA.
- <sup>142</sup> Irvine D, Evans M (1995). Job satisfaction and turnover amongst nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44 (4): 246-253, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>143</sup> Aiken L, Havens D (1999). Shaping Systems to Achieve Desired Outcomes. *Journal of Nursing Administration* 29 (2) 14-20, USA.
- <sup>144</sup> Aiken L, Havens D, Sloan D (2000). Magnet Nursing Services Recognition Programme. *Nursing Standard*, 14 (25): 41-47, March 8-14, Royal College of Nursing, UK.
- <sup>145</sup> Upenieks V (2003). Recruitment and retention strategies: A magnet hospital prevention model. *Nursing Economics* 21 (1) 7-23, AJJ Publishing, USA.
- <sup>146</sup> Hurst K (2002). *Selecting and Applying Methods for Estimating the Size and Mix of Nursing Teams*. Leeds: Nuffield Institute for Health, UK.
- <sup>147</sup> Scottish Executive, Health Department (2004). *Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Project*. Scottish Executive, Edinburgh,UK. <http://www.scotland.gov.uk/library5/health/nwww.pdf>
- <sup>148</sup> See e.g. Cockerill R, O'Brien -Pallas L, Bolley H, Pink G (1993). Measuring Nursing Workload for Case Costing. *Nursing Economics*, 11(6), 342-350, AJJ Publishing, USA.
- <sup>149</sup> Seago J, Spetz J, Coffman J, Rosenoff E , O'Neil E (2003). Minimum staffing ratios: The California workforce initiative survey. *Nursing Economics* 21 (2) 65-70, AJJ Publishing, USA.
- <sup>150</sup> Buchan J (2004). *A Certain Ratio?* Royal College of Nursing, London, UK.
- <sup>151</sup> Martinez J (2003). Assessing Quality Outcomes and Performance Management. In: Ferrinho P and Dal Poz M (2003) *Towards a Global Health Workforce Strategy Studies in Health Services Organisation and Policy*, 21, World Health Organization.
- <sup>152</sup> Boland T, Fowler A (2000). A systems perspective of performance management in public sector organisations. *International Journal of Public Sector Management* 13 (5), Emerald Group Publishing Limited, UK.
- <sup>153</sup> Martinez J (2003). Assessing Quality Outcomes and Performance Management. In: Ferrinho P and Dal Poz M (2003) *Towards a Global Health Workforce Strategy Studies in Health Services Organisation and Policy*, 21, World Health Organization.
- <sup>154</sup> Siehoff, A. M. (1998). Impact of unlicensed assistive personnel on patient satisfaction: an integrative review of the literature. *Journal of Nursing Care Quality*. Dec.; 13 (2): 1- 10, Lippincott, Williams & Wilkins, USA.
- <sup>155</sup> See e.g. Brown, S.A. and Grimes, D.E. (1995). A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care *Nursing Research* 44 (6), 332-339, Blackwell Publishing, UK.
- <sup>156</sup> Kinnersley P, Anderson E, Parry K et al. (2000). Randomised control trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting same day consultation in primary care. *British Medical Journal*. 7241 (320):1043-1048, UK.
- <sup>157</sup> Buchan J, Dal Poz M (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization* 80 (7): 575-580, WHO, Geneva, Switzerland.
- <sup>158</sup> Buchan J, Dovlo D (2004). *International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for the Department For International Development*. DFID Health Systems Resource Centre, London,UK.





**Consejo Internacional de Enfermeras**

3, place Jean-Marteau  
1201 Ginebra  
Suiza

Tel +41 22 908 0100  
Fax +41 22 908 0101  
email [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
[www.icn.ch](http://www.icn.ch)