



Documento
temático

4

Contratación y retención de las enfermeras: formación de unos recursos humanos motivados

Copyright

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de cualquier parte de esta publicación mediante impresión, por medios fotostáticos o de cualquier otra manera, su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión de cualquier forma y su venta, sin el permiso expreso, por escrito, del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización pequeños extractos (de menos de 300 palabras), a condición de que se indique la fuente.

Copyright © 2006 por el CIE – Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra (Suiza)

ISBN: 92-95040-63-5

Documento
temático

4

Contratación y retención de las enfermeras: formación de unos recursos humanos motivados

Pascal Zurn

Carmen Dolea

Barbara Stilwell

Organización Mundial de la Salud

Departamento de Recursos Humanos de Salud

Índice

Noticia sobre los autores	6
Resumen	7
Introducción	11
Sección primera: Escasez de enfermeras – Problemas de contratación y retención	12
Alcance de los problemas de contratación y retención	12
Consecuencias de los problemas de contratación y retención	15
Sección segunda: Factores que influyen en la motivación y en los resultados	17
Consideraciones teóricas	17
Pruebas empíricas	19
Sección tercera: Intervenciones de política general	22
Posibles planteamientos	22
Opciones de política general	23
Eficacia y costos	28
Sección cuarta: Debate y observaciones finales	31
Referencias	33

Agradecimientos

Damos las gracias al Profesor James Buchan, Queen Margaret University College, Edimburgo, Reino Unido, por sus comentarios y sugerencias que resultaron de gran utilidad.

La responsabilidad de los contenidos del informe y de las conclusiones corresponde exclusivamente a los autores.

Noticia sobre los autores

Pascal Zurn, Licenciado en Ciencias, Doctor

Pascal Zurn es un economista de salud y posee un título de licenciado en economía de la salud por la Universidad de York, además de un título de doctor en economía, de la Universidad de Lausana. Trabajó durante seis años en el Instituto de Economía y Gestión de la Salud de Lausana, en la planificación de la salud, la evaluación del costo social del SIDA y en los análisis de costos-eficacia. También fue miembro de la Junta directiva de Médicos sin Fronteras (MSF) de Suiza, de 1996 a 2000. En agosto de 2001, entró a formar parte del equipo de Recursos Humanos para la Salud, de la OMS. Está dedicado al trabajo de analizar los problemas de los desequilibrios, la migración y los incentivos.

Carmen Dolea, Licenciada en Medicina, Master en Salud pública

Carmen Dolea se licenció en medicina en 1994, en la Facultad de Medicina y Farmacia de Bucarest, Rumania. Posee un título de master en Salud pública y gestión de los servicios de salud por esa misma universidad. Tiene cuatro años de experiencia en la labor clínica hospitalaria, y más de tres años de experiencia en la investigación académica de sistemas de salud, políticas de salud y recursos humanos de salud, tanto en Rumania como en el Reino Unido. En agosto de 2002 entró a formar parte del equipo de recursos humanos de salud, de la OMS. Su campo de trabajo abarca los métodos de planificación de los recursos humanos para determinadas enfermedades, los modelos de sustitución o de mejoramiento de las capacidades y las consecuencias que tienen, en la calidad de los cuidados y en los resultados de salud, los aspectos organizativos de la prestación de los servicios (descentralización, autonomía y propiedad de los hospitales), así como las políticas para mejorar la contratación, la retención y la motivación de los trabajadores de atención de salud.

Barbara Stilwell, Enfermera especialista, RHV, Diplomada en Psicología social, Licenciada en Ciencias

Barbara Stilwell trabaja en la OMS en el desarrollo de los sistemas de salud y de los recursos humanos, desde 1998, y antes, formó parte del Programa Ampliado de Inmunización, desde enero de 1997 hasta julio de 1998. Obtuvo hace poco un título de master en Gestión del desarrollo, con importantes estudios de funcionamiento de sistemas y participación de los interesados, así como elementos de planificación y gestión empresarial. Además tiene un título de postgrado en investigación y una diplomatura en psicología social, ambos obtenidos en el Reino Unido. Es enfermera de atención directa, se formó en el Reino Unido y en los Estados Unidos y ha trabajado con poblaciones aisladas de Australia, el Caribe y África. Su interés por el desarrollo de capacidades proviene del trabajo clínico que desempeñó en regiones rurales y con poblaciones insuficientemente atendidas de los EE.UU. y del Reino Unido. Antes de llegar a la OMS, Barbara Stilwell dirigió un departamento de una unidad académica y de política especializada en ampliar la práctica de los profesionales de salud. Al frente de este departamento, estuvo encargada de introducir cambios a gran escala dentro del National Health Service del Reino Unido. Ha publicado mucho sobre cuestiones de recursos humanos, en especial de enfermería y de atención primaria de salud, y en el decenio de 1980, mientras disfrutaba de una beca de investigación en la Universidad de Birmingham, escribió con Julian Tudor un libro sobre la prevención de los ataques cardíacos: quizá una de las bases del interés que ha mostrado a lo largo de su vida por subsanar las desigualdades de salud.

Resumen

Antecedentes

La contratación y la retención de personal adecuado son los problemas principales a los que se enfrentan los encargados de la formulación de la política de salud. Los resultados y la calidad de los sistemas de salud dependen en última instancia de la calidad y la motivación de sus recursos humanos. Por ello, deben abordarse adecuadamente los problemas de contratación y retención de los recursos humanos, ya que la escasez y la falta de motivación del personal de enfermería pueden tener efectos perjudiciales para la prestación de los servicios de salud y para los resultados de la atención de salud.

Objetivo

El objetivo principal del presente documento es estudiar el modo de conseguir y retener unos recursos humanos de enfermería motivados.

Problemas de contratación y retención

Los datos procedentes de países desarrollados y de países en desarrollo tienden a indicar que la contratación y la retención de las enfermeras son problemas graves. Se comunica que hay puestos vacantes en muchos países, inclusive en países en desarrollo como Sudáfrica donde, en el año 2003, había 30.000 puestos vacantes de enfermeras.

Otro indicador de los puestos vacantes es la rotación del personal; ese indicador se emplea con frecuencia para evaluar los problemas de retención en los puestos de trabajo. En países tales como el Reino Unido y los Estados Unidos de América, las tasas de rotación son bastante significativas, de alrededor del 20%, según estimaciones.

La imposibilidad de contratar y retener al personal de enfermería tiene diversas consecuencias. El cierre de clínicas y consultas, el acceso reducido a las mismas y una atención de salud y una productividad de menor calidad son ejemplos frecuentes de las consecuencias de la escasez de enfermeras. Además, es probable que la elevada rotación haga que aumenten los costos de los dispensadores - costos de contratación y formación de personal nuevo - y las horas extraordinarias y que se recurra a personal de agencias de trabajo temporal para sustituciones temporales. Entre los costos de la rotación hay que contar también con una moral de trabajo y una productividad del grupo más bajas. Los estudios revelan que los costos relacionados con los problemas de contratación y de retención son importantes.

Factores que influyen en la motivación y en los resultados

Desde una perspectiva de política general, para tener "el número adecuado de enfermeras en el lugar preciso" han de identificarse y comprenderse los factores que influyen en la motivación y en los resultados de éstas. Para ello, es imprescindible relacionar incentivos y resultados. Los incentivos son importantes porque influyen de forma determinante en los resultados.

Muchos creen que la motivación en el trabajo es un factor decisivo para los resultados de las personas y las organizaciones y que permite predecir si hay o no intención de dejar el puesto de trabajo. La relación entre la falta de satisfacción laboral, la falta de motivación y la intención de dejar el puesto de trabajo tiene fundamentos empíricos. Los gestores de salud han de comprender que la motivación tiene una importancia fundamental para los resultados de los trabajadores de salud en el contexto de la escasez de recursos. Tres factores influyen decisivamente en los resultados de las enfermeras:

- la capacidad del personal para hacer el trabajo; (sus conocimientos, capacidades y experiencia para hacer su trabajo: es decir, los factores de capacidad o "posibilidad");
- la motivación del personal para esforzarse en hacer el trabajo (es decir, los factores de capacidad o "decisión");

- el apoyo de la organización o la oportunidad de hacer bien el trabajo (disponibilidad de recursos, existencia de políticas y prácticas que fomentan los resultados, entorno físico y social adecuados.)

Dicho de otra manera, los resultados dependen de que el personal se considere capaz de desempeñar su función, quiera hacerlo y disponga de los medios para hacerlo.

Intervenciones de política general

Para que las enfermeras sigan formando parte de los recursos humanos de salud y para mejorar la contratación, es imprescindible una serie de importantes intervenciones de política general.

Hay tres modos principales de ampliar el mercado de trabajo de la enfermería:

- aumentar el número de entradas, por ejemplo, aumentar el número de estudiantes de enfermería;
- reducir el índice de abandonos de la profesión, por ejemplo, mejorar la retención de los estudiantes y fomentar la retención del personal actual de enfermería;
- atraer a las enfermeras que no forman parte de los recursos humanos nacionales de enfermería, por ejemplo, atraer a enfermeras que ocupan otros empleos, a enfermeras retiradas o no activas, o a enfermeras de otros países.

Con el fin de retener y desarrollar los recursos humanos de enfermería, pueden considerarse distintas opciones de política para aplicar los planteamientos teóricos.

1. Políticas dirigidas a las características personales de las enfermeras

Las características personales tienen que ver principalmente con la edad, el sexo y la formación. La poca consistencia de los datos empíricos y la ética que se precisa para la selección de las características personales específicas explican por qué esta política no se ha aplicado de manera sistemática. No obstante, sería beneficioso tener en cuenta que las enfermeras más jóvenes y bien preparadas pueden querer desarrollar una carrera profesional y que esto puede suponer que cambien de empleador o incluso de profesión. Si se ofrecieran buenas oportunidades de avance profesional, reflejadas en la estructura de la carrera profesional y un aumento salarial, se podría reducir la rotación del personal. Las enfermeras de más edad probablemente son un grupo más estable de recursos humanos; deben considerarse políticas para que vuelvan al trabajo (por ejemplo, actualizar su formación, ofrecerles turnos flexibles de trabajo o servicios para el cuidado de los niños).

2. Incentivos monetarios

Los incentivos monetarios son seguramente los métodos más frecuentemente utilizados para mejorar la contratación, la retención, la motivación y los resultados. En los incentivos monetarios se incluyen los pagos directos e indirectos como sueldos o salarios, primas, pensión, seguros, prestaciones, becas, préstamos y reembolso de gastos de estudios. Es importante que la remuneración sea adecuada y oportuna para garantizar la contratación de un personal cualificado y motivado.

Las repercusiones de los salarios son diversas. Un aumento salarial no conlleva un aumento significativo de la participación laboral. No obstante, hay que señalar que la mayoría de los estudios sobre salarios se realizaron en países desarrollados, en particular en los EE.UU. y en el Reino Unido, y que el contexto salarial es muy distinto en los países en desarrollo. Por ejemplo, es muy probable que las diferencias salariales entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y entre los sectores público y privado, y los importantes retrasos en el pago de los salarios en el sector público influyan en la contratación y la retención de los recursos humanos de enfermería, en los países en desarrollo. Por estos motivos, es probable que un aumento de los salarios en los países en desarrollo tenga en la contratación y la retención de las enfermeras unas repercusiones más favorables que en los países desarrollados.

Otras ventajas financieras a menudo empleadas son las bonificaciones, pensiones, los seguros, las primas, las becas, los préstamos, el reembolso de gastos de enseñanza, etc...

3. Incentivos no monetarios

Fomentar la autonomía laboral

La autonomía laboral puede definirse como el control sobre el propio trabajo, y es una de las variables que determinan la satisfacción en el trabajo.

Alentar el avance en la carrera profesional

La posibilidad de avanzar en la carrera profesional es fundamental para las enfermeras, especialmente en un entorno que se caracteriza por un enorme crecimiento de los conocimientos relacionados con las ciencias de la salud y unido a los avances tecnológicos. Hay pruebas que indican que las perspectivas de desarrollo profesional fomentan la retención de las enfermeras.

Adaptar el horario laboral y el trabajo por turnos

Limitar el número de horas de trabajo y permitir periodos de descanso son factores que repercuten de manera directa sobre la calidad de los servicios y, por ello, son especialmente importantes para las enfermeras. Además, la remodelación de los turnos para permitir más tiempo libre, más flexibilidad y más posibilidades de elección de los turnos son formas de mejorar la satisfacción con el horario laboral y mejorar la contratación y la retención de las enfermeras.

4. Reducir la violencia en el lugar de trabajo

La violencia contra las enfermeras parece ser un problema cada vez mayor. Algunas conclusiones indican que hay una relación directa entre las agresiones y el aumento de las bajas por enfermedad, el agotamiento y la rotación de personal. Por tanto, ha de estudiarse la posibilidad de reducir la violencia en el lugar de trabajo para reducir el número de enfermeras que abandonan la profesión.

5. Liderazgo

En numerosos estudios, se ha constatado que hay una relación positiva entre, por una parte, el liderazgo y, por otra, la satisfacción laboral de las enfermeras y su compromiso con las metas institucionales. El problema que se plantea a los dirigentes del sector de salud es poder conseguir y mantener una visión de largo plazo, formar equipos y fortalecer el compromiso de llevar a cabo el cambio en la organización. Por tanto, los dirigentes habrán de centrarse en motivar, inspirar y capacitar a sus empleados.

6. Políticas dirigidas a factores del contexto

Los factores contextuales tales como el mercado laboral, el apoyo familiar y la ubicación del trabajo, desempeñan una función importante en la contratación. En particular, el trabajo en las regiones rurales puede ser difícil por varios motivos, entre ellos la falta de vida social y de servicios públicos, las dificultades para desplazarse y la falta de alojamiento. Estas dificultades se agravan en los lugares con escasos recursos, donde la infraestructura está probablemente poco desarrollada y las carreteras, transportes, escuelas y viviendas son inadecuados. Invertir en el mejoramiento de estos servicios básicos puede ser rentable al mejorar la motivación, la retención y la contratación, ya que unas condiciones de trabajo deficientes y la falta de equipamiento, son a menudo importantes elementos que afectan a la motivación del personal.

Eficacia y costos

Desde una perspectiva de política general, el modo de elegir los incentivos más adecuados es una cuestión esencial. Una forma de contestar a esta pregunta es mediante la evaluación de los costos y de la eficacia de cada opción política. Se ha observado que unos hospitales son más eficaces que otros para contratar y retener al personal de atención de salud. Estos hospitales se han denominado "hospitales modelo". Los estudios muestran que los hospitales modelo obtienen mejores resultados: menor mortalidad hospitalaria ajustada en función del riesgo, niveles superiores de calidad de los cuidados, mayor satisfacción de los pacientes, índices más bajos de agotamiento de las enfermeras e índices más altos de satisfacción de las enfermeras en el trabajo.

Asimismo, ha de tenerse en cuenta el costo de cada política, en particular sus costos de aplicación. Probablemente las medidas que favorecen los incentivos financieros tendrán que hacer frente a limitaciones financieras y de aplicación mayores que las medidas que favorecen los incentivos no financieros.

Sin embargo, en la actualidad no se dispone de mucha información sobre la efectividad y los costos de los incentivos. Habrán de realizarse más estudios que combinen efectividad y costos, con el fin de facilitar la adopción de decisiones y contribuir a decisiones mejores desde una perspectiva social.

Resumen

La dificultad a que se enfrenta cada sistema de salud es la de identificar y aplicar un conjunto de distintos tipos de incentivos que satisfagan sus necesidades; no es probable que un mismo conjunto de incentivos sea adecuado para todas las organizaciones o contextos. La mayoría de los estudios sobre cómo aumentar la motivación y la satisfacción laboral de los trabajadores de salud se ha hecho en los países desarrollados, donde se dispone de recursos para esas actividades. No obstante, las situaciones en los países en desarrollo son muy diferentes. Los dispensadores de salud trabajan en situaciones de escasez de todo tipo de recursos: los salarios suelen ser bajos, incluso puede que sean inferiores al nivel de subsistencia; quizá falten instrumentos y equipos, o están inutilizables; puede ser que los trabajadores de regiones apartadas estén solos la mayor parte del tiempo; y quizá el presupuesto para el desarrollo profesional del personal es escaso o nulo. La relación entre el desarrollo de la política general y la motivación personal de los trabajadores de salud es compleja y requiere que se reconozca la importancia de los factores individuales, organizativos y sociales en la motivación.

Introducción

Las principales dificultades a las que se enfrentan los encargados de la formulación de políticas son la contratación y la permanencia del personal adecuado. En efecto, los resultados y la calidad de un sistema de salud dependen en última instancia de la calidad y la motivación de los recursos humanos de salud, (Martinez et al. 1998; Zurn et al. 2004). En todo sistema de salud, esos recursos humanos son un elemento capital, y son esenciales para dispensar los cuidados a los pacientes. Por lo tanto, los problemas de contratación y de retención deben abordarse como corresponde, ya que la escasez de personal o unos recursos humanos de salud poco motivados probablemente influirán negativamente en la prestación de los servicios de salud y en los resultados de los cuidados.

Este informe se centra en el modo de conseguir y retener unos recursos humanos de enfermería motivados. En la sección primera se examinan los problemas de contratación y de retención; en la sección segunda se exponen los factores que influyen en la motivación y los resultados. Las opciones de política general para mejorar la contratación, la retención y los resultados se examinan en la sección tercera; y en la sección cuarta se hace una exposición basada en las secciones anteriores.

Sección primera: Escasez de enfermeras – Problemas de contratación y retención

Muchos países tienen dificultades para contratar nuevo personal de salud o para retener al personal actual. Por este motivo, hay un interés general en retener a los trabajadores de salud, en especial a las enfermeras. Así lo demuestran los estudios sobre satisfacción laboral, ausentismo, rotación del personal e intención de emigrar, en países de escasos recursos como Camerún, Ghana y Sudáfrica (Awases et al. 2003). Y así sucede en países más ricos como Canadá, Alemania, Noruega, Suecia, Taiwán, Tailandia, el Reino Unido y los EE.UU. (Aiken et al. 2001; Holmas 2002; Tzeng 2002; Goodin 2003; Hasselhorn et al. 2003).

Alcance de los problemas de contratación y retención

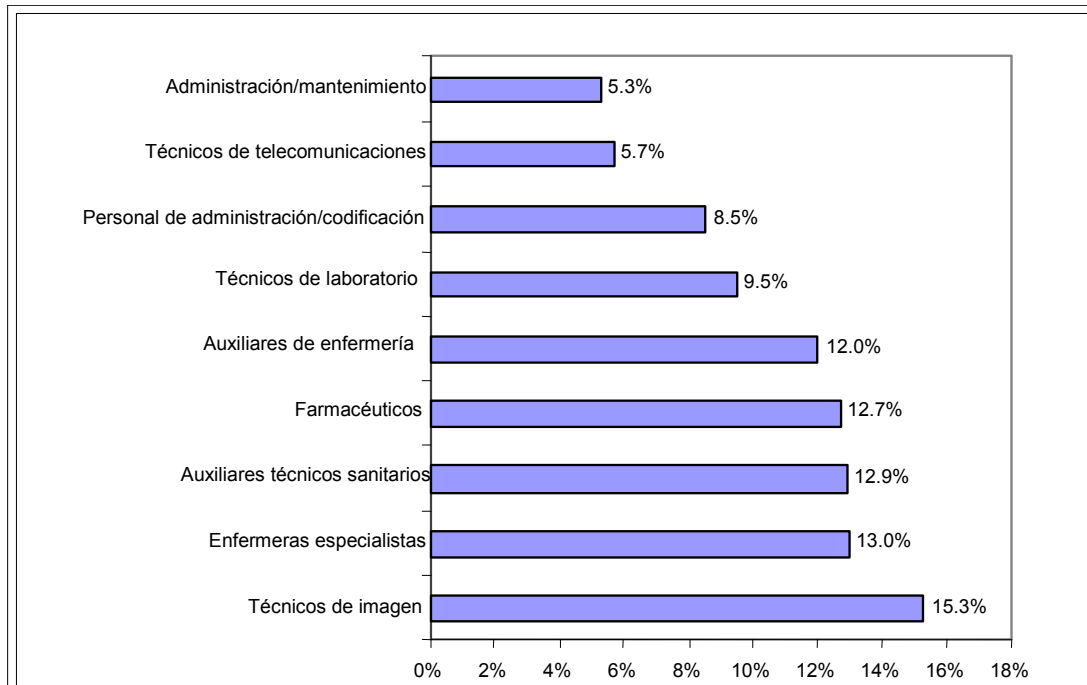
La escasez de los recursos humanos de salud plantea un grave problema para los encargados de la formulación de políticas. Hay varios planteamientos para definir la escasez (Zurn et al. 2004). Desde una perspectiva económica, se produce escasez cuando la cantidad de una determinada capacidad que aportan los recursos humanos es diferente de la cantidad demandada por los empleadores en las condiciones de mercado existentes. Las definiciones no económicas suelen ser de carácter normativo, es decir, hay escasez de trabajadores en relación con unas normas definidas. En el caso del personal de salud, estas definiciones se basan en un juicio de valor -por ejemplo, en la cantidad de cuidados que las personas han de recibir- o en una decisión profesional -como la de determinar cuál es el número adecuado de médicos para atender a la población general.

Sobre la base de estos criterios, en la mayoría de los países del mundo se notifica escasez de personal, aunque la gravedad de tal escasez varía. Esta parece ser más grave en África. Por ejemplo, en Zimbabue se comunica que hay una grave escasez de personal de todas las categorías de profesiones de salud, y se contabilizan 2.000 vacantes de enfermería (Mutizwa-Mangiza 1998). En Asia, Vietnam experimentó una disminución del 57% de su número de enfermeras entre 1986 y 1996 (Banco Mundial, 1998). Al parecer, la escasez ha aumentado por la migración del personal de salud. La migración es una cuestión de especial importancia en África, ya que un gran número de profesionales de salud han abandonado los países africanos en los últimos años (Dovlo 1999).

La escasez es consecuencia de políticas inadecuadas de contratación y retención de los trabajadores de salud. Para evaluar la magnitud de la escasez, se han empleado diversos indicadores relacionados con aspectos de contratación y retención, tales como el ausentismo, los índices de retención, los índices de puestos vacantes y la rotación de personal. Un estudio realizado por Wai Chi Tai et al. (1998) muestra que la definición de los indicadores plantea problemas. Hornby y Forte (2002) han tratado de sistematizar los diversos indicadores utilizados en las políticas y en la planificación de los recursos humanos de salud. En el presente estudio, nos centraremos en los principales indicadores: los índices de vacantes, de rotación de personal y de retención.

Los índices de vacantes pueden definirse como el número de puestos de trabajo establecidos y no ocupados en un momento determinado. La mayoría de los datos acerca de los índices de vacantes provienen de los países desarrollados. En una encuesta nacional realizada en los hospitales de los EE.UU. por el First Consulting Group y representada en la Figura 1, se reveló que los índices más altos, 15,3%, de vacantes se daban entre los técnicos de imágenes; seguían las enfermeras especialistas, las enfermeras acreditadas de atención directa y los farmacéuticos, con los índices de vacantes del 13%, el 12,9% y el 12,7% respectivamente (First Consulting Group, 2001).

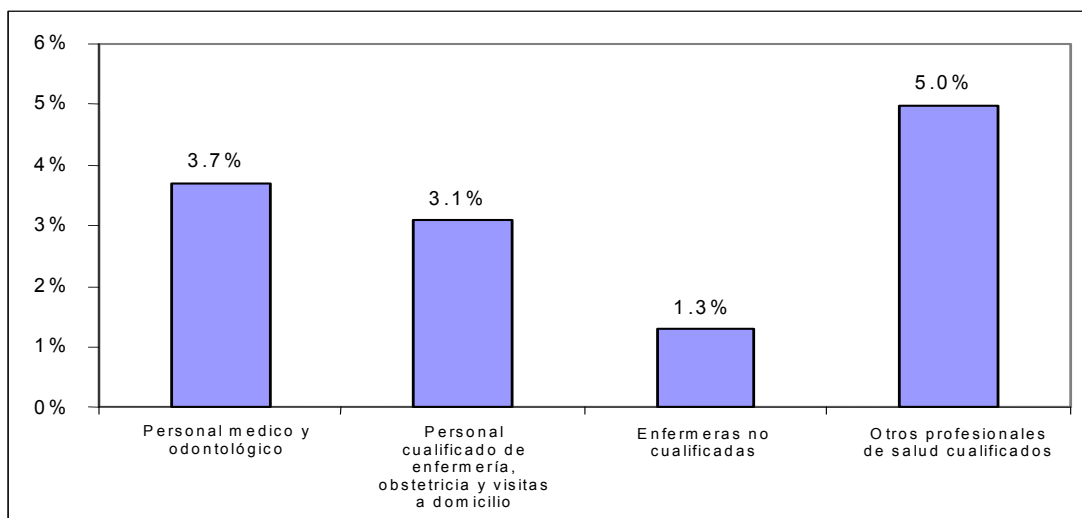
Figura 1: Índices de vacantes en los hospitales de los EE.UU., por profesiones, en 2001



Fuente: First Consulting Group (2001).

Otro indicador es el índice trimestral de vacantes, que representa los puestos de trabajo "difíciles de cubrir", y que los directores de atención de salud tratan de cubrir desde hace tres meses o más. En Inglaterra, según estimaciones del Estudio de vacantes hecho por el Ministerio de Sanidad, el índice trimestral de vacantes de enfermeras tituladas era, en marzo de 2003, del 3,7%, índice ligeramente inferior al registrado en marzo del 2002. En el año 2003, ese índice fue del 3,1% para los puestos de profesionales paramédicos, más alto que la del año anterior. En la Figura 2 se representa el índice trimestral de vacantes en Inglaterra.

Figura 2: Índice trimestral de vacantes en el Reino Unido, 2003



Fuente: Ministerio de Sanidad, encuestas sobre vacantes (2003).

Resulta bastante difícil conseguir información sobre los recursos humanos de salud en los países desarrollados pero, por la limitada información de que se dispone, los índices de vacantes parecen ser altos. Por ejemplo, en Sudáfrica en 2003 había 30.000 puestos vacantes de enfermeras, cifra que representa aproximadamente el 17% de los puestos totales (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, OCDE, 2004). En dos distritos rurales de Tanzania, estaban vacantes casi el 61% de los puestos de personal con capacidades de enfermería (Wys 2003). En Malawi, según el gobierno, sólo estaba cubierto el 28% de los puestos de enfermería en 2003 frente al 47% en 1998 (Aitken y Kemp 2003). En Uganda, la proporción actual de puestos aprobados que se cubrieron con trabajadores de salud (incluidas las enfermeras) en 2001/2002 era del 42%, cifra que supone un ligero mejoramiento respecto del 33% de los puestos cubiertos en 1999/2000 (Matsiko et al. 2003).

Sin embargo, el uso de los datos sobre vacantes comporta varias limitaciones. En general, puede ser que los índices de vacantes subestimen la gravedad de la escasez. Puede haber vacantes "suprimidas" (cuando un puesto no se anuncia porque la dirección no espera poder cubrirlo adecuadamente), y vacantes "ocultas" (cuando el puesto se ha cubierto por una persona cuyos conocimientos o experiencia son insuficientes para cumplir adecuadamente con los requisitos del puesto) (Buchan et al. 2004).

La "rotación" del personal también se utiliza frecuentemente como un indicador de los problemas de contratación y retención. La rotación del personal indica el porcentaje de los recursos humanos que se pierden cada año por jubilaciones, muertes, migración internacional o traslados a otros sectores de la economía. Ha de distinguirse entre rotación "controlada" (por ejemplo, por jubilaciones, despidos y redistribuciones) y rotación "voluntaria", que se da cuando los empleados dejan sus trabajos por motivos personales (por ejemplo, por motivo de avance profesional, mejor remuneración en un nuevo puesto, insatisfacción con el puesto actual, etc.).

En la mayoría de los estudios se combinan ambos tipos de rotación. Por ejemplo, en los EE.UU. los índices de rotación de los recursos humanos de salud en general –y de la enfermería en particular– se situaron en 2002, según estimaciones, entre el 20% y el 30%. Aunque elevados, estos índices representan una disminución respecto de las cifras de los últimos años del decenio de 1950, cuando tales índices se situaban en las proximidades del 50% (Wai Chi Tai et al. 1998; McCarty et al. 2002). En comparación, según estimaciones, los índices de rotación en el Reino Unido se sitúan entre el 15% y el 20%, mientras que en Taiwán son inferiores al 10% (Rambur et al. 2001; Shields et al. 2001).

Los índices de rotación pueden variar entre las instituciones de un mismo país. Se ha demostrado que esos índices, en el caso de las enfermeras especialistas que se ocupan de los cuidados a adultos en instituciones del National Health Service del Reino Unido son más elevados en las instituciones docentes (Finlayson et al. 2002). Esto puede deberse a que los hospitales docentes son centros de formación para los estudiantes de enfermería, a los que a menudo se contrata en el nivel salarial más bajo, lo que explicaría por qué la retención es tan escasa. Una razón más positiva puede ser que se trata de nuevos titulados y que cambian rápidamente de puesto para avanzar en su carrera profesional.

Los índices de rotación de personal también pueden ser distintos según las regiones geográficas. Se sabe que los problemas de rotación de personal son más acusados en las regiones rurales y pobres. Según un estudio sobre las pautas de retención de los trabajadores de salud en Columbia Británica, Canadá, las comunidades con menor población tienen los índices anuales más bajos de retención de sus trabajadores (Thommasen 2000). Según las estimaciones, los índices de retención de las comunidades cuya población es menor de 7.000 habitantes se sitúan entre el 70% y el 80%, mientras que esos índices están entre el 85% y el 90% en el caso de las comunidades con más de 7.000 habitantes. Según las estimaciones, el tiempo medio de permanencia en un puesto de trabajo era de cuatro años en las comunidades

con menos de 3.500 personas, mientras que en las comunidades de entre 20.000 y 30.000 personas era casi de siete años.

Al tratar de la "rotación voluntaria", un estudio reciente de los recursos humanos de salud en Lesotho, puso de manifiesto unos elevados índices anuales de rotación en todas las profesiones de salud. La rotación laboral se ha definido como el porcentaje de empleados de una determinada ocupación que dejan esa ocupación cada año para trabajar en otra dentro del sector de salud. La evaluación de la rotación laboral es esencial porque con ella se mide el número total de puestos de trabajo perdidos que dependen de forma más directa del gobierno o de otros empleadores. En la profesión médica, los que tienen el mayor índice de rotación laboral son los especialistas (16,7%), mientras que la tasa de rotación de los médicos contratados es sólo del 9,2%. En la enfermería, el mayor índice de rotación (7,9%) correspondía a las jefes de enfermería mientras que, entre los funcionarios de enfermería ese índice era del 4,4% (Schwabe et al. 2004).

Por último, hay que señalar que el nivel de la rotación laboral y las variaciones de este nivel pueden verse afectados por factores como la edad o los años de servicio. La rotación de personal también puede relacionarse con factores distintos de las variaciones de la satisfacción en el trabajo, la falta de oportunidades de avance profesional o las condiciones del mercado de trabajo. Esto significa que los índices de rotación de personal deben compararse con cuidado, ya que puede ser que en los diferentes estudios, sistemas y organismos se empleen definiciones distintas (Wai Chi Tai et al. 1998; Buchan y Calman 2004).

Consecuencias de los problemas de contratación y retención

La imposibilidad de contratar y retener al personal adecuado puede tener efectos adversos para la prestación de los servicios de salud, especialmente para la calidad y los costos de los cuidados. En Zimbabwe, por los elevados porcentajes de vacantes, se han cerrado clínicas y consultas o se ha reducido el acceso a ellas (Stilwell 2001). En los EE.UU., las consecuencias de la escasez de enfermeras en los hospitales se perciben en los distintos niveles. Aproximadamente el 38% de los hospitales comunican que su departamento de urgencias está sobrecargado, el 25% dicen que tienen que desviar pacientes a otros departamentos de urgencias, el 23% han tenido que reducir el número de camas y el 19% de los hospitales comunican que ha aumentado el tiempo de espera para las operaciones quirúrgicas (First Consulting Group, 2001).

Con la escasez puede disminuir la calidad y la productividad (Haskel et al. 1999). En cuanto a la calidad de los cuidados de enfermería, según estimaciones de Needleman et al. (2001), unos coeficientes más elevados de pacientes por enfermera guardan relación con una disminución de entre el 3% y el 12% en los índices de resultados de los cuidados relacionados con la enfermería, como las infecciones del tracto urinario o las neumonías contraídas en los hospitales. En un estudio de unas 10.000 enfermeras en 168 hospitales de los EE.UU. se constató que, en los hospitales con bajos coeficientes de enfermeras por médico, los pacientes corrían un riesgo mayor de mortalidad en los 30 días siguientes a una intervención quirúrgica, e índices más elevados de fracaso terapéutico; y las enfermeras eran más propensas a padecer agotamiento e insatisfacción laboral (Aiken et al. 2001). La escasez también puede reducir los niveles de productividad si, por ejemplo, las enfermeras han de desempeñar tareas para las que no están bien preparadas, o si los hospitales tienen que contratar a trabajadores con una formación insuficiente y colocarlos en puestos que requieren más conocimientos.

Además, las altas tasas de rotación del personal pueden provocar un aumento de los costos de la prestación y afectar a la calidad de los cuidados, porque el trabajo del grupo pierde eficiencia y se perturban los resultados de la organización. Entre los costos directos que la rotación de personal causa a los dispensadores, figuran los de contratación y formación de personal nuevo, el pago de horas extraordinarias y el recurso a empresas de trabajo temporal para cubrir puestos vacantes. Entre los costos indirectos relacionados con la rotación de personal se

incluyen la menor eficiencia inicial del personal nuevo, la baja moral de trabajo del personal y la disminución inicial de la productividad del grupo.

Las publicaciones muestran que los costos relacionados con los problemas de contratación y de retención pueden ser importantes. Según estimaciones de la Asociación nacional para la contratación de personal de atención de salud, en los EE.UU. los costos directos de contratación de una enfermera ascienden a 2.396 dólares EE.UU. En el Reino Unido, las estimaciones indican que los costos administrativos de contratación de una enfermera oscilan entre las 401 y las 637 libras esterlinas (Gray et al. 1996). En estudio anterior, las pérdidas iniciales de productividad que se producen mientras los nuevos contratados se adaptan al puesto de trabajo, se sitúan, según estimaciones, entre 1.422 y 6.166 libras esterlinas por cada enfermera contratada (Buchan et al. 1991). Tratando de justificar estos costos indirectos, Johnston calculó que los costos totales derivados de la rotación de personal eran de unos 25.000 dólares EE.UU. por enfermera (Johnston 1991). Estas cifras ponen de manifiesto las importantes consecuencias que tienen para el sistema de salud los problemas de contratación y retención. En un estudio reciente realizado en los EE.UU. se calculó que los costos totales por rotación de personal para un sistema hospitalario de 5.000 empleados eran de entre 17 y 29 millones de dólares EE.UU., y que los costos derivados de la rotación de las enfermeras eran los que más fuertemente incidían en los costos totales (Waldman et al. 2004).

Sección segunda: Factores que influyen en la motivación y en los resultados

Desde una perspectiva de política general, para mantener “las enfermeras adecuadas en el lugar idóneo” es necesario identificar y comprender los factores que influyen en la motivación y en los resultados de las enfermeras. Los dirigentes de salud han de entender que la motivación es de vital importancia para los resultados de los trabajadores de salud en condiciones de escasez de recursos.

Consideraciones teóricas

Muchos creen que la motivación laboral es un factor decisivo para los resultados de las personas y de las organizaciones, y que también permite predecir la intención de dejar el puesto de trabajo (Hornby et al. 1988; Alihonou et al. 1998; Bennett et al. 1999; Tzeng 2002; Hasselhorn et al. 2004). Para los encargados de la formulación de las políticas y los dirigentes de la atención de salud, la dificultad estriba en poder motivar a las personas para que acepten un puesto de trabajo, permanezcan en él y alcancen un determinado nivel de productividad.

Se ha señalado que los resultados del trabajador son consecuencia de los tres factores siguientes (Kanungo et al. 1994; Bennett et al. 1999):

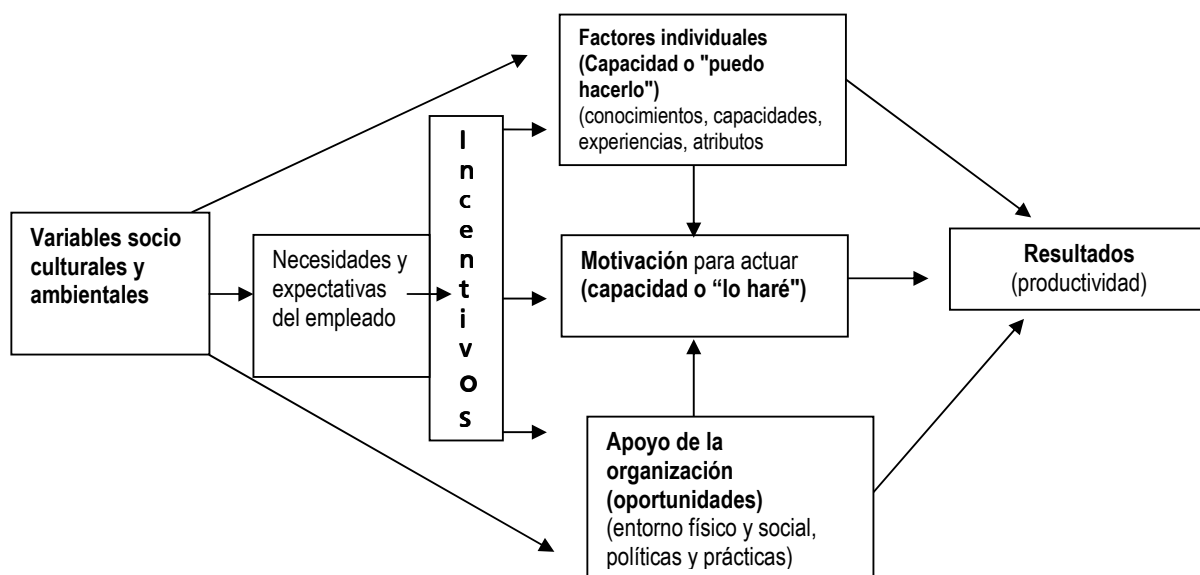
- La capacidad del personal para desempeñar su trabajo: (sus conocimientos, capacidades y experiencia para hacer el trabajo; en otras palabras, los factores de capacidad o de “puedo hacerlo”);
- La motivación del personal para realizar los esfuerzos que requiere el trabajo (los factores de capacidad o de “lo haré”);
- El apoyo de la organización o la posibilidad de hacer el trabajo adecuadamente (disponibilidad de recursos y presencia de políticas y prácticas que facilitan el desempeño, y de un entorno físico y social favorables).

En otras palabras, los resultados dependerán de que el personal se considere capaz de actuar, de que esté dispuesto a actuar y de que disponga de los medios para ello.

En este contexto, es fundamental relacionar los incentivos con los resultados. La definición estricta de incentivo es la siguiente: una recompensa explícita o implícita, financiera o no financiera, por desempeñar una tarea determinada (Saltman 2002). Esta definición puede aplicarse a los grupos, a los organismos y a las personas. En el Informe sobre Salud Mundial, de 2000, los incentivos se definen como toda recompensa o castigo a que se enfrentan los dispensadores de salud por las organizaciones para las que trabajan y por las tareas específicas que realizan. Los incentivos pueden ser positivos o negativos, económicos o no económicos, tangibles o intangibles. Entre los incentivos más frecuentes se encuentran los salarios, las bonificaciones, las primas, las vacaciones, la autonomía laboral, los transportes y los horarios de trabajo flexibles.

Los incentivos se emplean como medio de fomentar determinados comportamientos con el fin de conseguir unos objetivos definidos, como la mejora de los resultados (Hicks y Adams 2003). Como se indica en la Figura 3, los incentivos son importantes porque pueden incidir en factores que son determinantes y decisivos para el rendimiento laboral. En efecto, los incentivos que fomentan un comportamiento que mejore la capacidad individual, fortalezca la motivación o favorezca el apoyo laboral de la organización darán lugar a unos mejores resultados.

Figura 3: Relación entre incentivos, motivación y resultados de los trabajadores de salud



Fuente: Adaptado de Kanungo y Mendonca (1994).

Los resultados de los trabajadores dependen claramente de su grado de motivación, que los estimula para que acudan regularmente a su trabajo, trabajen diligentemente, sean flexibles y se presten a realizar las tareas necesarias. No obstante, la motivación afecta únicamente a los aspectos de los resultados que puede controlar el trabajador. Por ejemplo, si las organizaciones no suministran los equipos esenciales a los trabajadores, quizá éstos no puedan hacer su trabajo por motivos ajenos a su voluntad.

Por tanto, resulta que la productividad de los trabajadores de salud no es únicamente cuestión de cuán motivados estén para su trabajo; también depende de lo bien formados y preparados que estén para él (consecuencia, a su vez, de la formación y de unas políticas adecuadas de contratación y distribución de los trabajadores). También depende de que se les proporcionen los equipos, medicamentos y tecnología necesarios para desempeñar su trabajo. Por tanto, motivación no es sinónimo de resultados, ni éstos están determinados de manera inequívoca por la motivación (Kanfer 1999). La motivación influye en los resultados, aunque éstos últimos también dependen del entorno y de la infraestructura de la organización.

Es importante que los dirigentes de salud entiendan los motivos que inducen a las personas a actuar, qué influye en la elección de sus actos y por qué mantienen esas elecciones en el tiempo. Hay varias teorías para explicar la motivación laboral, tales como la teoría de las necesidades (Maslow 1954; Herzberg et al. 1959), la teoría de las expectativas (Vroom 1964), la teoría de la equidad (Adams 1965) y la teoría de la fijación de metas (Campbell y Pritchard 1976). Estas teorías recurren a un conjunto de conceptos y de modelos para relacionar los motivos por los que las personas trabajan con los resultados de su trabajo, y después analizan las necesidades, los valores, las metas, los esfuerzos, las recompensas y las expectativas de los trabajadores de salud en relación a su trabajo. No hay pruebas empíricas que apoyen cada una de estas teorías, en especial en el sector de salud, pero siguen siendo atractivas para los dirigentes por las posibilidades que ofrecen de diseñar unas estrategias de trabajo eficaces (Dolea 2004).

Por ejemplo, Hertzberg et al. (1959) mantienen que los factores que motivan a los trabajadores para trabajar bien y no limitarse a acudir al lugar de trabajo son intrínsecos a éste y son, entre otros, la realización, el reconocimiento, el propio trabajo, la responsabilidad y el avance

personal. Los factores que contribuyen a la falta de satisfacción laboral, y que los trabajadores tratan de evitar, son extrínsecos al trabajo, como las condiciones salariales y laborales. Herzberg afirma que el hecho de que los factores negativos sean menos, no motiva al trabajador para hacer un buen trabajo sino solamente para permanecer en el puesto de trabajo.

La teoría de Herzberg parece estar respaldada por estudios sobre la motivación y sus efectos en la enfermería, donde hay un grave problema de retención del personal, aunque el personal que permanece acepta el compromiso de dispensar unos cuidados de salud de calidad. En general, parece que el escaso número de estudios sobre la motivación laboral en el sector de salud que se han basado en la teoría de Herzberg como marco subyacente, apoyan esa teoría (Rantz et al. 1996; Fischer et al. 2000; Stilwell 2001; Dieleman et al. 2003; Dunbar 2003).

No obstante, hay ciertas incoherencias en cuanto a la claridad de los conceptos y de los modelos. Esto se debe principalmente a que la teoría se desarrolló en el sector industrial, cuyo contexto es muy distinto al del sector de atención de salud. Además, en la teoría de Herzberg no quedan reflejados en su totalidad los factores contextuales socioeconómicos y culturales más amplios que influyen claramente en el comportamiento de los trabajadores (Dolea 2004). Para comprender mejor los factores que influyen en la motivación y en los resultados de las enfermeras en los países en desarrollo, es pues imperativo elaborar y verificar métodos de evaluación pertinentes que contribuyan más al diseño de estrategias de mejoramiento específicas para cada contexto.

Pruebas empíricas

Hay pruebas evidentes de que los incentivos son uno de los principales factores que influyen en los resultados. En su estudio de los factores que afectan a los resultados de los dispensadores de cuidados a las madres en Armenia, Fort y Voltero (2004) concluyeron que los incentivos eran uno de los cinco principales factores que influyen en los resultados.

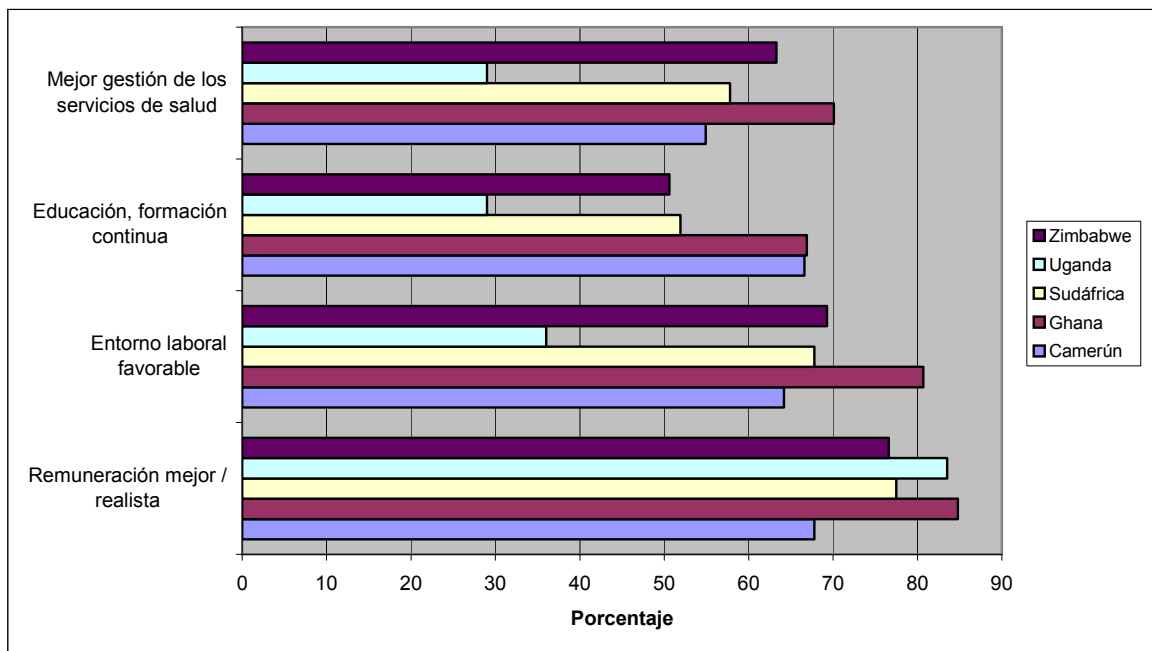
También hay pruebas empíricas que confirman la relación entre la falta de satisfacción laboral, la falta de motivación y la intención de dejar el puesto de trabajo (Carlson et al. 1992). La satisfacción laboral baja es un problema en muchos países de recursos escasos. Schwabe et al. (2004) constataron que, en Lesotho, el 37% de las enfermeras no están satisfechas con su trabajo actual. Este porcentaje varía en función de la especialización de la enfermera, y por ejemplo, alcanza el 80% entre las enfermeras de salud mental.

Según este estudio, los principales factores de la falta de satisfacción laboral son la remuneración inadecuada y las condiciones laborales deficientes. Estos factores engloban un sueldo inadecuado, ventajas escasas y deficiencias en el entorno de trabajo, como la falta de equipamiento. También se indica que una formación y unas cualificaciones inadecuadas son un problema importante. Una encuesta realizada en cinco países africanos, donde la escasa motivación laboral induce a migrar fuera de su país a los trabajadores, confirma los resultados (Awases et al. 2003).

En Senegal, la falta de motivación del personal de salud es un importante problema para el Ministerio de Sanidad (ADIRA Etudes et Conseils 2003). En este país, la escasa motivación y la falta de satisfacción en el trabajo repercuten negativamente en el sector de salud y perjudican los resultados y la calidad de los cuidados de salud. Se cree que la falta de motivación de las enfermeras se explica por los bajos sueldos y otras ventajas financieras inadecuadas (por ejemplo, préstamos para vivienda) y por unas condiciones de trabajo deficientes. La deficiencia de las condiciones de trabajo incluye, entre otras cosas, la falta de reconocimiento del trabajo bien hecho, las escasas perspectivas de desarrollo profesional, una comunicación deficiente, la falta de correspondencia entre sueldo y resultados laborales, y la falta de equipamientos (ADIRA Etudes et Conseils 2003). El Ministerio de Sanidad de Senegal también ha observado

que la falta de satisfacción laboral favorece la aparición de actividades paralelas durante las horas de trabajo, aumenta la rotación de personal y da lugar a insatisfacción en los pacientes.

Figura 4: Factores que afectan a la motivación de los trabajadores de salud en cinco países africanos, 2002



Fuente: Awases et al. (2003).

En Swazilandia, los sentimientos de desmotivación están, según informes, ampliamente difundidos entre el personal (Stilwell y Mthethwa 2004). Como motivos de ello, se aducen las condiciones de trabajo deficientes, los bajos salarios e incentivos no económicos y el estrés que conlleva trabajar con personas que viven con el VIH/SIDA. Además, el ausentismo se relaciona a menudo con la falta de satisfacción en el trabajo. En las instituciones sanitarias de Bangladesh, se calcula que el índice de ausentismo de las enfermeras es del 27% (Chaudhury et al. 2004).

Los problemas de falta de satisfacción en el trabajo son frecuentes en los países en desarrollo al igual que en los países desarrollados. Un estudio reciente de varios países, hecho por Aiken et al. (2001) sobre 43.000 enfermeras de más de 700 hospitales (de los EE.UU., Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania) muestra que el índice de insatisfacción laboral de las enfermeras se sitúa entre el 17% en Alemania y el 41% en los EE.UU. El porcentaje de enfermeras que pensaba dejar su trabajo actual oscilaba entre el 17% en Alemania y el 39% en Inglaterra.

Según una encuesta realizada por la Federación de enfermeras y profesionales de salud de los EE.UU. (FEPS, 2001), la mitad de las enfermeras especialistas actualmente contratadas a las que se encuestó habían pensado en los dos últimos años abandonar el ámbito de la atención al paciente por razones distintas a la jubilación. Una dotación inadecuada de personal, unas cargas de trabajo excesivas y el mayor número de horas extraordinarias trabajadas son a menudo las causas principales de la falta de satisfacción laboral entre las enfermeras, según se indica. A pesar de que las encuestas revelan que un aumento de los sueldos podría animar a las enfermeras a permanecer en su puesto de trabajo, el dinero no siempre se cita como la razón principal de la falta de satisfacción en el trabajo.

En el Reino Unido, según una encuesta del personal del National Health Service de Londres, al pedir a los trabajadores de salud que hicieran sugerencias para mejorar sus vidas laborales, en su lista de deseos la sugerencia "mejores sueldos" figuraba sólo en cuarto lugar, detrás de "más personal", "mejores condiciones de trabajo" y "más medios". Sin embargo, es cierto que la sugerencia de "mejores sueldos" ocupaba mejor posición en la lista de las personas con intención de dejar su trabajo en el sistema de salud, aunque sólo figurara en una segunda o tercera posición (Pearson et al. 2004).

El estudio NEXT (estudio de casos de abandono de la profesión por enfermeras) hecho en 11 países europeos sobre unas 40.000 enfermeras, puso de manifiesto una relación evidente entre satisfacción laboral e intención de abandonar la profesión: cuanto menor era la satisfacción en el trabajo, mayor era la intención de dejar la profesión (Hasselhorn et al. 2004). En su análisis de la Encuesta nacional de muestra realizada a las enfermeras especialistas de los EE.UU., Spratley et al. (2001) revisaron las razones que inducían a las enfermeras a dejar el trabajo de enfermería. Concluyeron que los motivos principales estaban relacionados con unas condiciones laborales deficientes. Parece ser que las enfermeras abandonan el sector de la enfermería para encontrar otro trabajo que les ofrezca un mejor horario laboral, mayor remuneración, más seguridad que en el entorno del sector de salud, tener una ocupación más remuneradora profesionalmente, o que les permita cuidar de su casa y familia.

Sección tercera: Intervenciones de política general

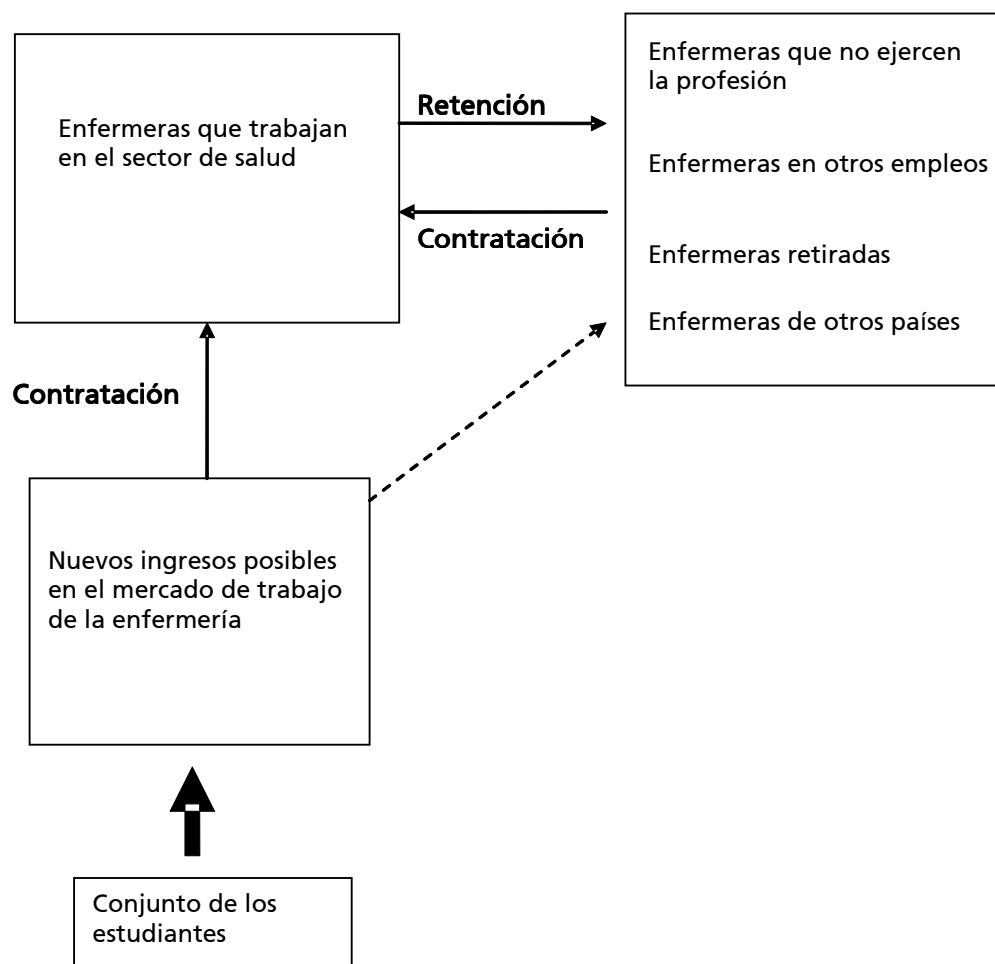
Para mantener a las enfermeras entre los recursos humanos y mejorar la contratación, es de crucial importancia un conjunto de intervenciones pertinentes de política general.

Posibles planteamientos

En la Figura 5 se exponen distintos planteamientos para mejorar la contratación, la retención y los resultados. Hay tres importantes instrumentos de política general para ampliar el mercado laboral de la enfermería:

- Aumentar las aportaciones, es decir, hacer que aumente el número de estudiantes de enfermería;
- Frenar el índice de abandonos, es decir, mejorar la retención de los estudiantes y fomentar la retención del personal de enfermería actual;
- Atraer a enfermeras que actualmente no forman parte de los recursos nacionales de enfermería, es decir, atraer a enfermeras que tienen otros empleos, que están retiradas o no ejercen la profesión, o atraer a enfermeras de otros países.

Figura 5: Planteamientos para mejorar la contratación, la retención y los resultados del trabajo



Una buena solución a largo plazo es aumentar el número de estudiantes de enfermería, pero los resultados de esta política no serán inmediatos. El aparente descenso del interés por la profesión de enfermería, en especial en los países desarrollados, puede explicarse en parte por la ampliación de las oportunidades profesionales en los tres últimos decenios (Staiger et al. 2000). El número de jóvenes que entra a formar parte de las enfermeras especializadas ha disminuido porque muchas mujeres que en el pasado hubieran ingresado en la enfermería, especialmente las que tienen buenas aptitudes académicas, optan actualmente por carreras profesionales y de gestión que, tradicionalmente, solían ser de hombres. Por otra parte, la disminución del número de personas que optan por la enfermería como carrera profesional quizá puede explicarse también por el hecho de que esta profesión está socialmente menos valorada hoy que en el pasado (Dussault et al. 2000).

El alcance de los problemas de retención que se plantean en los recursos humanos de enfermería demuestra la importancia de elaborar políticas para mejorar la retención. Además, también hay posibilidades de atraer a las enfermeras de nuevo a los recursos humanos de salud. En los EE.UU., Spratley et al. (2001) observaron, al estudiar los resultados de la Encuesta nacional de muestra sobre enfermeras especialistas, que casi el 18% de la población de enfermeras especialistas estaba desempleada en el año 2000.

En total, en el año 2000 había en los EE.UU. unas 500.000 enfermeras especialistas que no formaban parte del mercado de trabajo de la enfermería. De ellas, 36.000 buscaban empleo en la enfermería, 136.000 trabajaban en ocupaciones distintas de la enfermería, y 323.000 no tenían ningún tipo de empleo (Lafer 2003). Si se comparan estas cifras con el número total de puestos vacantes de enfermeras especialistas, que se sitúa entre 126.000 y 153.000, aparecen las grandes posibilidades que tendría una política destinada a atraer de nuevo a la enfermería a quienes abandonaron este sector, aun cuando algunas de ellas no podrían o no querrían ejercer de nuevo.

Análogamente, la Organización de Enfermeras de Irlanda encargó un estudio de las enfermeras que no ejercen en Irlanda, para evaluar cuántas de ellas podrían volver a trabajar en la enfermería y evaluar también la probable efectividad de distintas estrategias para alentar a las enfermeras a volver a la actividad de enfermería. En el estudio se puso de manifiesto la necesidad de ofrecer unos horarios laborales flexibles y mejores salarios (Egan et al. 2003). Por último, también debe tenerse en cuenta "el conjunto de enfermeras migrantes", que es importante en países como el Reino Unido.

Opciones de política general

Para retener y ampliar los recursos humanos de enfermería, pueden considerarse distintas opciones de política que servirían para poner en práctica los planteamientos descritos en la figura 5.

1. Políticas que se centran en las características personales de las enfermeras

Las características personales están fundamentalmente relacionadas con la edad, el sexo y la formación. Según la mayoría de los estudios, las tasas de rotación de personal son mayores entre los jóvenes trabajadores (Gray et al. 1996; Murray 1999; McCarty et al. 2002). En su estudio realizado sobre el Hospital de Maternidad, de Dublín, Murray demostró que más del 70% de las enfermeras que dejan la enfermería tenían entre 26 y 35 años. No obstante, las tasas de rotación de personal también pueden estar relacionadas con los años de servicio.

En cuanto a la formación, algunos estudios señalan que las enfermeras mejor formadas tienden a considerar otros empleos más que las enfermeras con menos formación (Krausz et al. 1995; Kirshenbaum et al. 1999). Esta relación puede explicarse por el hecho de que resulta más fácil a las personas mejor formadas considerar otras posibilidades de empleo. No obstante, estos

resultados no se han confirmado de manera sistemática. El género tiene una relación constante, no significativa, con la rotación de personal, mientras que los resultados son menos explícitos en el caso de la raza y el estado civil (Wai Chi Tai et al. 1998). La escasez de los datos empíricos y los aspectos éticos de una política orientada a ciertas características personales específicas explican claramente por qué no se ha aplicado de forma sistemática este tipo de política.

Sin embargo, sería beneficioso reconocer que las enfermeras más jóvenes y mejor formadas quizá deseen desarrollar su carrera profesional, lo que podría significar que cambien de empleadores e inclusive de profesión. Con unas buenas perspectivas de avance profesional, reflejadas en un mejoramiento de la estructura profesional y del sueldo, podría reducirse la rotación. Probablemente, las enfermeras de más edad serán unos recursos humanos más estables; debería considerarse la elaboración de políticas para fomentar su vuelta al trabajo (por ejemplo, adaptación de su formación, turnos laborales flexibles y servicios para el cuidado de los niños).

2. Incentivos monetarios

La retribución y los incentivos financieros son sin lugar a dudas los métodos más generalmente empleados para mejorar la contratación, la retención, la motivación y los resultados. En los incentivos financieros se incluyen las retribuciones directas e indirectas, como salarios o sueldos, bonificaciones, pensiones, seguros, primas, becas, préstamos y reembolso de gastos de docencia. Es importante que la retribución sea adecuada y oportuna para garantizar la contratación de personal cualificado y motivado (Martinez et al. 1998).

Salarios

Las consecuencias de los salarios son varias. En su examen de lo publicado sobre la elasticidad de los salarios en el mercado laboral de la enfermería, Chiha et al. (2002) y Antonazzo et al. (2003) observaron que la mayoría de los estudios indican una relación positiva débil entre los salarios y el número de los trabajadores. En otras palabras, un aumento de los salarios no conducirá a un aumento importante de la participación de los trabajadores. Hay que señalar que la mayoría de los estudios sobre salarios se realizaron en países desarrollados, en particular en los EE.UU. y en el Reino Unido, y que el contexto salarial es muy diferente en los países en desarrollo.

Por ejemplo, las diferencias salariales entre países desarrollados y países en desarrollo y entre el sector público y el sector privado, y los grandes retrasos en el pago de los salarios en el sector público probablemente influyen en la contratación y retención de los recursos humanos de enfermería en los países en desarrollo (Awases et al. 2003). Por esto, es probable que los aumentos salariales tengan mayores consecuencias en la contratación y retención de las enfermeras en los países en desarrollo que en los países desarrollados.

El modo de retribución también puede incidir en la contratación, la retención y los resultados del trabajo. Los países han probado modos distintos de pagar a sus trabajadores de salud y ello ha tenido consecuencias diferentes para los servicios de salud. Los modos habituales de retribución son el pago por servicio, por persona tratada y el sueldo.

Sueldos. Es el sistema de pago para la mayoría de las enfermeras. En este sistema, la enfermera cobra un sueldo fijo por unidad de tiempo, independientemente de la cantidad de trabajo que realice. Una de las ventajas de este sistema es que facilita la planificación de los cuidados de salud ya que se conoce de antemano la retribución de las enfermeras.

Pago por servicio. En este sistema, se paga a las enfermeras de manera retrospectiva. Las enfermeras desglosan sus servicios en una factura y el fondo del seguro de enfermedad paga a la enfermera o reembolsa al paciente. Lo más habitual es que la asociación de enfermería y el seguro médico negocien el plan de pago, y el gobierno proporciona las directrices para limitar

los costos (Ensor et al. 1997). Con el sistema de pagos por servicio, se remunera a las enfermeras en función de la cantidad de trabajo realizado. Este modo de pago permite a las enfermeras un importante grado de autonomía. Se aplica principalmente a las enfermeras que trabajan por cuenta propia.

Pago por persona tratada. En este sistema, se paga a la enfermera dispensadora una cantidad negociada por cada paciente a ella adscrito, independientemente de la cantidad de cuidados que este paciente necesite durante un año (Ensor et al. 1997). Sin embargo, este modo de pago se aplica raras veces a las enfermeras.

En el Cuadro 1 se resumen los incentivos más importantes asociados con estos modos de pago.

Cuadro 1: Resumen de los principales incentivos

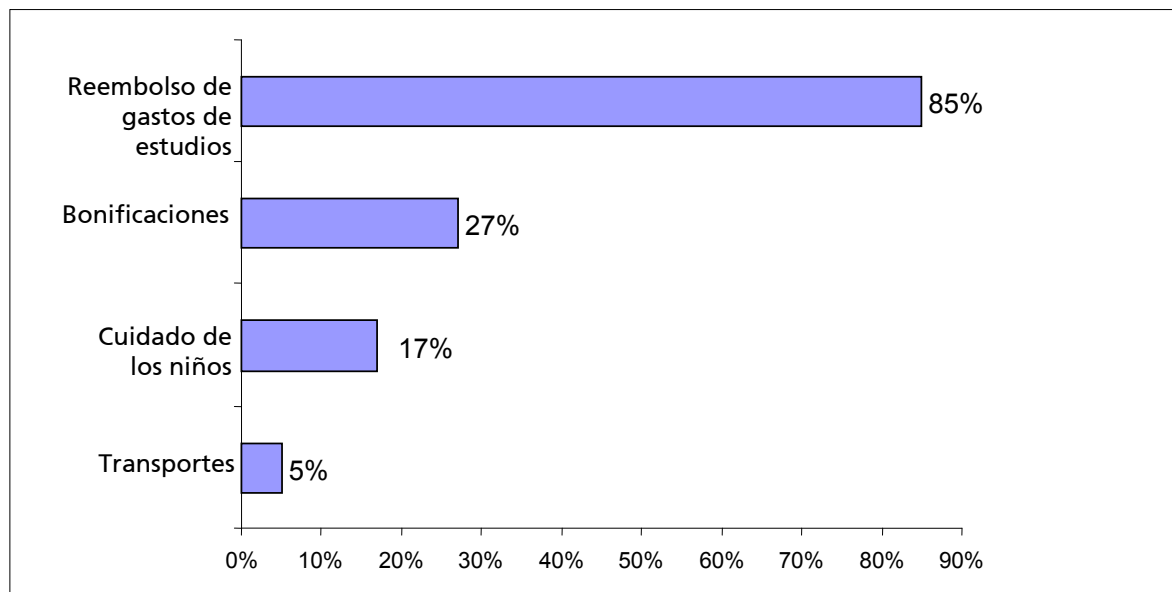
Modo de retribución	Principales incentivos para los dispensadores de salud
Sueldos	Reduce el número de pacientes y el número de los servicios prestados.
Pago por servicio	Aumenta el número de casos tratados y la intensidad de los servicios.
Pago por persona tratada	Atrae a más pacientes pero se reduce el número de contactos con cada uno.

Fuente: Hicks y Adams (2003).

Otros beneficios financieros

Otros beneficios financieros son las bonificaciones, pensiones, seguros, primas, becas, préstamos y reembolso de gastos de estudios. Según una encuesta realizada en algunos hospitales de los EE.UU. suele recurrirse, para atraer a las enfermeras, a incentivos en forma de ventajas financieras tales como reembolso de gastos de estudios o bonificaciones por firma de contratos (Asociación de hospitales de los EE.UU., 2001), como muestra la Figura 6.

Figura 6: Porcentaje de los hospitales de los EE.UU. que ofrecen incentivos para la contratación y la retención, 2001

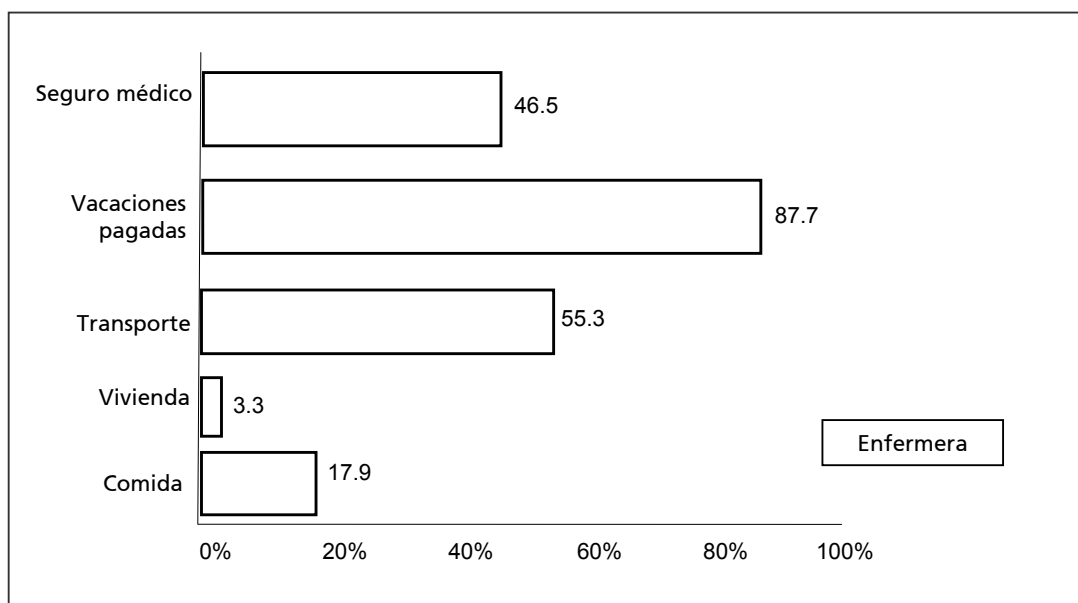


Fuente: American Hospital Association (2001).

En África, varios países, entre ellos Botswana y Namibia, han introducido incentivos monetarios. En Namibia, las enfermeras tienen bonificaciones del 30% por horas extraordinarias trabajadas, mientras que en Botswana disfrutaban de una serie de ventajas como vivienda, préstamos para coches y ayuda médica (Secretaría del Commonwealth y Departamento de Salud de Sudáfrica, 2003).

En Jamaica, los incentivos financieros más habituales que se ofrecen a las enfermeras son los seguros médicos, las vacaciones y el transporte pagados, como muestra la Figura 7.

Figura 7: Porcentaje de enfermeras que se benefician de incentivos monetarios, Jamaica, 2003



Fuente: OMS (2004).

Sin embargo, M. Kingma (2003) cuestiona los efectos beneficiosos de los incentivos financieros, y señala que las enfermeras suelen responder de forma negativa o con indiferencia a los incentivos económicos. De las enfermeras que respondieron en su estudio, M. Kingma dice: "Nunca se reconoció que los incentivos financieros fueran positivos y, en el mejor de los casos, se recibieron con reacciones ambiguas. Sin embargo, en las reacciones registradas ante las bonificaciones económicas, predominaba claramente la indiferencia" (Kingma 2003: 8). Por otra parte, las bonificaciones directas o indirectas, como las posibilidades de avance profesional y la formación continua, se consideraban positivas y motivadoras.

3. Incentivos no monetarios

Buchan et al. (2000) y McCarty et al. (2002) han formulado distintos tipos de incentivos no monetarios como la autonomía laboral, el desarrollo profesional y el trabajo por turnos.

Fomentar la autonomía laboral

La autonomía en el trabajo puede definirse como el control sobre el trabajo propio, y es una de las principales variables que explica la satisfacción laboral. En un estudio para evaluar la enfermería en los hospitales, la autonomía laboral aparecía como un factor significativo determinante de la satisfacción de las enfermeras en el trabajo (Gleason-Scott et al. 1999). Asimismo, se ha demostrado que los hospitales con directivos que apoyan al personal y fomentan una mayor amplitud en la adopción de decisiones por el personal tienen índices menores de rotación (Mason 2000; Aiken et al. 2000).

Favorecer el avance profesional

La posibilidad de avance profesional de las enfermeras es crucial, especialmente en un entorno que se caracteriza por un enorme crecimiento de los conocimientos relacionados con las ciencias de la salud y unido a los avances tecnológicos. Los datos demuestran que las perspectivas de desarrollo profesional fomentan la retención de las enfermeras, como muestran Rambur et al., (2001). Asimismo, M. Kingma (2003) señala los efectos positivos que ejercen las perspectivas de desarrollo profesional. Además, se ha demostrado que fomentando las oportunidades de promoción interna se consigue reducir la rotación de las enfermeras en los grandes hospitales (Kirshenbaum y Mano-Negrin 1999).

Adaptar el horario laboral y el trabajo por turnos

Limitar el número de horas de trabajo y permitir periodos de descanso son factores que repercuten de manera directa sobre la calidad de los servicios y, por ello, son especialmente importantes para las enfermeras (Organización Internacional del Trabajo 1998). La necesidad de recurrir más a las horas extraordinarias se cita frecuentemente como un motivo de insatisfacción laboral entre las enfermeras (Federación de enfermeras y profesionales de la salud, 2001) y el trabajo a tiempo parcial se considera un medio de mejorar la contratación y retención. En Gran Bretaña y en Francia, a pesar de que persisten los problemas de contratación y retención de las enfermeras, hay ciertos indicios cuantitativos de que el trabajo a tiempo parcial va en aumento (Arrowsmith et al. 1999).

Frijters et al. (2003) compararon el promedio de horas de trabajo de las enfermeras del National Health Service (NHS) del Reino Unido y las que trabajaban las enfermeras que habían abandonado el NHS (para trabajar en la enfermería o en otra ocupación en el sector privado o en el sector público). Estos autores constataron que las enfermeras que abandonaron el NHS trabajan más horas, pero no suelen trabajar por turnos. Estos resultados muestran que la insatisfacción por los horarios de trabajo tiende a guardar relación con el trabajo por turnos más bien que con el número de horas por semana. La remodelación de los turnos para permitir más tiempo libre, más flexibilidad y más posibilidades de elección de los turnos son formas de mejorar la satisfacción con el horario laboral y de mejorar también la contratación y la retención de las enfermeras.

4. Reducir la violencia en el lugar de trabajo

La violencia contra las enfermeras parece ser un fenómeno creciente y es un problema importante (Dalphond et al. 2000). Los actos violentos contra las enfermeras pueden proceder de los pacientes, familiares de los pacientes, otras enfermeras u otros grupos profesionales. Los actos violentos más frecuentes son, entre otros, el acoso, la violencia física y las agresiones (Jackson et al. 2002). Algunas conclusiones indican que hay una relación directa entre las agresiones y el aumento de las bajas por enfermedad, el agotamiento físico y la rotación de personal (Farrell 1999; O'Connell et al. 2000). Por tanto, reduciendo la violencia en el lugar de trabajo disminuiría probablemente el número de enfermeras que abandonan la profesión. Los costos de mejorar la protección de las enfermeras en el lugar de trabajo deberían compararse con los costos de las horas de trabajo perdidas y la rotación de personal resultante de la violencia contra las enfermeras.

5. Liderazgo

El liderazgo se define como el proceso por el cual una persona influye en un grupo para alcanzar una meta común (Northouse 1997). En el sector de la atención de salud, muchos estudios han constatado que hay una relación positiva entre, por una parte, el liderazgo y, por otra, la satisfacción laboral de las enfermeras y su compromiso con las metas institucionales (Stordeur et al. 2001; Stilwell 2001; Larrabee et al. 2003; Hasselhorn et al. 2003).

En un estudio de Boyle et al. (1999:370) se analizaron los efectos directos e indirectos de las características del poder, la influencia y el estilo de liderazgo de los dirigentes de enfermería

sobre la intención de las enfermeras de cuidados intensivos de permanecer en sus puestos de trabajo. El estudio se hizo sobre 255 enfermeras de unidades de cuidados intensivos de cuatro hospitales urbanos de los EE.UU. Las conclusiones sugerían que el poder y la influencia que otorga el puesto de dirección para coordinar el trabajo está directamente relacionado con la intención de permanecer en el puesto. Asimismo, la satisfacción en el trabajo estaba directamente relacionada con la intención de permanecer. El estudio llegaba a la conclusión de que los gestores con estilos de liderazgo que tratan de obtener contribuciones del personal y las valoran, "fomentan un ambiente de intercambio eficaz de la información y la adopción de decisiones por el personal de enfermería, e influyen en la coordinación del trabajo para conseguir un medio en el que se mantenga un personal de enfermería estable".

El problema que se plantea a los dirigentes del sector de salud es poder conseguir y mantener una visión de largo plazo, formar equipos y fortalecer el compromiso de llevar a cabo el cambio en la organización. Por tanto, los dirigentes habrán de centrarse en motivar, inspirar y capacitar a sus empleados.

6. Política dirigida a los factores del contexto

Los factores contextuales tales como el mercado laboral, el apoyo de la familia y la ubicación del puesto de trabajo desempeñan una función importante en la contratación. Las políticas macroeconómicas influyen en el mercado de trabajo de la enfermería. En contextos de escasos recursos, el mercado laboral del sector de salud puede verse afectado por los vínculos entre el sector de salud y la función pública, y por el hecho de que los puestos de la función pública están limitados por políticas fiscales generales. Esto puede dar lugar a que haya al mismo tiempo escasez de enfermeras y desempleo de enfermeras (OCDE 2004). A consecuencia de ello, las enfermeras (y otros profesionales de salud) emigran a lugares donde el mercado laboral es más dinámico. El mejoramiento del mercado de trabajo tiene efectos que sobrepasan al sector de salud pero es una inversión esencial para convencer a las enfermeras de que pueden ser contratadas.

El trabajo en las regiones rurales puede ser difícil por varios motivos, entre ellos la falta de vida social y de servicios públicos, las dificultades para desplazarse y la falta de alojamiento. Estos problemas se agravan en los lugares con escasos recursos, donde la infraestructura está probablemente poco desarrollada y las carreteras, transportes, escuelas y viviendas no son adecuados. Invertir en el mejoramiento de estos servicios básicos puede ser rentable al mejorar la motivación, la retención y la contratación (Mutizwa-Mangiza 1998). Según informes, unas condiciones de trabajo deficientes y la falta de equipamiento, son a menudo importantes elementos que afectan a la motivación del personal, impiden a éste desempeñar su labor y generan frustración (Secretaría del Commonwealth y Departamento de Salud de Sudáfrica, 2003).

Eficacia y costos

Desde una perspectiva de política general, una pregunta esencial es cómo seleccionar los incentivos más adecuados. Un modo de responder a esta pregunta es evaluar el costo y la eficacia de cada opción de política.

Eficacia

En esta sección se presenta un examen general de la eficacia de las diferentes opciones de política. Se han empleado varios indicadores para evaluar la eficacia de los distintos incentivos, como el número adicional de trabajadores de salud contratados, el grado de satisfacción laboral, el nivel de motivación, el número de pacientes tratados y el nivel de la calidad del trabajo.

La validez de la conclusión relativa a la eficacia de esos incentivos se confirma, en gran medida, al observar las políticas aplicadas en los hospitales más eficaces en la contratación y retención del personal de atención de salud. Se ha llamado a estos hospitales "hospitales modelo". La Academia de enfermería de los EE.UU. publicó el estudio inicial sobre los hospitales modelo en 1983. Los hospitales que tienen la condición de "modelo" tienen menos problemas de contratación y de retención, y excelentes resultados en los pacientes.

Según el Centro de Acreditación de enfermeras de los EE.UU., los hospitales modelo tienen 14 "características modélicas" que influyen en la retención y contratación de las enfermeras:

1. dirección de enfermería de gran calidad;
2. estructura organizativa plana;
3. estilo de gestión abierto;
4. políticas y procedimientos de personal favorables y personalizadas;
5. cuidados de salud de gran calidad;
6. modelos de atención de salud profesionales;
7. un elevado nivel de autonomía de las enfermeras;
8. iniciativas de garantía de la calidad;
9. recursos disponibles de consulta y otros;
10. relaciones positivas entre la comunidad y el hospital;
11. función de apoyo a la enfermera como docente;
12. imagen positiva de la enfermería;
13. relación positiva entre enfermeras y médicos;
14. desarrollo de la carrera profesional.

Los estudios muestran que los hospitales modelo obtienen mejores resultados: menor mortalidad hospitalaria ajustada en función del riesgo, niveles superiores de calidad de los cuidados, mayor satisfacción de los pacientes, índices más bajos de agotamiento de las enfermeras e índices más altos de satisfacción de las enfermeras en el trabajo. Asimismo, los hospitales modelo tienen, en los cuidados de los pacientes, menos resultados adversos tales como infecciones, caídas con lesiones y errores de medicación. Es evidente que ampliar algunas de las características de los "hospitales modelo" sería un modo prometedor de mejorar la retención de las enfermeras.

Costos

Asimismo, ha de tenerse en cuenta el costo de cada política, en particular sus costos de aplicación. Probablemente las medidas que favorecen los incentivos financieros tendrán que hacer frente a limitaciones financieras y de aplicación mayores que las medidas que favorecen los incentivos no financieros. Por ejemplo, ha de evaluarse a fondo la viabilidad de aumentar los salarios de las enfermeras, ya que los costos salariales representan entre el 65 y el 80% del gasto iterativo del sistema de salud (Saltman et al. 1995; Kolehamainen-Aiken 1997). A pesar de que las enfermeras tienden a ganar bastante menos que los médicos, entre la mitad y una quinta parte en países como el Reino Unido y los EE.UU. (Gupta et al. 2003), los recursos humanos de enfermería representan una parte importante de esos costos iterativos, ya que la enfermería es una parte importante de los recursos humanos de salud.

En consecuencia, el aumento de los salarios de las enfermeras del sector público tiene consecuencias desde la perspectiva de hacienda pública, especialmente cuando los recursos humanos de salud están vinculados con otros trabajadores del sector público. Cuando la financiación del sector de salud es poco elástica, los aumentos salariales generales pueden resultar prohibitivos; en ese caso, sería más sensato fiscalmente pagar incentivos en función quizá de los puestos ocupados (turnos de trabajo difíciles, trabajo en zonas rurales).

En cambio, la aplicación de incentivos no financieros tendría menos limitaciones financieras, pero los cambios institucionales necesarios para esos incentivos podrían representar grandes dificultades. Por ejemplo, para introducir incentivos tales como unos horarios laborales flexibles o una mayor autonomía laboral probablemente se encontraría alguna resistencia y se

plantearían dificultades burocráticas en muchas organizaciones. Ésta puede ser una de las razones por las que sólo un número reducido de hospitales, unos 100, se benefician actualmente de la denominación de "hospital modelo" en los EE.UU. y el Reino Unido.

Por último, hay que proceder con cautela al comparar el costo o la eficacia de las distintas opciones de política y al emitir conclusiones generales acerca de la pertinencia de las opciones de política, ya que las unidades de medida o el contexto local pueden ser muy diferentes.

Sección cuarta: Debate y observaciones finales

La dificultad a la que se enfrenta cada sistema de salud es la de identificar y aplicar un conjunto de distintos tipos de incentivos que satisfagan sus necesidades (Buchan et al. 2000); y es poco probable que un mismo conjunto de incentivos sea el adecuado para todas las organizaciones o todos los contextos. Por ejemplo, la importancia de las remuneraciones financieras dependerá de que se disponga de forma regular de dinero suficiente para satisfacer las necesidades básicas de la vida. En los países con escasos recursos, es probable que las remuneraciones financieras adquieran más importancia que en los países más ricos donde el salario casi se da por supuesto (Kingma 2003).

La mayoría de los estudios de investigación sobre la forma de aumentar la motivación y la satisfacción en el trabajo del personal de salud se han realizado en los países desarrollados, donde se dispone de recursos que pueden invertirse en estas actividades (Bennett y Franco 1999). Muchos de estos estudios se centran en el fortalecimiento de las actitudes positivas hacia el trabajo mediante recompensas intrínsecas, como una mayor autonomía y una dirección favorable al personal. Se ha reconocido que es importante ampliar el trabajo en equipo (Sihvonen et al. 1991; Marquis et al. 1992; Kekki 1994; Vinokur-Kaplan et al. 1994). Todas estas actividades recurren a modelos de auto actualización aumentando la importancia del trabajo, fortaleciendo la cohesión del grupo e impulsando entre los trabajadores y dirigentes la comprensión de las expectativas que se tienen del trabajo y de los compañeros.

No obstante, las situaciones en los países en desarrollo son muy diferentes. Los trabajadores de salud actúan en condiciones de escasez de recursos de todo tipo: probablemente los salarios son bajos y quizá no llegan siquiera al nivel de subsistencia; puede ser que los instrumentos y equipos falten o estén fuera de servicio; quizá los trabajadores de las regiones alejadas están solos mucho tiempo; y puede ser que el presupuesto para el avance profesional del personal sea escaso o nulo (Martinez y Martineau 1998; Bennett y Franco 1999).

Ferrinho y Van Lerberghe (2000) exponen las estrategias adoptadas en los países en desarrollo por los trabajadores de salud con salarios bajos. Estos autores abordan la cuestión de la relación entre retribución y resultados y sugieren que las enfermeras del sector público, especialmente las que trabajan en contextos de escasos recursos, están "desmotivadas" por "unos salarios públicos injustos". Ferrinho y Van Lerberghe continúan diciendo que reconocen que hay fuentes de motivación distintas del dinero: sugieren que también son importantes la responsabilidad social, la realización personal, la satisfacción y el prestigio profesionales.

Las políticas aplicadas a las otras categorías de trabajadores de salud como los trabajadores de atención de salud de la comunidad o los médicos, con el fin de mejorar los resultados, tienden a ser relativamente parecidas. Un estudio de los incentivos y desincentivos de los trabajadores de salud de la comunidad también muestra que los programas eficaces recurren a múltiples incentivos a lo largo del tiempo (Bhattacharyya et al. 2001). Sin embargo, las consecuencias de cada política pueden ser distintas para las diferentes profesiones. Hicks y Adams (2003) exponen la relación entre los incentivos financieros y no financieros, por una parte, y los resultados y la motivación de los trabajadores de salud, por otra. Estos autores constatan que, si bien hay muchas pruebas de que los incentivos financieros influyen en los resultados de los médicos, hay menos pruebas en relación con otros trabajadores de salud y de los efectos que los incentivos financieros ejercen sobre la motivación.

Asimismo, hay que señalar que se ha prestado más atención a algunas políticas que a otras. Por ejemplo, para motivar a los trabajadores de salud de la comunidad se emplean frecuentemente políticas que se basan en factores de la comunidad. Han de examinarse más a fondo la viabilidad de esas políticas y sus posibles beneficios para la enfermería, en particular para las enfermeras de las zonas rurales.

Adams y Hicks (2003) llegan también a la conclusión de que el vínculo entre el desarrollo de la política y la motivación personal de los trabajadores de salud es complejo y hace preciso que se reconozca la importancia que tienen en la motivación los factores de la persona, la organización y la sociedad.

Un sector importante en el que hay que trabajar más es la selección de los incentivos pertinentes como instrumentos de política general. Actualmente, hay poca información sobre la eficacia y los costos de los incentivos. Deben hacerse más estudios de la combinación eficacia y costos, para facilitar la toma de decisiones y contribuir a unas decisiones mejores desde la perspectiva social.

Asimismo, al diseñar políticas y estrategias específicas para mejorar la contratación y la retención del personal, es importante analizar e incluir los factores generales del contexto que pueden influir en la preparación y la aplicación de esas estrategias. Las disposiciones y las políticas de la organización, las limitaciones económicas, las diferencias sociales y culturales, y los marcos jurídico y reglamentario deben tenerse en cuenta en la preparación de opciones de política eficaces. Todavía se tiene un conocimiento limitado del entorno que permite aplicar las diversas estrategias de contratación y retención de los trabajadores de salud, y de los instrumentos para seguir y evaluar la aplicación efectiva de estas estrategias.

Referencias

Adams JS (1965). Inequity in social exchange. In *Advances in Experimental Social Psychology*, Berkowitz L, ed. Academic Press, New York, USA.

ADIRA Etudes et Conseils (2003). *Mise en place d'une politique pérenne pour la motivation des personnels de santé. Rapport final*, Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention, Sénégal.

Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Busse R, et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20, 3, 43-53, Bethesda, MD, USA.

Aiken L, Havens D and Sloan D (2000). The magnet nursing services

recognition program. *American Journal of Nursing*, 1000, 3, 26-36, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA.

Aitken JM and Kemp J (2003). HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa Regional Network for Equity in Health in Southern Africa. EQUINET and Oxfam, UK. Available at: <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/hivpersonnel.pdf>.

Alihonou E, Soude T and Hounye F (1998). *La Motivation et la Performance du Personnel de Santé au Bénin*. UNICEF Programme Division, Bamako Initiative Operations Research Paper, Health Section, New York, USA.

American Academy of Nursing (1983). *Task force on nursing practice in hospitals: Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses*. American Nurses Association, Kansas City, USA.

American Hospital Association (2001). *The hospital workforce shortage: immediate and future*. *Trend Watch*, 3, 2, 1-8, USA.

Antonazzo E, Scott A, Skatun D and Elliot R (2003). *The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature*. *Health Economics*, 12, 6, 465-478, USA.

Arrowsmith J and Sisson K (1999). *Pay and working time: Towards organization-based systems?* *British Journal of Industrial Relations*, 37, 1, 51-75, Blackwell Publishing, UK.

Awases M, Nyoni J, Gbary A and Chatora R (2003). *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. World Health Organization, WHO Regional Office for Africa, Division of Health Systems and Services Development, Geneva, Switzerland.

Bhattacharyya K, Winch P, LeBan K and Tien M (2001). *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention, and sustainability*, BASICS II, USAID, Virginia, USA.

Bennett S and Franco LM (1999). *Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: A Conceptual Framework*. Partnerships for Health Reform (PHR), Major Applied Research 5, Technical Paper No. 1, Bethesda, MD, USA.

Boyle DK, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ and Taunton RL (1999). *Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay*. *American Journal of Critical Care*, 8, 6, 361-371, Aliso Viejo, CA, USA.

Buchan J and Calman L (2004). *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.

- Buchan J, Thompson M and O'May F (2000). Incentive and remuneration strategies. Health workforce incentive and remuneration. A research review. Discussion paper No. 4, WHO, Geneva, Switzerland.
- Buchan J and Seccombe I (1991). Nurse turnover costs: a review for the Royal College of Nursing. IMS Report No. 212, University of Sussex, Institute of Manpower Studies, Brighton, UK.
- Campbell JP and Pritchard RD (1976). Motivation theory in industrial and organizational psychology. In Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Dunette MD, eds. Rand McNally, Chicago, USA.
- Carlson S, Cowart M and Speake D (1992). Cause of the nursing shortage: a critical review of the theoretical and empirical literature. Journal of Health and Human Resources Administration, vol. Fall, pp. 225-250, SPAEF, USA.
- Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K and Rogers H (2004). Teacher and Health Care Provider Absence: A Multi-Country Study. World Bank, Washington, D.C, USA.
- Chiha Y and Link C (2002). The shortage of registered nurses and some new estimates of the effects of wages on registered nurses labor supply: a look at the past and a preview of the 21st century. Health Policy, 64, 349-375, Oxford University Press, UK.
- Commonwealth Secretariat & South Africa Department of Health (2003). Workshop on attracting and retaining health workers in East, Central and Southern Africa. Commonwealth Secretariat and South Africa Department of Health, Johannesburg, South Africa.
- Dalphon D, Gessner M, Giblin E, Hijazzi K and Love C (2000). Violence against emergency nurses. Journal of Emergency Nursing, 26, 2, 105, Emergency Nurses Association, USA.
- Dieleman M, Cuong PV, Anh LV and Martineau T (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. health human resources, 1, 1, 10, WHO, Geneva, Switzerland.
- Dolea C and Adams O (2004). Motivation of health care workers: review of theories and empirical evidence. World Health Organization, Department of health human resources, Geneva, Switzerland.
- Dovlo D (1999). Report on issues affecting the mobility and retention of health workers/ professionals in Commonwealth African states. Commonwealth Secretariat, London, UK.
- Dunbar SB (2003). Perceived Motivational Factors Among Allied Health Managers and Subordinates. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 1, 1, Nova Southeastern University, USA.
- Dussault G, Fournier M, Zanchetta M, K rouac S, Bojanoewski L, Carpentier M and Grossman M (2001). Le march  du travail en soins infirmiers au Canada : Revue de litt rature. In Table ronde sur invitation des intervenants en soins infirmiers. 17-18 Septembre 2001. GRIS, University of Montreal, Montreal, Canada.
- Egan M and 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.
- Ensor T, Witter S and Sheiman I (1997). Methods of payment to medical care providers. In Introduction to health economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union, Witter S. and Ensor T. eds, John Wiley & Son Ltd., New York, USA.

Farrell G (1999). Aggression in clinical settings: nurses ' view - a follow up study. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 3, 532-541, Blackwell Publishing, UK.

Federation of Nurses and Health Professionals (2001). *The Nurse Shortage: Perspective for Current Direct Care Nurse and Former Direct Care Nurses*. Federation of Nurses and Health Professionals, Washington D.C, USA.

Ferrinho P and Van Lerberghe W (2000). Health personnel performance and providing health care health care under adverse conditions. ITG Press, Antwerp, Belgium.

Finlayson B, Dixon J, Meadows S, Dixon J and Blair G (2002). Mind the gap: the extent of the NHS nursing shortage. *British Medical Journal*, 325, 7363, 538-541, UK.

First Consulting Group (2001). *The health care workforce shortage and its implications for America's hospitals*, USA.

Fischer A and Muller M (2000). Perceptions of nursing service managers in the South African Military Health Service on their level of motivation. *Curatationis*, 23, 4, 63-71, DENOSA, South Africa.

Frijters P, Shields M and Price S (2003). Investigating the quitting decisions of nurses: Panel data evidence from the British National Health Services, UK.

Fort A and Voltero L (2004). Factors affecting the performance of maternal health care providers in Armenia. *health human resources* 2,8. <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-2-8.pdf>, WHO, Geneva, Switzerland.

Gleason-Scott J, Sochalski J and Aiken L (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29, 1, 9-19, Lippincott, Wilkins & Williams, USA.

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.

Gray A, Philipps V and Normand C (1996). The costs of nursing turnover: evidence from the British National Health Service. *Health Policy*, 38, 117-128., Oxford University Press, UK

Gupta N, Diallo K, Zurn P and Dal Poz M R (2003). Assessing health human resources: what can be learned from labour force surveys? *health human resources*, 1:5, WHO, Geneva, Switzerland.

Haskel J and Holt R (1999). Anticipating future skill needs: what can be done? does it need to be done ? *Skills Task Force*, London, UK.

Hasselhorn HM, Tackenberg P and Müller BH (2003). Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NEXT - nurses early exit study. *National Institute for Working Life*, Stockholm, Sweden.

Herzberg F, Mausner B and Snyderman B (1959). *The motivation to work*. Wiley, New York, USA.

Hicks V and Adams O (2003). Pay and Non-Pay Incentives, Performance and Motivation. In Ferrinho P, Dal Poz M, eds, *Towards a Global Health Workforce Strategy*, *Studies in Health Services Organization and Policy*, 21, 247-274, ITG Press, Antwerp, Belgium.

Holmas H (2002). Keeping nurses at work: a duration analysis. *Health Economics*, 11, 6, 493-503, University of York, UK.

Hornby P and Forte P (2002). Guidelines for introducing human resources indicators to monitor health system performance. Centre for Health planning and Management, Keele University, Keele, Staffordshire, UK.

Hornby P and Sidney E (1988). Motivation and health systems performance. WHO/EDUC/88.196, Geneva, Switzerland.

International Labour Organisation (1998). Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Report for Discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. ILO Geneva, Switzerland.

Jackson D, Clare J and 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

Johnston C (1991). Sources of work satisfaction/dissatisfaction for hospital registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 13, 503-513, USA.

Kanfer R (1999). Measuring Health Worker Motivation in Developing Countries. Partnerships for Health Reform (PHR), Major Applied Research 5, Working Paper 1, Bethesda, MD, USA.

Kanungo R and Mendonca M (1994). Introduction: motivational models in developing countries, in *Work motivation: models for developing countries*. Sage Publications, New Delhi, India.

Kekki P (1994). Training Managers for Primary Health Care. *World Health Forum* 15.

Kingma M (2003). Economic incentive in community nursing: attraction, rejection or indifference? *health human resources*, 1, 1, 2, WHO, Geneva, Switzerland. Available : <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-1-2.pdf> (Accessed 2005, 8 February).

Kirshenbaum A and Mano-Negrin R (1999). Underlying labor market dimensions of "Opportunities": The case of employee turnover. *Human Relations*, 52, 10, 1233-1255, Kluwer Academic/Plenum Publishers, Dordrecht, The Netherlands.

Kolehmainen-Aitken RL (2004). Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *health human resources*, 2:5, WHO, Geneva, Switzerland.

Krausz M, Koslowski M, Shalom M and Elaykim N (1995). Predictors of intention to leave the ward, the hospital, and the nursing profession: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 277-288, MCB University Press, USA.

Lafer G (2003). Solving the Nursing Shortage. University of Oregon, USA.

Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs Jr. GR and Burani CB (2003). Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 33, 5, 271-283, Lippincott., Williams & Wilkins, USA.

Locke EA (1976). The nature and causes of job satisfaction. In *Handbook of industrial and Organizational Psychology*. Dunette MD eds. Prentice hall, Englewood Cliffs, NJ, USA.

Marquis BL and Huston CJ (1992). Leadership roles and management functions in nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, USA.

Martinez J and Martineau T (1998). Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy and Planning*, 13, 4, 345-358, Oxford University Press, UK.

Maslow A (1954). Motivation and personality. Harper and Row, New York, USA.

Mason D (2000). Nursing's best kept secret. *American Journal of Nursing*, 100, 3, p. 7, Lippincott, Wilkins and Williams, PA, USA.

Matsiko WC and Kiwanuka J (2003). A Review of health human resources in Uganda. *Health Policy and Development*, 1, 1, 15-20, Uganda Martyrs University, Uganda.

McCarty G, Tyrell M and Cronin C (2002). National study of turnover in nursing and midwifery, Department of Health and Children, Dublin, Ireland.

Murray B (1999). A report on the analysis of the pattern of nurses entering and exiting employment in three Dublin Maternity Hospitals 1996-1998. Health Services Employers Agency, Dublin, Ireland.

Mutizwa-Mangiza D (1998). The Impact of Health Sector Reform on Public Sector Health Worker Motivation in Zimbabwe. Partnerships for Health Reform (PHR), Major Applied Research 5, Working Paper No. 4, Bethesda, MD, USA.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S et al. (2001). Nursing staffing and patient outcomes in hospitals. USA Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Washington D.C, USA.

Northouse P (1997). *Leadership. Theory and practice*. Sage Publications, USA.

O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J and Lofthouse J (2000). Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 4, 602-610, Blackwell Publishing, UK.

OECD (2004). The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa. *Trends in International Migration Part III*, OECD, Paris, France.

Pearson R, Reilly P and Robinson D (2004). Recruiting and developing an effective workforce in the British NHS. *Journal of Health Services Research and Policy*, 9, Suppl. 1, 17-23, Royal Society of Medicine, UK.

Rambur B, Val Palumbo M, McIntosh B and Mongeon J (2001). A statewide analysis of RN's intention to leave their position. *Nursing Outlook*, 51, 183-188, Elsevier, UK.

Rantz MJ, Scott J and Porter R (1996). Employee motivation: new perspectives of the age-old challenge of work motivation. *Nursing Forum*, 31, 3, 29-36, Philadelphia, PA, USA.

Saltman R (2002). Regulating incentives: the past and present role of the state in health care system. *Social Science and Medicine* 54, 11, 1677-1684, Elsevier, UK.

Saltman R and Von Otter C (1995.) *Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility*. Open University Press, Buckingham, UK.

Schwabe C, McGrath E and Lerotholi K (2004). *Health Sector Human Resources Needs Assessment*. Medical Care Development International, Silver Spring, Maryland, USA.

Shields M and Ward M (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics*, 20, 677-701, Kluwer Academic/Plenum Publishers, Dordrecht, The Netherlands.

Sihvonen M and Kekki P (1991). Leadership for motivation in health care. *World Health Forum*, 12, Switzerland.

- Spratley E, Johnson A, Sochalski J, Fritz M and Spencer W (2001). The registered nurse population, March 2000: Findings from the National Sample Survey of Registered Nurses. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing, Washington, DC, USA.
- Staiger D, Auerbach D and Buerhaus P (2000). Expanding career opportunities for women and the declining interest in nursing as a career. *Nursing Economics*, 18, 5, 230-236, Anthony J. Jannetti, Inc, New Jersey, USA.
- Stilwell B and Mthethwa K (2004). A situation analysis of the health workforce in Swaziland. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Stilwell B (2001). Health worker motivation on Zimbabwe. World Health Organization, Department of Organization of Health Care Delivery, Geneva, Switzerland.
- Stordeur S, D'hoore W and Vandenberghe C (2001). Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among nursing hospital staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 4, 533-542, Blackwell Publishing, UK.
- Thommasen H (2000). Physician retention and recruitment outside urban British Columbia. *British Columbia Medical Journal*, 42, 6, 304-308, BC, Canada.
- Tzeng H (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 8, 867-878, Elsevier, UK.
- Vinokur-Kaplan D, Jayaratne S and Chess WA (1994). Job Satisfaction and retention of social workers in public agencies, non-profit agencies and private practice: the impact of workplace conditions and motivators. *Administration in Social Work* 183, 93-121, Haworth Press, NY, USA.
- Vroom VH (1964). *Work and motivation*. Wiley and Sons, New York.
- Wai Chi Tai T, Bame S and Robinson C (1998). Review of nursing turnover research, 1977-1996. *Social Science and Medicine*, 47, 12, 1905-1924, Elsevier, UK.
- Waldman J, Kelly F, Arora S and Smith H (2004). The Shocking Cost of Turnover in Health Care. *Health Care Management Review*, 29, 1, 2-7, Lippincott, Williams and Wilkins, USA.
- World Health Organization (2004). Assessment of health human resources - 6 country case studies. WHO, Department of Organization of Health Services Delivery, Geneva, Switzerland.
- World Bank (1998). *Growing Healthy: A review of Vietnam health sector*. The World Bank, Washington D. C., USA.
- Wyss K (2004). An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. *health human resources*, 2, 1, 11, WHO, Geneva, Switzerland.
- Zurn P, Dal Poz M, Stilwell B and Adams O (2004). Imbalance in the health workforce. *health human resources*, 2, 13, WHO, Geneva, Switzerland. www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-2-13.pdf

Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau
1201 Ginebra
Suiza
Tel +41 22 908 0100
Fax +41 22 908 0101
Cor. el: icn@icn.ch
www.icn.ch