



# Función e identidad del encargado de la reglamentación: **Estudio comparativo internacional**

**Serie del CIE sobre Reglamentación**



## Serie del CIE sobre Reglamentación



## **Función e identidad del encargado de la reglamentación de enfermería: Estudio comparativo internacional**

Consejo internacional de enfermeras

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

---

Copyright © 2009 CIE – Consejo internacional de enfermeras,  
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95065-86-4

# ÍNDICE

---

Autores que han contribuido	4
Introducción	5
1. Objetivos del proyecto	5
2. Preámbulo y razón de ser del estudio	6
3. Examen de las publicaciones	6
4. Metodología y procedimientos del estudio	8
5. Resultados	15
6. Exposición	25
7. Limitaciones del estudio	39
8. Recomendaciones y labor futura	40
9. Conclusión	42
Referencias	43
Acrónimos	44

## Apéndices

Apéndice 1	Grupo de dirección del Proyecto	45
Apéndice 2	Definiciones operativas	47
Apéndice 3	Hoja de información para contactos	49
Apéndice 4	Hoja de capacidades del candidato	51
Apéndice 5	Formulario y directrices para la designación de las mejores prácticas	57
Apéndice 6	Directrices modificadas para las mejores prácticas	59
Apéndice 7	Instrumento de evaluación de las mejores prácticas	61
Apéndice 8	Lista resumida para la base de datos	63
Apéndice 9	Cuadro resumen de la mejor práctica	69
Apéndice 10	Léxico de los principales términos	71
Apéndice 11	Texto para la ventana del portal principal y enlaces con productos relacionados con la base de datos	77

## **AUTORES QUE HAN CONTRIBUIDO**

---

### **David C Benton RGN, RMN, BSc, MPhil, FFNF, FRCN**

David Benton es el Director general del Consejo internacional de enfermeras (CIE). Se tituló como enfermero general y de salud mental en el Highland College of Nursing and Midwifery de Inverness, Escocia.

David ha desempeñado puestos de responsabilidad durante casi 20 años en diversas organizaciones. Entre esas funciones se cuentan las de Director ejecutivo de Enfermería en un organismo de salud, en Londres, y las de funcionario principal en la Región del Norte y en Yorkshire; las de Director ejecutivo del Órgano de Reglamentación de Escocia y las de Director de Enfermería en el Sistema de atención de salud universitario.

David recibió una beca de estudios de la Fundación Florence Nightingale en 2001 y se le concedió también la beca del Royal College of Nursing en 2003 por su contribución a la política de enfermería y de salud.

### **Anne Morrison RN, RM, BSc, BEdSt, MBA, MRCNA, MAICD**

Anne Morrison es Consultora de políticas de enfermería y salud del CIE y sus responsabilidades principales se relacionan con el desarrollo y la gestión del programa de Reglamentación, del CIE. Anne está especializada en la reglamentación, la habilitación y la formación, y en salud de la mujer y del niño. Sus funciones abarcan el Foro de los Organos reguladores, el Foro de acreditación y el Observatorio para las licencias y la colegiación, además de la reunión de la Tríada. Anne gestiona también los créditos internacionales de formación continua de enfermería (CIFCE), la base de datos de las colaboraciones del CIE y coordina varias redes del CIE.

Anne tiene experiencia en la práctica clínica de enfermería y obstetricia y en la formación y reglamentación profesional de Escocia y de Australia.

Anne ha desempeñado varias funciones de dirección, entre ellas las de Directora del Consejo de Enfermería de Queensland y Presidenta del Consejo de Enfermería y Obstetricia de Australia.

# INTRODUCCIÓN

---

En este documento se informa sobre el proyecto titulado *Función e identidad del encargado de la reglamentación de enfermería: Estudio comparativo internacional*; ese proyecto ha sido realizado por el Consejo internacional de enfermeras (CIE) y financiado por el Consejo Nacional de Juntas de Enfermería de los Estados, Centro para la Excelencia en la Reglamentación. El informe abarcará los objetivos del proyecto, su metodología, conclusiones y debate y ofrecerá recomendaciones para el estudio y el trabajo futuros en este sector.

## 1. OBJETIVOS DEL PROYECTO

---

El CIE fue fundado en 1899 y actualmente habla en nombre de más de 13 millones de enfermeras de más de 130 países. Es en el mundo la primera y más amplia organización internacional de profesionales de salud y trabaja para unir a las enfermeras de todo el mundo y mejorar los niveles de los cuidados de enfermería. Así pues, trata de la reglamentación de enfermería, de la práctica profesional y de las cuestiones de bienestar social y económico.

Desde sus inicios, el CIE ha abogado a favor de la reglamentación de la profesión de enfermería y, a lo largo de sus 110 años de historia, ha realizado varios estudios pioneros de la manera en que la profesión está actualmente regulada y de cómo debe estarlo en el futuro.

En 2006, el Observatorio del CIE para las licencias y la colegiación observó que era necesario comparar y contrastar de manera sistemática las facultades de los encargados de la reglamentación, para facilitar el diálogo entre las jurisdicciones y gestionar el riesgo relacionado con el aumento de la migración de las enfermeras. Para ello, el Observatorio elaboró los objetivos de un proyecto, que se exponen a continuación:

- Preparar una base de datos mundial de las enfermeras encargadas de la reglamentación, con información para sus contactos.
- Crear un archivo de legislación de enfermería en el que se relacionen la función, los quehaceres y las facultades de los encargados de la reglamentación en cada país.
- Hacer un análisis comparativo de las principales dimensiones reglamentarias del gobierno interno, la disciplina y la formación.
- Identificar ejemplos de la mejor práctica relacionada con cada una de las principales dimensiones y los medios de compartirla.
- Preparar un léxico de los principales términos.

## **2. PREÁMBULO Y RAZÓN DE SER DEL ESTUDIO**

---

Las enfermeras emigran de un país a otro a un ritmo cada vez mayor y son un ejemplo importante del comercio de servicios (CIE 2005a). Este proceso de migración exige normalmente que las enfermeras se registren en el nuevo país para poder comenzar a trabajar como profesionales autorizadas. Los encargados de la reglamentación deben, pues, conocer más a fondo los procesos de reglamentación de otros países para poder examinar y evaluar las solicitudes de concesión de licencias, de manera oportuna y eficiente. Si no se hace así, se corre el riesgo de comprometer la seguridad del público y de retrasar el acceso a capacidades de la enfermería frecuentemente necesarias.

El movimiento de las enfermeras entre las distintas jurisdicciones puede suponer un riesgo mayor para los pacientes. Para aminorar ese riesgo, los encargados de la reglamentación han de disponer de procedimientos que puedan mejorarse con la comprensión del marco reglamentario utilizado en el país de origen del solicitante. Con la incertidumbre de quién tiene las diferentes responsabilidades, y como falta una comprensión compartida de la manera en que otras jurisdicciones abordan la concesión de licencias y la colegiación, es difícil tratar de manera eficaz y eficiente a los colegiados que se trasladan de un país a otro.

Por ello, la información sobre el modo de entrar en contacto con un encargado de la reglamentación de otra jurisdicción y la conciencia de los aspectos fundamentales de sus procesos pueden ayudar a todos los interesados a formular los juicios necesarios. La mejor práctica está produciéndose en muchas partes del mundo, pero en su conjunto permanece desconocida. Facilitar el diálogo entre los encargados de la reglamentación es un paso esencial para proteger a los pacientes y mantener la integridad de los registros de los países o de las jurisdicciones, y como medio de compartir la mejor práctica.

El objetivo primordial de la reglamentación es proteger al público. Por ello es importante en el momento actual identificar los contactos, compartir la experiencia y hacer un análisis comparativo del funcionamiento fundamental de la legislación por la que se rige el marco reglamentario.

## **3. EXAMEN DE LAS PUBLICACIONES**

---

Aún cuando el CIE tiene unos antecedentes firmes y prolongados de apoyo al desarrollo de la legislación de enfermería y al establecimiento de disposiciones reglamentarias, la información que tiene el CIE sobre los encargados de la reglamentación es parcial. Además de que en varias de sus publicaciones se incluyen ejemplos de los métodos adoptados por determinados países, no se dispone de un archivo sistemático de la legislación o de las mejores prácticas.

Otros órganos, generalmente regionales, han tratado de crear una base de datos de los contactos y un conjunto mínimo de datos, que tratan de dar al lector una idea de las actividades de los encargados de la reglamentación (Tjadens 2004; Federación europea de Enfermeras encargadas de la reglamentación 2006; Fleming y Holmes 2005; Clark

2006). Estos conjuntos de datos son incompletos, tanto en lo que se refiere a las entradas de los distintos países como a las entradas de grupos regionales (por ejemplo, la Unión Europea). Por ello sería valioso que los encargados de la reglamentación de enfermería conocieran la legislación de enfermería de todo el mundo, para informar a los que tratan de desarrollar o actualizar sus marcos legislativos con los requisitos de reglamentación actuales.

El Informe sobre Salud Mundial 2006 (OMS 2006) trataba principalmente de los recursos humanos de salud y en él se identificaba la función esencial de protección del público, que desempeñan los encargados de la reglamentación. Asimismo se reconocía en ese informe que factores tales como la migración están sometiendo a una presión considerable los métodos y criterios para la reglamentación de los profesionales. En el informe se cita un ejemplo del Colegio de Enfermería del África Central y Meridional (ECSACON) en el que con las acciones en colaboración y la comprensión compartida está mejorando mucho la situación. Aún cuando el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no tiene la finalidad de reunir ejemplos de la mejor práctica, sirve para poner de relieve los beneficios que pueden derivarse de reunir esa información y compartirla más ampliamente entre los países, las regiones y el mundo en su conjunto.

La finalidad de la autorregulación profesional es salvaguardar y defender la seguridad de los pacientes (CIE/OMS 2005). En los últimos años se han comunicado en todo el mundo varios casos muy señalados, que han motivado acusaciones de que los sistemas de reglamentación profesional han fallado. El supuesto de que la autorregulación profesional garantiza la protección del público ha sido puesto en duda por éste, por los medios de comunicación y por los gobiernos a consecuencia de los casos Bristol y Shipman ocurridos en el Reino Unido. En realidad, el escrutinio del que actualmente son objeto todos los encargados de la reglamentación de los profesionales de salud desde la aparición de estos casos, ha dado lugar a cambios y a un aumento de la influencia de los gobiernos (CIE 2005b).

Aún cuando los encargados de la reglamentación tienen generalmente normas y procesos bien establecidos para la colegiación inicial, eso no sucede habitualmente para determinar el mantenimiento de la competencia. A través de la legislación, la reglamentación de enfermería debe garantizar que las personas colegiadas dispensan cuidados seguros y competentes. Así pues, interesa cada vez más la exigencia legal de los requisitos obligatorios de mantenimiento de la competencia (ANMC 2007).

Algunas enfermeras que emigran no pueden continuar su carrera profesional porque su cualificación inicial de enfermería quizá no es equivalente a la que rige en el nuevo país (Baumann y Blythe 2008). Esta evaluación de la equivalencia de los niveles de la formación y la determinación de la aptitud para la concesión de la licencia es frecuentemente una actividad que exige mucho tiempo a los encargados de la reglamentación.

La creciente demanda de enfermeras y la disminución del número de éstas significan que los gobiernos y los empleadores se muestran cada vez más críticos con los encargados de la reglamentación porque perciben retrasos en la tramitación de las solicitudes de inscripción en el registro. Los encargados de la reglamentación dedican recursos importantes a la búsqueda de información en otras jurisdicciones, que confirme las

cualificaciones de formación del solicitante, sus antecedentes disciplinares y su historial laboral.

Por otra parte, si el solicitante sale de un país que recientemente ha experimentado una catástrofe o un conflicto, puede ser difícil conseguir los necesarios expedientes personales o institucionales. Por ello, tener una buena comprensión de la presencia o de la ausencia de los procesos de reglamentación proporciona un instrumento esencial al encargado de la reglamentación que trate de validar las credenciales de una persona.

## **4. METODOLOGÍA Y PROCESOS DEL ESTUDIO**

---

### **4.1 Recursos favorables para el proyecto**

Antes de comenzar la labor de recogida y análisis de los datos para el proyecto, se identificaron los recursos de apoyo y sostenimiento del mismo. Entre ellos se incluye el establecimiento de un grupo de dirección del proyecto, la referencia al documento *Terminología de la Reglamentación*, del CIE, y el empleo de las redes de los órganos de reglamentación.

#### **4.1.1 Idioma**

Todas las solicitudes por escrito, los formularios y los modelos utilizados en este estudio se tradujeron a los tres idiomas de trabajo del CIE: español, francés e inglés.

#### **4.1.2 Grupo de dirección del Proyecto**

Para orientar los trabajos se estableció un grupo de dirección, integrado por ocho miembros seleccionados por su capacidad y experiencia en reglamentación, (Apéndice 1). Además esas personas aportaron:

- Diversidad geográfica, cultural y lingüística.
- Cobertura de diversos modelos reglamentarios.
- Acceso a una amplia red de encargados de la reglamentación de su región.
- Eran considerados dirigentes por sus iguales.
- Vinculaciones con el Observatorio sobre las licencias y la colegiación.

El Grupo de dirección celebró dos reuniones con presencia física en Ginebra: la primera, en julio de 2007 y la segunda en septiembre de 2008. Las comunicaciones con el Grupo de dirección fuera de esas reuniones tuvieron lugar por medios virtuales.

#### **4.1.3 Definiciones**

El estudio trataba de reunir información sobre la reglamentación de las enfermeras, recurriendo a la autoridad nacional competente en cada país. Sin embargo, en el caso de los países con sistema de gobierno federado (por ejemplo, los EE.UU., el Canadá y Australia), la información se buscó recurriendo al órgano de reglamentación estatal o provincial. A consecuencia de ello, los términos “jurisdicción reglamentaria” y “órganos reglamentarios” se refieren a un órgano de reglamentación nacional o estatal.

La expresión “dimensión principal” se usa para describir un sector de contenidos generales que se espera encontrar en la legislación de enfermería. Una dimensión principal puede tener varios subsectores de interés y éstos pueden describirse de manera comparativa. Ejemplos de ello son el gobierno interno del órgano legislativo; los poderes y funciones; los términos definidos; la estructura del registro; las normas de la formación y del ejercicio profesional; el criterio del mantenimiento de la competencia; los requisitos de la adecuación para ejercer; los procesos y las opciones disciplinarias.

Una métrica comparativa es un sector determinado de interés relacionado con una dimensión clave de la legislación y puede describirse mediante un texto narrativo, un número concreto, o indicando la presencia o la ausencia de un conjunto de características preestablecidas. Por ejemplo, en relación con el gobierno interno, esto puede incluir el tipo de órgano de gobierno, el tipo del órgano de gobierno y el número de sus miembros, los determinados comités especificados, etc.

El Grupo de dirección identificó que, en algunas culturas, el concepto de la mejor práctica se reconoce como el nivel más elevado de calidad que puede alcanzarse. La consecuencia de ese reconocimiento es que la mejor práctica existe y tiene una finalidad. El concepto preferido en esas culturas es la buena práctica que asume que los marcos de calidad garantizan un mejoramiento continuo de la calidad.

Reconociendo esta tensión entre las nociones de “buena práctica” y de “la mejor práctica” el estudio procedía a utilizar la expresión de “la mejor práctica” sobre la base de que su comprensión es más universal. Para los fines del estudio, la expresión “la mejor práctica” se utilizó con el fin de reflejar una norma ejemplar de resultados para el tipo y la situación de una operación o función dentro de una de las dimensiones principales de la reglamentación.

Se elaboraron definiciones operativas para mayor claridad y para conseguir coherencia al obtener, analizar y comunicar los datos. Las definiciones operativas pueden verse en el Apéndice 2.

#### 4.1.4 Redes de órganos de reglamentación

El CIE tiene contactos periódicos con diversos órganos de reglamentación de todo el mundo. Recurriendo inicialmente a esos contactos, se recabaron datos mediante cuestionarios y se utilizó un método expansivo para conseguir la máxima cobertura. El CIE utilizó estos datos y otra información obtenida de contactos tales como las asociaciones nacionales de enfermería, las enfermeras principales de los gobiernos, y las misiones diplomáticas.

Para el estudio, se consiguió más información de los sitios web de los órganos de reglamentación pertinentes. También se accedió a los sitios web de otros organismos de salud conexos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Consejo de enfermería y obstetricia de Australia (ANMC), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Central de Inteligencia (CIA), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la Federación europea de Enfermeras encargadas de la reglamentación (FEPI).

## **4.2 Base de datos mundial de las enfermeras encargadas de la reglamentación, e información para comunicarse con ellas**

Se ha preparado una hoja de información para contactos (Apéndice 3) destinada a facilitar el acopio de datos coherentes. Esa hoja consta de una sola página con los principales detalles para establecer contactos y cierta información contextual. Se accedió a los datos que ya poseía el CIE y a la información disponible en los sitios de los órganos de reglamentación, para preparar las hojas de información destinadas a establecer contactos.

La información contextual constaba de:

- Información para contactos
- Configuración
- Información sobre el órgano de reglamentación
- Contexto en el sistema de salud.

La hoja de información para contactos se envió inicialmente al órgano de reglamentación cuando éste se conocía, o a los demás contactos como se señala en la sección 5.1.4, en forma electrónica o en papel. Estos métodos se emplearon tratando de fomentar la participación de los encargados de la reglamentación y el contacto con las personas que no tienen acceso a Internet.

## **4.3 Archivo de legislación**

La base de datos de legislación se preparó a partir de las fuentes siguientes:

- Datos ya en poder del CIE.
- Legislación descargada de los sitios web de diversos órganos de reglamentación.
- Peticiones a órganos de reglamentación de que facilitasen ejemplares de su legislación en formato pdf.
- Ejemplares en papel de la legislación enviados al CIE por los órganos de reglamentación.

En función de las tradiciones jurídicas de las distintas jurisdicciones y del método para documentar la legislación, se buscó también otro material relativo a la práctica profesional y/o a la formación de la enfermera. Por ejemplo, ésta podía haber sido legislación relativa a un grupo más amplio de profesionales de salud (legislación general) o material relativo a la institución de formación y la aprobación de los programas.

Cuando la legislación no se facilitó o no estaba disponible en los sitios web de los órganos de reglamentación, la información se obtuvo de la NATLEX, base de datos sobre la legislación laboral, la seguridad social y otra legislación conexas sobre derechos humanos, de los países, que mantiene la Organización Internacional del Trabajo. Los registros de la NATLEX sólo contienen resúmenes de la legislación e información pertinente sobre las citas.

#### 4.4 Dimensiones de la comparación

A su recepción, estos documentos se tradujeron al inglés y se sometieron a un análisis estructurado de su política general sobre la base del marco siguiente y de las dimensiones del candidato.

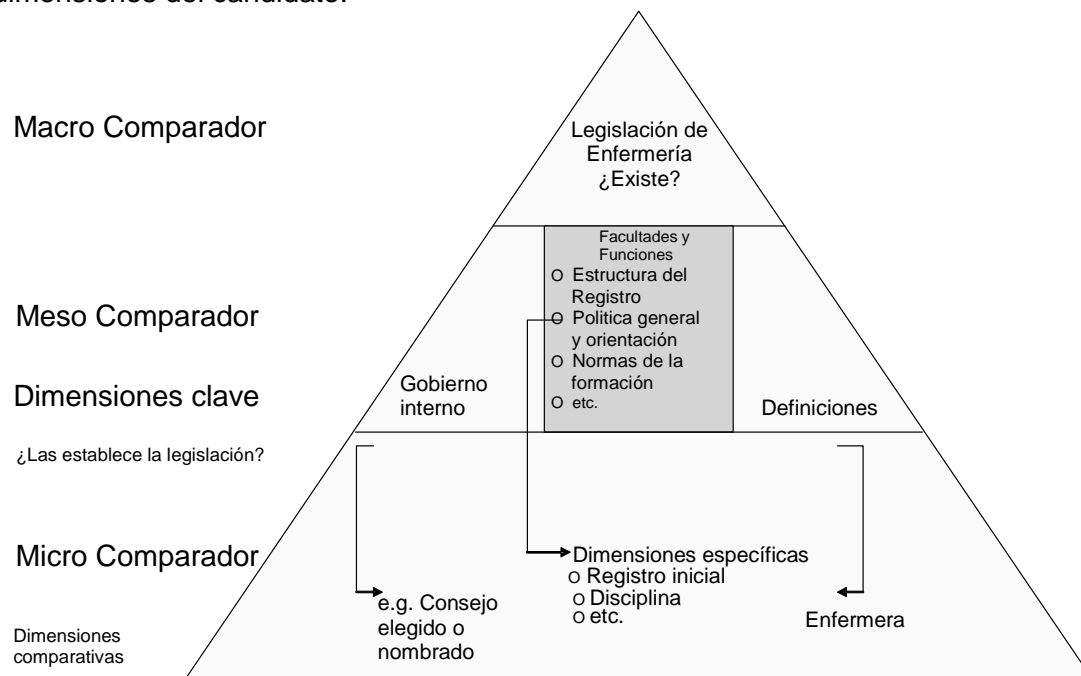


Figura 1. Representación esquemática del Marco analítico comparativo

La dimensión "Facultades y funciones" se subdividió en una lista más detallada extraída de la legislación vigente. No se intentó diferenciar entre una facultad y una función pues muchas veces ambos están culturalmente vinculados entre sí. De la lista de facultades y funciones, se utilizó una serie de preguntas de nivel medio para identificar la presencia o la ausencia de esas facultades y funciones en el ámbito de la legislación de enfermería.

A partir de la lista de facultades y funciones se vio que varias de ellas se agrupan y tienen una gran importancia para abordar los objetivos de la investigación.

Sobre esa base se elaboró un conjunto de dimensiones relativas a lo siguiente:

- Gobierno interno
- Definiciones
- Facultades y funciones
  - Establecer y mantener un registro
    - Estructura del registro
    - Inscripción inicial en el registro
    - Registro internacional
    - Registro/nueva licencia permanentes
    - Protección del título

- Disciplina
- Idoneidad para la práctica profesional
- Normas
  - o Formación
  - o Práctica profesional

A partir de este marco detallado se elaboraron las dimensiones concretas y se preparó un baremo como instrumento para reunir y analizar la información específica sobre la presencia o la ausencia de las facultades en la legislación. El baremo de las dimensiones del candidato para el análisis puede verse en el Apéndice 4.

El proceso de análisis comparativo conllevaba examinar la legislación de enfermería que capacitaba a un determinado órgano de reglamentación incluido en la muestra para el estudio. El análisis exigía que el investigador del proyecto formulara una respuesta a las preguntas sobre el instrumento, que fueran pertinentes para las facultades del órgano de reglamentación relativas a los tres elementos esenciales de ésta: el gobierno interno, la disciplina y la formación.

No se pretendía hacer un análisis estadístico inferencial de los datos; por tanto las secciones relativas a las conclusiones y al debate del presente informe se adaptan a este criterio.

#### **4.5 La mejor práctica**

El estudio trataba de captar ejemplos de la mejor práctica en sectores clave de las dimensiones del gobierno interno, la disciplina y la formación y cualquier otra dimensión de la reglamentación. Como ya se ha expuesto, en algunas culturas la mejor práctica implica que quizá no hay nada que conseguir por encima de esta norma. Incluir el concepto de mejoramiento continuo de la calidad era importante para estimular a quienes ya habían identificado ejemplos de buena práctica.

Para reunir ejemplos de la mejor práctica, se elaboró una lista y directrices estructuradas (Apéndice 5). Éstas ayudaron a los encargados de la reglamentación a presentar sus ejemplos de la mejor práctica para describir la cuestión o la dificultad a que se enfrentaban, los pasos dados para conseguir mejoramientos y para establecer la línea de base y los datos importantes posteriores al cambio. El CIE invitó a los órganos de reglamentación de las enfermeras sobre los que se tenía información para contactos a que utilizaran este instrumento para citar ejemplos de la mejor práctica en las correspondientes dimensiones importantes.

En la reunión celebrada por el Grupo de dirección en septiembre de 2008, éste, en tanto que grupo de expertos, evaluó un pequeño número de ejemplos de la mejor práctica. Después de un proceso de debate orientado de los ejemplos que tenía ante sí, el Grupo de dirección identificó los siguientes criterios comunes para sus deliberaciones sobre los ejemplos de la mejor práctica:

- Relevancia
- Necesidad demostrada
- Claridad
- Utilidad
- Beneficios
- Aplicabilidad
- Adaptabilidad
- Basados en pruebas
- Participación de interesados
- Consecuencias para la formación y la práctica de las enfermeras
- Economía
- Seguridad del paciente
- Culturalmente aceptable.

Los criterios orientaron tanto a los encargados de la reglamentación como a los miembros del Grupo de dirección para los ejemplos posteriores. Se ayudó a los encargados de la reglamentación a adoptar una decisión sobre si el ejemplo por ellos propuesto cumplía los criterios. El Grupo de dirección opinó que, para ser considerado mejor práctica, una designación debía demostrar estos criterios.

Posteriormente se pidieron a los órganos de reglamentación otras presentaciones de mejores prácticas y esta vez se comunicaron los criterios junto con la lista y las directrices modificadas (Apéndice 6). Las presentaciones recibidas se enviaron a los miembros del Grupo de dirección para que las evaluaran de manera individual en función de los criterios, utilizando sus conocimientos y su comprensión de la reglamentación como expertos.

El Grupo de dirección preparó y utilizó un instrumento (Apéndice 7) para conseguir la fiabilidad de las respectivas puntuaciones y la transparencia del proceso de evaluación. La puntuación era sencillamente una respuesta de “sí” o “no” a cada uno de los criterios y, después, al fin del proceso, un juicio general sobre si, en opinión de cada uno de los miembros del Grupo, el ejemplo reflejaba la mejor práctica.

#### **4.6 Léxico de los principales términos**

Durante el proyecto se identificaron varios términos que tenían significados diferentes en las distintas jurisdicciones. Estos términos surgieron sobre todo durante la fase de acopio de los datos. Sin embargo en las reuniones del Grupo de dirección también se puso de manifiesto que había que incluir nuevos términos. Por ejemplo, como ya se ha señalado, había una diferencia evidente en el modo de entender el término “la mejor práctica” y “buena práctica”.

Así pues en el léxico elaborado se incluían:

- Las definiciones operativas
- Los términos ya contenidos en la *Terminología de la Reglamentación*, del CIE
- Todos los demás términos importantes del proyecto.

#### 4.7 Portal en la web

El objetivo principal que se perseguía al desarrollar los diversos resultados de este estudio era el de conseguir un recurso global válido. Por ello se trataba de dar acceso a la importante cantidad de datos reunidos mediante un portal web en el Sitio web del CIE.

El Grupo de dirección examinó diversas opciones para acceder a estos datos y llegó a la conclusión de que el diseño del portal debía ser sencillo en cuanto a su acceso y disposición. Para formar su decisión acerca del diseño, el Grupo de dirección examinó varios sitios web actuales seleccionados como ejemplos de la mejor manera de presentar la información. Entre las diversas opciones exploradas pueden mencionarse las siguientes: una serie de configuraciones progresivas; un menú reducido (continentes / países / estados); una búsqueda de textos; y opciones lingüísticas.

En lo referente a la preparación de un portal web, el Grupo de dirección llegó a la conclusión de que:

- El acceso en tiempo real formaría parte integrante del principal portal del CIE.
- Las configuraciones serán por sí mismas una ayuda insuficiente si la persona que trata de acceder a la base de datos no conoce la ubicación de un país/jurisdicción.
- Con una combinación de criterios se facilitaría el acceso, es decir, la configuración y el texto.

En cuanto a las funciones de ayuda, el Grupo de dirección acordó que el portal web tendría, como mínimo, lo siguiente:

- Una opción de lenguaje
- Una función de ayuda
- Una función de búsqueda
- Una configuración del lugar
- Compatibilidad con el estilo general del CIE.

El Grupo de dirección propuso además que el diseño del portal web incluyera un formato normalizado para todas las páginas web de las distintas jurisdicciones, que facilitara la navegación y permitiera comparar datos. Asimismo, se acordó que hubiera un hipervínculo desde la hoja de contacto de una jurisdicción a su dimensión completa y que el instrumento de búsqueda permitiera examinar las dimensiones de manera individual y a través de las jurisdicciones.

Para dar forma a la futura evaluación de los datos y al portal web, el Grupo de dirección pidió que se incluyera en el diseño la disposición relativa al acopio de preguntas y de encuestas.

## 5. RESULTADOS

---

Se presentan a continuación los resultados del estudio hasta hoy. La metodología utilizada en él garantiza que el trabajo continúa mientras sigue accediéndose a la información mediante los distintos procesos descritos en la sección anterior. El acceso a la información en relación con las regiones de América Central y del Sur y Oriente Medio ha sido lento pero sigue adelante. En consecuencia, la información encontrada no contiene datos significativos de estas regiones.

### 5.1 Base mundial de datos sobre las enfermeras encargadas de la reglamentación e información para contactos con ellas

Aún cuando la intención inicial era preparar una base de datos de 100 jurisdicciones, se reunieron datos correspondientes a 172 órganos de reglamentación de las siguientes regiones geográficas:

- Asia
- Pacífico Occidental
- Australia
- Europa
- África
- Oriente Medio
- Canadá
- EE.UU.
- Caribe
- América Central y del Sur

Las jurisdicciones para las que se prepararon hojas de información para contactos se enumeran en el Apéndice 8. No todas las hojas de información para contactos están completas, por los motivos antes expuestos. Las hojas de información para contactos se encuentran en su fase preliminar y siguen elaborándose para las jurisdicciones de América Central y del Sur y del Oriente Medio. Jordania fue la única jurisdicción del Oriente Medio sobre la que se disponía de información completa en el momento de la redacción de este informe.

Los países con un sistema de gobierno federal, como los EE.UU., Canadá y Australia, tenían el mayor número de órganos de reglamentación, cada uno con su propia jurisdicción. En algunos casos una jurisdicción puede tener dos o más órganos que regulan la enfermería. Por lo general, esto ocurre cuando hay dos o más niveles de enfermeras o cuando la enfermería y la obstetricia se identifican como profesiones independientes y se regulan como tales.

Por otra parte, hay órganos nacionales que, aún cuando no tienen poder en lo que se refiere a funciones de reglamentación tales como las de colegiación o concesión de licencias, desempeñan una función en el establecimiento de normas morales y en la orientación de la política general. Entre ellos están el Consejo nacional de juntas de enfermería de los Estados (NCSBN), de los Estados Unidos, la Asociación de Enfermeras del Canadá (AEC) y El Consejo australiano de enfermería y obstetricia (ANMC). Se prepararon boletines de información sobre contactos para estas organizaciones.

En el Apéndice 8 se identifican también las 52 hojas validadas de información para contactos. Las fechas de validación figuran al final de la hoja, para facilitar la comunicación y la actualidad de la información.

## 5.2 Archivo legislativo

Como en el caso de otros aspectos del presente estudio, en las conclusiones apareció una serie de contrastes entre las jurisdicciones. La obtención de la legislación fue más fácil en las jurisdicciones que tenían sistemas jurídicos bien establecidos. Las dificultades fueron menores para obtener el material en los países bien dotados de recursos y con sólidas infraestructuras de tecnología de la información y de las comunicaciones.

Cuando la legislación se obtuvo en los sitios web, se constató que algunos de éstos contenían la legislación completa o tenían hipervínculos con ella, mientras que otros contenían sólo extractos oficiales o no oficiales de la legislación. Además, algunos sitios web solamente tenían traducciones no oficiales de la legislación.

En algunos casos, el órgano de reglamentación tiene un ejemplar de la legislación en su sitio web mientras que, en otros, no hay indicadores del material y/o éste se conserva en un sitio web parlamentario junto con todo el resto de legislación. También es diverso el formato en que se almacena el material. El cuadro siguiente muestra la totalidad, la disponibilidad y la existencia de legislación de enfermería en las diversas jurisdicciones. En el Apéndice 8 se recoge una lista completa de la legislación clasificada por regiones. Hay que señalar que la legislación no se pidió a ninguno de los tres órganos nacionales siguientes: NCSBN, ANC y ANMC.

<b>Integridad de la legislación</b>	<b>Número de jurisdicciones</b>
Legislación aún por desarrollar	4
No se dispone de legislación para el proyecto	22
Se ha obtenido la legislación para el proyecto y se dispone de ella	113
Referencia NATLEX solamente a la legislación	10
Sólo se dispone de un extracto (o de parte de la legislación)	6
Se dispone de la documentación de información sobre la enfermería	1
Se dispone de legislación en un idioma distinto del inglés	13
Órganos nacionales no incluidos en el análisis	3
<b>Total</b>	<b>172</b>

## 5.3 Análisis comparativo

Se introdujeron los datos de la hoja de información de los candidatos en el caso de 106 jurisdicciones de 41 países. El análisis comparativo se centró en los tres elementos principales y en las medidas, con ellos relacionadas, del gobierno interno, la disciplina y la formación recogidos en el instrumento de medición del candidato, elaborado por el Grupo de dirección. El análisis no se llevó hasta comparar otros aspectos de la legislación disponible.

Aún cuando la legislación no era siempre específica en sus disposiciones, frecuentemente podía inferirse el poder del órgano de reglamentación. En algunos casos, la legislación nada decía de las facultades exactas. En circunstancias en las que la respuesta “sí” o “no” no podía comprobarse sobre el propio candidato, se verificaba la opción “otro” como respuesta alternativa.

La legislación puede otorgar al órgano legislativo amplios poderes para aplicar cualquier procedimiento, proceso o función que sean necesarios para satisfacer los requisitos de la legislación. Este estudio no tenía por objeto obtener pruebas de si un órgano de reglamentación había elaborado, o no, algunas políticas y procedimientos organizativos. Por ello, debe señalarse que una respuesta “no” u “otro” no significa que el órgano de reglamentación no requiera un determinado procedimiento, proceso o función.

El análisis permitió hacer una comparación para cada una de las dimensiones dentro de las regiones (por ejemplo, dentro de los EE.UU.) y entre las regiones (por ejemplo, en el Pacífico Occidental y Europa).

### 5.3.1 Gobierno interno

#### *Estructura del órgano de reglamentación*

En las jurisdicciones que poseen legislación de enfermería, los órganos reglamentarios son, por lo general, autónomos y su principal fuente de financiación procede de los derechos de inscripción en el registro. En las jurisdicciones en que la legislación es escasa o nula, el Gobierno se ocupa de la reglamentación. Los Estados Unidos son la única región en la que la mayoría de los órganos de reglamentación (67%) forman parte de la administración y no son autónomos. Sin embargo, su fuente de financiación son los colegiados (96%). Así pues, formar parte del gobierno no equivale a recibir financiación del gobierno.

En toda la legislación examinada, el órgano de reglamentación dependía de un órgano gubernamental de nivel más alto, o de una persona que lo regía. Por ejemplo, el gobernador, el gobernador a través del Senado, el Ministro de Sanidad, un ministerio del Gobierno, o a través de un departamento del Gobierno que respondía ante el gobernador y, en algunas monarquías, ante el Rey o la Reina.

En el Canadá, en los EE.UU. y en Asia, muy frecuentemente la legislación concedía facultades para regular exclusivamente a las enfermeras. En Australia, el Pacífico Occidental y África, la legislación otorgaba generalmente al encargado de la reglamentación facultades para regular a las enfermeras y a las matronas mediante un sólo instrumento de legislación.

En los Estados Unidos, el modelo de “enfermera matrona” está muy generalizado; sin embargo, en otros países la obstetricia se considera una profesión independiente. Así pues, la categoría de matrona planteaba un problema de interpretación. En los países en que la obstetricia es una profesión independiente, el investigador definió la cuestión “central” como “enfermería y obstetricia” y no como “enfermeras”. En el análisis de los EE.UU., la cuestión “central” de las

enfermeras matronas se definió como “enfermeras” en los datos de los candidatos.

#### *Fuentes de financiación*

La fuente de financiación en todas las regiones son primordialmente los derechos de colegiación y otras formas de generación de ingresos. Jordania está financiada por los cuatro sectores: personas colegiadas, generación de ingresos (por ejemplo, mediante seminarios, conferencias y publicaciones), financiación del Estado, y donaciones y legados. La otra región cuyos órganos de reglamentación están financiados en medida significativa por donaciones y legados son los órganos de reglamentación de África (66%).

#### *Miembros del Consejo*

En el análisis de los miembros del consejo/junta se vio que hay jurisdicciones en las que los miembros son nombrados en su totalidad (Australia, Jordania, África y el Caribe). Hacían los nombramientos un gobernador, un ministro de Sanidad, o un monarca. Los resultados indican también que, en otras jurisdicciones, hay en los consejos miembros elegidos y miembros designados.

La composición del consejo está casi siempre estipulada, salvo en Europa (36%): por ejemplo, el número de miembros ajenos a la profesión/públicos, las categorías o niveles de las enfermeras clínicas, de las enfermeras docentes y de los representantes del gobierno. Raras veces se especifican en la legislación los puestos para los afiliados (por ejemplo, enfermera principal, funcionario médico principal).

La idea de incluir miembros públicos ajenos a la profesión ocupaba un lugar destacado en la legislación, por ejemplo, Australia (71%), Canadá (80%), y los EE.UU. (94%). Sin embargo, en la región de Asia sólo el 11% de los órganos de reglamentación tienen en su consejo miembros ajenos a la profesión.

El nombramiento de otros profesionales de salud como miembros (por ejemplo, médicos o farmacéuticos) también se recogía en algunas legislaciones. La Región Europea es la que tenía el menor número de afiliados profesionales (55%), y en todas las demás regiones eran profesionales entre el 90% y el 100% de los miembros de sus consejos.

La disposición de que el ejecutivo pasara a ser miembro del consejo no era común. El Canadá era la única región en que muchos estados/provincias tenían a un ejecutivo formando parte del consejo (80%). En todas las regiones, el presidente del consejo era nombrado, con la excepción del Canadá y los EE.UU. donde el 80% de la legislación exigía que se eligiera a una persona para ese puesto.

#### *Encargado del Registro*

Se constató que el título de “Encargado del Registro” estaba más generalizado en las jurisdicciones que antes habían sido colonias británicas. En muchas otras jurisdicciones el título dado a este puesto era el de Director ejecutivo o Director general. El grado de delegación iba desde unas facultades muy específicas a unas facultades generales delegadas por el órgano de reglamentación. Las facultades concedidas a los encargados del registro eran comunes en la mayoría

de las regiones (67 - 100%) con la excepción de Europa, donde sólo el 36% de los encargados del registro tenían concedidas facultades.

#### *Definiciones*

Las conclusiones revelaron que la definición del título de “enfermera especialista” figuraba en la legislación de Australia (86%), Canadá (70%) y los EE.UU. (69%). Sin embargo, esa definición aparecía solamente en el 18% de la legislación Europea y en el 20% de la legislación de los países del Caribe. En el Canadá el término “enfermera de atención directa” estaba definido en el 80% de la legislación, mientras que solamente el 11% de los órganos de reglamentación del Pacífico Occidental definían el término “enfermera de atención directa” o el de “enfermera de práctica avanzada”. Las únicas regiones en que se definían el término “acto controlado” eran Europa (9%) y el Canadá (10%).

#### *Estructura del Registro*

Los registros de todas las jurisdicciones, excepto las de Jordania, EE.UU. (6%) y Asia (11%) tenían diversos elementos. La capacidad de corroborar o registrar información era una facultad común a la gran mayoría de los encargados de la reglamentación, con las excepciones de Jordania y Europa (36%). La legislación exigía también que el órgano de reglamentación desarrollara procedimientos para establecer y mantener registros/listas de las personas acreditadas.

Las dimensiones de los candidatos se analizaron en relación con los niveles de los registros, es decir, los niveles de un grupo profesional (por ejemplo, el de las enfermeras especialistas, las enfermeras auxiliares, y los auxiliares técnicos sanitarios). En las jurisdicciones en que había a la vez una enfermera especialista y una enfermera de segundo nivel (auxiliar técnico sanitario, enfermera en prácticas, enfermera auxiliar, asistente sanitario), esta práctica se regía principalmente por un único instrumento legislativo y, en consecuencia, por un único órgano regulador. Las excepciones eran cuatro jurisdicciones en los EE.UU., en las que la legislación establecía los siguientes órganos de reglamentación independientes para esta función de la enfermera de segundo nivel: el Consejo de Auxiliares técnicos sanitarios, del Estado de Georgia; el Consejo de Examinadores de los Auxiliares técnicos sanitarios, del Estado de Louisiana; el Consejo de Enfermeras en prácticas y de Técnicos de Psiquiatría, de California; y el Consejo de Examinadores de Auxiliares técnicos sanitarios, del Estado de Virginia Occidental .

#### *Primera inscripción en el Registro/colegiación*

En todos los casos, la legislación examinada (con la excepción de la India), los solicitantes de la colegiación inicial tenían que haber completado con éxito un programa de formación aprobado, como requisito previo para la primera inscripción en el registro en todas las jurisdicciones. En lo que se refiere a un examen/evaluación, sólo el 36% de la legislación de Europa y el 56% de la legislación de los países del Pacífico Occidental recogía esta disposición. De la legislación de los Estados Unidos y del Canadá, se comunicó que el 98% y el 90% respectivamente exigían un examen/evaluación para la primera inscripción en el registro.

El porcentaje de jurisdicciones que precisaban comprobación de su historia penal como prueba de adecuación para conseguir la autorización inicial para ejercer era relativamente bajo en comparación con otros parámetros. Los EE.UU. tenían el porcentaje más alto (65%) de verificación de historiales penales y seguían después el Canadá y Asia.

Las jurisdicciones australianas mostraron el porcentaje más elevado (86%) de legislación que exigía que un solicitante de la primera inscripción en el registro demostrase un buen estado físico y mental. Seguía después el Canadá (70%). Todas las demás jurisdicciones se situaban entre 0 y el 44 por ciento.

La legislación de la mayoría de las jurisdicciones exigía que el solicitante abonase un derecho de primera inscripción en el registro. Solamente en siete jurisdicciones no se preveía el pago de un derecho.

#### *Primera inscripción de extranjeros en el registro*

En la mayoría de las jurisdicciones, la legislación exigía a los solicitantes extranjeros que trataban de inscribirse por primera vez que pasaran una evaluación idiomática. Las excepciones eran las jurisdicciones del Pacífico Occidental (11%), África (0%), Jordania (0%), y el Caribe (0%). Ningún poder legislativo importante exigía que los solicitantes extranjeros pasaran una prueba de antecedentes penales (0 - 51%) o de buena salud física o mental (0 - 57%) o que presentasen un certificado de buena conducta (0 - 43%).

Las disposiciones legislativas de reconocimiento recíproco en lo que se refería a los solicitantes extranjeros eran más evidentes en las regiones de Europa (82%) y del Caribe (60%). Otras regiones en las que hay reconocimiento recíproco son Australia y Asia.

#### *El reconocimiento recíproco*

Son varios los Acuerdos de reconocimiento recíproco (ARR) que se encuentran vigentes. Por ejemplo, el Acuerdo Nurse Licensee Compact en los Estados Unidos, el Acuerdo Transtasmanio entre Australia y Nueva Zelanda, los Acuerdos del Sello Rojo del Canadá y de la Unión Europea. En el análisis se identificaron varios ejemplos de ARR vigentes en la legislación de Australia (86%), Europa (82%), Caribe (60%), Canadá (70%) y los EE.UU. (80%).

#### *Colegiación/nueva Licencia vigentes*

En la legislación examinada, el 59% de las jurisdicciones aplicaban requisitos especificados para la colegiación/nueva licencia vigentes en relación con las horas demostradas de práctica profesional o de formación continua, y/o de mantenimiento de la competencia. La necesidad de aportar pruebas de las horas de práctica profesional como requisito para el mantenimiento de la licencia se identificó en los Estados Unidos (65%) y en el Canadá (78%).

Análogamente, el desarrollo profesional continuo (créditos y horas) era uno de los requisitos en esas regiones y también lo era en África. Los requisitos de mantenimiento de la competencia se identificaban claramente en África, Australia y Canadá. El examen de los colegiados para la renovación de la autorización

para ejercer no estaba suficientemente legislado. El Canadá tenía el mayor número de jurisdicciones (50%) con esta facultad.

Se encontró la información siguiente:

- En 49 jurisdicciones (46%) la legislación exigía el desarrollo profesional continuo.
- En 41 jurisdicciones (38%) la legislación exigía un determinado número de horas de práctica.
- El mantenimiento de la competencia se exigía en 50 jurisdicciones (47%).
- En 19 jurisdicciones (18%) la legislación exigía realizar un examen del expediente de la persona colegiada, en relación con los elementos antes mencionados.

La información reunida sobre la frecuencia de los procesos de renovación reveló que los periodos de renovación variaban entre un año y seis años. Los requisitos de procesos de renovación en el periodo de uno o dos años eran los más frecuentes en la legislación examinada.

<b>Frecuencia del proceso de renovación</b>	<b>Número de jurisdicciones</b>
No se especifica	27
1 año	28
2 años	42
3 años	6
4 años	0
5 años	2
>5 años	1

La autorización permanente para ejercer o el requisito de renovación de esa autorización era frecuentemente evidente en la legislación de las jurisdicciones de los Estados Unidos, el Canadá y Australia. En otras jurisdicciones (por ejemplo, el Reino Unido), la legislación primaria nada decía al respecto, pero la disposición figuraba en la legislación secundaria.

En cuanto a coherencia entre las regiones, la renovación constante de la autorización para ejercer sólo aparecía en la legislación primaria de tres de los nueve países estudiados de la región del Pacífico Occidental. En la región del Caribe, tres de las cinco jurisdicciones estudiadas no tenían en su legislación esta disposición de renovación de la autorización ni de la percepción de un derecho. Sin embargo, cuando la legislación exigía que la enfermera renovase la licencia o la autorización, la solicitante debía pagar un derecho.

### 5.3.2 Disciplina

#### *Recepción de reclamaciones*

En general, la legislación permitía que “una persona” presentase una reclamación al órgano de reglamentación. En algunos casos, la legislación exigía que la reclamación fuera por escrito y se especificase su naturaleza. Sin embargo, en la legislación no siempre se especificaba quién podía presentar la reclamación. La legislación que estipulaba que podía recibirse una reclamación tanto de los

pacientes como de los compañeros se daba con más frecuencia en la jurisdicciones canadienses (70%).

#### *Gama de opciones*

La gama de opciones en lo referente a las reclamaciones en relación con la salud era sumamente clara en la legislación de Australia, el Canadá y los EE.UU. Sin embargo, ni en la legislación australiana ni en la legislación jordana se preveían posibilidades de reclamaciones en relación con la competencia profesional (0%). En todas las jurisdicciones se preveía una gama de posibilidades de reclamaciones sobre comportamientos, excepto en las de Jordania, Polonia y Pakistán. En la legislación del Territorio de la Capital Australiana, en las Bahamas y en el Distrito de Columbia se prevén otras opciones.

#### *Separación de funciones*

El análisis comparativo reveló que en la mayoría de las legislaciones se preveía una clara separación entre función de investigación y función de denuncia realizadas por el consejo y la función de audiencia y decisión de los asuntos disciplinares. Jordania (0%) y Asia (33%) fueron las que obtuvieron las puntuaciones más bajas en cuanto a facultades de investigación. Los órganos de reglamentación habían establecido investigadores u órganos encargados de examinar la reclamación antes de llevar a cabo una audiencia. En cuanto a disposiciones para el juicio, todas las jurisdicciones se situaban entre el 55% y el 100% con la excepción del Pacífico Occidental, el Caribe y Asia. Las puntuaciones por resolución fueron bajas (0 - 33%) salvo en el caso de Australia (71%).

#### *Gama de sanciones*

En la mayor parte de la legislación examinada (70% - 100%) se daban a los órganos de reglamentación facultades para eliminar, revocar o suspender las licencias. La prescripción de reciclaje profesional era menos clara. Sin embargo, la facultad de emitir un aviso o exigir que la persona colegiada asistiera a sesiones de asesoramiento era importante en África (100%), Australia (100%), Europa (82%), Canadá (70%) y los EE.UU. (86%).

#### *Acceso público al Registro*

El acceso público al Registro estaba permitido en Australia (100%), en África (67%), y después era considerablemente más bajo en todas las demás jurisdicciones (Canadá 60% - Asia 33%).

### 5.3.3 Formación

En conjunto, la legislación examinada otorgaba a un órgano de reglamentación facultades relacionadas con la formación de enfermería y con el establecimiento de normas de formación.

#### *Normas para el ingreso de los estudiantes*

La legislación relativa a las normas de ingreso para los estudiantes era amplia y en ella se establecía que toda institución ha de tener unas normas de entrada. Esta norma se recogía frecuentemente en los reglamentos. Por ello, todas las jurisdicciones tenían requisitos mínimos de entrada relativamente bajos en cuanto

a edad (0 - 44%), calificaciones académicas (0 - 39%), comprobación de antecedentes penales (0 - 22%) y exámenes (0 - 33%).

Las cualificaciones de los profesores también eran bajas, salvo en los Estados Unidos, país en el que esas cualificaciones se estipulan en el 92% de la legislación. Las cualificaciones de los profesores se especificaban frecuentemente en la legislación o en los reglamentos.

#### *Acreditación/aprobación de las instituciones*

La aprobación/acreditación de las instituciones reveló porcentajes bastante bajos para todos los modelos. El modelo autónomo iba del 0% al 67% (el más elevado se daba en África). El modelo de colaboración iba del 0% al 27% (el más elevado se daba en Europa). La preferencia de un tercer modelo oscilaba entre el 0% y el 67% (la más elevada se daba en los EE.UU.). El requisito legislativo referente a los recursos teóricos y prácticos para establecer las normas de la institución era muy bajo y se situaba en 0 y el 11% con las excepciones de África (67%) y los EE.UU. (90%).

#### *Normas de las instituciones*

Generalmente la legislación exigía que la institución docente demostrara que disponía de recursos para impartir contenidos teóricos y prácticos. La legislación variaba en cuanto a los detalles de esas normas. Se constató que, en lo referente a esas normas, la legislación estadounidense era más específica que la mayoría de las del resto de las jurisdicciones.

#### *Programas de aprobación*

En la legislación estadounidense se establecían normas generales para los programas de enfermería. Los programas/cursos de acreditación/aprobación revelaron que el modelo autónomo se aplicaba en Jordania, África (100%), Canadá (70%), y los Estados Unidos (88%). El modelo de colaboración conseguía puntuaciones relativamente bajas que oscilaban entre el 0% hasta el 43% en Australia. El modelo "tercero" no parecía ser un modelo importante aplicado en ninguna de las regiones.

#### *Normas de los programas*

La legislación estadounidense era a la vez completa y específica en lo referente a las normas de los programas y a los recursos, el contenido del plan de estudios y las horas de los créditos (88% - 92% en cada categoría).

## **5.4 La mejor práctica**

De 11 jurisdicciones se recibieron 27 ejemplos de la mejor práctica. Tres ejemplos están evaluándose actualmente y no se incluyen en los resultados ni en la sección expositiva del presente informe. Un ejemplo no pudo evaluarse pues aportaba información que no seguía las directrices ni el modelo. De los 23 evaluados, se consideró que 12 cumplían los criterios de la mejor práctica. En el Apéndice 9 figura un cuadro resumido en el que se indica la jurisdicción, la dimensión principal, un ejemplo de la mejor práctica y los resultados.

Como no se llegó a una decisión sobre 11 de los ejemplos de “la mejor práctica”, es necesario revisar los criterios/directrices para la evaluación o hacer un seguimiento telefónico para obtener más información.

<b>Dimensión principal</b>	<b>Número presentado</b>	<b>Cumplían los criterios de la mejor práctica</b>	<b>No cumplían los criterios</b>	<b>No hay decisión clara</b>
Gobierno interno reglamentario	11	4	2	5
Disciplina	4	2	1	1
Formación	5	4	1	1
Otra dimensión de la reglamentación	3	2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

Los ejemplos evaluados como mejor práctica en la dimensión del gobierno reglamentario se referían a:

- La receta de medicamentos y productos medicinales por las enfermeras
- El perfil de la enfermera generalista
- Colaboración para la ayuda a los profesionales
- El compromiso constante con la calidad

Los ejemplos evaluados como mejor práctica en la dimensión reglamentaria de la disciplina guardaban relación con:

- La identificación de problemas laborales que contribuyen a la interrupción de la práctica profesional
- El mejoramiento del proceso investigador

Los ejemplos evaluados como mejor práctica en la dimensión reglamentaria de la formación guardaban relación con:

- Un estudio piloto para verificar los principios de la auditoría tuvo como resultado la simulación de unos entornos de aprendizaje para la práctica en el programa previo a la colegiación
- Fomentar la aplicación de normas de la práctica
- Estudio piloto sobre el profesorado de enfermería
- Las enfermeras en la comunidad: Modelo para la preparación profesional en Tailandia

Los ejemplos evaluados como la mejor práctica en otras dimensiones de la reglamentación guardaban relación con:

- El marco para la adopción de decisiones sobre el ámbito de la práctica profesional
- La base de datos para consultas sobre la práctica profesional

Se hizo un análisis de ejemplos de las mejores prácticas para poner de relieve la cobertura e identificar posibles deficiencias. Las conclusiones se exponen en la sección 7.5 del presente informe.

## **5.5 Léxico de los principales términos**

En el Apéndice 10 figura el léxico de los términos más relevantes para el estudio. El léxico se elaboró y evolucionó a medida que el estudio progresaba y los términos se consideraban importantes para la coherencia de los significados y para el propósito perseguido en las diversas fases del estudio.

## **5.6 Portal basado en la web**

En el sitio web del CIE está preparándose un portal web. En el Apéndice 11 se muestra la configuración de los conceptos y el texto de la principal ventana del portal. Inicialmente, se anunciarán las hojas de información para contactos, en inglés, y seguirán después las versiones en español y francés.

El portal web ofrece un formato normalizado para facilitar la navegación y la comparación de los datos y tiene las características siguientes:

- Una opción de idioma
- Una función de ayuda
- Una función de búsqueda
- Una configuración del sitio
- Un hipervínculo desde la hoja de contactos de la jurisdicción a su dimensión completa

## **6. EXPOSICIÓN**

---

A partir de la información recopilada sobre los órganos de reglamentación, la legislación de enfermería y los sistemas de salud, pudieron identificarse las tendencias y las compatibilidades relacionadas con los modelos reglamentarios en las regiones estudiadas. En la Región de África, hay contrastes entre los países del Commonwealth y los países francófonos, y hay también semejanzas entre ellos. Por ejemplo, Mauricio es el único país francófono de África que tiene un marco reglamentario para la enfermería. Esta deficiencia de la reglamentación en los países africanos de habla francesa es consecuencia de la influencia histórica de Francia que sólo en 2008 procedió a establecer su premier órgano de reglamentación de las enfermeras. Los modelos reglamentarios son muy similares en los sistemas federados de los Estados Unidos, el Canadá y Australia.

Por otra parte, los Emiratos Árabes Unidos son una federación en la que el Gobierno federal tiene determinadas facultades y otras están reservadas a los Emiratos miembros. La reglamentación en los Emiratos está desarrollándose por separado y de manera independiente y se dispone de poca información para evaluar las facultades

reglamentarias. La situación se complica aún más por la evolución de las disposiciones y acuerdos del sistema de atención de salud de la ciudad de Dubai.

La reglamentación de las enfermeras en la región del Caribe es consecuencia de la historia de las influencias británica, española y francesa. Los territorios que fueron dependencias británicas han desarrollado modelos de reglamentación similares. Y esto se refuerza por la evolución seguida en el grupo comercial de la CARICOM (Comunidad del Caribe). Sin embargo, todavía no se ha conseguido legislación que regule la enfermería en otros países de la región.

Los países latinoamericanos han sido hasta hoy los más difíciles para obtener información y describir la reglamentación de las enfermeras en la región. La información sobre la legislación y, por tanto, sobre la reglamentación se encuentra disponible en parte y es de esperar que la labor actual sea el punto de partida para establecer la comunicación con los países de la región. Varios países carecen de legislación. En otros las facultades están divididas entre las asociaciones profesionales de enfermería y la Administración.

## **6.1 Cuestiones de alto nivel**

Durante la ejecución del proyecto se identificaron varios problemas que influían en la facilidad con que podían obtenerse los datos. En algunas jurisdicciones, se experimentaron dificultades para acceder a la información por medios electrónicos o en papel. Había pruebas claras de importantes contrastes entre, por una parte, los encargados de la reglamentación que contaban con buenos recursos de tecnología de información y comunicaciones y, por otra, las jurisdicciones que tenían recursos escasos y seguían basándose en documentos escritos.

Aún cuando se dispone de acceso a Internet, sus costos pueden ser prohibitivos y la infraestructura de comunicaciones subyacente puede carecer de solidez. Estos factores indicaban que, en algunos casos, se empleaban medios de comunicación más tradicionales (correo y teléfono) para tratar de obtener la información. Aún cuando se utilizaban diversas estrategias para reunir los datos, seguía planteada una cuestión que algunos encargados de la reglamentación pudieron responder rápidamente, en contraste con otros de los que ha sido casi imposible obtener ningún dato.

El idioma fue un problema al contratar a encargados de la reglamentación para el estudio y para conseguir de los sitios web información pertinente. Los idiomas de trabajo del CIE son el español, el francés y el inglés; sin embargo en este estudio se trabajó con otros muchos idiomas, lo que planteó problemas de recuperación de datos. Varios sitios web demostraron capacidad para pasar de un idioma a otro; otros sitios web no demostraron esa capacidad.

El proyecto perseguía el objetivo de animar a los órganos de reglamentación a participar y a colaborar con el CIE en este trabajo. Al comunicar a los encargados de la reglamentación las diversas fases del estudio, era importante explicar y describir los aspectos útiles de éste. Por los resultados de las hojas de información para contactos y por la base de legislación puede observarse que de unas legislaciones se obtenía mejor

información que de otras. Una vez más, esto ponía de relieve los numerosos contrastes que hay entre los órganos de reglamentación de todo el mundo en lo que se refiere a facilidad de acceso, y entre los sistemas reglamentarios bien establecidos y los más nuevos.

## **6.2 Hojas de información para contactos**

Aún cuando la mayoría de las hojas de información para contactos están completas, quedan aquellas cuyos detalles han sido difíciles de rastrear y obtener. Esto pone de relieve los problemas que se plantean a los encargados de la reglamentación y a las enfermeras migrantes cuando tratan de aportar las pruebas necesarias para poder adoptar una decisión informada sobre su solicitud y su elegibilidad para la obtención de una licencia.

La creciente presión que ejercen los gobiernos y las demandas de los empleadores para que los encargados de la reglamentación modernicen y simplifiquen sus procedimientos y reduzcan los retrasos en la adopción de decisiones es, en realidad, solamente una de las perspectivas. Si la reglamentación trata de la protección del público y una licencia de enfermería es prueba de que la persona ha cumplido los criterios para la inscripción en el registro, facilitar el movimiento de las enfermeras en todo el mundo trata de algo más que de la sola eficiencia operativa de cada uno de los encargados de la reglamentación.

Análogamente, si se exige que la enfermera migrante presente a un órgano de reglamentación pruebas que no puede presentar porque los marcos reglamentarios son totalmente diferentes, deben considerarse y estudiarse otros métodos de establecer la equivalencia y la aptitud para la obtención de la licencia.

Habida cuenta de las importantes variaciones que hay en el mundo en lo que respecta a idiomas, culturas, tradiciones jurídicas y sistemas de salud, es claramente necesario desarrollar una comprensión mundial de la reglamentación profesional de la enfermería, que facilite, y no dificulte, la movilidad de las enfermeras en todo el mundo. El primer paso de este proceso es poder facilitar todo lo referente a compartir la información entre los encargados de la reglamentación.

## **6.3 Legislación**

Con este proyecto se proponía establecer un archivo de la legislación de enfermería que fuera un instrumento útil para identificar y abordar el calendario para la elaboración y la aplicación de esa legislación. De la legislación primaria conseguida de 106 jurisdicciones de 41 países, se extrajeron datos relativos a las tres dimensiones más importantes y a las medidas del candidato. Aún cuando había posibilidades de acceder a la legislación secundaria o subordinada y explorarla en mayor detalle, se adoptó la decisión de limitar a la legislación primaria de enfermería el acopio de datos y su posterior análisis.

La base de datos tiene importancia para quienes participan en la reglamentación de enfermería bien sea en la elaboración de la política general o en la redacción de la legislación para nuevos marcos reglamentarios, o que traten de modificar y revisar la

legislación vigente; y las personas encargadas de administrarla. Se trata de un recurso que proporciona una idea de las variaciones de la legislación de enfermería que han evolucionado a partir de diversas tradiciones jurídicas de todo el mundo.

A consecuencia del examen de la legislación para los fines del análisis comparativo, surgieron pruebas de pautas y de agrupaciones. Éstas se explican más detenidamente en las secciones que siguen, pero se resumen a continuación:

En las naciones federadas apareció una mayor semejanza entre las jurisdicciones estatal y provinciales. Por el mayor movimiento transfronterizo entre esos países, es importante la coherencia entre ellos, no sólo en el caso de la enfermería sino en el de otras profesiones y ocupaciones.

Los países que tienen colaboraciones regionales de comercio reconocidas preveían frecuentemente en su legislación de enfermería la facultad de establecer acuerdos para facilitar el reconocimiento de los solicitantes dentro de la región. Ejemplo de esto es el Acuerdo Transtasmano de Reconocimiento Recíproco (TTMRA) entre Australia y Nueva Zelanda. El TTMRA se basa y es una ampliación natural del Acuerdo de Reconocimiento Recíproco (ARR) de 1992 entre el Gobierno de Australia y los gobiernos de los Estados y de los Territorios. En el sitio web del Consejo de Gobiernos de Australia (COAG) se dice que: *“El TTMRA constituye un mecanismo sencillo, barato y de escaso mantenimiento para superar los obstáculos reglamentarios innecesarios que se oponen al comercio de mercancías y al movimiento de profesionales formados, entre Australia y Nueva Zelanda”*. En él se señala además que entre las ventajas resultantes del Acuerdo está la de: *“...una mayor cooperación entre las autoridades de reglamentación”* (COAG 2009).

Las influencias históricas y las tradiciones jurídicas también se reflejan en la evolución y desarrollo de los marcos reglamentarios; por ejemplo, los países francófonos y los países del Commonwealth tienen entre sus agrupaciones mayores semejanzas que con otras jurisdicciones.

Se observó una amplia disparidad en cuanto a la madurez de la legislación de enfermería. Dentro de las regiones había legislación que databa de sólo cinco años, y otra que era mucho más antigua. En las jurisdicciones en que la legislación de enfermería estaba bien establecida, la legislación más reciente era una legislación marco, es decir, una sola ley abarcaba varias leyes de prácticas individuales, por ejemplo las de Nueva Zelanda y Finlandia. Había otras jurisdicciones en las que la legislación y la reglamentación eran muy antiguas; por ejemplo, la India opera todavía con legislación promulgada en 1947.

Esta base de datos de legislación es un fundamento para la labor futura. El CIE espera que los órganos de reglamentación de todo el mundo sigan contribuyendo al desarrollo constante de esta labor presentando al CIE información sobre su jurisdicción y comunicando la legislación actualizada.

## 6.4 Análisis comparativo

El análisis comparativo se centró en las tres principales dimensiones reglamentarias del gobierno interno, la disciplina y la formación, y en las dimensiones relacionadas del instrumento preparado por el Grupo de dirección. En el análisis no se intentó comparar otros aspectos de la legislación disponible. El análisis reveló que la finalidad de la reglamentación –proteger al público– era evidente y que toda la legislación otorgaba a los órganos de reglamentación algún tipo de poder, por lo menos en una de las tres dimensiones reglamentarias principales.

### 6.4.1 Legislación prescriptiva y legislación permisiva

Podría decirse que la legislación de enfermería examinada forma un continuo que va desde unas jurisdicciones en las que no hay legislación pertinente -y por tanto poca o ninguna reglamentación de la práctica de enfermería– hasta otras jurisdicciones en las que los actos de enfermería son muy específicos y están muy regulados. Entre esos dos extremos, hay otra legislación que prevé diversos marcos reglamentarios.

No había nexo ninguno entre el tiempo que hace que la enfermería es una profesión regulada en una determinada jurisdicción y el carácter prescriptivo previsto en la legislación. En cuanto a las regiones y al nivel de prescripción, resultaba evidente que la legislación de las jurisdicciones de los EE.UU. era muy prescriptiva. Otras legislaciones basadas en tradiciones, idioma y cultura similares, como la del Canadá, la del Reino Unido, y la de Australia eran de carácter más permisivo. Sin embargo, otras legislaciones, en las que no se preveían algunas de las facultades y funciones analizadas, eran jurisdicciones que se encontraban en la primera fase de su desarrollo reglamentario, por ejemplo la de la India.

Como antes se ha señalado, cuando no se preveía una determinada facultad, había que mostrarse cautos al suponer que el órgano de reglamentación no se ocupaba de esa función de alguna otra manera. Un órgano de reglamentación puede desarrollar una posición de política general para una facultad no especificada en la legislación. Si esa legislación se ha establecido recientemente para abordar una de las dimensiones esenciales de la reglamentación, es probable que en la redacción y desarrollo futuros de la legislación se incluya un conjunto de facultades más amplio. Se precisa un estudio más detallado de la política general y de los procesos para establecer si existen o no requisitos y normas específicos.

La ventaja de una legislación permisiva es que brinda a la autoridad de reglamentación la posibilidad de ser flexible e innovadora al elaborar sus políticas y procesos reglamentarios. Naturalmente, esa ventaja sólo puede conseguirse cuando en la organización, en su junta o en su consejo haya experiencia y conocimientos de la reglamentación. Una jurisdicción que trate de desarrollar y aplicar una reglamentación de enfermería sin tener experiencia y capacidad en esta materia puede verse atraída superficialmente por el concepto de un marco legislativo detallado y prescriptivo. Sin embargo, esta opción puede, a largo plazo, limitar la innovación de la práctica reglamentaria por varias razones.

Redactar y modificar la legislación es siempre un proceso largo que no emprenden los encargados de la reglamentación, sino los redactores parlamentarios, más familiarizados con el proceso legal que con los imperativos de la reglamentación. Por otra parte, cuando el ámbito de la práctica profesional está especificado en la legislación, frecuentemente hay que batallar con otros profesionales de salud cuando se intenta ampliar o hacer avanzar las normas de la práctica.

#### 6.4.2 Gobierno interno

Con el análisis de las dimensiones principales del gobierno interno se llegó a la imagen de los diversos modelos existentes. La mayoría de los órganos de reglamentación son órganos autónomos, con capacidad legal para elaborar reglas y políticas, emplear a personas, establecer comités y gestionar sus finanzas.

Sin embargo, en los EE.UU., los órganos de reglamentación son menos autónomos y la mayoría de ellos se han establecido como parte de la Administración. A pesar de ello, ha de recordarse que, por defecto, las administraciones de otros países ejercen las facultades de reglamentación como parte del ministerio de sanidad y/o del ministerio de educación. En estos casos, no hay legislación específica y, por ello, puede darse una imagen artificial de los modelos de reglamentación gubernamentales.

Autónomos o no, las principales fuentes de financiación eran los derechos pagados por los colegiados y la capacidad para generar ingresos a partir de otras fuentes. En este estudio no se ha examinado el control real de los ingresos, pero se dará una idea más detallada del grado de autonomía de cada uno de los encargados de la reglamentación, especialmente en cuanto a capacidad de la profesión para establecer y mantener la autorregulación. El órgano de reglamentación puede retener los ingresos o éstos pueden pagarse a un departamento de hacienda estatal o nacional (hacienda general). Los procesos de gestión de esos fondos pueden variar y así variará también el nivel de autonomía del órgano. Algunos departamentos de hacienda separan los fondos para uso exclusivo del órgano de reglamentación de las enfermeras; otros exigen que ese órgano solicite que los fondos se asignen para sus gastos de funcionamiento. Un examen más detallado de esos procedimientos revelaría el tratamiento concreto que se da a los ingresos.

La legislación está constituida generalmente por una ley de las enfermeras y matronas, o sencillamente por una ley de enfermería, en la que la obstetricia se considera una especialidad de la enfermería. Algunos países tienen disposiciones independientes para las matronas. Había también algunas disposiciones de carácter general, pero esto no era común. Por ejemplo, El Consejo de Obstetricia de Nueva Zelanda se estableció en virtud de la *Ley de Garantía de la competencia de los profesionales de salud, de 2003*, y asumió la responsabilidad de la reglamentación de las matronas en sustitución del Consejo de Enfermería del Nueva Zelanda en 2004.

En el Reino Unido, El Consejo de Enfermería y Obstetricia (NMC) se encarga de la reglamentación y la colegiación de las enfermeras y de las matronas, y el

Registro tiene una rama independiente para cada una de estas profesiones. Ello permite que cada persona sea una enfermera especialista o una matrona especialista. En otras jurisdicciones, en virtud de la Ley única de Enfermería, la colegiación de una enfermera puede confirmarse autorizando su ejercicio profesional como matrona (Consejo de Enfermeras de Victoria, Australia).

En algunas jurisdicciones de los EE.UU., la reglamentación de algunos otros grupos de profesionales de salud relacionados, por ejemplo los auxiliares de enfermería, los técnicos de medicación y los técnicos de electrólisis fueron incluidos en alguna legislación de enfermería. Estos ejemplos, en los que la legislación se orientaba en cierta manera hacia otros grupos profesionales además de las enfermeras, se daban en todas las regiones excepto en África, Jordania y el Caribe. Regular a los trabajadores de atención de salud es un problema para muchos sistemas de salud, que recurren cada vez más a otras categorías de trabajadores. También deben compararse con la necesidad de proteger al público los costos adicionales que conlleva introducir alguna forma de reglamentación y quién es la persona encargada de regular esos costos.

Se tomó nota de las diversas conclusiones relacionadas con la participación en el consejo, en particular la tendencia creciente en las jurisdicciones más establecidas a aumentar el número de miembros no profesionales en los consejos. Son pocos los estudios realizados en este campo y como en ellos no se explora la eficacia o la eficiencia del consejo, no puede formularse observaciones sobre si en un determinado modelo de participación se preveía la mejor práctica de reglamentación. Indudablemente, las jurisdicciones que han tenido cobertura mediática de los fallos reglamentarios han respondido ampliando el número de miembros del público en sus juntas o consejos.

Las definiciones de los títulos son importantes para comunicar al público las cualificaciones necesarias para desempeñar una función y tener un título profesional. Sin embargo, las definiciones son insuficientes cuando la enfermera pasa de una jurisdicción a otra, pues el título ha de examinarse teniendo en cuenta la preparación docente, las cualificaciones y los demás requisitos para la obtención de la licencia. Al evaluar si puede optar a la licencia una candidata extranjera, el título, por ejemplo el de enfermera especialista, no garantiza la equivalencia de la función, ni de las normas de la formación y de la práctica.

Los resultados fueron bajos en algunas jurisdicciones en las que se sabía que había varios niveles dentro de cada grupo profesional, por ejemplo los de enfermera de atención directa, enfermera especialista, enfermera auxiliar, auxiliar técnico sanitario. En los Estados Unidos, los resultados indicaron que la legislación prevé esos niveles sólo en el 20% de las jurisdicciones. Otros niveles de la práctica en estas jurisdicciones pueden incluirse mediante anotaciones en la licencia de la enfermera. Las enfermeras deberán en primer lugar estar colegiadas y la ratificación autorizará la práctica en un nivel avanzado. Sin embargo, no puede darse por supuesto que todas las jurisdicciones tienen sus registros estructurados de esta manera. En otras jurisdicciones con unos resultados bajos similares, por ejemplo algunas de las jurisdicciones europeas, puede ser que la legislación no prevea que el registro contenga niveles y prevea

el avance o la expansión formal del ámbito de la práctica de la enfermera. Esto viene a complicarse más por la legislación europea que luego pasa a ser legislación específica de cada país.

Como requisito previo para la inscripción inicial en el registro, toda la legislación requiere que los solicitantes completen un programa de formación aprobado.

Como el objetivo principal de este estudio era facilitar la comunicación de información entre los encargados de la reglamentación de todo el mundo y establecer bases de datos a partir de las cuales puedan conseguir información sobre los requisitos reglamentarios, eran de especial interés los aspectos del candidato relacionados con el registro inicial de las enfermeras extranjeras. Se señaló que los países que tradicionalmente han sido atractivos para la enfermera migrante, o inclusive para la enfermera turista, al igual que los que más recientemente vienen reclutando de manera dinámica enfermeras extranjeras para resolver sus problemas de escasez de recursos humanos, tienen muchas más disposiciones legislativas para esta categoría de enfermera. Australia, Canadá, los EE.UU. y el Reino Unido aplican disposiciones sobre capacidades lingüísticas e imponen una prueba de idioma para las candidatas a la colegiación. En el marco de la legislación de la UE., el Consejo de enfermería y Obstetricia no puede exigir que, para los fines de la colegiación, un candidato de otro país de la UE aporte pruebas de capacidad para comunicarse en inglés. Así pues, en lo que se refiere al conocimiento del idioma, en esta región la libertad de movimientos tiene mayor prioridad que la seguridad del paciente.

Los antecedentes penales tienen en todo el mundo un interés cada vez mayor como parte de las pruebas que han de presentarse para entrar en el programa de estudios de enfermería y, más aún, al solicitar la licencia inicial o al renovarla. Esto puede ser consecuencia de los notorios casos en que colegiados con importantes antecedentes penales han podido obtener una autorización para ejercer o han podido seguir en la práctica profesional sin que tales antecedentes se hayan desvelado. Habrá de hacerse un análisis más detenido para determinar cuál es el motivo por el que las jurisdicciones lo introducen como requisito para obtener una licencia inicial o renovarla. Sin embargo, la disposición relativa a la comprobación de antecedentes penales era evidente en cierta medida, aunque no muy importante, en Australia, el Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido. Esto puede deberse a la falta de autoridad jurisdiccional para que el encargado de la reglamentación de un país tenga acceso a esta información de otro país. En realidad, puede ser que la información no sea accesible debido a disposiciones cada vez más estrictas sobre confidencialidad y privacidad o como parte de disposiciones basadas en la Constitución.

Con frecuencia se exige a los solicitantes de otros países que tomen las disposiciones necesarias para que la jurisdicción en la que tenían licencia envíe a la jurisdicción en que solicitan la nueva licencia un certificado de que cumplen todas las condiciones necesarias para obtenerla. Este documento aporta pruebas de la jurisdicción más reciente en el sentido de que la persona estaba colegiada en ella y no tenía asuntos disciplinarios pendientes. Este documento es una prueba importante, que los encargados de la reglamentación tratan de obtener

durante el proceso de solicitud. Sin embargo, solo el 50% de las jurisdicciones tenían autoridad legal para exigir la presentación de ese documento. Si este documento no se presenta, el proceso de la licencia o autorización puede retrasarse mucho y ello puede influir en la capacidad de la enfermera para buscar empleo.

La licencia vigente o el requisito de renovación de la licencia era evidente en toda la legislación de las jurisdicciones de los EE.UU., el Canadá y Australia. En otras jurisdicciones (Reino Unido), la legislación primaria nada preveía al respecto, pero la disposición correspondiente se encontraba en la legislación de aplicación. En las jurisdicciones en que el periodo de renovación de la licencia es largo, por ejemplo España (5 años) y Croacia (6 años), no había en la legislación primaria disposiciones previstas en cuanto a horas de práctica, desarrollo profesional continuo, o mantenimiento de la competencia.

El mantenimiento de la competencia es objeto de una atención cada vez mayor como modo de garantizar al público que la reglamentación favorece unos cuidados de enfermería seguros y competentes. Los encargados de la reglamentación han tratado de establecer indicadores válidos del mantenimiento de la competencia para renovar la licencia. Aún cuando los órganos de reglamentación de los EE.UU. y del Canadá exigen pruebas de horas de práctica y de perfeccionamiento profesional, la legislación de otras regiones es menos específica. Es preciso seguir trabajando para establecer si las jurisdicciones que exigen pruebas del mantenimiento de la competencia pueden demostrar que con ello mejoran los resultados en cuanto a seguridad de los pacientes. Análogamente, ¿cómo se evalúa y cómo se asegura el mantenimiento de la competencia si no se exige que la persona colegiada renueve cada año o cada dos años su licencia para ejercer?

#### 6.4.3 Disciplina

Las disposiciones legislativas relacionadas con las cuestiones disciplinarias variaban considerablemente y reflejaban no sólo el tiempo que la reglamentación llevaba establecida en una jurisdicción, sino también sus influencias culturales y contextuales. En la legislación no se preveían disposiciones para la tramitación de las reclamaciones (Jordania) o se centraba únicamente en las reclamaciones sobre comportamientos y nada preveía sobre cuestiones de salud y de competencia profesional (Grecia). También debe procederse con cautela al interpretar este dato, como en las demás jurisdicciones; aún cuando la legislación nada preveía al respecto, elaborando una política innovadora pudiera haberse abordado esta cuestión, o bien, otro organismo podría encargarse de la gestión del proceso de las reclamaciones.

La cuestión más importante para los encargados de la reglamentación es compartir información sobre el modo en que se tratan las reclamaciones y cómo acceder a cualquier información importante si una enfermera solicita una licencia de otro país. Cada vez es más frecuente gestionar las reclamaciones sobre el comportamiento, la salud y la competencia de una enfermera desde una perspectiva de rehabilitación y facilitando apoyo y nueva formación, según convenga. Esta disposición sobre nueva formación y asesoramiento no se

encontraba en la legislación más prescriptiva. Sin embargo, aún cuando en la legislación nada se dice sobre esto como facultad, quizá nada impide al encargado de la reglamentación elaborar una política innovadora sobre el modo de gestionar las cuestiones menos graves que se le presentan.

Hacer accesibles y poner al alcance los datos sobre quejas y reclamaciones es de importancia esencial para conseguir que cualquier enfermera sujeta a acción disciplinaria en una jurisdicción no pase a otra sin que se haya actuado adecuadamente, se hayan impuesto las correspondientes sanciones y se haya comunicado a los órganos reglamentarios toda la información pertinente. En la actualidad, la información se comparte entre un pequeño número de jurisdicciones de manera voluntaria y con sujeción a las leyes del secreto y la privacidad. Cuando la protección del público tiene la prioridad absoluta y ha de asegurarse en unas condiciones de creciente migración y concesión de licencias a enfermeras internacionales solicitantes, puede ser que se planteen al encargado de la reglamentación problemas en los que el derecho del ciudadano a la privacidad es la tradición predominante (por ejemplo, en Portugal y en Italia).

Otra característica de los modelos de reglamentación más desarrollados es la separación de poderes y la gama de sanciones que pueden imponerse al colegiado. En esas jurisdicciones es cada vez más claro que la legislación prevé que el órgano de reglamentación ha de recibir e investigar las quejas y reclamaciones relacionadas con los colegiados. Sin embargo, cuando hay pruebas de mala conducta profesional, el asunto se remite a un órgano independiente para que celebre una audiencia y decida las sanciones y la penalización. Este órgano independiente puede estar establecido en el marco de la legislación primaria de enfermería y ser totalmente independiente del órgano de reglamentación, o puede estar establecido en virtud de otra legislación independiente.

En general, cuanto más grave es la ofensa, más onerosa es la penalización o la sanción impuesta. La norma de la prueba que se aplica en los tribunales profesionales es la de la norma civil de la prueba, es decir “la norma del equilibrio de probabilidades”. Sin embargo, la norma de la prueba se hará más exigente en función de la gravedad de los cargos. Por tanto, la norma de la prueba será más elevada si el resultado de una conclusión adversa es más grave, por ejemplo la retirada o la cancelación de la licencia del colegiado. Aún cuando en la legislación no se especificaba la norma de la prueba que había de cumplirse, la gama de las sanciones posibles refleja este requisito referente a las pruebas.

Los registros establecidos en virtud de la legislación de enfermería contienen en general diversos elementos obligatorios, por ejemplo, si la persona que utiliza el título de “enfermera” está autorizada para ello y, en el caso de que lo esté, si esa licencia está sujeta a alguna condición o restricción. Esa información tiene por objeto proteger al público (y a los empleadores) contra cualquier persona que pueda presentarse como enfermera, ejercer sin licencia o que tenga restricciones en su práctica profesional. Por otra parte, el Registro deberá contener también otra información sobre las personas para que el órgano reglamentario pueda desempeñar sus funciones y cumplir sus obligaciones. La legislación impide que

esa información personal (por ejemplo, la fecha de nacimiento y la dirección en que la persona vive) se difunda al público. La licencia para ejercer la profesión se expide, pues, a la enfermera colegiada como prueba de que cumple las necesarias normas para el ejercicio de la profesión. Por tanto, es interesante que la legislación de tantas jurisdicciones impida al público acceder a información establecida para su propia protección.

#### 6.4.4 Formación

##### *Normas*

En toda legislación, la mayoría de las dimensiones de los candidatos analizadas en relación con la dimensión clave de la formación no influían o dejaban al órgano de reglamentación establecer las normas y requisitos. La legislación se limitaba a establecer que las instituciones han de tener unos requisitos de entrada. Estas normas figuraban en la legislación de aplicación y, por ello, no se incluyen en el presente estudio. Sin embargo, la excepción evidente son los EE.UU. en los que casi toda la legislación especifica claramente los requisitos relacionados con la formación de enfermería.

Habida cuenta de los programas previos a la inscripción en el registro actualmente disponibles, desde los cursos de certificado en los hospitales hasta los programas de licenciatura y de entrada en el ejercicio profesional, resultaba interesante señalar la falta de prescripción de requisitos de entrada. La edad mínima necesaria para la entrada se establecía solamente en la legislación de 13 de las jurisdicciones estudiadas, cinco de las cuales se situaban en los EE.UU. y cuatro en Asia. Análogamente, las cualificaciones académicas de entrada exigidas a los estudiantes sólo estaban previstas en nueve jurisdicciones fuera de los EE.UU. mientras que 20 jurisdicciones de los EE.UU. las tenían prescritas en su legislación. Las cualificaciones de los profesores se trataban de manera similar en los EE.UU. y exigían de éstos que “fueran profesionales y estuvieran académicamente cualificados” estableciendo claramente el criterio de un “Título de licenciatura”. Esta falta de concreción en otras legislaciones obedece quizá al hecho de que muchas de las instituciones tienen sus propios criterios de entrada en los programas de formación superior.

##### *Aprobación de instituciones y de programas*

En lo que se refiere a la acreditación de las instituciones que imparten programas de enfermería, las conclusiones del modelo de las aprobaciones ponen de manifiesto quiénes son los diversos interesados en esta dimensión de la reglamentación. En el sector de la formación, frecuentemente las universidades se regulan a través del Ministerio de Educación. Sin embargo, cuando ofrecen programas profesionales de salud, tales como los de enfermería o medicina, se presentan frecuentemente tensiones pues el Ministerio de Sanidad también tiene sus propias responsabilidades en la aplicación del programa, en lo que se refiere a la ubicación y la supervisión clínica.

En función de dos conjuntos de criterios para procesos de acreditación distintos, se da frecuentemente un modelo de colaboración en el que los criterios que han de cumplirse para la acreditación como universidad y como dispensador de un

programa de enfermería son la base de una relación de colaboración. Este modelo tiende a evolucionar con el tiempo a medida que los requisitos necesarios para cumplir los criterios de la acreditación y para compartir la información constituyen la base de esta relación.

La existencia de criterios obligatorios para la acreditación de la institución y del programa puede resultar de la necesidad de que la escuela de enfermería tenga recursos suficientes para cumplir las normas de la acreditación. Tener establecidos en la legislación los criterios para la acreditación supone una ventaja mayor cuando se busca una financiación adecuada para establecer y aplicar un programa. Sin embargo, una legislación más detallada puede ser también un modo de ejercer un mayor control y, por tanto, de aplicar mayores restricciones a la profesión en lo que se refiere al número, las cualificaciones y los recursos asignados a los programas de enfermería.

#### *Normas del programa*

En los EE.UU. la legislación era a la vez completa y específica en lo referente a las normas de los programas, a los recursos, el contenido del plan de estudios y las horas de créditos. En otras jurisdicciones, la legislación era menos concreta y permitía que los órganos establecieran esas normas en los reglamentos o en las políticas.

Una de las dificultades experimentadas por los encargados de la reglamentación al evaluar a los candidatos extranjeros a la autorización para ejercer consiste en determinar la equivalencia de los niveles de la formación. El diseño de los planes de estudios puede variar mucho entre los que se basan en los problemas, los que se basan en la competencia profesional y los diseños de planes más tradicionales basados en calendarios y requisitos establecidos para las experiencias teóricas y prácticas. Esa disparidad puede apreciarse a menudo cuando a los solicitantes que tienen la licencia en una jurisdicción se les niega en otra porque no hicieron el mismo número de horas o no tuvieron los mismos tipos de experiencia clínica. Aún cuando la candidata haya demostrado competencia en tanto que enfermera especialista en otra jurisdicción, la decisión de conceder la autorización para ejercer puede basarse en el programa de formación conducente a la primera colegiación.

Esta dificultad de establecer la equivalencia de la preparación formativa da lugar a retrasos en la tramitación de las solicitudes y, a decir verdad, a denegaciones de la licencia aún cuando la persona puede demostrar que ha ejercido la profesión con seguridad y competencia en otra jurisdicción. Hay que seguir trabajando para ayudar a los encargados de la reglamentación a hacer esas evaluaciones. La capacidad para entrar en contacto con el encargado de la reglamentación, estudiar los requisitos legislativos y acceder a las dimensiones comparativas será la plataforma para llevar a cabo esta labor.

## 6.5 La mejor práctica

Se analizaron 23 presentaciones de ejemplos de la mejor práctica para poner de relieve la cobertura e identificar cualesquiera posibles deficiencias. La mayoría de los ejemplos (11) se presentaron en la dimensión clave del gobierno interno reglamentario, con especial interés en el mejoramiento de la reglamentación. Entre los temas abordados estaban el mantenimiento de la competencia profesional, el compromiso permanente con la calidad y el cambio de la legislación.

Además de los presentados en la dimensión clave del gobierno interno, algunos ejemplos de la mejor práctica se referían a conceptos de nivel más elevado dentro de las dimensiones clave. Por otra parte, los ejemplos resultaban más operativos a la luz de la superposición de las funciones de reglamentación en el nivel, claramente evidente, de la política general y del proceso (por ejemplo, la implantación de un archivo de reclamaciones). Esto no es quizá tan sorprendente pues los procedimientos reglamentarios se desarrollan para administrar y hacer operativa la legislación. Las normas y políticas de reglamentación relativas al gobierno interno, la formación, la concesión de licencias y la conducta profesional son de carácter interdependiente, lo que resulta más claro cuando se describen los procedimientos y los procesos.

En el ejemplo que sigue se pone de relieve el problema que se planteaba al grupo de expertos para determinar qué era la mejor práctica de reglamentación, y no un proceso de gestión.

<b>Ejemplo</b>	<b>Mejor práctica</b>	<b>Observaciones del Grupo de expertos</b>
Auditoría del programa de mantenimiento de la competencia	No	<i>Práctica de buenos oficios, pero no de reglamentación de la enfermería. Se facilitó documentación insuficiente.</i>
	No	<i>Creo que es más bien una decisión administrativa de mejorar su eficiencia.</i>
	Sí	<i>Aún cuando es un proceso administrativo, puede servir a otros países.</i>

Aún cuando aportaron un baremo y unas directrices, había algunas incoherencias en el modo en que los órganos de reglamentación ordenaban en categorías sus ejemplos de las mejores prácticas. Por ejemplo, se presentó un modelo de Programa de Facilitación de la transición a la práctica bajo la dimensión clave de la disciplina cuando, de hecho, parecía tener una relación más estrecha con la función de formación de un órgano de reglamentación. A pesar de que la mayoría de los ejemplos se presentaron bajo la dimensión clave del gobierno interno, algunos de ellos eran más pertinentes para las dimensiones de la disciplina (reducción de las reclamaciones) y de la formación (acreditación de los programas de formación).

Las observaciones recibidas del grupo de expertos después de la evaluación de las presentaciones insistían en que, a pesar de haberse preparado un baremo, directrices y criterios, seguía siendo difícil conseguir una opinión coherente de lo que constituye la mejor práctica. ¿Es actuar en respuesta a un problema o es el resultado de esa actuación? ¿En qué punto una innovación se convierte en la mejor práctica?

Por ejemplo, se recibió una designación de la mejor práctica en el marco de la dimensión clave del gobierno interno. Guardaba relación con un cambio legislativo de manera que los títulos profesionales no se basaban únicamente en las cualificaciones académicas, sino que se atribuían después de la certificación de la competencia individual. Las observaciones recibidas del Grupo de expertos revelan las diferencias de opinión que los expertos pueden tener sobre lo que constituye la mejor práctica en la reglamentación:

<b>Ejemplo</b>	<b>La mejor práctica</b>	<b>Observaciones del Grupo de expertos</b>
Atribución de títulos profesionales	Quizá	<i>Indudablemente un ejemplo del modo de hallar un procedimiento para resolver una cuestión crítica.</i>
	En realidad, no	<i>No está seguro si es la MP [la mejor práctica] pero entiende el valor de que una entidad fije las normas para que haya coherencia en el país, más bien que atribuir un título sobre una base académica que puede variar de un lugar a otro.</i>
	Sí	<i>Los resultados de este proceso están todavía pendientes, aún cuando es buena práctica si demuestran los cambios de la ley, principalmente el proceso participativo y consultivo.</i>

Como antes se ha dicho, (sección 5.5 del informe), el bajo índice de respuesta puede deberse a los distintos modos de entender, en las diversas culturas y contextos, lo que define la mejor práctica. Además, los países que tienen marcos reglamentarios bien establecidos y desarrollados tendrán una opinión distinta y posiblemente se encontrarán en posición de aportar ejemplos más complejos de la mejor práctica que los países que se encuentran en las primeras fases de la reglamentación de la enfermería. Por tanto, la mejor práctica depende del contexto y de la cultura.

Sorprendentemente, a pesar de haberse elaborado criterios y un instrumento de evaluación convenidos, hubo casos en los que los miembros del Grupo de expertos vieron que todos los criterios se cumplían, pero después consideraron que se trataba de una práctica habitual y no de reglamentación. Así sucedió en el caso de una presentación en la que se daba un ejemplo de un trabajo hecho sobre los requisitos de competencia lingüística, en el que se cumplían 10 de 13 criterios pero el Grupo de expertos no consideró que fuera la mejor práctica.

Por el reducido número de los ejemplos de la mejor práctica presentados y por la superposición de varias funciones reglamentarias más bien que determinadas dimensiones clave, las deficiencias concretas de la mejor práctica resultaron difíciles de identificar. Sin embargo, en la categoría de "Otros" se presentaron ejemplos claramente relacionados con las normas de la práctica, por ejemplo la preparación de una base de datos para consultas sobre la práctica profesional. Con la misma facilidad otros ejemplos podían relacionarse con la formación y con la práctica, por ejemplo la labor de desarrollar el perfil de la enfermera generalista.

A este respecto, la labor futura debería centrarse en el ulterior desarrollo de un marco fuerte y explícito que incluya ejemplos de la mejor práctica en toda la gama de los modelos reglamentarios. Para que esos ejemplos sean útiles para el regulador experimentado o nuevo, ha de perfilarse más una idea coherente de lo que constituye la mejor práctica en la reglamentación. En realidad, unas observaciones más amplias de los interesados podrían ampliar la perspectiva de lo que constituye la mejor práctica. Cuando un mismo ejemplo da lugar a opiniones muy diferentes, puede celebrarse un debate posterior para comprender y perfilar más la manera en que están aplicándose los criterios. Como en el caso de otros resultados del proyecto, es importante que la base de datos sobre la mejor práctica siga actualizándose, de manera que refleje las innovaciones y las tendencias actuales de la reglamentación.

## **7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

---

### **7.1 Metodología**

El centro de interés de este proyecto era establecer varias bases de datos y hacer un análisis comparativo según varias de las principales dimensiones reglamentarias. Como antes se ha dicho, la metodología no pretendía someter los datos a ningún análisis estadístico deductivo.

### **7.2 Idioma**

Si bien el CIE tiene tres idiomas de trabajo (español, francés e inglés), en el mundo se emplean muchos más y se procedió con prudencia al actuar con los órganos de reglamentación de otros países, cuyo idioma principal no era ninguno de los tres idiomas oficiales del CIE. Se hizo todo lo posible por captar e interpretar sus datos con precisión.

Por el carácter mundial de este trabajo, el archivo contendrá materiales en idiomas distintos del inglés. Esto limita el acceso para algunos países pero lo facilita para otros que utilicen el mismo idioma.

### **7.3 Acceder a la información sobre los órganos de reglamentación y su legislación**

Como antes se ha dicho, se experimentaron dificultades al tratar de acceder a la información sobre los órganos de reglamentación de algunas partes de Asia, Europa, América Latina y el Próximo Oriente. Por la incapacidad de acceder a la información completa sobre los órganos de reglamentación y la legislación de enfermería los datos no son completos.

### **7.4 Ámbito y alcance del estudio**

El alcance de la fase de análisis comparativo del estudio consistía en examinar la legislación de enfermería. Quedaba fuera de ese ámbito examinar cualquier legislación conexa que pudiera afectar a la enfermería o al ejercicio de la enfermería. En algunas jurisdicciones la legislación relacionada tiene considerables facultades de regulación de la enfermería y de la salud; en ella se incluye la Constitución del país.

## **7.5 Terminología**

Los términos empleados en relación con la reglamentación de las enfermeras variaban en las diversas jurisdicciones. Los órganos de reglamentación y la legislación pueden utilizar, para indicar lo mismo, términos diferentes. Por otra parte un determinado término puede tener varios significados en diferentes jurisdicciones. Además los términos son muchas veces adecuados a la cultura; quizá no se aplican en otra jurisdicción y quizá no tienen una traducción sencilla y clara de un idioma a otro.

## **7.6 Información y legislación cambiantes**

A lo largo del estudio se ha señalado que la información específica de los órganos de reglamentación y de su legislación está en cambio constante. Además, algunos países, que no han tenido una reglamentación oficial de la enfermería, comienzan a establecer la correspondiente legislación, por ejemplo Cambodia. El ritmo del cambio plantea problemas de mantenimiento constante y de la calidad de la base de datos global.

## **7.7 Interpretar los requisitos legislativos generales y los específicos**

Los aspectos específicos de la legislación de enfermería pueden variar de una jurisdicción a otra. Una parte de la legislación es muy concreta en su formulación y en cuanto a las facultades que concede, mientras que otra parte de ella, su formulación y sus facultades son amplias y, por tanto, están abiertas a interpretaciones. Se ha procurado por todos los medios hacer un análisis preciso. Sin embargo, cuando las facultades son amplias, no siempre se puede imaginar cómo se interpretan.

# **8. RECOMENDACIONES Y LABOR FUTURA**

---

Se reconoce que se trata de un trabajo de base cuya finalidad declarada es reunir información, crear bases de datos y ponerlas al alcance para facilitar la circulación de la información entre los encargados de la reglamentación. Es una instantánea basada en la información disponible. Cada día, en todo el mundo, los encargados de la reglamentación se enfrentan al cambio y a las presiones que ejercen sobre ellos una multitud de personas interesadas y de factores del entorno. Para responder, ellos deben crear, desarrollar, modificar e innovar aspectos de la legislación, las políticas y los procesos que administran como parte de su obligación de proteger al público.

Así pues, se trata de un trabajo constante. En la sede del CIE sigue recibándose información de los encargados de la reglamentación y otros interesados que han expresado interés en este trabajo y que están dispuestos a contribuir. Las conclusiones presentadas en este informe son un punto de partida útil para la investigación futura y para el mantenimiento constante de las bases de datos establecidas. Las recomendaciones tienen, pues, el propósito de dar orientaciones más bien que establecer prioridades para la labor futura en este sector.

Por ello se recomienda que:

El CIE siga estableciendo redes y canales de comunicación abiertos con los órganos de reglamentación de las enfermeras de todo el mundo y con las partes de la administración que regulan la profesión.

El CIE abra la base mundial de datos a todas las jurisdicciones y anime a los órganos de reglamentación a que comuniquen todos los cambios introducidos en la legislación y en la información para contactos.

El CIE prepare métodos para captar y registrar los cambios e innovaciones de la legislación de enfermería.

El CIE busque financiación adicional para establecer y mantener la base mundial de datos y el archivo de la legislación.

El CIE siga ampliando y perfeccionando su marco para evaluar la “Mejor Práctica de Reglamentación” y la comunique a los encargados de la reglamentación para impulsar el desarrollo de un conjunto de modelos.

El CIE continúe revisando su Ley Tipo sobre las Enfermeras, tomando en consideración los ejemplos de los cambios e innovaciones de la legislación de enfermería.

El CIE siga identificando, revisando y publicando terminología relacionada con la reglamentación de enfermería.

El Observatorio del CIE sobre las Licencias y la colegiación siga vigilando de cerca las posibilidades de nuevas investigaciones útiles para este estudio.

## 10. CONCLUSIÓN

---

La escasez de enfermeras que actualmente se da en los sistemas de salud de todo el mundo produce desde sus inicios una grave crisis por los efectos adversos que tiene para la salud y el bienestar de las poblaciones. Plantea problemas sin precedentes a los encargados de la política general y a los planificadores de los países de renta alta y baja.

Aún cuando no es un fenómeno nuevo, la migración de las enfermeras va en aumento y los encargados de la reglamentación se ven ante presiones crecientes por esas oleadas de enfermeras que desean salir de su país de origen –o del país en que actualmente están empleadas- para trabajar en una nueva jurisdicción. Si bien algunos de los encargados de la reglamentación tienen buenos contactos con un pequeño número de países, se sabe muy poco de la mayoría de ellos, de las facultades que tienen, del lenguaje técnico que utilizan y de las mejores prácticas que han desarrollado y adoptado.

La reglamentación de enfermería es muy diversa en cuanto a complejidad y cobertura. No todos los países o jurisdicciones han podido responder o facilitar la información pedida en el estudio. Si bien esto puede parecer un problema, también es una oportunidad para que esa jurisdicción utilice esa deficiencia como motivo para el cambio de la legislación y de la reglamentación.

Si se identifican claramente los encargados de la reglamentación y los demás interesados y se establecen contactos con ellos, podrá compartirse la mejor práctica y establecerse un mecanismo mediante el cual pueda prestarse apoyo entre iguales. Al hacer un análisis comparativo, los encargados de la reglamentación cuya legislación es menos compleja podrán revisar y actualizar sus leyes de enfermería y presentar a sus gobiernos los motivos para un cambio. En el caso de los países cuyos gobiernos regulan la práctica de la enfermería, es de esperar que consideren los ejemplos de la mejor práctica para aplicarlos en esas jurisdicciones y para que puedan utilizarse también como pruebas a favor de la autorregulación por la profesión. Cualquiera que sea el modelo de reglamentación, es de esperar que estos mecanismos contribuyan a la armonización de los procesos reglamentarios en todo el mundo.

Este proyecto constituye, en el momento actual, una labor importante no realizada hasta ahora sobre la reglamentación y los encargados de ella. Es un punto de partida sólido para una referencia global a la reglamentación de enfermería y, como tal, será un instrumento útil y poderoso. Ahora, cuando esta información está ya al alcance de todos los interesados en la reglamentación de enfermería, es muy importante para los sistemas de salud de todo el mundo que siga ampliándose y utilizándose para facilitar el diálogo entre los encargados de la reglamentación. Para proteger a los pacientes es un paso esencial establecer redes de comunicación claras y compartir la información sobre la reglamentación de las enfermeras entre los órganos de reglamentación de la enfermería.

## REFERENCIAS

---

Australian Nursing and Midwifery Council (2007). Development of a National Framework for the Demonstration of Continuing Competence for Nurses and Midwives: Literature Review. ANMC, Canberra. [www.anmc.org.au/projects/current\\_projects.php#continuingcompetence](http://www.anmc.org.au/projects/current_projects.php#continuingcompetence) (Last accessed 25 February 2009)

Baumann A. & Blythe J (2008). "Globalization of Higher Education in Nursing" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*; Vol. 13 No. 2 Manuscript 4. Available: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/GlobalizationofHigherEducation.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/GlobalizationofHigherEducation.aspx). (Last accessed 25 February 2009.)

Clark M (2006). Regulators in the Western Pacific Region – personal communiqué.

Council of Australian Governments (COAG). Trans-Tasman Mutual Recognition Arrangement. [www.coag.gov.au/mutual\\_recognition/tt\\_mutual\\_recog\\_agreement.cfm](http://www.coag.gov.au/mutual_recognition/tt_mutual_recog_agreement.cfm) (Last accessed 22 July 2009.)

European Federation of Nursing Regulators (2006). Survey among nursing regulation competent authorities. Brussels, FEPI, [www.fepi.org/docu/11\\_reganalysis\\_pdf\\_EN.pdf](http://www.fepi.org/docu/11_reganalysis_pdf_EN.pdf) (Last accessed 28 January 2006.)

Fleming V and Holmes A (2005). Basic nursing and midwifery education programmes in Europe. Copenhagen, WHO EURO, [www.euro.who.int/document/e86582.pdf](http://www.euro.who.int/document/e86582.pdf). (Last accessed 28 November 2006).

International Council of Nurses (2005a). *International migration of nurses: trends and policy implications*. (The Global Nursing Review Initiative Issue 5). ICN, Geneva.

International Council of Nurses (2005b). Regulation, roles and competence development. (The Global Nursing Review Initiative Issue 1). ICN, Geneva, [www.icn.ch/global/Issue1Regulation.pdf](http://www.icn.ch/global/Issue1Regulation.pdf) (Last accessed 28 November 2006.)

International Council of Nurses and World Health Organisation (2005). Nursing Regulation: A Futures Perspective, Geneva., [www.icn.ch/ps\\_icn\\_who\\_regulation.pdf](http://www.icn.ch/ps_icn_who_regulation.pdf). (Last accessed 24 February 2009.)

NATLEX, [www.ilo.org/dyn/natlex/natlex\\_browse.home](http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex_browse.home)

Tjadens F (2004). Registration and supervision of five groups of health professionals in the EEA-countries. Amsterdam, Netherlands Institute for Care and Welfare. [www.nizw.nl/eeahealthpros/docs/report%20eeahealthpros%20for%20amsterdam.doc](http://www.nizw.nl/eeahealthpros/docs/report%20eeahealthpros%20for%20amsterdam.doc) (Last accessed 28 November 2006.)

World Health Organization (2006). Working together for health: The World Health report 2006. Geneva, WHO. [www.who.int/whr/2006/06\\_chap6\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_chap6_en.pdf) (Last accessed 28 November 2006.)

## **SIGLAS**

---

ANMC	Consejo de Enfermería y Obstetricia de Australia
UE	Unión Europea
CIA	Agencia Central de Inteligencia
AEC	Asociación de Enfermeras del Canadá
COAG	Colegio de Enfermería del África Oriental, Central y Meridional
FEPI	Federación europea de Enfermeras encargadas de la Reglamentación
CIE	Consejo internacional de enfermeras
ARR	Acuerdo de reconocimiento recíproco
NCSBN	Consejo Nacional de Juntas de Enfermería de los Estados
NMC	Consejo de Enfermería y obstetricia
OCDE	Organización para la Cooperación y desarrollo económicos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
TTMRA	Acuerdo Transtasmanio de Reconocimiento Recíproco
OMS	Organización Mundial de la Salud



**Consejo internacional de enfermeras**

3, place Jean-Marteau  
1201 Ginebra  
Suiza

Tel: +41 22 908 0100

Fax: +41 22 908 0101

email: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)

[www.icn.ch](http://www.icn.ch)