



La escasez mundial de enfermeras: Sectores de intervención prioritaria



Escasez mundial de enfermeras: Sectores prioritarios de intervención

Informe CIE / FIFN

Copyright

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

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

ISBN: 92-95040-59-7

Índice

El Consejo Internacional de Enfermeras	2
La Fundación Internacional Florence Nightingale	3
El Burdett Trust for Nursing	3
Agradecimientos	4
Introducción	5
Sección primera: Sectores prioritarios de intervención	7
A. Políticas macroeconómicas y de financiación del sector de salud	7
B. Política y planificación de los recursos humanos, incluida la reglamentación	10
C. Entornos favorables para la práctica profesional y para los resultados de la organización	16
D. Contratación y retención; abordar la mala distribución en los países, y la emigración	19
E. Liderazgo de enfermería	23
Sección segunda: Intervenciones que apoya el Consejo Internacional de Enfermeras	25
Sección tercera: Conclusión	26
Notas	27
Referencias	28
Apéndice A	29
Apéndice B	30

El Consejo Internacional de Enfermeras

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) fue fundado en 1899 y en la actualidad es la voz de más de 13 millones de enfermeras en 129 países. Es la primera y más amplia organización internacional de profesionales de salud y sigue trabajando para unir a las enfermeras de todo el mundo y mejorar los niveles de la atención de enfermería. Así, aborda los problemas de la reglamentación de enfermería, del ejercicio profesional y del bienestar socioeconómico.

El CIE es una organización no gubernamental independiente. Dirigido por las enfermeras, el CIE trabaja por conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas acertadas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería, y la presencia en el mundo entero de una respetada profesión de enfermería y de unos recursos humanos de enfermería competentes y capacitados. A través del CIE, las asociaciones nacionales de enfermeras comparten intereses y conocimientos comunes y contribuyen al fortalecimiento de la profesión en el mundo entero.

Las colaboraciones y las alianzas estratégicas con organismos gubernamentales y no gubernamentales, fundaciones, corporaciones, grupos regionales, asociaciones nacionales y personas ayudan al CIE a impulsar a la enfermería en el mundo entero. El Consejo mantiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Internacional del Trabajo y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo y tiene la condición de observador ante las Naciones Unidas a través del Consejo Económico y Social. Asimismo, la organización colabora estrechamente con otros organismos de las Naciones Unidas, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Radicado en Ginebra, Suiza, el CIE es también miembro fundador de la Alianza mundial de profesiones de salud, integrada por el Consejo Internacional de Enfermeras, la Federación farmacéutica internacional, la Federación odontológica mundial y la Asociación médica mundial.

Para obtener información completa de la estructura, las publicaciones y las actividades del CIE, visite nuestro sitio web en la dirección www.icn.ch

La Fundación Internacional Florence Nightingale

La Fundación Internacional Florence Nightingale (FIFN) fue fundada en 1934 como recuerdo vivo de Florence Nightingale. Es una obra benéfica registrada en el Reino Unido y conserva su finalidad inicial: favorecer el avance de la formación, la investigación y los servicios de enfermería para bien del público.

En tanto que primera fundación del CIE, la FIFN apoya y completa la labor y los objetivos del CIE, entre otros los siguientes:

Ampliar y mejorar los conocimientos y la práctica

La FIFN concede el *Premio Internacional por Realizaciones y las Becas de viaje Alice Girard* que ofrecen posibilidades internacionales de formación y desarrollo para enfermeras ilustres, además de reconocimiento de su trabajo y contribución a la atención de salud y a la enfermería.

Impulsar los cuidados mediante la investigación

Al prestar apoyo a la investigación, la FIFN trata de llevar adelante las cuestiones de salud en el plano internacional y ampliar los conocimientos de enfermería. Entre la investigación que actualmente se realiza, está el *Proyecto sobre las Niñas: Movilizar a las enfermeras a favor de la salud de las niñas de las ciudades*. Ese proyecto se ocupa de las necesidades de salud de las niñas que viven en zonas urbanas. El estudio servirá de base para unas políticas y programas eficaces que fomenten el desarrollo saludable de este grupo vulnerable y olvidado.

Como ampliación natural del Proyecto sobre las Niñas, la FIFN y el CIE han establecido el Fondo para la educación de las niñas: Iniciativa de la enfermería para niñas huérfanas. El fondo se ha establecido para impulsar la escolarización primaria y secundaria de niñas cuyos padres enfermeros los dos o uno de ellos han fallecido.

Para obtener información completa sobre la Fundación Internacional Florence Nightingale, rogamos que consulten el sitio web de la FIFN en la dirección www.fnif.org

El Burdett Trust for Nursing

El Burdett Trust for Nursing es un fideicomiso benéfico independiente que lleva el nombre de Sir Henry Burdett KCB, fundador del Real Fondo Nacional de Pensiones (Royal National Pension Fund for Nurses (RNPFN)). El Fideicomiso se estableció en reconocimiento de la fundación, el pensamiento y la estructura del RNPFN.

Con sus donaciones, los fideicomisarios tratan de impulsar la contribución que hace la enfermería a la atención de salud. Fomentan las solicitudes de las enfermeras y demás profesionales de atención de salud que participan en diversos proyectos innovadores. El Fideicomiso orienta sus donaciones hacia proyectos dirigidos por enfermeras, utilizando sus fondos para facultar a éstas y contribuir a mejorar en medida significativa el entorno de la atención a los pacientes.

Para obtener más información, rogamos que visiten la dirección www.burdettnursingtrust.org.uk

Agradecimientos

El Consejo Internacional de Enfermeras y la Fundación Internacional Florence Nightingale reconocen con agradecimiento el apoyo financiero que reciben del Burdett Trust for Nursing, Reino Unido.

El CIE y la FIFN expresan especialmente su reconocimiento a los miembros del Grupo de referencia, a los autores de los documentos encargados, cuyos nombres figuran en el Apéndice A, a los participantes en el *Grupo especial de alto nivel para las consultas sobre los recursos humanos de enfermería en el mundo* y a las muchas otras personas y organizaciones que han contribuido a este trabajo. Nuestro agradecimiento especial al Dr. James Buchan, al Queen Margaret University College y a la Dra. Mireille Kingma, del CIE, porque nos han ofrecido generosamente su tiempo y sus ideas a todo lo largo del proyecto.

Introducción

La escasez de enfermeras en los sistemas de salud de todo el mundo está causando efectos adversos graves para la salud y el bienestar de las poblaciones. Plantea problemas sin precedentes para los encargados de la política general y los planificadores en los países ricos y pobres.

Según un informe reciente sobre la escasez de enfermeras en el África Subsahariana, faltan más de 600.000 enfermeras en relación con el número que, según las estimaciones, se necesita para ampliar las intervenciones prioritarias, según recomendaciones de la Comisión de macroeconomía y salud¹. En varios países no es raro actualmente encontrar situaciones en las que una enfermera está encargada de 50 pacientes.

La escasez de enfermeras no es un fenómeno nuevo. Muchos países han experimentado en el pasado escasez cíclica, generalmente causada por un aumento de la demanda superior al número de enfermeras disponibles, estático o de crecimiento más lento (CIE 2004). Sin embargo, la escasez actual es muy diferente de las anteriores pues los sistemas de atención de salud actuales difieren claramente de los del pasado en que los primeros sufren presiones que se ejercen sobre la oferta y sobre la demanda.

La demanda de servicios de salud y de enfermeras sigue en aumento por el envejecimiento de las poblaciones, las mayores tasas de crecimiento de la población, y una mayor carga de las enfermedades crónicas y no transmisibles. Al mismo tiempo, el número de enfermeras disponible en algunos países sufre oscilaciones y es de prever que disminuya por el envejecimiento de los recursos humanos de enfermería, lo inadecuado de la financiación para prestar apoyo a los que ingresan en la profesión y el aumento de otras oportunidades de carrera profesional para la mujer.

Una planificación y gestión inadecuadas, unas prácticas de empleo deficientes de los recursos humanos, la emigración interna y externa, las fuertes pérdidas por jubilaciones (causadas por los deficientes entornos de trabajo,

Ninguna actuación única resolverá la crisis actual de la enfermería; los problemas son complejos y las soluciones han de ser por necesidad polivalentes.

la escasa satisfacción profesional y lo inadecuado de la remuneración), las consecuencias del VIH/SIDA y la escasez de las inversiones en recursos humanos son sólo algunos de los graves problemas que dan lugar a la escasez de enfermeras.

Si bien en los últimos años ha habido un reconocimiento cada vez mayor de los problemas críticos que contribuyen a la escasez de enfermeras en todo el mundo – algunos de los cuales se han puesto de relieve antes - la voluntad política de abordarlos sigue siendo débil en la mayoría de las naciones. En muchos países, la escasez de trabajadores de salud cualificados, especialmente enfermeras, se ha convertido en uno de los mayores obstáculos para la consecución de las Metas de desarrollo del milenio (MDM), de las Naciones Unidas. Adoptadas en el año 2000 por 189 Estados miembros, las MDM representan ocho objetivos. Cada uno de los cuales es un conjunto de metas medibles que tiene por objeto reducir la pobreza antes del año 2015. De esas ocho metas, tres están directamente relacionadas con la salud: 1) reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil y de niños menores de cinco años; 2) reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna; y 3) detener e invertir las epidemias del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. Hoy se reconoce en general que las MDM relacionadas con la salud, y las iniciativas de desarrollo en general, están en peligro por lo inadecuado de las inversiones en recursos humanos de salud y por la ineficacia de las actuaciones encaminadas a desarrollar y sostener unos recursos humanos de salud bien preparados, equitativamente desplegados, bien motivados y bien apoyados.

En casi todos los países, las enfermeras constituyen el grupo más numeroso de dispensadores de atención de salud. Sus servicios son esenciales para la prestación de cuidados seguros y eficaces y constituyen un recurso vital para alcanzar las MDM relacionadas con la salud. El fortalecimiento de los sistemas de salud y la consecución de las MDM dependen en gran medida de que desplieguen más iniciativas para resolver la escasez actual de enfermeras. Por ejemplo, aumentando el índice de los nacimientos atendidos por profesionales capaces puede frenarse en gran medida la mortalidad materna (OMS 2005). Además, el fortalecimiento de los recursos humanos de enfermería da lugar a un mejor acceso a los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación y, a su vez, a unos mejores resultados de los sistemas de salud.

Para superar la crisis habrá que aprovechar el impulso actual y el progreso, aunque limitado, que se ha conseguido. Se precisará una defensa y un liderazgo decididos, y un compromiso político y financiero, profundo y sostenido, de parte de cada una de las naciones y de la comunidad internacional. Ninguna actuación única resolverá la actual crisis de la enfermería. Los problemas son complejos y las soluciones han de ser, por fuerza, polivalentes. La respuesta exigirá soluciones intensas, innovadoras y sostenibles que traten las causas profundas de la escasez de enfermeras, aprovechen las sinergias, reduzcan al mínimo cualquier duplicación de esfuerzos, y contribuyan a unos mejores resultados de los sistemas de salud, tanto en calidad como en cobertura. Compartir los conocimientos, el aprendizaje, la investigación y el establecimiento de redes de contactos pueden ser de importancia crítica para dar una respuesta eficaz.

El presente informe es el resultado de un proyecto de dos años, titulado *la Iniciativa mundial para la revisión de la enfermería: Opciones de política y soluciones*, dirigido por el Consejo Internacional de Enfermeras y su organización hermana la Fundación Internacional Florence Nightingale, y sostenida por el Burdett Trust for Nursing. El objetivo del proyecto era examinar la cuestión crucial de la escasez de enfermeras e identificar sectores de intervención prioritarios.

Para alcanzar este objetivo, la FIFN del CIE emprendió una amplia gama de actividades, entre ellas el encargo de una serie de informes detallados (véanse en el Apéndice B los resúmenes de los informes, o visítase la dirección www.icn.ch/global en la que puede accederse a los informes completos) que sirvieron para articular los debates en *la Consulta de alto nivel sobre los recursos humanos de enfermería en el mundo*, celebrada en Ginebra, Suiza, en marzo de 2005. Asistieron a la reunión más de 50 representantes de gobiernos, empleadores, donantes, analistas de políticas, planificadores, investigadores, economistas y organizaciones de enfermería, para tratar cuestiones esenciales de la enfermería e identificar sectores de intervención prioritarios. Como continuación de este acto, el CIE convocó la *Cumbre internacional sobre los recursos de enfermería en el mundo* en mayo de 2005 durante el 23er Congreso cuadrienal del CIE, celebrado en Taipei, Taiwán. Enfermeras dirigentes de los campos de la investigación, la dirección, las asociaciones profesionales, la práctica profesional y la formación se unieron a los representantes de la planificación del sector de salud y desarrollo de los recursos humanos para intercambiar ideas, opiniones y soluciones sobre aspectos importantes de los recursos humanos.

Todas estas actividades combinadas culminaron en la identificación y convalidación de cinco sectores prioritarios para la intervención del CIE y de la enfermería. Los sectores no deben considerarse aisladamente, sino que han de verse como conectados y relacionados entre sí. Esos cinco sectores son:

- Las políticas macroeconómicas y de financiación del sector de salud;
- La política y planificación de los recursos humanos, incluida la reglamentación;
- Los entornos favorables para la práctica profesional y para los resultados de la organización;
- La contratación y retención; abordar la mala distribución en los países, y la emigración; y
- El liderazgo de enfermería.

En el presente informe se resume el programa de trabajo de dos años; el informe es un importante instrumento de defensa y apoyo de la política general, y es también un medio para implicar a los interesados y a los colaboradores del CIE en el desarrollo, la aplicación y la financiación de intervenciones que reflejen los cinco sectores prioritarios que se identifican en este informe. Para que el cambio sea efectivo y duradero se precisarán los esfuerzos conjuntos de muchos grupos, entre ellos los donantes, los organismos de las Naciones Unidas y los organismos intergubernamentales, los encargados de la política general y los planificadores, las enfermeras y las asociaciones de enfermería, los órganos de enfermería regionales, otros profesionales de salud, los formadores, los empleadores, la sociedad civil, las fundaciones, las organizaciones laborales, etc.

En la Sección primera de este informe se examinan los principales problemas que se plantean en los cinco sectores de intervención prioritarios y se presenta información sobre las actuaciones que iniciará el CIE, con sus colaboradores, para abordar los numerosos problemas que se plantean a los recursos humanos de enfermería en el mundo. Las actuaciones se presentan bajo los epígrafes siguientes: Defensa, Investigación y Publicaciones, y otras actuaciones. Además de las cuestiones y actuaciones que se recogen en el presente informe, hay otras varias intervenciones prioritarias relacionadas con el desarrollo de los recursos humanos, hechas por otras organizaciones y grupos, que el CIE hace suyas, pero que quedan fuera del ámbito de nuestra labor y reclaman la atención de otras agencias y organismos. Las intervenciones que suscribe el CIE se tratan en la Sección segunda. En la Sección tercera se presentan las observaciones finales. Las Notas correspondientes a las páginas 5 a 26 pueden verse en la página 27.

Sección primera: Sectores prioritarios de intervención

A. Políticas macroeconómicas y de financiación del sector de salud

Las políticas macroeconómicas condicionan el gasto global en los presupuestos nacionales, la financiación de la salud, los niveles de dotación de personal y el desarrollo de los recursos humanos. Para conseguir unos recursos humanos idóneos del sector de salud, es imprescindible que los países apliquen políticas macroeconómicas y prácticas sólidas y sensibles. Sin embargo, muchos países, especialmente los fuertemente dependientes de la ayuda financiera exterior, sufren limitaciones macroeconómicas que restringen su capacidad para ampliar el gasto social sumamente necesario para la salud y el desarrollo de los recursos humanos.

Según un informe reciente, "...muchos países empiezan apenas a liberarse de unas limitaciones de la contratación y de unas congelaciones salariales desmoralizadoras. Las prohibiciones aplicadas a la contratación y a las ampliaciones del personal siguen vigentes en muchos países y, en otros, los presupuestos de gastos públicos siguen siendo muy restrictivos. Aun con una grave escasez de trabajadores, los países en que los salarios representan una factura que no pueden permitirse siguen recortando personal" (JLI 2004 pág. 84). No está claro en qué medida los topes impuestos al gasto en salud pública son consecuencia de decisiones nacionales o resultado de condiciones de endeudamiento impuestas por instituciones financieras internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial. Sin embargo, los países nos dicen que uno de los problemas es que, para conseguir sus objetivos económicos, han de hacerse recortes presupuestarios. No obstante, las actuales políticas de préstamo de las instituciones financieras internacionales no proporcionan a los ministerios de hacienda orientaciones sobre la manera en que los fondos deben asignarse entre los diversos sectores públicos.

Como las partidas de salud y educación en muchos países acaparan la mayor parte del presupuesto nacional, los recortes se hacen generalmente en estos sectores.

Es trágico que, en medio de una grave y creciente escasez, tengamos enfermeras que están formadas y desean trabajar, pero siguen desempleadas por la limitación del gasto.

En muchos países, los límites impuestos al gasto nacional de salud están teniendo consecuencias deletéreas para los recursos humanos de enfermería. Los límites de la contratación impuestos por los gobiernos han dado

lugar en algunos países a un gran número de enfermeras desempleadas. Es trágico que, en medio de una grave y creciente escasez, tengamos enfermeras que están formadas y desean trabajar, pero siguen desempleadas por la limitación del gasto. Es evidente que si no se levantan los límites impuestos al gasto público, resultarán imposibles la expansión de los recursos humanos y el mejoramiento de los salarios y los incentivos para la financiación (JLI 2004).

En varias regiones, las inversiones en infraestructura nacional pública son inadecuadas. Una mala infraestructura – falta de carreteras, de energía, de tecnología de la información, de telecomunicaciones, de transportes, de agua y saneamiento – inciden directa y negativamente en el acceso a la educación (por ejemplo, limitan las oportunidades de aprendizaje a través de los puestos clínicos) y en la prestación de los servicios de salud. El acceso limitado a los transportes, por obstáculos físicos o financieros, hace difícil, si no imposible, que las enfermeras lleguen a sus puestos de trabajo, que las estudiantes de enfermería lleguen a las escuelas y que los pacientes lleguen a los servicios de atención de salud (Recuadro 1).

Recuadro 1: La experiencia del paciente

"Pedí a las enfermeras del Hospital T que me transfirieran al Hospital M porque T está demasiado lejos de aquí. En el Hospital M me dijeron que debía obtener mis pastillas de la clínica móvil que visita esta zona una vez al mes. Mi problema es que, cuando llueve, esta clínica móvil no viene porque las carreteras están en muy mal estado. Por ello me dijeron que fuera a N (clínica local a unos 20 km. de distancia) para recoger mi medicación. Para ir a N, tengo que alquilar un coche, pues no puedo caminar. Para llegar a la carretera principal, tengo que apoyarme en la silla para poder caminar".

En los países pobres en recursos, y en África en particular, las enfermeras luchan cada día contra una grave escasez de medicamentos, agua potable, equipos médicos y suministros esenciales como guantes, vendas, compresas, etc. necesarios para hacer su trabajo. La escasez de esos recursos esenciales crea unas condiciones de trabajo sumamente frustrantes y desmoralizadoras para las enfermeras y limita su capacidad para dispensar a los pacientes unos cuidados adecuados y de calidad en todos los niveles del sistema de atención de salud.

Las consecuencias negativas que tienen esas condiciones están muy bien expresadas en las palabras de una enfermera de Zimbabwe: "Casi a diario perdemos por lo menos tres niños en nuestra sala. Algunas veces trabajamos sin guantes, otras veces faltan medicamentos para los pacientes y los alimentos están racionados. Cuando vemos morir a los pacientes, también nosotras nos sentimos afectadas" (Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios 2005, pág. 2). Una enfermera de Sudáfrica vivió algo parecido: "Durante varias semanas no hemos tenido Disprin. También se han agotado los medicamentos para la diabetes y eso plantea graves problemas". (Health Systems Trust 2005 pág. 117).

Los gobiernos y las instituciones financieras internacionales han de cooperar para conseguir que se tomen decisiones macroeconómicas informadas que den lugar a entornos fiscales que apoyen y favorezcan el desarrollo y el buen funcionamiento de los recursos humanos y favorezcan unos sistemas de salud sensibles. Los acuerdos vigentes o nuevos con el FMI o con otras instituciones financieras no han de exigir ni conducir a congelaciones de la contratación de trabajadores de salud (entre ellos las enfermeras), no deben obstaculizar el pago de los salarios, ni impedir la contratación de personal de salud en paro (CIE 2005a). Las políticas deben estar en armonía con las prioridades nacionales de salud y desarrollo y no deben dar lugar a que se destinen menos recursos a la educación o a otros sectores que son esenciales para impulsar el desarrollo.

Además la comunidad de enfermería ha de ocuparse más de los aspectos macroeconómicos y de las políticas de financiación. Las enfermeras deben comprender cómo se aplican las políticas fiscales y las consecuencias que tienen esas políticas y prácticas para la salud y para el desarrollo.

Para favorecer el fortalecimiento de las políticas macroeconómicas y de financiación del sector de salud, el CIE prevé lo siguiente:

DEFENSA

- Trabajar con sus colaboradores para conseguir que los encargados de las políticas y los planificadores de los ministerios de sanidad, hacienda, educación, etc. presten mayor atención a las pruebas que relacionan las inversiones en el sector de salud con el crecimiento y desarrollo económicos.
- Defender políticas macroeconómicas y prácticas que creen los entornos políticos y financieros necesarios para fortalecer los recursos humanos de enfermería con el fin de que puedan alcanzarse las prioridades del sistema nacional de salud y del desarrollo; y políticas de apoyo a una financiación adecuada para la formación y el mejoramiento de la infraestructura nacional. Esto puede conseguirse recurriendo a las redes locales, nacionales y regionales existentes y mediante la elaboración de declaraciones de posición acordadas sobre problemas macroeconómicos.
- Defender la docencia de la política macroeconómica y la práctica en los planes de estudios de la enfermería y trabajar con colaboradores idóneos para elaborar directrices para el plan de estudios, y mecanismos para estimular la investigación de enfermería en relación con la macroeconomía y los recursos humanos de salud.
- Defender el empleo de fondos mundiales de salud para fortalecer los recursos humanos.

INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES

- Elaborar instrumentos para equipar a la profesión de enfermería para que pueda defender las inversiones adecuadas en salud y para el desarrollo de los recursos humanos de enfermería.
- Publicar un boletín electrónico de noticias en el que se pase revista a las tendencias, avances y actividades actuales que afecten a los recursos humanos de enfermería, con inclusión de los nuevos avances y el nuevo pensamiento en el sector de la macroeconomía y la salud.

OTRAS ACTUACIONES

- Incluir las cuestiones relacionadas con la macroeconomía y la salud en los programas de Liderazgo para el cambio™ y de Liderazgo en la Negociación, del CIE.

B. Política y planificación de los recursos humanos, incluida la reglamentación

Los planes estratégicos nacionales para el desarrollo de los recursos humanos de salud son de importancia esencial para la consecución de las metas nacionales de salud y para mejorar la salud de la población. Cada país debe tener uno pero, lamentablemente, esto no es así en muchos países. Algunos no tienen todavía un plan nacional y otros países que lo tienen lo aplican de modo deficiente o no lo aplican. Cuando faltan los planes nacionales, los países adoptan decisiones que tienen consecuencias adversas para los sistemas de salud, la salud de las poblaciones y para los dispensadores de los servicios.

Una planificación y gestión adecuadas de los recursos humanos de atención de salud es fundamental para conseguir y mantener unos recursos humanos óptimos y un sistema de salud que funcione bien. A pesar de su importancia, muchos países han considerado que la planificación y la gestión de los recursos humanos merecen escasa prioridad. En la mayoría de los países, la planificación de los recursos humanos es fragmentaria e inadecuada. En los planteamientos tradicionales no se ha reconocido la importancia de una planificación estratégica de largo plazo ni la necesidad de una amplia participación de todos los interesados en el proceso de planificación (CIE 2005b). La planificación de los recursos humanos ha estado impulsada por la oferta y se ha prestado escasa atención a las necesidades de salud de la población, a la demanda de servicios y a los factores sociales, políticos, geográficos, tecnológicos y económicos (CIE 2005c). Además, las actividades de planificación se han llevado a cabo frecuentemente en determinados recintos profesionales y no se ha integrado en las diversas disciplinas / ocupaciones de salud. No se ha insistido suficientemente en las consecuencias de la distribución geográfica y de la combinación de capacidades y, además, la planificación de los recursos humanos ha estado muchas veces efectivamente desvinculada de la planificación de los servicios (CIE 2005c).

Los planes estratégicos nacionales de desarrollo de los recursos humanos de salud son de importancia esencial para la consecución de las metas nacionales de salud y para mejorar la salud de la población.

La mayoría de los países tienen escasa capacidad para planificar los requisitos de recursos humanos. Una de las necesidades más críticas en la planificación de los recursos humanos y en la adopción de decisiones es el acceso a unos buenos indicadores del mercado nacional del trabajo. Sin embargo, en el caso de algunos países, la disponibilidad de esos datos es limitada o poco fiable, lo que hace virtualmente imposible formular políticas y planes eficaces. Algunos países carecen de las estructuras organizativas y de la tecnología de la información necesarias para reunir los datos (CIE 2005c). Así sucede, en particular, en los países que se esfuerzan por prestar los servicios de salud más básicos. Según un informe reciente, los problemas actuales de recursos humanos que se plantean a varios países pueden estar directamente relacionados con la escasez de esos datos y de la consiguiente planificación (CIE 2005c). Por otra parte, muchos países carecen de acceso a los métodos e instrumentos adecuados que precisan para iniciar el proceso de planificación. Estas deficiencias vienen a unirse a la escasez de personal cualificado en la planificación y gestión de los recursos humanos, consecuencia de un acceso inadecuado a la formación y capacitación.

Una aportación capital a la elaboración de las políticas y prácticas de recursos humanos es la posibilidad de compartir las experiencias locales y las prácticas y planteamientos innovadores, y aprender de ellos. Sin embargo, hay muy pocos sistemas / foros, si es que hay alguno, que apoyen e inicien a los países en este proceso. La creación en la web de una base de datos sobre innovaciones en materia de recursos humanos, radicada en la web, es un método que podría utilizarse para captar las innovaciones locales y hacer posible que los países las compartieran.

Combinación de capacidades, funciones ampliadas y nuevos directivos

Un problema común que se plantea a los gestores de los recursos humanos es el de establecer cuál es la más eficaz de las combinaciones del personal y de las capacidades que se precisan para prestar a los pacientes unos cuidados de calidad y eficientes en costos. La creciente demanda de servicios de salud, la contención de los costos y la escasez de enfermeras y otros trabajadores de salud se citan como el principal catalizador de los cambios de la combinación de personal (CIE 2005d). La base de pruebas en el sector de la combinación de capacidades es limitada, pero va en aumento. Hasta hoy, dos sectores de investigación principales pueden emplearse para orientar la política y la práctica actuales en este sector: la combinación de capacidades existente entre las enfermeras y la combinación de capacidades existente entre las enfermeras y entre los médicos (CIE 2004).

Los estudios en que se examina la combinación de personal cualificado y no cualificado en la enfermería se han realizado principalmente en los Estados Unidos de América (CIE 2004). Según un informe reciente, "hay ejemplos de estudios en los que se comunican mejoramientos de los costos y de la calidad después de la introducción de ayudantes sanitarios, pero otros estudios sugieren que las posibilidades de mejoramiento son quizá más aparentes que reales. En estos últimos estudios se aduce que la calidad de los cuidados ha disminuido, y que han aumentado factores de costos tales como las guardias, las bajas por enfermedad, y las horas extraordinarias, las cargas de trabajo de las enfermeras diplomadas, y los índices de rotación y de ausencias del personal" (CIE 2004 pág. 43).

"Estudios realizados sobre la sustitución de médicos por enfermeras apoyan en general la afirmación de que hay posibilidades de hacer esa sustitución en determinados sectores de la atención de salud, y hay posibilidades mucho mayores de que favorezca el establecimiento de funciones de práctica avanzada para las enfermeras" (ICN 2004 pág. 43). Los estudios indican que, ampliando la función y el despliegue de las enfermeras clínicas especialistas, las enfermeras de atención directa y las enfermeras / matronas clínicas, puede mantenerse o mejorarse la calidad de la atención dispensada a los pacientes (CIE 2004).

Buchan et al.² afirman que la investigación sobre la combinación de capacidades tiene tres limitaciones importantes: 1) la mayoría de los estudios son originarios de los Estados Unidos y se centran en la combinación de capacidades dentro de la enfermería, o de la sustitución de médicos por enfermeras; 2) en la mayoría de los estudios no se da la razón del planteamiento elegido para la combinación de capacidades, o no se da información suficiente acerca del contexto de la organización; y 3) la mayoría de los estudios no hacen una evaluación de la calidad y de los costos, que permita un análisis objetivo de la combinación de capacidades estudiada. Estas limitaciones indican que se precisa más investigación en el sector de la combinación de capacidades, para dar forma a los procesos de adopción de decisiones.

Debe insistirse en el rediseño de los puestos de trabajo y en la optimización de las actuales funciones de las enfermeras y demás grupos de trabajadores de salud, más bien que en la creación de nuevas categorías de personal.

Un elemento importante de cualquier debate relacionado con la sustitución es el reconocimiento de las competencias compartidas dentro de la enfermería y entre las profesiones de salud. Es ya hora de reconocer, legitimar y determinar el contexto para las competencias compartidas entre las enfermeras y las personas con quienes sus funciones se superponen. El CIE tiene interés en explorar este importante sector de trabajo y en colaborar con otros para hacerlo avanzar.

En respuesta a las deficiencias del acceso a los cuidados y a la actual escasez mundial de enfermeras, muchos países estudian o utilizan ya "nuevos" trabajadores para una serie de funciones que generalmente desempeñan profesionales de salud más cualificados, como los médicos y las enfermeras. Algunos encargados de la política general y planificadores consideran que la introducción de nuevos directivos es una estrategia viable para ampliar los recursos humanos de salud en países que experimentan una grave escasez de trabajadores capacitados. Así sucede, en particular, en el África Subsahariana, donde es sumamente grave la escasez de trabajadores de salud cualificados.

La planificación para introducir nuevos directivos debe hacerse para cada país y ha de tomar en consideración las necesidades nacionales de prestación de los servicios, la configuración actual de los servicios de salud y a los distintos dispensadores, los recursos disponibles, y la capacidad de producción y de formación. Los encargados de la política general y los planificadores deben incluir en este proceso a todos los interesados, como asociaciones profesionales, empleadores, encargados de la reglamentación, instituciones académicas y el público. Antes de comenzar a introducir nuevas funciones o directivos, es importante hacer una evaluación para que se pongan plenamente a contribución los trabajadores y las funciones actuales. Debe insistirse en el rediseño de los puestos de trabajo y en la optimización de las actuales funciones de las enfermeras y demás grupos de trabajadores de salud, más bien que en la creación de nuevas categorías de personal. Por otra parte, las inversiones en el desarrollo de nuevos directivos no ha de debilitar las estrategias aplicadas para movilizar a los miembros de los recursos humanos de salud profesionales que actualmente están subempleados o desempleados o que trabajan en otros sectores; ni los métodos utilizados para recuperar a los profesionales que han emigrado o abandonado la práctica profesional activa. Se precisan unas funciones bien definidas, ámbitos de la práctica y métodos de integración de los nuevos directivos en los recursos humanos y en los sistemas de carrera profesional (CIE 2005i). Finalmente, es poco probable que la adición de más o de nuevos directivos resulte eficaz, si los actuales no se mantienen en entornos de la práctica profesional seguros y productivos.

Desequilibrios de los recursos humanos

Los desequilibrios del despliegue del personal de enfermería son una característica en los países desarrollados y en los países en desarrollo y se han detectado en todas las regiones, sectores de salud y especialidades clínicas. Se observan frecuentemente desequilibrios entre las zonas urbanas, las zonas rurales y las zonas remotas. Varios países han comenzado a aplicar iniciativas de política general para abordar los desequilibrios de los recursos humanos de enfermería; sin embargo, esas iniciativas han conocido un éxito limitado (CIE 2005c).

Los desequilibrios son un aspecto clave del proceso de planificación de los recursos humanos para lograr que se presten servicios de salud a las regiones en que son deficientes. Los encargados de la política general han de ser cautos para que, al aplicar incentivos para la redistribución de los recursos humanos de enfermería, no se produzca una escasez indeseada en otros sectores o regiones. (CIE 2005c).

Contratación internacional y migración de las enfermeras

La contratación internacional y la migración de las enfermeras se han convertido en problemas de interés mundial en el pasado decenio. Las enfermeras siempre han aprovechado la posibilidad de cruzar las fronteras nacionales en busca de mejores salarios, mayor avance profesional, mejores condiciones de trabajo y mejor calidad de vida. Sin embargo, el movimiento de las enfermeras, especialmente desde los países en desarrollo hacia los países desarrollados, ha ido en aumento. Y es de prever que continúe, facilitado por la globalización, la liberalización del comercio, la facilitación del transporte y las comunicaciones, y una activa contratación por algunos países desarrollados que tienen problemas internos de oferta y demanda. Para algunos países en desarrollo, la pérdida de enfermeras muy capacitadas que se van a los países desarrollados amenaza su capacidad de mejorar los sistemas de salud y de alcanzar las metas de salud y desarrollo nacionales y mundiales, como las citadas en las Metas de desarrollo del milenio (CIE 2005e).

...la importancia de conseguir la autosuficiencia nacional para gestionar los problemas internos de la oferta y la demanda, es de importancia esencial tanto en los países pobres como en los ricos.

La escasez de los datos sobre las corrientes de las enfermeras internacionales es una de las principales dificultades para vigilar eficazmente y evaluar las consecuencias de la migración de las enfermeras, y para elaborar opciones de política general eficaces. Por ello los interesados

en el plano nacional deben colaborar con los organismos internacionales para diseñar y aplicar sistemas mejores de seguimiento y vigilancia de las corrientes internacionales de enfermeras. Por lo inadecuado de los datos sobre los recursos humanos y de la capacidad de planificación de muchos países en desarrollo, es difícil determinar si es un problema más grave esa corriente de salida hacia otros países o el número de enfermeras subempleadas o desempleadas en el país. Estos países han de examinar y mejorar sus sistemas de planificación de los recursos humanos y han de prestar más atención a fomentar y apoyar a las enfermeras que no ejercen para que vuelvan al empleo en la enfermería. Y además han de hallar los fondos que se precisan para crear o restablecer el número necesario de puestos de enfermería (CIE 2005e).

Según un informe reciente, la causa principal de los actuales niveles, relativamente altos, de migración de las enfermeras es la escasez de ellas en los países desarrollados, unida a los factores que inducen a las enfermeras a abandonar sus países de origen. Entre esos factores figuran los bajos salarios, las escasas posibilidades de carrera profesional, los entornos inseguros del ejercicio profesional y la inestabilidad política de algunos países en desarrollo (CIE 2005e). De ahí la importancia crítica de llegar a la autosuficiencia nacional para abordar los problemas nacionales de la oferta y la demanda en los países ricos y en los países pobres.

Un factor que influye en gran medida en el actual aumento de la migración de las enfermeras es la dinámica contratación que llevan a cabo varios países. Ha habido noticias de comportamiento "no ético" de algunas agencias de contratación, e inclusive de que se ha facilitado "a las enfermeras información errónea acerca de la situación en los países de destino, o se han cobrado a las enfermeras unos gastos de viaje innecesarios o exagerados" (CIE 2005e pág. 19). En el siguiente extracto (Recuadro 2) de un libro recientemente publicado sobre la migración de las enfermeras (Kingma 2006) se pone de relieve la experiencia personal de una enfermera de Tanzania.

Recuadro 2: La experiencia de una enfermera emigrante

"Vicki Bigambo* ...se enfrentaba a graves problemas profesionales y personales en su país natal, Tanzania. Una agencia de contratación la convenció de que su vida mejoraría si iba a Glasgow para trabajar en una institución de convalecencia privada. Lo que se encontró al llegar fue todo lo contrario. El que la había contratado la indujo a creer que la casa estaba en medio de la ciudad. De hecho estaba situada a cien millas de la ciudad. Se había prometido a Bigambo un salario anual de 16.000 libras y se le había dicho que estaban cubiertos los costos de su viaje. Sin embargo, nunca se le reembolsaron esos gastos, que ascendía a más de 1.000 libras".

Además, "...en cuanto llegó a Escocia, los representantes de la agencia le comunicaron que, si quería quedarse, tendría que firmar un nuevo contrato de 11.000 libras anuales, aun cuando tenía la plena responsabilidad de la institución, que contaba con 100 camas, y tenía derecho a un salario mucho más alto".

* Seudónimo

Kingma (2006 pág. 10)

Los problemas causados por comportamientos de contratación "no éticos" han inducido a algunos países a introducir códigos deontológicos en el plano nacional. En el plano internacional, el Consejo Internacional de Enfermeras ha elaborado una declaración de posición sobre la contratación ética de las enfermeras, en la que se hace un llamamiento para la regulación del proceso de contratación sobre la base de principios éticos y de políticas y prácticas sólidas de empleo. Por otra parte, la Secretaría del Commonwealth y la Asamblea Mundial de la Salud han hecho llamamientos para una mayor vigilancia y planteamientos más éticos de la migración de todos los trabajadores de salud (CIE 2005e). No obstante, las repercusiones y el carácter universal de esos llamamientos dependen directamente de la voluntad política de los interesados del sector de salud y de los mecanismos reglamentarios aplicados para su aplicación y vigilancia (CIE 2001).

La cuestión de cómo gestionar – y si debe gestionarse – la migración es de importancia para los encargados de la política nacional y para los organismos internacionales. Requiere un estudio más detenido y una ponderación y evaluación sistemáticas de los diversos modelos de migración gestionada, como los acuerdos bilaterales, los códigos deontológicos, los planes de vuelta de los emigrantes, y los posibles modelos de "formación para la exportación" destinados a favorecer planteamientos más eficaces de la contratación internacional de las enfermeras (CIE 2005e).

En apoyo de este sector prioritario para la intervención, el CIE abordará la política y la planificación de los recursos humanos, su contratación internacional y la migración, y procurará:

LA DEFENSA

Política y planificación de los recursos humanos

- Abogar en favor del desarrollo y la revisión de los planes estratégicos nacionales relacionados con los recursos humanos, en los que se hagan planteamientos integrados de la planificación de esos recursos, basados en las necesidades, orientados a los resultados, informados por la planificación de los servicios, y que tomen en consideración los factores demográficos, sociales, económicos, políticos, tecnológicos, etc. que influyen en las decisiones sobre planificación.
- Defender el establecimiento, en el plano nacional, de un órgano intersectorial de planificación de los recursos humanos en el que participen todos los principales interesados (por ejemplo, los dispensadores, planificadores, encargados de la política general, empleadores, educación, finanzas, sociedad civil, etc.) para valorar, planificar, aplicar, vigilar y evaluar los planes estratégicos nacionales.
- Abogar en favor de inversiones destinadas a conseguir y mantener sistemas de acopio de datos e información acerca de los recursos humanos para informar la política y las prácticas de planificación nacionales. Esto incluye también ampliar la función de los órganos reglamentarios en tanto que fuente de datos sobre la situación de las enfermeras en su país y desarrollar la capacidad local, nacional y regional para reunir, analizar y utilizar los datos sobre los recursos humanos.
- Influir y contribuir en el desarrollo de conjuntos nacionales mínimos de datos sobre los recursos humanos.
- Influir para que haya unas normas para los procesos de acreditación.
- Abogar en favor de que se establezca en la web una base de datos sobre innovaciones de los recursos humanos, en la que se recojan las innovaciones y que permita compartirlas en los planos nacional e internacional.
- Influir para que la actividad de los donantes sea objeto de vigilancia y evaluación.
- Abogar por que los países tengan en cuenta toda la gama de personal de salud necesaria para asegurar la satisfacción de las necesidades de salud de las poblaciones y conseguir las condiciones que eleven al máximo el potencial de las enfermeras profesionales y de las otras categorías de trabajadores. Esto incluye la adopción de nuevos modelos de prestación de los cuidados, la promoción de funciones avanzadas para las enfermeras, y el tratamiento de las cuestiones de la combinación de capacidades y el traspaso de ciertas tareas a otros trabajadores.

Contratación y migración internacional

- Influir a favor de políticas y prácticas éticas de contratación internacional y colaborar con las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) para seguir de cerca y comunicar las tendencias nacionales relacionadas con la inmigración y la emigración y las actividades de las agencias de contratación.
- Defender una mayor cooperación nacional e internacional para aplicar sistemas mejores de vigilancia de las corrientes internacionales de enfermeras y demás trabajadores de atención de salud, y elaborar instrumentos normalizados para el acopio de datos internacionales.
- Influir para que se lleve a cabo más investigación y análisis para informar a los interesados nacionales y a los organismos internacionales de las verdaderas consecuencias y de los costos y beneficios de la migración de las enfermeras.
- Fomentar el establecimiento de un órgano mundial que acredite a quienes contratan en el plano internacional.
- Abogar por que se hagan más estudios y evaluaciones para poner de relieve las buenas prácticas y denunciar las malas prácticas en el trato de las enfermeras migrantes.

ESTUDIOS Y PUBLICACIONES

- Publicar una serie de hojas informativas, útiles en el plano internacional, sobre cuestiones importantes que se planteen en los estudios encargados para este proyecto.
- Elaborar una declaración de política general sobre nuevos directivos de trabajadores.
- Asegurar el estudio de cuestiones tales como la naturaleza y la magnitud de la migración temporal de las enfermeras en comparación con la migración permanente; las tendencias de las corrientes de remesas de las enfermeras; los incentivos para la retención de la mejor práctica en los países en desarrollo; los efectos de los códigos de práctica para la contratación; la manera en que influye la demanda del mercado internacional del trabajo en el número de estudiantes de enfermería de un determinado país exportador; cómo influye el género en la migración de las enfermeras; el costo y las consecuencias de la migración de las enfermeras para los países de origen; y los efectos de los acuerdos bilaterales e internacionales como el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), etc.
- Contribuir a la movilización de fondos para estudios sobre los trabajadores de salud en general y de las enfermeras en particular (por ejemplo, mediante fondos mundiales y grandes fundaciones).

OTRAS ACTUACIONES

- Revisar los principios y el marco del CIE para la reglamentación.
- Cooperar con otros para elaborar un marco aceptado de competencias compartidas.
- Aportar datos disponibles sobre las enfermeras, participar en la normalización de los indicadores y de los instrumentos de acopio de datos, y en el fortalecimiento de la capacidad de acopio y análisis de los datos.
- Poner la experiencia y capacidad de las enfermeras a disposición de los organismos internacionales que influyen en las políticas de recursos humanos en el sector de salud (por ejemplo, tener acceso a una corporación de enfermeras expertas, participar en proyectos de investigación, sustituciones, etc.).
- Cooperar con otros para fortalecer la capacidad estratégica y técnica de las personas, los organismos y los sistemas para planificar y gestionar los recursos humanos en el sector de salud.
 - Elaborar normas y competencias internacionales para la planificación y gestión de los recursos humanos.
 - Publicar hojas informativas sobre métodos de planificación de los recursos humanos.
 - Elaborar "directrices de buena práctica" para la planificación y gestión de los recursos humanos, que puedan adaptarse al contexto nacional y local.
 - Abogar por que la planificación, la gestión y la investigación de los recursos humanos se incorporen a los programas de formación previa al servicio y de formación continua.
 - Preparar una alocución de información sobre la política general para explicar y defender la importancia que tienen la planificación y la gestión eficaces de los recursos humanos.

- Preparar, para los directores de recursos humanos, materiales e instrumentos de formación a partir de las normas y competencias internacionales de planificación y gestión de los recursos humanos.
- Defender un mejor acceso a la asistencia técnica de calidad aplicando relaciones de ayuda y otras estrategias:
 - Examinar los aspectos positivos y negativos del recurso a voluntarios internacionales.
 - Preparar un mecanismo de acreditación para consultores de salud internacionales.
- Establecer un recurso internacional para recopilar, refundir, sintetizar y difundir las intervenciones de buena práctica, los estudios y los instrumentos necesarios para formular y aplicar una política eficaz y adecuada de recursos humanos.

C. Entornos favorables para la práctica profesional y para los resultados de la organización

Se reconoce en general que la calidad, diversa y muchas veces deficiente, de los entornos en que las enfermeras ejercen su profesión es uno de los factores que más contribuyen a la dificultad mundial de atraer nuevas candidatas a la profesión y de retener a los miembros actuales. Lo inadecuado del número del personal y las pesadas cargas de trabajo; las excesivas horas extraordinarias; la planificación inflexible; la exposición a riesgos profesionales a la violencia y al abuso; la falta de autonomía; las deficientes prácticas de gestión de los recursos humanos y de la dirección; la falta de acceso a los suministros, la medicación y la tecnología necesarias; la insuficiencia de los incentivos, y las escasas oportunidades de avance profesional son solamente algunos de los factores que inciden en la calidad del entorno de la práctica profesional de las enfermeras (Recuadro 3).

Recuadro 3: Voces de enfermeras

"Hay estrés, ira, más días de permiso por enfermedad, menos atención a los pacientes y una baja moral de trabajo porque el día no tiene horas suficientes para prestar los cuidados básicos" – Enfermera especialista de quirófano (Iliffe 2005).

"Siento que me estoy ahogando [...] Llego a casa con ganas de llorar de frustración, sin sentir que haya hecho el trabajo de una jornada completa" – Enfermera especialista, departamento de urgencias (Iliffe 2005).

"Cuando trabajas en un pequeño hospital rural, tienes siempre sobre tus hombros tanta responsabilidad, tantas horas extraordinarias y guardias, que no puedes tener un descanso cuando lo necesitas, y llegas a estar cansada y agotada" – Enfermera especialista, zona rural (Iliffe 2005).

"Estaba llegando a un nivel en que tenía miedo de encontrarme allí. De noche casi nunca llegábamos a lo que se consideraba el mínimo de personal. A veces te sentías como si no pudieras vigilar a todos tus pacientes [...] Yo tenía cuatro años de experiencia en trabajo a tiempo parcial. Aún sentía que estaba aprendiendo muchas cosas [...] no me sentía capaz de encargarme de toda la planta" – Antigua enfermera de oncología (Kokmen 2003 pág. 4).

Los aspectos que contribuyen a los entornos de práctica deficiente han sido objeto de amplios estudios y debates en los últimos decenios. En numerosos estudios e informes originarios de diversos países se han identificado los problemas y se han hecho recomendaciones para mejorar la calidad de los entornos de la práctica profesional de las enfermeras. Sin embargo, muy pocas de las estrategias recomendadas se han aplicado, en gran medida por falta de voluntad política para abordar los problemas y hacer los cambios necesarios

La calidad de los entornos de la práctica profesional de las enfermeras se ha vinculado con aspectos de satisfacción en el trabajo, motivación, productividad, rendimientos y resultados en los pacientes.

La calidad de los entornos de la práctica profesional de las enfermeras se ha vinculado con aspectos de satisfacción en el trabajo, motivación, productividad, rendimientos y resultados en los pacientes. Las pruebas demuestran

que la sobrecarga de trabajo tiene efectos perjudiciales para la calidad de la atención dispensada a los pacientes y para las propias enfermeras. En un estudio reciente hecho con unas 10.000 enfermeras de 168 hospitales de los Estados Unidos se constató que, en los hospitales en que el coeficiente de pacientes por enfermera era elevado, los pacientes quirúrgicos experimentaban una mayor mortalidad dentro de los 30 días en función del riesgo, mayores índices de fallo del tratamiento, y que era más probable que las enfermeras experimentaran agotamiento e insatisfacción laboral.³ En otro estudio se constató que unos coeficientes más elevados de pacientes por enfermera guardaban relación con una disminución del 3–12% de los índices de resultados posiblemente sensibles a la enfermería, entre ellos las infecciones del tracto urinario y la neumonía nosocomial.⁴

Varios países, entre ellos los EE.UU. y Australia, están volviendo a aplicar coeficientes mínimos obligatorios de pacientes por enfermera y como medio, entre otros, de mejorar las condiciones de trabajo y facilitar la vuelta de las enfermeras al ejercicio profesional y para promover la seguridad de la dotación de personal y de la atención a los pacientes. Poco después de la aplicación de los coeficientes obligatorios en Victoria, Australia "cinco mil enfermeras en paro solicitaron volver al trabajo y llenar los puestos vacantes en los servicios de salud" (Kingma 2006 pág. 225). Por otra parte, en estudios encargados por la Federación de Enfermería de Australia (ANF) se constató que "más de la mitad de las enfermeras de Victoria dimitirían, se retirarían antes de la edad de jubilación o reducirían sus horarios si llegaban a suprimirse los coeficientes mínimos obligatorios de pacientes por enfermera" (ANF 2004 pág. 1).

Los estudios demuestran que las enfermeras se sienten atraídas y permanecen en su lugar de empleo cuando se ofrecen oportunidades de avanzar profesionalmente, de adquirir autonomía y participar en la adopción de decisiones, al tiempo que reciben una compensación justa⁵. Los factores del lugar de trabajo pueden ser cruciales para fomentar la retención y para reducir la rotación de las enfermeras.⁶ Según un estudio general reciente de la escasez mundial de enfermeras especialistas hecho por Buchan y Calman, hay pruebas de que los estilos de dirección participativa, las posibilidades de empleo flexible, el acceso a la formación continua y al desarrollo profesional pueden mejorar la retención del personal de enfermería y la atención dispensada a los pacientes.⁷ Buchan y Calman afirman que muchos de estos problemas se abordan en el tipo de “los hospitales modelo” que han surgido en los últimos 20 años (Recuadro 4). En ese tipo de hospitales se ponen de relieve las ventajas de un planteamiento sistemático de la participación del personal en el mejoramiento de la contratación y retención de las enfermeras y en el mejoramiento de los resultados conseguidos en los pacientes.

Recuadro 4: Las ventajas de ser un “buen” empleador – Las instituciones modelo

El concepto de los hospitales modelo se elaboró por primera vez en el decenio de 1980 en los EE.UU. En una época de escasez de personal, la atención de la política general se dirigió a identificar las características de los empleadores de personal de atención de salud “eficaces” en los mercados de trabajo. Inicialmente el centro de interés de esos estudios era identificar las prácticas relacionadas con los recursos humanos y las correspondientes características de las organizaciones que permiten a esos hospitales atraer y retener a su personal aun cuando las condiciones del mercado de trabajo son difíciles. Algunas de las principales características de esos hospitales eran:

- un estilo de dirección participativa y colaboradora,
- enfermeras ejecutivas bien preparadas y cualificadas,
- horarios de trabajo flexibles,
- posibilidades de carrera profesional clínica,
- insistencia en la formación continua y durante el servicio.

La idea de las instituciones modelo se ha mantenido y desarrollado a lo largo de decenios mediante una serie de estudios de investigación, y por la aplicación de un programa de acreditación de los servicios de enfermería modélicos. Este planteamiento y otros semejantes están siendo estudiados en varios países. El principal mensaje que se desprende de los diversos estudios de investigación es que “el carácter modélico” no parece estar relacionado con unos “mejores” indicadores del personal, tales como menor rotación y ausentismo y mejor calidad de los cuidados. Esto se ha atribuido a la aplicación sostenida de un “conjunto” de intervenciones de gestión de los recursos humanos, adaptado a las prioridades de la organización, y que favorece el trabajo autónomo de las enfermeras, permite la participación en la adopción de decisiones, facilita el desarrollo profesional y permite aplicar con eficacia capacidades de alto nivel.

CIE (2004 pág. 35)

Según afirman Rafferty et al., la investigación corrobora que los servicios de salud mejoran cuando los profesionales de atención de salud colaboran en equipos.⁸ En cuanto al “buen empleador”, el trabajo eficaz en equipo fomenta la motivación del personal,⁹ la satisfacción en el trabajo y la salud mental,¹⁰ mejora la retención y reduce la rotación.¹¹

Numerosos informes sugieren que las inversiones en la aplicación y mantenimiento de políticas y prácticas eficaces de gestión de los recursos humanos pueden contribuir de manera muy positiva a los resultados de la organización.¹² La gestión eficaz de los recursos humanos puede estar relacionada con el personal y con los resultados de los cuidados en los pacientes (CIE 2005h). Además, la gestión del personal puede influir en medida importante en la salud y el bienestar de los empleados, y en los resultados de las personas, los grupos, y las organizaciones.¹³ A pesar de la importancia que tiene una buena gestión de los recursos humanos, su aplicación no es fácil en la práctica diaria de muchas organizaciones (CIE 2005h).

A favor de este sector prioritario de intervención el CIE hará lo siguiente:

DEFENSA

- Iniciar una campaña mundial sobre los entornos positivos para la práctica profesional.

ESTUDIOS Y PUBLICACIONES

- Hacer estudios de los costos/repercusiones de la rotación y de las ventajas de la estabilidad, especialmente en África.
- Elaborar normas para los entornos positivos de la práctica profesional.
- Preparar monografías sobre cuestiones prioritarias, tales como los coeficientes de pacientes por enfermera, los sistemas de dotación de personal, las condiciones laborales y la violencia en el lugar de trabajo.
- Demostrar que la utilización plena de las enfermeras produce beneficios sobre las inversiones y tiene ventajas.
- Elaborar directrices para la delegación y supervisión, la vigilancia y la instrucción.

OTRAS ACTUACIONES

- Considerar la posibilidad de desarrollar, en colaboración con las asociaciones miembro del CIE, un premio al Buen empleador que se concederá inicialmente en el plano nacional y se promoverá después al ámbito internacional.
- Aplicar, en colaboración con otros, iniciativas para ampliar las competencias de los directores de línea.
- Cooperar con los encargados de la reglamentación para tratar de la plena utilización de las enfermeras y de nuevas funciones para ellas.
- Tratar de conseguir una mayor implicación de la comunidad (en los recursos humanos formales e informales; en el desarrollo comunitario; en los cuidados integrados que se dispensan a la comunidad y en una mejor comunicación con las comunidades).
- Examinar la colaboración interdisciplinaria, incluida la formación interprofesional.
- Estudiar la manera en que las políticas, la acreditación y otras estructuras pueden mejorar los entornos de trabajo.

D. Contratación y retención; abordar la mala distribución en los países, y la emigración

Las dificultades para atraer a la profesión nuevas enfermeras y retenerlas en el sistema son problemas comunes que se plantean en los países desarrollados y en los países en desarrollo. La imposibilidad de contratar y retener a enfermeras cualificadas influye perjudicialmente en la prestación y en la calidad de los servicios de salud y en los costos (CIE 2005g). En este contexto, los encargados de la política general y los planificadores, en los planos nacional y de las organizaciones han de considerar las estrategias de contratación y retención como elementos de crucial importancia para mantener los niveles de personal, reducir la rotación y frenar los costos para conseguir unos cuidados de enfermería seguros y eficaces.

Tradicionalmente la enfermería ha contratado en el grupo limitado de los que terminan sus estudios en las escuelas (CIE 2004). Sin embargo, se reconoce en general que, para conseguir un contingente adecuado de enfermeras, la profesión ha de ampliar su red de contratación para incluir en ella un conjunto más amplio de candidatos, e inclusive "principiantes maduros de minorías étnicas, y candidatos con cualificaciones profesionales o experiencia laboral" (CIE 2004 pág. 37). Asimismo es evidente que, para atraer nuevos candidatos a la profesión, la enfermería ha de trazar estrategias que mejoren la imagen de la enfermería como carrera profesional (CIE 2004).

En el plano de las organizaciones, los empleadores han de revisar sus procedimientos de publicidad de la contratación para cerciorarse de que se dirigen de manera eficaz a las fuentes potenciales de candidatos. Además, las organizaciones han de asegurarse de que se aplican procedimientos eficaces de inducción y de orientación que permitan a los contratados ser eficaces en el desempeño de su función.

... los encargados de la política general y los planificadores, en los planos nacional y de las organizaciones han de considerar las estrategias de contratación y retención como elementos de crucial importancia para mantener los niveles de personal, reducir la rotación y frenar los costos

"Las que vuelven" – las enfermeras que no están actualmente en el mercado de trabajo de la enfermería – son una posible fuente de contratación (CIE 2004). Con frecuencia las enfermeras dejan la profesión prematuramente por unas políticas

inadecuadas o inflexibles que no les permiten elegir entre empleo a tiempo parcial y empleo a tiempo completo, o les impiden hacer interrupciones gestionadas de su carrera profesional o volver al empleo en la enfermería (CIE 2004). Las enfermeras de más edad y experiencia son quizá unos recursos humanos más estables; de ahí que deba considerarse la posibilidad de aplicar políticas destinadas a atraerles de nuevo al ejercicio de la profesión, como las posibilidades de reciclarse y los horarios flexibles (CIE 2005g). Una estrategia eficaz puede consistir en rediseñar los puestos de trabajo para unos recursos humanos de más edad.

Aun cuando se conocen bien los motivos por los que las enfermeras dejan la profesión y las políticas y estrategias que se precisan para atraerlas de nuevo, son pocas las pruebas de la voluntad política de aplicarlas.

La mala distribución en los países y la migración exterior

Los desequilibrios geográficos de la distribución de los recursos humanos de enfermería son más acentuados en las zonas rurales, remotas y con déficit de servicios. Por ejemplo, la distribución de las enfermeras especialistas en el Servicio de Salud de Ghana favorece a la región de Accra, donde viven el 18,5% de la población y el 30,9% de las enfermeras profesionales del país. En las tres regiones del norte (más rurales, en conjunto, y generalmente pobres) vive el 18,3% de la población, pero tienen apenas el 15,6% de las enfermeras del país (véase CIE pág. 10). Frecuentemente las enfermeras prefieren emigrar a zonas urbanas donde tienen mejores oportunidades profesionales y unas mejores condiciones sociales y económicas. Contratar y retener a las enfermeras en las zonas rurales, alejadas y con escasos servicios es un problema que se plantea a los países desarrollados y a los países en desarrollo.

El trabajo en zonas rurales y alejadas presenta varias dificultades, como el aislamiento social, la falta de acceso a servicios básicos, dificultades de transporte y falta de vivienda. Estos problemas se agudizan en los lugares pobres en recursos, donde infraestructuras básicas como las carreteras, los transportes, escuelas y vivienda están generalmente subdesarrolladas (CIE 2005g). Los aspectos más frecuentemente citados como principales factores que contribuyen a las dificultades de contratación y retención de las enfermeras en los contextos rurales y alejados son: los salarios inadecuados y las condiciones de trabajo deficientes, incluida la falta de equipos y suministros; el escaso acceso a

posibilidades de formación durante el servicio y formación continua; las estructuras de apoyo y de supervisión inadecuadas, y las escasas oportunidades de contar con la ayuda de mentores. Por otra parte, los obstáculos contrarios al ejercicio de la autonomía profesional y la falta de participación en la adopción de decisiones son frustraciones que frecuentemente expresan las enfermeras. Las enfermeras, a las que muchas veces se considera responsables de los cuidados dispensados a los pacientes, se sienten desmoralizadas y frustradas cuando no se les concede autoridad para adoptar decisiones fundamentales de prestación de los cuidados. Las inversiones en estrategias destinadas a mejorar los medios y la infraestructura básicos, las condiciones de trabajo y una justa compensación financiera podrán mejorar en gran medida la motivación, la retención y la contratación de enfermeras en las zonas con déficit de servicios

Las inversiones en estrategias destinadas a mejorar los medios y la infraestructura básicos, las condiciones de trabajo y una justa compensación financiera podrán mejorar en gran medida la motivación, la retención y la contratación de enfermeras en las zonas con déficit de servicios.

Entre las estrategias para mejorar la contratación y la retención pueden citarse las siguientes “el servicio rural obligatorio, el reembolso de los gastos de estudios por trabajar en zonas con déficit de servicios, el traslado a zonas rurales de las instituciones de formación de las enfermeras, los incentivos salariales para trabajar en dichas zonas, la ubicación clínica en esas zonas, la preparación de planes de rotación en virtud de los cuales se envíe al personal a dichas zonas” (CIE 2004 pág. 38). Ghana ha tratado de mejorar los ingresos mediante Primas por destino en zonas atrasadas, con el fin de mejorar los salarios netos por encima de las normas que rigen para los funcionarios. Sin embargo, se ha comunicado que el carácter no discriminatorio de esas primas puede contribuir a una disminución de la motivación del personal (CIE 2005i). Muchas de las estrategias antes mencionadas siguen estando poco estudiadas en la enfermería, aunque se han centrado más en los médicos (CIE 2004). Se precisan más estudios y evaluación de las consecuencias que esas estrategias tienen para la enfermería.

Una de las corrientes migratorias más controvertidas es la emigración de enfermeras capacitadas de los países en desarrollo hacia los países desarrollados. Se dice que en la decisión de emigrar que adoptan las enfermeras influyen diversos factores que impulsan y otros que frenan esa marcha. Como se ha señalado antes en el informe, en un estudio reciente de la migración internacional de las enfermeras se ponían de relieve ciertos factores que inducen a las enfermeras a emigrar (CIE 2005e). Las enfermeras emigran a otros países por factores que les inducen a ello, como “mejores salarios, desarrollo profesional y mejores oportunidades profesionales, o la posibilidad de una experiencia de vida y trabajo en una cultura diferente” (CIE 2005e pág. 28).

Reconociendo que las enfermeras seguirán ejerciendo su derecho a elegir el país en que viven y trabajan, los países de origen han de centrar sus respuestas de política general en el trato de los factores que inducen a las enfermeras a emigrar. Entre ellos habrá que abordar los problemas relacionados con las malas perspectivas salariales y profesionales, las deficientes condiciones de trabajo y las pesadas cargas de trabajo, dar respuesta a las cuestiones de seguridad y mejorar las posibilidades de formación, etc. (CIE 2005e). El proyecto de migración gestionada iniciado por la Organización de Enfermeras del Caribe y la Oficina Caribeña de la Organización Panamericana de la Salud es un ejemplo de un amplio intento de adoptar una posición más dinámica sobre la migración y reconocer, al mismo tiempo, que no es realista impedir a las enfermeras que emigren cuando hay graves factores que les impulsan a ello (véase CIE 2005e).

Incentivos salariales e incentivos no monetarios

Hay claras pruebas de que los incentivos son uno de los principales factores que influyen en los resultados de los trabajadores de salud (CIE 2005g). Los incentivos financieros son los medios que más generalmente se emplean para mejorar la contratación, la retención, la motivación y los resultados (CIE 2005g). Los incentivos financieros conllevan pagos directos o indirectos como “sueldos o salarios, bonificaciones, pensiones, seguros, primas, becas, préstamos y reembolso de gastos de estudios” (CIE 2005g pág. 19). Se ha puesto en duda la ventaja de los incentivos financieros. Por ejemplo, Kingma dice que las enfermeras tienden a responder de manera negativa o con indiferencia a los incentivos económicos cuando se alcanza un nivel de vida adecuado. Según las enfermeras que respondieron en el estudio hecho por Kingma, “Nunca se reconoció que los incentivos financieros sean positivos y, en el mejor de los casos, se recibieron con reacciones ambiguas. Sin embargo, la indiferencia predominaba claramente en las percepciones registradas en cuanto a las recompensas monetarias” (citado en CIE 2005g pág. 21). A la inversa, las recompensas financieras directas e indirectas, tales como las oportunidades de desarrollo profesional y de formación continua, se percibían como positivas y motivadoras (CIE 2005g).

Para mejorar la retención y la motivación de las enfermeras es imprescindible examinar los incentivos no monetarios tales como la autonomía laboral, el avance en la carrera profesional, y los horarios o turnos de trabajo flexibles. En un estudio sobre la enfermería en los hospitales, se afirmaba que la autonomía laboral es un factor importante para explicar la satisfacción en el trabajo.¹⁴ Asimismo se ha demostrado que los hospitales tienen índices de rotación más bajos cuando cuentan con estructuras de dirección favorables y las enfermeras participan en los procesos de adopción de decisiones.¹⁵

Asimismo hay pruebas que indican que con el acceso a posibilidades de desarrollo profesional aumenta la retención de las enfermeras.¹⁶ Además, se ha demostrado que las posibilidades de promoción interna hacen que sea menor la rotación de las enfermeras en los grandes hospitales.¹⁷

Según la Organización Internacional del Trabajo, los límites impuestos a los horarios laborales y la disposición de periodos de descanso inciden directamente en la calidad de los servicios de salud y, por ello, son de gran importancia para las enfermeras. En tiempos de escasez, muchas instituciones se han basado en las horas extraordinarias para llenar el vacío. El rediseño de los turnos para dar al personal una mayor flexibilidad, posibilidad de elección y pausas adecuadas son medios importantes de mejorar la satisfacción con los horarios laborales y de impulsar la contratación y la retención de las enfermeras (CIE 2005g).

Según Buchan et al., el problema que se plantea a los sistemas de atención de salud es el de identificar y aplicar el conjunto de incentivos más adecuado para satisfacer sus necesidades concretas. Es poco probable que un único conjunto de incentivos sea adecuado para todas las organizaciones o contextos. Por ejemplo, el efecto de las recompensas financieras dependerá de que se disponga permanentemente de dinero suficiente para satisfacer las necesidades más fundamentales del coste de la vida (CIE 2005g). En los países con escasos recursos, es probable que los incentivos financieros adquieran más importancia que en los países más desarrollados en los que el salario se da, más o menos, por supuesto.¹⁸

Formación de enfermería

Para asegurar la formación y retención de unos recursos humanos de enfermería competentes es esencial la necesidad de formar a las enfermeras mediante un plan de estudios basado en el conocimiento, las prácticas y las competencias que se precisan para ejercer esa función (CIE 2005d). En los últimos años, la formación de enfermería en numerosos países es objeto de un minucioso examen por los empleadores que consideran que la preparación de los titulados no está a la altura de las necesidades de prestación de los servicios de salud. Para abordar las diferencias entre la formación y el servicio, esos países han de trabajar para reformar y reorientar la formación de enfermería con el fin de conseguir que el plan de estudios sea adecuado a las necesidades de los servicios de salud y suficientemente flexible para dar satisfacción a futuras demandas del servicio (CIE 2005i; CIE 2005f). Para que el plan de estudios refleje esas necesidades, todos los interesados deben participar en el proceso de preparación. Se incluyen entre ellos los encargados de la reglamentación, los empleadores, los formadores y el personal clínico.

En varios países se da una tendencia a formar a las enfermeras para que ejerzan en otros países, con lo que el plan de estudios refleja más las necesidades del mercado exterior que los requisitos del país. Formar enfermeras para su envío a otros países es una práctica cada vez más frecuente y merece que la profesión de enfermería le preste más atención.

Un cuestión de gran importancia que actualmente se plantea a varios países es la escasez de profesores de enfermería por el envejecimiento y las jubilaciones y por lo limitado del número de profesores más jóvenes. La disminución del número de profesores de enfermería contribuye a intensificar la escasez de enfermeras al reducir la capacidad de los formadores para ampliar el número de solicitantes aceptados con el fin de satisfacer la demanda del futuro. Según un informe de la Asociación de colegios de enfermería de los Estados Unidos (AACN) sobre la Participación en los programas de universitarios medio y superior de enfermería en 2003 - 2004, "las escuelas de enfermería de los EE.UU. rechazaron a 15.944 candidatos cualificados para los programas de entrada en los

estudios de primer nivel de enfermería, por la insuficiencia del número de profesores, lugares clínicos, espacio en las clases, preceptores clínicos, y por las limitaciones presupuestarias" (pág. 2). Al mismo tiempo, más de 110.000 estudiantes cualificados fueron rechazados de los programas de diploma y otros programas de titulación relacionados. La escasez de docentes también tiene consecuencias en los países en desarrollo. Por ejemplo, según estimaciones del Consejo de Enfermeras de Ghana, en los últimos años se han perdido entre un 20% y un 30% de los tutores, lo que limitará gravemente la capacidad del país para formar a futuras generaciones de enfermeras.¹⁹ En algunos países, por los incentivos financieros introducidos en la práctica clínica, haciendo caso omiso de los niveles de remuneración de las personas dedicadas a la formación de enfermería, muchos docentes volvieron a la prestación de los cuidados, lo que agravó la escasez de profesores y la escasez de enfermeras para el futuro. Asimismo, varios países comunican elevados índices de pérdida de estudiantes de enfermería.

En diversos países se da una tendencia al establecimiento de instituciones de formación privadas. La vigilancia de los gobiernos, los órganos de reglamentación y la profesión de enfermería en esos países es necesaria para conseguir unos programas de calidad. Ha de aplicarse y exigirse la regulación de las instituciones de formación privadas.

En apoyo de este sector prioritario de intervención, el CIE tratará de:

DEFENSA

- Elaborar una declaración de posición sobre la importancia que el desarrollo profesional continuo tiene para la contratación y la retención de las enfermeras.
- Preparar una campaña de imagen relacionada con el buen empleador.

ESTUDIOS Y PUBLICACIONES

- Explorar modos de comprender y tratar mejor el desfase existente entre el servicio y la formación, por ejemplo examinando el recurso a nombramientos conjuntos.
- Elaborar monografías sobre problemas comunes, por ejemplo, los incentivos y pensiones en las zonas rurales y alejadas.
- Preparar boletines de noticias para alentar a las que vuelven y dar empleo a enfermeras de más edad.
- Realizar/promover estudios sobre lo que motiva a las enfermeras para permanecer o volver.
- Elaborar un documento de ideas sobre la migración gestionada (por ejemplo, los modelos de que se dispone actualmente y las deficiencias que tienen).

OTRAS ACTUACIONES

- Abordar cuestiones relativas a la pérdida de estudiantes y formadores y al menor acceso a puestos y tutorías clínicos.
- Examinar las normas internacionales aplicables a los programas de formación.

E. Liderazgo de enfermería

Para abordar los problemas que se plantean a la profesión de enfermería, entre ellos las consecuencias del cambio constante de los sistemas de salud y de los entornos laborales de las enfermeras, se precisan capacidades de dirección y gestión eficaces en todos los planos – organizativo, local, regional y nacional. El desarrollo del liderazgo es un aspecto crítico del cambio positivo y sostenible, hoy y para el futuro. Las enfermeras que ocupan o van a ocupar puestos clave de dirección y gestión han de estar preparadas para gestionar el cambio rápido en un mundo globalizado e impulsado por la tecnología y, al mismo tiempo, con recursos financieros y humanos limitados.

Las enfermeras dirigentes y los directores de hoy y de mañana han de demostrar competencia en aspectos tales como el pensamiento y la planificación estratégicos, el desarrollo y la gestión del personal, los sistemas de evaluación de los resultados, la cultura y el desarrollo de la organización, la comunicación, la negociación, las relaciones interpersonales, la solución de problemas, la resolución de conflictos, el servicio a los clientes, la gestión de equipos y recursos, el mejoramiento de la calidad, la seguridad y la planificación en casos de catástrofes naturales, la gestión financiera, el establecimiento de redes de contactos, la política y la elaboración de la política general, el trabajo en equipo, y la recaudación de fondos.

Las enfermeras dirigentes que ocupan puestos ejecutivos y de política general deben demostrar excelencia en las competencias antes mencionadas y, además, han de comprender los mecanismos del gobierno interno y de las finanzas, la reglamentación, cómo entablar contactos y la manera de establecer alianzas y coaliciones para impulsar y articular políticamente el valor de la enfermería con los principales agentes de los organismos nacionales, regionales e internacionales. Estas enfermeras dirigentes han de estar preparadas para desenvolverse en los sistemas políticos y de elaboración de las políticas de sus países. Para influir en los cambios necesarios para mejorar los sistemas de salud y la profesión de enfermería, tienen que comprender la manera en que los sistemas funcionan en el mundo internacional de la elaboración de la política general y de las políticas particulares.

El CIE reconoce la importancia que tienen los vehículos nuevos e innovadores para abordar esas necesidades y actualmente trata de establecer el Instituto mundial de la Dirección de enfermería para las enfermeras de niveles superiores o que ocupan puestos directivos. La iniciativa se adaptará para ampliar los conocimientos y capacidades actuales sobre el liderazgo en torno a cuestiones y temas específicos y pertinentes en los planos nacional e internacional de la salud.

El Consejo Internacional de Enfermeras ha sido durante muchos años pionero en el desarrollo del liderazgo y la gestión para las enfermeras. Nuestras asociaciones miembros siguen mejorando el modo en que las enfermeras se preparan y ejercen funciones de liderazgo y gestión en sus países. En la actualidad, a través de nuestros programas de Liderazgo para el cambio™ y el Liderazgo en la negociación, el CIE mejora la situación al desarrollar y fortalecer la capacidad de liderazgo y gestión de las enfermeras en todo el mundo (Recuadro 5).

Recuadro 5: Programas del CIE para el desarrollo del liderazgo

Liderazgo para el cambio™

El programa Liderazgo para el cambio™ (LPC) es un programa de aprendizaje mediante la acción que prepara a las enfermeras en el plano de los países o de las organizaciones para ser dirigentes y gestoras eficaces en un entorno de salud constantemente cambiante.

El programa LPC se centra en conseguir la eficacia en:

- la planificación de la salud y la elaboración de la política general,
- la dirección y gestión de los servicios de enfermería y salud,
- desarrollar servicios de enfermería económicamente eficientes,
- preparar futuros gestores y dirigentes de enfermería y ajenos a la enfermería,
- sostener el desarrollo,
- contribuir en el ámbito de equipos más amplios de salud y gestión,
- influir en los cambios de los planes de estudios,
- establecer redes de contactos en los planos nacional, regional e internacional.

El programa se ha aplicado en diversas regiones del mundo, entre ellas América Latina, el Caribe, África Oriental, Central y Meridional, Pacífico Sur, Asia y Oriente Medio. Además del programa impartido por el CIE, más de 20 países han certificado ya a formadores nacionales que constituyen una masa crítica de enfermeras y otros profesionales de atención de salud. También se halla en curso un estudio temporal de los titulados del programa LPC.

El Liderazgo en la negociación

El proyecto Liderazgo en la negociación dota a las enfermeras de las capacidades necesarias para conseguir unos salarios y ventajas equitativos y unas condiciones laborales buenas.

Los objetivos del programa son los siguientes:

- Prestar apoyo a las asociaciones nacionales de enfermeras en sus iniciativas encaminadas a ejercer el liderazgo en la prestación de los cuidados de salud y para la profesión de enfermería.
- Dotar a las enfermeras dirigentes de los conocimientos y el desarrollo de capacidades que necesitan para la negociación y el desarrollo de los recursos humanos.
- Proporcionar unos conocimientos básicos de salud y seguridad en el trabajo, economía y ciencias de la gestión.

El proyecto se ha aplicado en diversas regiones del mundo. Se inició en África y después se ha adaptado a las necesidades de las enfermeras del Caribe, Europa Oriental, América Latina, Asia Sudoriental, la Cuenca del Pacífico y el Pacífico Sur. En la actualidad, las asociaciones nacionales de enfermeras de las islas Cook, Fiji, Samoa y Sudáfrica están formando a enfermeras dirigentes en las cuestiones de la negociación, representación de los trabajadores, comunicación y comercialización, al tiempo que sensibiliza a sus miembros de las consecuencias que los problemas del entorno laboral y del lugar de trabajo tienen para la prestación de los cuidados. Otra dimensión del programa es el fortalecimiento de las asociaciones nacionales de enfermeras – reconocer que las enfermeras necesitan una voz fuerte y unida para llevar a cabo una reforma positiva y unos avances sostenibles. En los últimos años, las asociaciones miembro del CIE han hecho adaptaciones de este proyecto para formar a enfermeras dirigentes de Europa Oriental, Malawi, Nepal y Zambia.

A favor de este sector prioritario de intervención, el CIE se propone:

DEFENSA

- Promover ideas de gestión tales como las de delegación y supervisión de los programas básicos de enfermería.

ESTUDIOS Y PUBLICACIONES

- Elaborar instrumentos de política general y defensa.

OTRAS ACTUACIONES

- Ampliar en todo el mundo los programas del CIE titulados Liderazgo para el cambio™ y Liderazgo en la negociación.
- Planificar un instituto mundial del Liderazgo de la enfermería para enfermeras de niveles superiores o que ocupan puestos ejecutivos.

Sección segunda: Intervenciones que apoya el Consejo Internacional de Enfermeras

Se ofrecen a continuación algunas recomendaciones y actuaciones en relación con el desarrollo de los recursos humanos, presentadas por otras organizaciones y grupos, que el CIE hace suyas, pero que quedan fuera de nuestro ámbito de trabajo y requieren la atención de otros organismos u organizaciones.

El CIE apoya las siguientes:

Iniciativa conjunta de aprendizaje sobre recursos humanos para la salud y el desarrollo

- Los encargados de las políticas de salud y financiera en el mundo deben cooperar para conseguir un entorno fiscal favorable para el desarrollo de los recursos humanos de salud. Los donantes deben armonizar sus inversiones. De las inversiones nacionales deben destinarse fondos para el fortalecimiento de la cooperación técnica y política en materia de recursos humanos en los planos regional y mundial (JLI 2004 pág. 8).
- Reunir la capacidad y experiencia nacional, regional y mundial sobre recursos humanos para la salud, mediante redes "virtuales" y "operativas" por las que se puedan difundir las mejores prácticas y prestar un apoyo técnico eficaz a actuaciones basadas en los países y dirigidas por ellos (JLI 2004 pág. 9).
- Crear un entorno favorable de la política general y la financiación para conseguir políticas macroeconómicas positivas y la unión de los fondos para el VIH/SIDA y otros problemas prioritarios coherentes según los planes nacionales para los recursos humanos. Los programas de lucha contra las enfermedades han de tratar de conseguir sus objetivos prioritarios al tiempo que fortalecen, y no fragmentan, unos recursos humanos sostenibles en todo el sistema de salud (JLI 2004 pág. 9).
- Los financiadores nacionales e internacionales deben incrementar en medida importante sus inversiones en información y conocimiento de los recursos humanos. Además de fortalecer las actuaciones en los países, estas inversiones contribuirán al bien público mundial (JLI 2004 pág. 9).

Médicos por los derechos humanos (PHR)

- Los países de África y de otras partes deben elaborar políticas por las que se consiga que las instituciones de salud tengan niveles adecuados de los suministros esenciales para la prevención de las infecciones y la lucha contra ellas (PHR 2004 pág. 4).
- Los donantes deben aportar fondos y asistencia técnica para ayudar a los países africanos: a mejorar los sistemas de distribución de medicamentos, a adquirir y mantener los equipos de comunicaciones necesarios para fortalecer los sistemas de remisión, e invertir en sistemas, programas y formación informáticos para mejorar la gestión de la información sobre la salud (PHR 2004 pág. 4).
- Los gobiernos donantes deben ayudar a las bibliotecas africanas de ciencias de la salud a obtener materiales actuales y mantener sus colecciones actualizadas (PHR 2004 pág. 5).
- Deben facilitarse gratuitamente, a los profesionales de salud de África y de otras partes del mundo en desarrollo, las publicaciones médicas y otras relacionadas con la salud (PHR 2004 pág. 5).
- Los países africanos y otros en los que haya emigración de profesionales de salud deben mantener una base de datos de los puestos de trabajo que podrían ocupar los profesionales de salud emigrados (PHR 2004 pág. 8).
- La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial deben colaborar para mostrar a los ministros de hacienda las ventajas económicas de invertir en salud. También los ministros de sanidad deben recibir esta información (PHR 2004 pág. 9).
- El Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los ministerios de hacienda deben dar a conocer cuál es el carácter exacto de las limitaciones económicas actuales que puedan restringir en medida sustancial el aumento del gasto nacional en salud y otros sectores sociales, y deben crear mecanismos para mantener la transparencia de las políticas macroeconómicas y del modo en que inciden en los sectores de salud y de educación (PHR 2004 pág. 9).

Sección tercera: Conclusión

En este informe se han puesto de relieve los cinco sectores prioritarios de intervención del CIE y de la enfermería, y las actuaciones que aplicaremos junto con los actuales colaboradores y con la participación de otros nuevos, para abordar la escasez mundial de enfermeras. Aun cuando la aplicación ya ha comenzado en varios sectores prioritarios, queda aún mucho más trabajo por hacer.

Es evidente que, por su alcance, la escasez de enfermeras precisa soluciones generales en los planos nacional e internacional. Para superar esta crisis se necesitan también fuertes vinculaciones y los esfuerzos colectivos de muchos grupos, entre ellos los de los donantes, las Naciones Unidas y los organismos intergubernamentales, los de los encargados de la política general y de la planificación, las enfermeras y las asociaciones de enfermería, los órganos de enfermería regionales, otros profesionales de salud, los formadores, los empleadores, la sociedad civil, las fundaciones, las organizaciones del trabajo, las instituciones financieras internacionales, etc.

Para conseguir estrategias de solución de esta crisis son de importancia capital una dirección decidida, la propiedad y un importante compromiso político, además de las inversiones de cada nación, y el apoyo rápido y profundo de la comunidad internacional.

Habida cuenta de los problemas de salud y sociales que se plantean a las naciones desarrolladas y en desarrollo, no hay lugar para la complacencia en las acciones que hemos emprendido para resolver la situación de los recursos humanos mundiales de enfermería. Los servicios de enfermería son un recurso vital para la consecución de las MDM relacionadas con la salud, para conseguir mejoramientos generales de los resultados de los sistemas de salud y, en definitiva, de la vida y la salud de las personas en todo el mundo.

Notas de las páginas 5 a 26

1. Kurowski et al. in ICN 2004 p.21
2. Buchan et al. 2000, in ICN 2005d p.30
3. Aiken et al. 2001, in ICN 2005g p.12
4. Needleman et al. 2001, in ICN 2005g p.12
5. Irvine and Evans 1995, Shields and Ward 2001, cited in ICN 2004 p.34
6. Baumann et al 2001, Duffield and O'Brien-Pallas 2002, Aiken et al. 2002, Aiken et al. 2001, Atencio et al. 2003, Stone et al. 2003 and Tutta 2002, cited in ICN 2004 p.34
7. Aiken et al 1994, Clarke et al. 2001 and Heinz 2004, cited in ICN 2004 p.36-37
8. Zwarensten et al. 1997, Aiken et al. 1998, Schmitt 2001, Rafferty et al. 2001, cited in ICN 2005h p.5
9. Wood et al. 1994, cited in ICN 2005h p.5
10. Borrill et al. 2000, Peiro et al. 1992, cited in ICN 2005h p.5
11. Borrill et al. 2001, cited in ICN 2005h p.5
12. Chartered Institute of Personnel Development 2001, Caulkin 2001, Richardson and Thompson 1999, West et al. 1997, cited in ICN 2005h p.4
13. Mitchie and West 2004, cited in ICN 2005h p.7
14. Gleason-Scott et al. 1999, cited in ICN 2005g p.21
15. Mason 2000; Aiken et al. 2000, cited in ICN 2005g p.21
16. Rambur et al. 2001, Kingma 2003, cited in ICN 2005g p.22
17. Kirshenbaum and Mano-Negrin 1999, cited in ICN 2005g p.22
18. 2001, Kingma 2003, cited in ICN 2005g p.22
19. Buchan and Dovlo 2004, cited in ICN 2005e p.11

Referencias

- American Association of Colleges of Nursing [AACN] (2003). *Nursing Faculty Shortage Fact Sheet*. www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/Ufacultyshortage.htm
- Australian Nursing Federation (2004). *5200 more reasons to commit to nurse patient ratios*. www.anfvc.asn.au/media_releases/5200%20more%20reasons%20to%20commit%20to%20nurse%20patient%20ratios.pdf
- Campbell C, Nair Y, Maimane, S & Sibiyi Z (2005). Home-based carers: a vital resource for effective ARV roll-out in rural communities? *AIDS Bulletin* 14:1 www.mrc.ac.za/aids/march2005/homebased.htm
- Health Systems Trust (2005). *South African health review 2005, 10th edn*, Health Systems Trust <http://www.hst.org.za/news/20040936>
- ICN (2005a). *International Council of Nurses Statement to the G8*. SEW News No2. ICN, Geneva, Switzerland <http://www.icn.ch/sewnews.htm#3>
- ICN (2005b). *Proceedings from the High Level Consultation on the Global Nursing Workforce*. Unpublished, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005c). *Nursing workforce planning: mapping the policy trail*, Linda O'Brien-Pallas, Christine Duffield, Gail Tomblin Murphy, Stephen Birch and Raquel Meyer, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005d). *Regulation, roles and competency development*, Rosemary Bryant, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005e). *International migration of nurses: trends and policy implications*, James Buchan, Mireille Kingma and F. Marilyn Lorenzo, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005f). *Overview of the nursing workforce in Latin America*, Silvina Maria Malvarez and Maria Consuelo Castrillon Agudelo, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005g). *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. Pascal Zurn, Carmen Dolea and Barbara Stilwell, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005h). *What makes a good employer?* Anne Marie Rafferty, Jill Maben, Elizabeth West and Dilys Robinson, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005i). *The nursing workforce in sub-Saharan Africa*, Olive Kopolo Munjanja, Sarah Kibuka and Delanyo Dovlo, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2004). *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*, James Buchan and Lynn Calman, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2001). *Position Statement: Ethical Nurse Recruitment*. ICN, Geneva, Switzerland. <http://www.icn.ch/psrecruit01.htm>
- Iliffe J (2005). *Legislated Nurse/Patient Ratios: Solutions and Way Forward*. International Council of Nurses 23rd Quadrennial Congress, Taiwan. http://icn.ch/congress2005/presentations/Iliffe2005_files/frame.htm
- Joint Learning Initiative (2004). *Human resources for health: overcoming the crisis*. Harvard University Press, Cambridge (MA), USA.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: migration and the global health care economy*. Cornell University Press, Ithaca, New York.
- Kokmen L (2003). *Imagine no more nurses*. *Citypages* Volume 24 - Issue 1155 www.citypages.com/databank/24/1155/article11010.asp
- Physicians for Human Rights (2004). *An action plan to prevent brain drain: building equitable health systems in Africa*. Physicians for Human Rights, Cambridge, USA
- UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Integrated Regional Information Networks - PlusNews (2005). *ZIMBABWE: Feature - A health system on the edge*. Available: http://www.irinnews.org/AIDSreport.asp?ReportID=2332&SelectRegion=Southern_Africa
- World Health Organization (2005). *World health report 2005: making every mother and child count*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Apéndice A

Miembros del Grupo de Referencia

Jonathan Asbridge

Consejo de enfermería y obstetricia – Reino Unido

Gilles Dussault

Instituto del Banco Mundial

Marilyn Elegado Lorenzo

Institutos de salud nacionales – Filipinas

Thembeke Gwagwa

Organización democrática de enfermería de Sudáfrica

Silvina Malvárez

Organización Panamericana de la Salud

Ken Sagoe

Servicio de salud de Ghana

Ragnhild Seip

Organismo Noruego de cooperación para el desarrollo

Judith Shamian

Orden de enfermeras, de Victoria (antiguamente de Health Canada)

Sissel Hodne Steen

Organismo noruego de cooperación para el desarrollo

Duangvadee Sungkhobol

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

Piyasiri Wickramasekara

Oficina Internacional del trabajo

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

Autores de documentos encargados

James Buchan y Lynn Calman, *La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones.*

Rosemary Bryant, *Documento temático 1: Desarrollo de la reglamentación, las funciones y la competencia.*

Linda O'Brien-Pallas, Christine Duffield, Gail Tomblin Murphy, Stephen Birch y Raquel Meyer, *Documento temático 2: Planificación de los recursos humanos de enfermería: configurar el camino de la política general.*

Anne Marie Rafferty, Jill Maben, Elizabeth West y Dilys Robinson, *Documento temático 3: Las cualidades del buen empleador.*

Pascal Zurn, Carmen Dolea y Barbara Stilwell, *Documento temático 4: Contratación y retención y de las enfermeras: formación de unos recursos humanos motivados*

James Buchan, Mireille Kingma y F. Marilyn Lorenzo, *Documento temático 5: Migración internacional de las enfermeras: tendencias y consecuencias para la política general*

Silvina Maria Malvarez y Maria Consuelo Castrillon Agudelo, *Documento temático 6: Los recursos humanos de enfermería en América Latina.*

Olive Kopolu Munjanja, Sarah Kibuka y Delanyo Dovlo, *Documento temático 7: Los recursos humanos de enfermería en el África Subsahariana.*

Apéndice B

En la sección que sigue se recogen los resúmenes de una serie de informes detallados que se encargaron para este proyecto. En esos informes se examinan determinados aspectos mundiales y regionales de los recursos humanos de enfermería. El texto completo de los informes puede conseguirse en el sitio web del Proyecto Mundial del CIE sobre los Recursos Humanos de Enfermería, en la dirección www.icn.ch/global

La escasez de enfermeras profesionales en el mundo: Percepción de problemas y actuaciones

James Buchan y Lynn Calman

Resumen

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

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

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

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

Visión general

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

La combinación de capacidades y de personal es distinta en las diferentes organizaciones, sistemas y países, y no hay una combinación "óptima" de enfermeras y otro personal de salud, a la que podamos aspirar. Sin embargo, muchos países, especialmente en África, Asia y América Central y del Sur, se esfuerzan por proporcionar una dotación mínima de personal de enfermería. Algunos países, sobre todo de América Central y del Sur, comunican que emplean muchos más médicos que enfermeras. Incluso en países en los que los coeficientes entre enfermeras y población son bajos, las enfermeras disponibles están a menudo mal distribuidas, lo que agrava aún más las consecuencias de la escasez. Las zonas rurales de los países en desarrollo tienden a ser las regiones menos asistidas.

Escasez de enfermeras y problemas críticos

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

Problema crítico n° 1: África Subsahariana: Repercusión del VIH/SIDA en los recursos humanos de enfermería

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

Problema crítico nº 2: Migración interna e internacional

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

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

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

Marco para las intervenciones de política general

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

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

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

DOCUMENTO TEMÁTICO 1:

Desarrollo de la reglamentación, las funciones y la competencia

Rosemary Bryant

Resumen

El presente documento tiene por objeto presentar una visión general de las pruebas y de las opiniones actuales referentes a las consecuencias que tienen para los recursos humanos la reglamentación, el desarrollo de competencias y la definición de las funciones. Estos tres elementos están inseparablemente vinculados entre sí y son fundamentales para la práctica de la enfermería en el entorno actual. La recuperación de las pruebas para este estudio resultó difícil en algunos casos y, en general, las fuentes escritas provienen de países anglófonos.

La finalidad declarada de la reglamentación de los profesionales de la salud es proteger al público y uno de los modos de cumplir esta misión consiste en asegurarse de que los profesionales de salud que son objeto de la reglamentación son competentes para ejercer su profesión. Los empleadores y los administradores de los servicios de salud tienen también la responsabilidad de asegurarse de que los profesionales a los que emplean son competentes para dispensar cuidados que cumplan una norma de aceptabilidad para el público receptor de esos cuidados. Definir las funciones de los profesionales de salud es un proceso dinámico pues han de adaptarse a los nuevos avances tecnológicos que, a su vez, crean la necesidad de nuevas funciones en la atención de salud. Para que las enfermeras puedan dispensar cuidados competentes y seguros, es esencial vincular las competencias para las funciones de la enfermería con la formación y la reglamentación.

Se estudian a continuación los modelos actuales de reglamentación, como la reglamentación estatutaria, la reglamentación voluntaria, la reglamentación por la administración central, la autorregulación y reglamentación general. Las consecuencias que los acuerdos de reconocimiento recíproco (ARR) tienen para la enfermeras, como el descenso de los niveles requeridos para la colegiación, son una amenaza para ellas. También se analizan otras formas de reglamentación, como los coeficientes obligatorios de pacientes por enfermera.

La competencia inicial y su mantenimiento son hoy especialmente importantes ya que el público presiona a favor de una mayor transparencia en la reglamentación de los profesionales de salud y a favor de una mayor participación de los consumidores. Esto tiene consecuencias para el trío constituido por formadores, los encargados de la reglamentación y los empleadores. Si el concepto de reglamentación en su definición más amplia se considera el punto de partida y la atención segura y competente es el resultado final, los demás elementos –como la formación de las enfermeras, la competencia inicial y su mantenimiento, las responsabilidades del empleador, la definición de las funciones, la superposición y la combinación de capacidades- actúan entre sí para llegar a la meta final. En esta interrelación, es clara la obligación y la responsabilidad que tienen las organizaciones profesionales de enfermería de participar en todos estos elementos.

Se estudia el desarrollo de competencias en diversos contextos, incluido el contexto del empleo. También se expone el desarrollo de competencias internacionales y sus consecuencias para el movimiento de las enfermeras en todo el mundo.

La combinación de capacidades, las nuevas funciones y la superposición de las funciones influyen en la reglamentación y en el desarrollo de las competencias. Se exponen las nuevas funciones, tales como la de enfermera de atención directa, y su influencia en los resultados obtenidos en los pacientes. La sustitución de los médicos por enfermeras y la de éstas por personal auxiliar sin capacitación, la economía que supone y los efectos que tiene en los resultados conseguidos en los pacientes dan lugar a importantes consecuencias para los recursos humanos del futuro. También es especialmente importante en este contexto la delegación de los cuidados de enfermería y su relación con la reglamentación. Se mencionan brevemente otras funciones clínicas.

Recomendaciones

En resumen, las principales consecuencias para los recursos humanos de enfermería son las siguientes:

1. Para que la reglamentación profesional se mantenga, los consumidores han de intervenir en ella.
2. La reglamentación de enfermería ha de ser suficientemente transparente y flexible para que refleje los cambios del entorno de trabajo y la aparición de nuevas funciones.
3. Deben definirse los límites de la reglamentación, la autorreglamentación profesional, y su coincidencia con otras formas de reglamentación.
4. En un entorno de creciente globalización, los procesos de inscripción deben ser suficientemente flexibles para que en ellos tengan cabida las enfermeras de otros países.
5. La profesión de enfermería ha de permanecer alerta para que los nuevos modelos de reglamentación, como la legislación general y los acuerdos comerciales, no erosionen las normas de enfermería ni menoscaben la identidad de la enfermería.
6. Las enfermeras han de seguir siendo competentes a todo lo largo de su vida laboral y, para conseguirlo, es preciso desarrollar métodos de evaluación.
7. Los empleadores, los encargados de la reglamentación y la profesión de enfermería deben elaborar conjuntamente los programas de formación de enfermería de los niveles anteriores y posteriores a la titulación, y los de formación continua.
8. Los elementos estructurales del plan de estudios de enfermería han de ser intrínsecamente flexibles para poder adaptarse a los cambios de la prestación de los servicios.
9. Algunos aspectos de la formación de enfermería deben realizarse en colaboración con otros profesionales de salud, especialmente en especialidades en las que ejercen juntos numerosos profesionales de salud.
10. Deben desarrollarse las competencias compartidas de las enfermeras y las de aquellas personas con las que sus funciones coinciden.
11. Con el fin de que las enfermeras estén preparadas para asumir funciones más amplias, todos los programas de formación de enfermería deben tener un nivel comparable al de los programas de los demás profesionales de salud.
12. En estos tiempos de creciente migración de las enfermeras, deben evaluarse periódicamente las competencias internacionales y ha de establecerse un ciclo de actualización.
13. En la combinación de capacidades deben tenerse en cuenta los efectos que el cambio de funciones ejerce en los resultados clínicos.
14. La introducción de nuevas funciones de la enfermería ha de negociarse con la profesión y con los encargados de la reglamentación de enfermería.
15. Se precisa más investigación sobre las consecuencias que tienen en los costos las distintas combinaciones de capacidades, teniendo en cuenta variables tales como las diferentes condiciones salariales y otras condiciones de empleo de las distintas categorías de profesionales de salud.
16. Han de elaborarse metodologías que puedan aplicarse en una amplia diversidad de contextos y con las que puedan evaluarse los resultados en los pacientes y su satisfacción a largo plazo.

DOCUMENTO TEMÁTICO 2:

Planificación de los recursos humanos de enfermería: configurar el camino de la política general

Linda O'Brien-Pallas

Christine Duffield

Gail Tomblin Murphy

Stephen Birch

Raquel Meyer

Resumen

La planificación de una prestación eficiente y efectiva de los servicios de atención de salud para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones es un reto importante. En todo el mundo, los encargados de las políticas, los docentes, los investigadores de los servicios de salud, los dirigentes sindicales y de asociaciones profesionales, y otras personas interesadas luchan por planificar de la mejor manera posible los recursos humanos para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones. Para resolver este problema, es importante conseguir el equilibrio adecuado entre los recursos humanos y los no humanos y ello requiere una vigilancia continua, una atención cuidadosa al contexto específico del país en el que se adoptan las decisiones de política general, y adoptar las decisiones sobre la base de pruebas. En el presente documento se da una visión general de las siguientes pruebas e iniciativas actuales de política general pertinentes para los recursos humanos de enfermería: planificación de los recursos humanos de salud, planificación y establecimiento de modelos; desequilibrios de los recursos humanos de enfermería y migración interna; y planteamientos para el despliegue y utilización de la enfermería. Se presentan las consecuencias y recomendaciones de política general.

La planificación de los recursos humanos ha de situarse en el marco del sistema, más amplio, en el que se dispensan los servicios de salud. El efecto de los factores sociales, políticos, geográficos, tecnológicos y económicos y su influencia en la combinación efectiva y eficiente de recursos humanos y no humanos ha de tenerse en cuenta al planificar y gestionar los recursos humanos de salud. Además, es importante la cuestión de la voluntad política. Los problemas de recursos humanos que hoy se plantean han evolucionado lentamente en los 50 últimos años. Los errores del pasado no pueden superarse en el marco temporal de uno o dos mandatos políticos. Aunque son de importancia crítica, las iniciativas sostenidas de planificación de los recursos humanos de salud por parte de los encargados de la elaboración de las políticas y de los principales interesados resultan muy difíciles por los cambios de los gobiernos y de los programas políticos. Los encargados de las políticas y los investigadores han de trabajar de manera concertada para que las cuestiones de política de salud, se entiendan fácilmente y sigan siendo importantes y prácticas.

La planificación de los recursos humanos de salud ha de fomentar y prestar apoyo a modelos, prácticas y estrategias basados en necesidades y dirigidos a la obtención de resultados y han de reconocer explícitamente el carácter dinámico de los factores que inciden en las decisiones de planificación y en las asignaciones de los recursos humanos de salud. Además, el establecimiento de relaciones tiene gran importancia para una planificación eficaz de los recursos humanos. Es esencial la coordinación eficaz y constante de las relaciones entre el gobierno, los investigadores y administradores mediante infraestructuras de asesoramiento, estudio y comunicación.

En el pasado, la planificación de los recursos humanos de salud se ha hecho independientemente y al margen de otros aspectos de la planificación en el sector de la atención de salud (Lomas, Stoddard y Barer 1985; Birch et al. 1994; Denton, Gafni y Spencer 1995; Vujicic 2003). Sin embargo, son principios importantes del Marco conceptual de los recursos humanos de salud (O'Brien-Pallas et al. 2001a) que los recursos humanos son aportaciones clave para la prestación de los servicios de salud (Birch y Maynard 1985) y que los niveles y métodos de prestación de los servicios vienen determinados por los contextos social, económico y político predominantes (O'Brien-Pallas et al. 2001a). De esta manera, la necesidad de los recursos humanos proviene de la necesidad de los servicios de atención de salud y de los métodos utilizados para prestar esos servicios.

Los contextos social, económico y político determinan los requisitos de los servicios de atención de salud. Por ejemplo, los contextos social y político determinan los medios de acceso a los servicios de atención de salud (por ejemplo, la disposición y la capacidad de pagar los cuidados, la capacidad de beneficiarse de ellos) mientras que el contexto económico influye en el nivel agregado de los recursos (o en la parte del producto económico de la sociedad) que ha de asignarse a los servicios de atención de salud (Lavis y Birch 1997). Es claro que la planificación para formar los dispensadores de atención de salud necesarios para satisfacer todas las necesidades de salud de la población será inútil si no se dispone de un mecanismo para financiar la prestación de esos servicios.

Las consideraciones contextuales no se limitan a esas macro-influencias generales sobre los requisitos de recursos humanos. Los recursos humanos no prestan los servicios de atención de salud de manera aislada, sino que para esa prestación se emplea en general una mezcla de recursos humanos y no humanos – es decir, una función de producción de cuidados de salud que aprovecha diversas aportaciones para generar dichos servicios (Gray 1982; Birch 2002). El sector de atención de salud se distingue por el elevado nivel de la ‘intensidad de mano de obra’ en comparación con otros sectores. Si algunos servicios de atención de salud pudieran prestarse de manera que no precisaran de recursos humanos y que mantuvieran la calidad y cantidad de los resultados a un costo inferior, no se precisarían recursos humanos para la prestación de los servicios. Como los servicios de atención de salud plenamente automatizados sólo pueden percibirse en un futuro lejano, los recursos humanos siguen siendo aportaciones esenciales para la prestación de la atención de salud.

La simulación es un poderoso instrumento para integrar el conocimiento de los elementos de los sistemas complejos, mejorar la comprensión de la dinámica del sistema, y ensayar estrategias y políticas destinadas a evitar escollos ocultos (Kephart et al. 2004). Los modelos de simulación que se aplican en algunos países, especialmente en el Canadá, han dado lugar a numerosas ideas prácticas para la planificación. Aplicados a la planificación de los recursos humanos para la enfermería, los modelos dinámicos de simulación pueden aportar no sólo ideas valiosas de los motivos de la crisis actual, sino también alternativas para resolver el problema. Las simulaciones permiten a los planificadores explorar las consecuencias de otras políticas alternativas, facilitan los análisis de sensibilidad, y permiten implicar a los principales interesados en todo el proceso de planificación y de gestión (Kephart, O’Brien-Pallas y Tomblin Murphy 2004). La simulación es un medio, no un fin, para ayudar a los planificadores en su adopción de decisiones. La medida en que la simulación proporciona hipótesis útiles para su consideración depende de la calidad de los datos utilizados en el modelo y de la medida en que las variables incluidas en el modelo reflejan el conjunto del sistema.

Para ser eficaces en grado óptimo, los modelos de planificación de los recursos humanos de salud, basados en necesidades, precisan datos de gran calidad procedentes de fuentes diversas. Si bien la pertinencia inmediata puede conseguirse en gran parte mediante un análisis detenido de los datos actuales dentro del marco de un modelo de planificación de los recursos humanos de salud bien definido y basado en las necesidades, no hay duda de que la falta de unos datos de calidad que sean a la vez comparables y exhaustivos sigue frenando en buena medida las iniciativas de investigación, de política general y de planificación.

Los desequilibrios de los recursos humanos de enfermería comunicados en todas las regiones del mundo, sectores de atención de salud y especialidades clínicas (O’Brien-Pallas et al. 1997a) pueden verse agravados por las pautas migratorias. La migración Interna no resuelve los excesos ni la falta de recursos humanos y se añade a las dificultades en el plano nacional. Actualmente, no es fácil determinar con precisión el alcance de la migración interna en la mayoría de los países, por la imprecisión de las fuentes de los datos. Muchos aducen que la elaboración de un único identificador para las enfermeras podría ayudar a detectar los desequilibrios de los recursos humanos y las pautas de migración (Tomblin Murphy y O’Brien-Pallas 2004; Baumann et al. 2004a). Los planificadores deben ser conscientes de que, cuando se crean nuevas funciones o se desarrollan incentivos que favorecen la redistribución de los recursos humanos, puede surgir escasez imprevista en otros sectores o regiones. Para crear una capacidad de enfermería en las regiones con servicios escasos y evitar que las enfermeras se vayan a las grandes zonas urbanas en que se concentran muchas veces los programas de formación, el acceso a la formación de enfermería y la prestación de esa formación deben tener lugar más cerca de casa.

En el plano de la organización, la distribución y aprovechamiento de los recursos humanos de enfermería no puede considerarse aisladamente del sistema en que se prestan los cuidados de enfermería. Actualmente se entiende que la prestación de los servicios de enfermería resulta de una compleja combinación de aportaciones al sistema de salud, resultados intermedios y resultados finales y alejados de éste (O'Brien-Pallas 1988; O'Brien-Pallas et al. 1997b; O'Brien-Pallas, Irvine Doran et al. 2001c, 2002). El personal de enfermería, la carga de trabajo, la utilización de las unidades de enfermería, y la productividad son instrumentos posibles para gestionar la distribución y la utilización de las enfermeras en los planos local y de la organización.

En las medidas de dotación de personal de enfermería muchas veces se calcula la cantidad de los recursos de enfermería disponibles en relación con el número de camas ocupadas. Sin embargo, si nos limitamos a contar las camas, obtendremos escasa información acerca de los cuidados que precisan los pacientes que las ocupan. Conceptualmente, los coeficientes de pacientes por enfermera dan por supuesta una capacidad media de las enfermeras o un tiempo normalizado dedicado a cada una de las camas ocupadas. Desarrollados en América del Norte en el decenio de 1980, los grupos de diagnóstico (por ejemplo, los Grupos de combinación de casos en el Canadá o los Grupos de diagnóstico en los EE.UU.) se utilizaron para gestionar los recursos de enfermería, lo que suponía el retorno a la hora de enfermería normalizada determinada por grupo de diagnóstico, en contraposición con las horas por cama normalizadas. Otro aspecto de la dotación de personal de enfermería es la combinación del personal (es decir, los tipos y combinaciones de trabajadores de atención de salud que prestan cuidados directos a los pacientes).

Las medidas de la carga de trabajo de las enfermeras se centran en los requisitos de cuidados de enfermería de los pacientes. La carga de trabajo y los sistemas de clasificación de los pacientes se utilizan sobre todo para adoptar decisiones sobre el personal en las organizaciones. Cuando se emplean con experiencia y juicio en el contexto de la validación continua y de la fiabilidad constante, estos sistemas pueden aplicarse eficazmente para orientar las decisiones sobre la dotación de personal. Sin embargo, cuando se aplican más allá de sus fines originales (por ejemplo, para calcular costos o para comparaciones entre las organizaciones), la falta de equivalencia de los sistemas de clasificación de los pacientes da lugar a problemas. Los datos sobre la carga de trabajo en los hospitales son necesarios para la gestión local y nacional de los recursos de enfermería pero, por sí solos, son insuficientes para planificar los recursos humanos de salud y los servicios.

Combinando medidas de dotación de personal de enfermería y de medición de la carga de trabajo para examinar las demandas de servicios de enfermería en relación con los recursos de enfermería utilizados para prestar ese servicio, la utilización de la unidad de enfermería puede proporcionar una comprensión mejor del efecto que la cantidad de los recursos de enfermería ejerce sobre los resultados, que la dotación de personal de enfermería o la carga de trabajo por sí solas. Calculada en el plano de la unidad como la carga de pacientes dividida por las horas de enfermera trabajadas, la utilización de la medida de enfermería mide el grado en que una organización está bien dotada de personal para satisfacer las normas y las necesidades de atención a los pacientes (O'Brien-Pallas et al. 2004c). El índice de servicios por dispensador es una medida de productividad y constituye un importante elemento para estimar el número de los recursos humanos que se requieren (Birch 2002). Esta definición de productividad es coherente con el concepto de productividad en otros sectores de la economía y se centra exclusivamente en la relación existente entre los resultados y una determinada aportación. Sin embargo, es diferente de los usos tradicionales de productividad en el sector de la atención de salud que describen las demandas hechas al dispensador (es decir, la proporción de tiempo que se dedica a la atención directa a los pacientes) sin referencia ninguna a la cantidad de los resultados de los servicios (O'Brien-Pallas et al. 2004c). Esta medida de las demandas hechas a los dispensadores se describe con mayor precisión como un indicador de la intensidad o de la utilización del trabajo y, si bien no es una medida del índice de la producción resultante, tendrá consecuencias para ese índice de producción. Si en la planificación de los recursos humanos de salud no se tienen en cuenta ciertas consideraciones relativas a la productividad, se corre el riesgo de sobrestimar el número de dispensadores que se requieren para satisfacer las necesidades de la población y, por tanto, da lugar a que un número 'excesivo' de dispensadores busquen modos de dispensar los servicios. Asimismo, olvida un importante instrumento de política para tratar los desequilibrios existentes entre los recursos humanos de salud que se requieren y los que se tienen.

En el plano internacional, la planificación de los recursos humanos de enfermería es una prioridad para los encargados de la política general. Las estrategias para planificar y dirigir eficazmente a las enfermeras y demás dispensadores de atención de salud son de suma importancia. Además, han de elaborarse y aplicarse políticas, adecuadamente dotadas de recursos, para abordar los actuales problemas de contratación y retención y esas políticas han de evaluarse para establecer su utilidad.

DOCUMENTO TEMÁTICO 3:

Las cualidades del buen empleador

Anne Marie Rafferty

Jill Maben

Elizabeth West

Dilys Robinson

Resumen

Introducción

En este documento se resumen las pruebas y las cuestiones relacionadas con la buena gestión de los recursos humanos en el sector de la atención de salud, en lo que se refiere a lo siguiente: a) indicadores de resultados y medición de los resultados de enfermería; b) cuestiones de resultados relacionadas con las personas y los equipos; y c) dedicación y compromiso de los empleados y comportamiento cívico en la organización. Hay dos temas principales: ¿Cuáles son las intervenciones y los indicadores relacionados con unos buenos resultados de la gestión de los recursos humanos y cómo pueden medirse esos resultados?

Los estudios indican que las inversiones en desarrollo y en aplicación de una política y práctica de mantenimiento de unos recursos humanos de salud eficaces contribuye de una manera positiva, eficaz y medible a los resultados de la organización (CIPD 2001; Caulkin 2001; Richardson y Thompson 1999; West et al. 1997). La práctica de recursos humanos contribuye a los resultados de las empresas de maneras en las que influyen tres perspectivas generales: 'las mejores prácticas', 'la contingencia' y 'por grupos' (Richardson y Thomson 1999). Sin embargo no hay "varita mágica". Las pretensiones de unas mejores prácticas universales son prematuras; la mera adopción de un determinado conjunto de estrategias de recursos humanos no conducirá al éxito de la organización, y puede ser que el mismo conjunto de políticas de recursos humanos no resulte universalmente aplicable (Richardson y Thomson 1999). Sigue siendo un enigma cómo y en qué combinación se aplican los vínculos entre las prácticas de gestión y la función superior (Caulkin 2001), y el examen de la gestión de los recursos humanos sigue siendo un 'campo nuevo de investigación'. (Guest 2001).

La gestión de los recursos humanos en el sector de salud tiene un conjunto exclusivo de circunstancias y características (por ejemplo, unos recursos humanos integrados por distintas ocupaciones y profesiones). La gestión de los recursos humanos en la atención de salud es objeto de escasos estudios y la mayoría de los trabajos se hacen en América del Norte (Buchan 2004). El problema que se plantea a los investigadores y analistas de políticas en el sector de salud es el de colmar la actual brecha de conocimientos: entre lo que sabemos por la base general de las pruebas sobre aportaciones y los resultados de los recursos humanos de salud y lo que sabemos por la base de pruebas específicas de la salud.

Indicadores de resultados de enfermería: la base de pruebas

Los indicadores de resultados de enfermería pueden ser de interés para el "buen empleador" por diversas razones. Entre ellas figuran la de mejorar la calidad de la atención de salud, facilitar la contratación y retención del personal, y aportar información para poder adoptar decisiones racionales y defendibles. Los indicadores de resultados de la enfermería son consecuencia de una convergencia de fuerzas, entre ellas las crecientes demandas de cuidados, la preocupación por la calidad, y los cambios culturales en busca de una mayor transparencia y responsabilidad en los servicios públicos. Frecuentemente los indicadores se seleccionan por motivos pragmáticos, pero cada vez se recurre más a métodos científicos tales como los exámenes sistemáticos de lo publicado y los métodos consensuados. Se ha abogado por un planteamiento integrado para la elaboración de medidas de la efectividad y funcionamiento de los equipos (Lovett et al. 2002). Esto ha estimulado el interés por las medidas estructurales, de los procesos y de los resultados, y desde hace poco los investigadores se centran en éstas últimas. Los resultados de la atención médica se evalúan en la forma de muerte, enfermedad, discapacidad, incomodidad e insatisfacción (Lohr 1988).

Los resultados sensibles a la enfermería se definen de diversas maneras, pero ponen de relieve variables dependientes de las intervenciones de enfermería. Entre las reservas en lo que se refiere a su empleo se ha citado la dificultad de evaluar la aportación de una profesión en el equipo de trabajo multiprofesional; la dificultad de medir aspectos importantes de la atención de enfermería; y el estrés adicional que los indicadores de resultados pueden suponer para el personal ya sobrecargado de trabajo. Un acervo de pruebas cada vez mayor indica que algunos pequeños cambios de las características de los recursos humanos de enfermería están relacionados con grandes cambios en los resultados obtenidos en los pacientes (por ejemplo, la combinación de capacidades de la enfermería, la formación, la experiencia y la carga de trabajo influyen en la mortalidad de pacientes, en el fracaso de los cuidados, en los sucesos adversos y en la duración de las estancias hospitalarias).

Resultados de los trabajadores individuales y de los equipos de atención de salud é

Objetivos y métodos efectivos de evaluación: la base de pruebas

Los estudios indican que cuando los profesionales de salud cooperan en equipos, pueden prestarse mejores servicios a los clientes (Zwarenstein et al. 1997; Aiken et al. 1998; Schmitt 2001; Rafferty et al. 2001). Para el 'buen empleador', el trabajo eficaz en equipos mejora la motivación del personal (Wood et al. 1994), la satisfacción en el trabajo y la salud (Borrill et al. 2000; Peiro et al. 1992), y mejora también la retención y reduce la rotación del personal (Borrill et al. 2001). En un acervo de publicaciones de gran aceptación se identifica la eficacia de los equipos, tanto en lo que se refiere a su desarrollo como a su funcionamiento (por ejemplo, fase de desarrollo y comunicación en el equipo, flexibilidad, innovación, funciones y dirección del equipo) (Borrill et al. 2001; Heinemann y Zeiss 2002b).

La convergencia de fuerzas externas e internas ha dado lugar al desarrollo de la gestión de los resultados en la atención de salud. Entre los factores externos pueden contarse las presiones políticas y las reformas de la atención de salud; presiones financieras tales como el fomento de la eficiencia y las reducciones presupuestarias; la introducción de contratos de servicios y de contratos separados entre el comprador y el proveedor; y las presiones que ejercen las mayores expectativas de los clientes y usuarios. Dentro de las organizaciones, las presiones internas y los efectos que han dado lugar al deseo de definir, si no medir, los rendimientos, incluyen recursos como el personal, el entorno físico, la gestión de las personas y la cultura de la organización. (Michie y West 2003).

Para evaluar los resultados, han de tomarse en consideración las diversas dimensiones de los resultados del personal, como el rendimiento individual y de los equipos, el rendimiento en cada tarea y en el contexto, y las mediciones del proceso y de los resultados. Para medir los resultados en la atención de salud, la gestión de los recursos humanos ha de seguir de cerca los antecedentes de los resultados en la tarea concreta y en el contexto. Hasta hoy el centro de interés se ha puesto predominantemente en los resultados de las tareas (Michie y West 2003). Si bien los estudios de los cuidados de salud son siempre favorables al valor del trabajo en equipo, en la medición de los resultados de la atención de salud sigue siendo predominante la medición de los resultados individuales y, en particular, la evaluación de esos resultados. Los gestores disponen de numerosos sistemas e instrumentos de evaluación, entre ellos el método más reciente de evaluación individual de los resultados: 'evaluación de ida y vuelta' (Armstrong y Baron 2005). Los instrumentos fiables de medición de los resultados de los equipos se presentan como 'instrumentos de máxima actualidad' - tales como el inventario para la medición del clima del equipo (Anderson y West 1998) y como instrumentos de 'dignos de mención', tales como el índice de colaboración en el equipo (Aram et al. 1971; Lovett et al. 2002). La medición de los resultados del equipo pone de relieve numerosas dificultades que son comunes a cualquiera de esas mediciones, entre ellas la falta de un lenguaje común entre las distintas disciplinas y la adaptación a condiciones particulares tales como la preparación de equipos virtuales.

Dedicación de los empleados: la base de pruebas

La dedicación de los empleados tiene como base dos precursores cuyos fundamentos han sido estudiados a fondo: el compromiso de los empleados y el comportamiento ciudadano de la organización. Ambos cuentan con una sólida base de estudios y hacen que merezca la pena analizarlos más detalladamente que algunas otras iniciativas de recursos humanos. Un número de personas cada vez mayor acepta que el compromiso de los empleados debe considerarse una estructura multidimensional y un proceso doble. Las organizaciones experimentan la necesidad de crear compromiso porque éste tiene para la organización efectos beneficiosos tales como una mayor satisfacción en el trabajo. (Vandenberg y Lance 1992) y mejores resultados en el trabajo (Mathieu y Zajac 1990), además de una menor rotación de los empleados (Cohen 1991), menos ausentismo (Cohen 1993; Barber et al. 1999) e intención de abandonar (Balfour y Wechsler 1996). Estudios que se ocupan de las "expectativas cumplidas" sugieren que los empleados mostrarán más dedicación si hay un buen equilibrio entre lo que la persona lee en el anuncio de un puesto de trabajo y lo que el puesto da (Dawis 1992). Las expectativas no satisfechas son una de las causas de insatisfacción que se citan generalmente (Sturges y Guest 2000). También se ha demostrado que hay un nexo entre el compromiso y las primeras experiencias en el puesto de trabajo (Mignerey et al. 1995) y se ha insistido en la importancia de un buen programa de iniciación y una buena formación.

Se han identificado cuatro sectores en los que puede desarrollarse el sentido de confianza del empleado en el empleador (O'Mally 2000). Esos sectores son: 1) el crecimiento (atender a las necesidades de desarrollo de los empleados), 2) equilibrio de la vida laboral, 3) aceptación individual (flexibilidad o benevolencia hacia los empleados) y 4) salud y seguridad. El comportamiento ciudadano de la organización o los resultados contextuales (Michie y West 2003) probablemente serán especialmente importantes en la atención de salud, donde se requiere un elevado nivel de colaboración interdisciplinaria e interorganizacional. El nexo entre el comportamiento cívico en la organización y los resultados de la organización se mantiene pero no es definitivo (Podsakoff et al. 2000), y puede ser fructífero descubrir la manera de promover el comportamiento cívico en la organización. Sin embargo ese comportamiento puede precisar una mayor definición y claridad y quizá haya de incorporarse a los valores y al ethos de la organización para poder hacerse más explícito y para que los empleados puedan ser evaluados respecto de él.

La dedicación de los empleados tiene una base de investigación limitada y, hasta hoy, el trabajo se ha centrado en su definición, en establecer una medida de la dedicación, y en lo que más influye en él. El concepto de dedicación del empleado se superpone con los conceptos de compromiso del empleado y de comportamiento cívico en la organización, pero no coincide exactamente con ninguna de ellos. La dedicación del empleado no es una elaboración académica (proviene principalmente de consultorías y empresas encuestadoras), pero en este campo se han emprendido algunos estudios dirigidos por profesionales.

DOCUMENTO TEMÁTICO 4:

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

Pascal Zurn

Carmen Dolea

Barbara Stilwell

Organización Mundial de la Salud

Departamento de Recursos Humanos de Salud

Resumen

Antecedentes

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

Objetivo

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

Problemas de contratación y retención

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

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

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

Factores que influyen en la motivación y en los resultados

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

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

- la capacidad del personal para hacer el trabajo; (sus conocimientos, capacidades y experiencia para hacer su trabajo: es decir, los factores de capacidad o “posibilidad”);
- la motivación del personal para esforzarse en hacer el trabajo (es decir, los factores de capacidad o “decisión”);
- el apoyo de la organización o la oportunidad de hacer bien el trabajo (disponibilidad de recursos, existencia de políticas y prácticas que fomentan los resultados, entorno físico y social adecuados.)

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

Intervenciones de política general

Para que las enfermeras sigan formando parte de los recursos humanos de salud y para mejorar la contratación, es imprescindible una serie de importantes intervenciones de política general. Hay tres modos principales de ampliar el mercado de trabajo de la enfermería:

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

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

1. Políticas dirigidas a las características personales de las enfermeras

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

2. Incentivos monetarios

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

Los repercusiones de los salarios son diversas. Un aumento salarial no conlleva un aumento significativo de la participación laboral. No obstante, hay que señalar que la mayoría de los estudios sobre salarios se realizaron en países desarrollados, en particular en los EE.UU. y en el Reino Unido, y que el contexto de salarial es muy distinto en los países en desarrollo. Por ejemplo, es muy probable que las diferencias salariales entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y entre los sectores público y privado, y los importantes retrasos en el pago de los salarios en el sector público influyan en la contratación y la retención de los recursos humanos de enfermería, en los países en desarrollo. Por estos motivos, es probable que un aumento de los salarios en los países en desarrollo tenga en la contratación y la retención de las enfermeras unas repercusiones más favorables que en los países desarrollados. Otras ventajas financieras a menudo empleadas son las bonificaciones, pensiones, los seguros, las primas, las becas, los préstamos, el reembolso de gastos de enseñanza, etc...

3. Incentivos no monetarios

Fomentar la autonomía laboral

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

Alentar el avance en la carrera profesional

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

Adaptar el horario laboral y el trabajo por turnos

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

4. Reducir la violencia en el lugar de trabajo

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

5. Liderazgo

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

6. Políticas dirigidas a factores del contexto

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

Eficacia y costos

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

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

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

Resumen

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

DOCUMENTO TEMÁTICO 5:

Migración internacional de las enfermeras: tendencias y consecuencias para la política general

James Buchan

Mireille Kingma

F. Marilyn Lorenzo

Resumen

Este informe se centra principalmente en las consecuencias, para la política general, de la migración internacional de enfermeras y en él se ponen de manifiesto las tendencias actuales. La contratación internacional y la migración de las enfermeras son un capítulo de importancia cada vez mayor en el programa de la salud mundial desde finales del decenio de 1990. Las enfermeras siempre han tenido la posibilidad de cruzar las fronteras nacionales en busca de nuevas oportunidades y mejores perspectivas profesionales, pero en los últimos años la migración ha aumentado en medida significativa, y puede poner en peligro los intentos de algunos países en desarrollo de mejorar su sistemas de salud.

Si bien la migración internacional de las enfermeras se presenta algunas veces como una "fuga de cerebros" en un único sentido, la dinámica de la movilidad, la migración y la contratación internacional es compleja, y afecta a los derechos y las opciones de las personas; la motivación y las actitudes de las enfermeras en cuanto a su desarrollo profesional; la situación comparativa de las enfermeras (y las mujeres) en los distintos sistemas; los distintos criterios de los gobiernos de los países en cuanto a gestionar, facilitar o tratar de limitar la salida o la entrada de enfermeras; y la función de los órganos de contratación en tanto que intermediarios en el proceso. En el presente documento se da una visión general de esta situación dinámica.

Para examinar las tendencias de la migración de las enfermeras se recurre a los datos de los países. Para dar una información de fondo exhaustiva se recurre a los países de "origen" y de "destino". Como no hay datos o métodos comunes o normalizados para seguir las tendencias de la migración de las enfermeras, no puede hacerse una evaluación universal de los flujos entre los países. Por ello, cualquier análisis de las tendencias de la migración de las enfermeras sufre de las limitaciones y lagunas de los datos.

En este documento se pone de relieve que, para hacer una evaluación precisa de las consecuencias y repercusiones de la migración de las enfermeras, es necesario evaluar el nivel de la migración en el contexto de las tendencias y de la dinámica de los recursos humanos nacionales de enfermería. Por ejemplo, es importante que en todo examen de la emigración de las enfermeras, el número de las que abandonan el país se relacione con el número total de las que dejan los recursos humanos de enfermería: puede ser que muchas enfermeras permanezcan en el país, pero abandonen la enfermería. La emigración es quizá el aspecto más evidente y mediático de la corriente de salida de las enfermeras, pero no es necesariamente la mayor corriente de salida de enfermeras del sistema.

Asimismo, es importante señalar que la migración no se limita a una corriente unidireccional de salida del país de "origen" al país de "destino": puede ser que las enfermeras dejen un país para trabajar en otro, y luego vuelvan a su país de origen o se trasladen a un tercero. Inclusive, pueden vivir en un país y cruzar la frontera regularmente para trabajar en otro. Las mejoras de los medios de transporte y las comunicaciones, y la disponibilidad de empleo, pueden fomentar esta corriente.

El aumento de las corrientes de enfermeras a través de las fronteras nacionales, plantea una serie de cuestiones de política general a los gobiernos nacionales y a los organismos internacionales. En este documento se evalúan las principales cuestiones de política general y se exponen los puntos en que las actuales deficiencias del conocimiento inciden más críticamente para impedir una evaluación y comprensión completas de la dinámica de la migración de las enfermeras. A continuación se resumen las principales deficiencias y se hacen recomendaciones para la adopción de medidas de política general:

- Una deficiencia crucial es la falta de datos precisos sobre las corrientes migratorias de enfermeras internacionales; es ésta una limitación para cualquier seguimiento efectivo y además limita la capacidad para evaluar las consecuencias. *Los grupos interesados a nivel nacional y los organizaciones internacionales han de colaborar para acordar y aplicar sistemas mejores de seguimiento de la corrientes internacionales de enfermeras y otros trabajadores de salud.*
- La posición de muchos países desarrollados, que son fuente de muchos trabajadores internacionales de enfermería, se debilita por lo inadecuado de sus datos sobre los recursos humanos y sobre su capacidad de planificación, y es difícil determinar en qué medida la corriente emigratoria es un "problema" si se compara con el número de enfermeras desempleadas o subempleadas que permanecen en el país. *Estos países han de evaluar y mejorar sus sistemas de planificación, y prestar en su política general una mayor atención a animar y ayudar a que vuelvan a la enfermería las enfermeras que actualmente no ejercen.*
- Es preciso evaluar de manera más sistemática las consecuencias generales que tiene para los países de origen la emigración de las enfermeras, en cuanto a sus efectos para los sistemas de salud y para el personal que se queda en el país. *Se requiere más investigación y evaluación para poder informar a los grupos interesados nacionales y a los organismos internacionales de los costos (y beneficios) reales y de las consecuencias de la migración de las enfermeras.*
- Es relativamente poco lo que se sabe del perfil, de la igualdad de trato, y de los planes profesionales de futuro (incluida la posibilidad de regresar a su país de origen o de trasladarse a otros países) de las enfermeras internacionales que trabajan actualmente en países de destino. *Han de llevarse a cabo investigaciones y estudios para poner de manifiesto la buena práctica y dar a conocer las prácticas deficientes en el tratamiento de las enfermeras migrantes.*
- La cuestión del género en relación con la migración de las enfermeras es un factor importante; es preciso que los donantes presten su apoyo al fortalecimiento de las asociaciones profesionales de enfermeras en los países de origen, con el fin de que las enfermeras en la sociedad mejore mediante una defensa más fuerte. *Los donantes han de centrar su atención en el apoyo al fortalecimiento de los organismos representativos de las enfermeras.*
- La cuestión de cómo "gestionar" – o "si hay que gestionar - la migración es importante y precisa estudios más detallados junto con una evaluación sistemática de los distintos modelos de migración gestionada. *Las distintas políticas y modelos de migración gestionada, los acuerdos bilaterales, los códigos deontológicos, los esquemas de retorno de los emigrantes y los posibles modelos de "formación para la exportación" han de estudiarse y evaluarse para fomentar en los planos nacional e internacional un planteamiento más eficaz de la contratación internacional de las enfermeras.*

DOCUMENTO TEMÁTICO 6:

Los recursos humanos de enfermería en América Latina

Silvina María Malvárez

María Consuelo Castrillón Agudelo

Pan American Health Organization

Resumen

En los últimos años la salud ha adquirido un lugar central en la agenda global al entenderse como cuestión clave del desarrollo. El aumento de la pobreza y las inequidades en el mundo globalizado, de los riesgos debido a los cambios ecológicos, demográficos y socio-económicos, la comprensión de los macro determinantes, los efectos negativos de las reformas y su impacto en la salud pública, determinan esta prioridad y la generación de alianzas globales para el desarrollo, el control de enfermedades y una renovada acción a favor de la APS.

En ese contexto, adquieren relevancia los recursos humanos, cuya desatención en los años de las reformas sectoriales, provocó consecuencias negativas en la atención de salud en las Américas. La situación de recursos humanos en salud atraviesa por una triple problemática que reúne viejos problemas, junto a los derivados de la Reforma de los '90 y los consecuentes de la globalización. Allí se inscribe la crisis de la fuerza de trabajo en enfermería que, atravesada por dificultades de toda índole, demanda análisis complejos, sinergias y alianzas para asegurar servicios de enfermería de calidad a las poblaciones.

El presente artículo resume el documento **“Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina”**, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud como base para el análisis de esta importante dimensión de la salud en la Región y como contribución al Consejo Internacional de Enfermeras para obtener una mirada global sobre la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo de la enfermería en el mundo.

El análisis realizado, toma como marco la concepción de la Unidad de Recursos Humanos de la OPS, de *campo de recursos humanos en salud* entendiendo que la fuerza de trabajo en salud lo estructura y dinamiza en todas sus dimensiones activando procesos, tensiones y conflictos en orden a la entrega del servicio de salud. Las cuatro dimensiones centrales están constituidas por el *trabajo*, la *educación*, el *mercado laboral* y los *procesos de profesionalización*. Dichas variables están sujetas a y son productoras de políticas, regulaciones y mecanismos de gestión, en las que participan actores con intereses, capacidades y grados de poder diversos en el contexto de la dinámica social y de salud.

El estudio se refiere a la categoría “enfermeras”, que según el país, se reconoce con denominaciones diferentes (licenciadas o enfermeras) y también al grupo de auxiliares y técnicos medios en enfermería. Los datos corresponden a información de la OMS, OPS, OIT y BID, a resultados de investigaciones, memorias de eventos, portales, entidades profesionales de enfermería, artículos de prensa y revistas. La información reunida devela carencias, insuficiencias, subregistro en variables fundamentales y disparidad en años de información. Ello evidencia la importancia de monitorear la dinámica de la fuerza de trabajo de enfermería y de producir evidencias sobre dimensiones clave sobre las cuales existe poca o ninguna información.

TRABAJO Y FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA

En cuanto a los **contenidos del trabajo de enfermería** en América Latina, la división del trabajo en salud, la introducción de tecnología y de especializaciones médicas, el bajo nivel de profesionalización de la enfermería y las exigencias de las reformas, han aumentado la demanda de enfermeras en la administración hospitalaria, la organización de servicios y supervisión del personal auxiliar. Varios estudios refieren que la función de gerencia está a cargo de enfermeras disminuyendo el tiempo para cuidar a los pacientes, mientras el cuidado se encuentra a cargo de personal auxiliar. Se subraya que los hospitales con número más alto de enfermeras por usuario presentan menores niveles de mortalidad hospitalaria que los hospitales con menos enfermeras.

En el ámbito comunitario, en especial después de Alma Ata en 1978, en que se priorizó la estrategia de atención primaria, la enfermería amplió su rol, incorporó a su práctica la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la gestión de programas prioritarios. Un estudio reciente publicado por OPS indica que las enfermeras han jugado un papel importante en las actividades comunitarias de salud en las Américas y han constituido una fuerza de trabajo principal en el desarrollo de programas que toman en cuenta las necesidades de salud de las poblaciones. Las enfermeras tienen una larga tradición de alianzas con variedad de proveedores de salud y grupos comunitarios en respuesta a sus necesidades. Sin embargo, la extensión y complejidad de los problemas de salud de la Región y las limitaciones impuestas por las políticas y por las Reformas, ocasionan que la potencialidad de la estrategia de APS a manos de las enfermeras, se vea debilitada y requiera de una especial atención en función de su aprovechamiento.

En cuanto a la **composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería (FTE)** puede decirse que en América Latina está estructurada en niveles de formación diversos, con títulos variables entre países y predominio de mujeres.

El indicador enfermeras por 10,000 habitantes muestra un rango entre 1,1 en Haití y 97 en los Estados Unidos de América. Los países de América del Sur varían entre 1,2 en Paraguay y 7,9 en Venezuela. En América Central y el Caribe Latino, el rango va desde 3 en República Dominicana hasta 10,8 en Panamá, con excepción de Cuba que presenta 75 enfermeras por 10.000 habitantes. La variabilidad entre zonas de un mismo país muestra alta concentración en zona urbana, especialmente en capitales, escasez en ciudades pequeñas, regiones apartadas, zonas limítrofes y rurales y predominancia en el sector público.

En el plano institucional son diversos los criterios para definir las plantas y no se cuenta con instrumentos sistematizados para la asignación de número de enfermeras y personal auxiliar según la complejidad de los servicios. Un estudio sobre carga de trabajo y mortalidad hospitalaria muestra que, tomando como base una carga de trabajo óptima de cuatro pacientes por enfermera en unidades de complejidad media, si esa relación aumenta a seis, aumentan en un 14% las probabilidades de que los pacientes mueran dentro de los 30 días siguientes a su admisión. Si la carga de trabajo es de ocho en vez de cuatro, la mortalidad aumenta a un 31%.

La composición de la FTE en América Latina, exhibe que el país con mas alta proporción de enfermeras es México (61.5%) siendo Uruguay el de mas baja proporción (12.2%). En el Cono Sur, la proporción de auxiliares de enfermería varía en un rango de 62,3 en Argentina a 87,8 % en Uruguay. En la Zona Andina el rango va de 67,7 en Ecuador a 78,1 en Colombia y Centro América, Caribe Latino y México muestran la mayor disparidad yendo desde 39,5 % en México a 82,0 % en Guatemala. La media por sub-regiones es la siguiente: Cono Sur 77 % de auxiliares de enfermería, Región Andina 72 % y Centro América 70 %.

Este panorama indica que las necesidades de atención de enfermería a las poblaciones se encuentran predominantemente a cargo de personal con formación elemental. En tal sentido, en los últimos 20 años, los países de esta parte de las Américas han desarrollado iniciativas en favor de la calificación de la FTE que han mejorado estos indicadores en buena proporción, transformando en auxiliares de enfermería a un gran grupo de agentes que solo disponían de entrenamiento en servicio, en técnicos a un gran grupo de auxiliares de enfermería y en profesionales a otro gran conjunto de auxiliares y técnicos. Un estudio de la OPS/OMS (2004) indica que entre Argentina, Colombia, Guatemala, México, Nicaragua, Honduras y Venezuela profesionalizaron más de 20.000 auxiliares de enfermería en los últimos años llevándolos a enfermeros y que Brasil formó 115.000 auxiliares de enfermería que anteriormente eran asistentes sin educación formal. Estas iniciativas fueron movilizadas por líderes de enfermería de servicio, docencia y gremio, con la participación de Ministerios de Salud, Ministerios de Educación, organizaciones profesionales y académicas de enfermería, universidades y ONGs con el apoyo de organizaciones internacionales. La necesidad de garantizar la calidad de la educación, la complejidad de los procesos que estas iniciativas suponen y la capacidad variable de los países para sostenerlos indica que los mismos deben revisarse, recrearse y profundizarse.

En cuanto a las **condiciones de trabajo en enfermería**, se conoce que el trabajo hospitalario de enfermería es intenso en carga física y mental y extenso en horarios, particularmente en servicios de cuidados críticos. La jornada laboral de enfermería más difundida es de 8 horas diarias y 45 semanales con una variación de 6 horas diarias y 30 semanales a 9 horas diarias y más de 50 semanales. Las condiciones de trabajo de las enfermeras se caracterizan por sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, carga psicológica por el manejo de situaciones críticas. Es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para la salud. Investigaciones sobre salud ocupacional de las enfermeras reportan como principales problemas de salud identificados los osteomusculares y articulares, los producidos por lesiones con instrumentos cortopunzantes y las alteraciones del patrón de sueño.

Otros estudios muestran que el turno mañana expone en alta proporción a las enfermeras a sufrir heridas, golpes, caídas, radiaciones, electrocución, contacto y efectos de gases inflamables, quemaduras e inhalación de gases tóxicos. Mientras, el turno noche provoca cansancio excesivo, perturbación del sueño y de la visión, trastornos gástricos y digestivos, irritabilidad, desgano y abulia. El personal con mayor número de pacientes (más de 30) presenta más accidentes, los servicios de cirugía son los de más alto riesgo laboral, seguidos por los de clínica médica y pediatría; otros factores aumentan el riesgo laboral: la edad (45-50 años), los años trabajados (20 – 30), el doble empleo y otros.

Las carencias institucionales en recursos humanos y materiales, en suministros y mantenimiento oportuno de equipos que deterioran progresivamente los servicios de salud, en especial los públicos, generan insatisfacción en el trabajo. Estas condiciones son a menudo la causa de renunciadas al trabajo de enfermeras en hospitales. La insatisfacción de las enfermeras es una constante en diferentes investigaciones revisadas que documentan la tensión que generan las difíciles condiciones de trabajo en los hospitales.

El Estado fue el mayor empleador hasta las recientes reformas sectoriales cuando comienza a observarse un movimiento hacia las instituciones privadas; proliferan desde el decenio de los 90 contratos por servicios prestados y temporales y terciarización generalizada inclusive para el sector público.

Los **salarios** en general son bajos y variables por países: alrededor de los 100 dólares en Nicaragua y los 1.100 dólares en Costa Rica para una enfermera de hospital público. La media en los países indica que el salario es de 400 a 500 dólares mensuales para las enfermeras y un 30 % menos para las auxiliares de enfermería. La mayoría de las enfermeras goza de beneficios sociales y salariales: seguro médico, incentivos de distintos tipos como por zona geográfica desfavorable, por trabajo riesgoso, antigüedad, título profesional y otros. La demanda de las enfermeras por salarios justos recorre la América continental e insular. Por su parte, la masa salarial de los trabajadores del sector público de salud es objetivo central de los planes de equilibrio fiscal, al mismo tiempo que los niveles salariales provocan emigración a otras áreas, migración internacional y ausentismo, recambio y conflictividad.

MIGRACIÓN Y ESCASEZ DE ENFERMERAS

En el sector salud, la migración constituye un tema prioritario por las repercusiones sociales tanto en el sistema de educación que forma el recurso, como en el que presta servicios de salud. La migración obliga a enfrentar cuestiones como: política de migración, formación y utilización de los enfermeros, homologación curricular, reglamentación y control profesional, además de cuestiones que tocan con legislación laboral.

Agencias privadas de reclutamiento que cobran honorarios, intervienen cada vez más en las migraciones internacionales y algunas recurren a prácticas de dudosa ética y que pueden contribuir a la migración irregular, causando perjuicios a las personas migrantes.

En las agendas de programas de integración subregional, está previsto el desarrollo de conciencia ciudadana favorable a la integración. Sin embargo, las asimetrías en la educación en enfermería entre países muestran brechas en cuanto a modelos de formación, duración de estudios (3, 4 y 5 años), horas teóricas y prácticas (entre 3500 y 10000 horas) y exigencias tanto para el ingreso como para la obtención del título. Para ello se están implantando sistemas de control de calidad en las universidades, de homologación en el valor crédito académico, sistemas de acreditación y obligatoriedad de segunda lengua.

Algunas referencias informales sobre migración de enfermeras en América Latina muestran que es una constante aunque afecta en diverso grado a los países: los países de América del Sur presentan una migración menor que los de América Central, la migración se produce en buena medida al interior de la Región con mayoría de migrantes hacia Estados Unidos; España e Italia son países que atraen muchas enfermeras del Sur; algunos países de Centro América como Panamá y el Salvador forman enfermeras que luego emigran, a pesar de no contar con las suficientes cantidades en el país.

Un estudio realizado por Lowell contabilizó las enfermeras de América Latina inmigrantes en Estados Unidos, en base al análisis del censo y relacionó esas cifras con las cantidades totales de enfermeras en sus países de origen. Los resultados fueron alarmantes: mientras Argentina perdió el 2,3 % del total de sus enfermeras y Brasil el 2,8 % a favor de Estados Unidos, Guatemala perdió el 34 %, Honduras el 32,2 %, El Salvador el 60% y Panamá el 46,8 %. Otro análisis del Colegio de Enfermeras del Perú registra 5120 enfermeras emigradas a España, Italia y Estados Unidos en los últimos años. Esta cifra significa una pérdida del 15% de sus enfermeras: el 57,19 % emigró a Italia, el 35,86 % a Estados Unidos u el 6,95 % a España.

La crisis social y económica de muchos países ha tenido efectos importantes en las migraciones. Sin embargo, no existen estudios formales que permitan analizar en profundidad la dimensión del problema de las migraciones en América Latina por lo cual la OPS se encuentra preparando un estudio regional. Migración y escasez de enfermeras constituyen dos fenómenos estrecha aunque no excluyentemente vinculados, entendiéndose que éstos no constituyen sólo fenómenos de los países más desarrollados. Pero en los países de América Latina poco se habla de escasez de enfermeras. Situaciones diversas determinan que el término "escasez" no sea frecuentemente utilizado ni esté presente en las agendas de los sistemas y políticas de salud. Entre esas situaciones puede resumirse que:

- Se están recién iniciando estudios sistemáticos sobre oferta y demanda de enfermeras como en Colombia y Ecuador. La casi inexistencia de tales estudios, impide definir con precisión la escasez o sobre oferta de profesionales de enfermería.
- Existen países como Panamá y El Salvador, en los cuales el sistema educativo forma cantidades considerables de enfermeras aunque las mismas emigran rápidamente
- En otros países, aun cuando la producción de enfermeras es baja, las mismas no son absorbidas por los sistemas de salud en razón de la baja capacidad económica y de sustentabilidad de los mismos, tal el caso de Nicaragua.
- En la mayoría, la producción de enfermeras no alcanza a cubrir la demanda, de modo que no existe prácticamente desocupación en el sector. Esta condición ha aumentado en los últimos 10 años vinculada a programas de calidad de los servicios generados por la Reforma. Mientras tanto, se emplean cantidades de auxiliares de enfermería en nuevos puestos o en puestos de enfermeras convertidos, como en varias jurisdicciones provinciales en Argentina.
- En la mayoría de los países predomina la categoría auxiliar en la composición de la FTE. Este podría considerarse como un modelo elegido de provisión de servicios de enfermería; podría también considerarse como un estadio en la evolución de la profesionalización de la enfermería y por último, podría entenderse como una expresión de la poca capacidad económica de los países de afrontar el costo de personal calificado.

- La distribución desigual e inequitativa de personal de enfermería es una constante en América Latina, concentrándose las enfermeras en áreas económicamente más favorecidas, en zonas urbanas, en servicios hospitalarios mayormente públicos y de alta complejidad, en el sector educativo y en puestos de gerencia de enfermería. Se infiere así que las áreas desfavorecidas, zonas rurales, servicios comunitarios y atención directa a los usuarios, se encuentra predominantemente a cargo de personal auxiliar con educación elemental. Esto abre una vertiente de análisis ordenada a vincular la “escasez” de enfermeras con condiciones geográficas, económicas, políticas y laborales, entre otras

En cualquier caso, el problema de los desequilibrios en la generación, provisión y mantenimiento de personal de enfermería calificado constituye una situación estratégica a ser estudiada e informada, exige rigurosos y complejos análisis de contexto y se impone como una exigencia con el objeto de proveer a la toma de decisiones en materia de salud.

REGULACIÓN DEL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

En el aspecto regulatorio, los países de la región, han empezado procesos de acreditación de la educación en enfermería y de certificación profesional. Mediante convenios firmados entre grupos subregionales, se ha iniciado el establecimiento de estándares comunes para facilitar la movilidad académica estudiantil y profesional.

Los marcos regulatorios del ejercicio existen en muchos países contándose con legislación específica en enfermería. Sin embargo, los términos aprobados en la legislación aunque vigentes, no son comúnmente respetados ni vigilados por las instituciones de salud ni por las organizaciones profesionales de enfermería. El salario de las enfermeras, las jornadas laborales, el ámbito de sus responsabilidades están mayormente desregulados. Las condiciones de empleo se regulan en su mayoría por reglamentaciones nacionales y/o jurisdiccionales que comprenden a los trabajadores de la salud.

En cuanto a la regulación deontológica, el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras y el de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, constituyen marcos reconocidos por las enfermeras de todos los países de América Latina. A su vez, el Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR ha promulgado el suyo propio y se encuentra en ese proceso, el Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe. Es importante señalar, sin embargo, que los mecanismos de vigilancia de la ética profesional en enfermería son débiles y se encuentran poco instrumentados.

La regulación de la enfermería constituye una dimensión de significativa influencia en la estructura y dinámica de la FTE. América Latina exhibe un avance importante en materia de promulgación de leyes y normas que regulan la profesión, sin embargo, con igual énfasis, las enfermeras refieren que no existen suficientes mecanismos establecidos y en funcionamiento, de vigilancia de esas normas, tanto de aquellas cuya responsabilidad recae en el Estado, cuanto de las normas cuya vigilancia se encuentra a cargo de las organizaciones profesionales.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA

En América Latina la formación en enfermería comenzó a vincularse a las universidades en la década de los 30 del Siglo XX. Las licenciaturas se desarrollaron alrededor de los años 60; los post-gradados comenzaron con especialidades y maestrías en los 80.

La enseñanza en enfermería varía entre los países. El nivel universitario puede ser el más homogéneo de toda la Región, con dos o tres programas distintos: licenciatura, en el que se otorga un título de educación superior (en programas de 4 a 5 años); diploma (programas de 2 y medio a 3 años) y enfermería de nivel técnico (programas de 2 años). El panorama para el 2004 es heterogéneo en: denominación de las unidades académicas (facultad, escuela, programa, carrera, departamento), en tipos de programas, modalidades de formación (profesionalización de auxiliares y técnicos medios, reconversión de prácticos, complementación de licenciatura) y duración. Se reportan en 2004, 1792 programas de enfermería en los países de América Latina, de los cuales 988 son universitarios y 804 no universitarios. La mayoría de los países desarrolla cursos de auxiliares de enfermería en cantidad, regularmente vinculados a instituciones no universitarias, con requisitos de ingreso variados (primario completo, primer tramo de secundario y secundario completo) y de entre 6 y 18 meses de duración. Existen programas de bachilleratos técnicos (segundo tramo de la escuela media orientada a enfermería), denominados “técnicos medios” a diferencia de los “técnicos superiores” que exigen secundario completo.

Muchos programas de enfermería, continúan centrados en el modelo biomédico, aunque hace unos diez años comenzaron a transformarse incluyendo fuertes componentes de salud pública, ciencias sociales y centrados en los cuidados enfermeros.

El profesorado universitario de la mayor parte de escuelas en la región no tiene formación de post-grado. El difícil acceso a bibliografía actualizada y a revistas indexadas, por razones tanto físicas como de limitaciones en el dominio de una segunda lengua y la baja visibilidad de la producción intelectual de las enfermeras, son barreras para la modernización académica de los currícula y para aspirar a credenciales internacionales.

Con relación a los alumnos de enfermería, algunos estudios muestran que la matrícula en las universidades, los institutos y centros no universitarios y los programas de auxiliares de enfermería, se encuentra en aumento en los últimos 10 años; en Argentina, por ejemplo, la matrícula creció progresivamente hasta cuatro veces en algunas universidades, en El Salvador aumentó un 30 %. Lo mismo sucede con el número de egresados. Sin embargo, los líderes de enfermería indican que la producción de egresados no aumenta lo suficiente para cubrir la demanda de enfermeras.

Pero no toda la situación es negativa. Se cuenta también con importantes centros de formación con trayectoria y formación de docentes en niveles de postgrado, programas acreditados en Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México, de doctorado en seis países. Los antecedentes de los programas de postgrado en enfermería en la Región se aparecen en la década de los 30 del Siglo XX. La tradición en este nivel de formación la tienen los programas Estados Unidos y Brasil, este último con siete programas de doctorado; Venezuela, Chile, México, Argentina y Colombia. Las maestrías tienen más de 20 años y se dictan en escuelas con mayores desarrollos en investigación, con más del 40% de su profesorado con formación en maestría o doctorado. Buena parte de las escuelas universitarias ofrecen programas de especialización.

La regulación de la educación superior en enfermería es heterogénea en los países de América Latina, en cuanto a requisitos de admisión a los programas, duración, contenidos en la formación básica y profesional, orientaciones prácticas y competencias profesionales. Los procesos de acreditación de escuelas y programas de enfermería se han iniciado en muchos países de América Latina y están en su mayoría a cargo del Estado.

PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

La organización de la investigación en enfermería en grupos, líneas y centros de investigación es reciente, con excepción del Brasil y facultades de Venezuela y Colombia con mayor trayectoria. En el sistema de C&T tanto de Brasil como de Colombia son reconocidos grupos y líneas de investigación de enfermería y ellos, así como sus publicaciones y redes constituyen información disponible en la web.

La producción científica está fuertemente relacionada con la formación universitaria. específicamente la educación en post-grados que favorece la formación de investigadores y la constitución de masa crítica capaz de generar conocimiento nuevo. Un estudio sobre el Estado del Arte de la Investigación en Enfermería mostró que el mayor número de investigadores (52.8%) procede de la docencia.

La producción investigativa en enfermería se visibiliza desde los años 70 con la creación de diferentes medios de difusión como revistas, edición de libros y memorias de eventos científicos. La Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado un directorio libre de revistas científicas de enfermería de América Latina con el objeto de relevar su existencia y características, hacerlas accesibles, promover mejoras en su calidad científica y editorial y apoyar procesos de indexación internacional. El directorio cuenta con 65 revistas de enfermería editadas y en circulación. Se observa que se han fortalecido las publicaciones periódicas nacionales, en muchos países y especialmente en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba y México. No obstante la publicación internacional de alto rigor científico de investigaciones en español y portugués es aun débil, razón por la cual los aportes al conocimiento producidos en la región latinoamericana es prácticamente invisible. Los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería han jugado un papel importante en el estímulo al desarrollo investigativo y han promovido la creación de redes y la integración norte-sur, al igual que la participación de enfermeras en eventos nacionales e internacionales de diferentes disciplinas.

La producción y transferencia de conocimientos a través de la educación, representan dinámicas que participan de la estructura constitutiva de la fuerza de trabajo en enfermería. La condición esencial de esta determinación está dada en el aporte a los procesos de racionalización del saber, condición de la profesionalización de cualquier actividad humana. De modo tal que, si la educación y la investigación se potencian en todas sus dimensiones, contribuirán a acelerar y calificar los procesos de profesionalización de la FTE.

La explosión educativa y científica de la enfermería en esta parte del mundo en los últimos 20 años, ha aportado grandes avances, pero no lo suficientes como para formalizar una enfermería predominantemente profesional como lo hicieran otros países del mundo. La predominancia de la práctica no profesional de enfermería en América Latina y la ubicación de la mayoría de los profesionales en puestos de conducción y de enseñanza, constituyen señales de lo que falta aún por evolucionar y del papel central que tienen la ciencia y la educación en enfermería para la composición y dinámica de la fuerza de trabajo.

ORGANIZACIONES DE ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA

La enfermería en la Región de las Américas cuenta con un desarrollo de organizaciones profesionales amplio y activo. El estudio sobre *Panorama de las Organizaciones de Profesionales Trabajadores de la Salud en la Región de las Américas* de la OPS resalta que "esta categoría de profesionales es la única presente en todos los países de la Región e indica que los grupos de profesionales de enfermería muestran una tendencia a integrarse a estructuras internacionales, desarrollan activas campañas a favor de la dignificación de la profesión y enfrentan desafíos ante las demandas de mayor tecnificación de las organizaciones de personal no profesional". En su mayoría, estas organizaciones son parte del Consejo Internacional de Enfermeras y 19 de ellas integran la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

En el marco del análisis de temáticas y conflictos, el estudio señala que "enfermería es un recurso humano de alta demanda en los países desarrollados y a la vez enfrenta situaciones de precarización laboral, no obstante, estas organizaciones tiene un perfil menos beligerante que el resto. E indica que "las diferencias entre las organizaciones de licenciadas y los sindicatos de auxiliares de enfermería han sido motivo de conflicto. Esta es una tensión interna en la que parecen influir aspectos referidos a la cultura organizacional de cada agrupación y el temor a la competencia laboral de los auxiliares. Aparte de los temas que comparten con el resto, las organizaciones de enfermería parecen interesadas en aspectos de formación y calificación profesional y en la formación de nuevos recursos profesionales".

Un recuento de las organizaciones de profesionales de enfermería en América Latina permite señalar que: existen asociaciones nacionales de profesionales de enfermería en todos los países de América Latina, los auxiliares de enfermería organizan su propio sindicato o pertenecen a sindicatos generales de trabajadores de la salud; existen asociaciones de educación en enfermería en siete países de AL; existen tres organizaciones internacionales de enfermería en América Latina y grupos de integración regional; todas las organizaciones mencionadas participan de procesos intersectoriales de desarrollo, conjuntamente con organismos gubernamentales, entidades educacionales y organismos de cooperación internacional.

POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA

El intenso proceso de formulación de políticas y planes de desarrollo de enfermería en las Américas, no es un episodio puntual, en cambio, recoge la historia de desenvolvimientos de los últimos 20 años en que las organizaciones profesionales y académicas, las estructuras de enfermería de nivel de gobierno y de servicios y las agencias de cooperación internacional han confluido en un proceso sostenido de generación de iniciativas y desarrollos que han mudado la enfermería en la Región. La mayoría de esas iniciativas se llevaron a cabo en el marco de voluntarios y deliberados acciones de planificación e intervención con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de enfermería y contribuir a mejorar la atención de salud. En ellas han sido actores de importancia las fundaciones, los organismos internacionales, las asociaciones profesionales y académicas de enfermeras, las de educación en enfermería, los grupos de integración regional y los Centros Colaborativos de la OMS/OPS.

En décadas pasadas muchas escuelas participaron en programas y proyectos dirigidos a mejorar la cantidad y calidad de oportunidades de formación para el personal de enfermería. El desarrollo de 21 proyectos UNI promovió el liderazgo multidisciplinario. Similar papel jugaron los proyectos del Consejo Internacional de Enfermeras, con iniciativas para desarrollar la Clasificación Internacional de Diagnósticos, Prácticas y Resultados de Enfermería, mediante estudios en Brasil, Chile, Colombia y México y con el proyecto Liderazgo para el Cambio.

La cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud mediante el análisis del desarrollo de recursos humanos de enfermería, el apoyo al desarrollo de escuelas y programas de enfermería, la capacitación de líderes, profesores y expertos en salud internacional, el programa de libros de texto, las reuniones de expertos sobre problemas prioritarios, los estudios multicéntricos y el apoyo a la investigación y a su divulgación a través de los Coloquios Panamericanos, entre otras iniciativas, han hecho aportes al mejoramiento de la calidad de la formación en enfermería en América Latina. Los programas de profesionalización y de educación a distancia han hecho posible que ayudantes y auxiliares de enfermería logren mejorar su capacitación hasta obtener la licenciatura y ellos se han extendido por el continente.

Así, la capacidad de los programas educativos de enfermería en la región se ha expandido en forma amplia. Los programas de la formación de docentes, gerentes y líderes para el futuro, son una realidad. Se está comenzando a fortalecer la educación doctoral. Se han establecido centros bibliográficos y se publican series periódicas de enfermería. Se han generado procesos de mejora de la calidad del cuidado y de los servicios, de desarrollo de las estructuras de enfermería de nivel de gobierno, de liderazgo y reorientación de la educación básica y permanente.

Una singularidad es la conformación de grupos intersectoriales de decisión en enfermería en la mayoría de los países y las subregiones, que se han reunido para realizar análisis estratégicos, enunciar y promover políticas de enfermería y diseñar y gestionar planes de desarrollo. Pero una cierta debilidad se advierte: en varios países existe poca capacidad de vinculación de dichos planes a las políticas públicas y aparecen las dificultades para instalar las mencionadas propuestas en las agendas políticas del Estado. Un estudio de políticas sobre 19 países muestra áreas críticas y políticas de desarrollo que se recogen en el siguiente apartado.

GRANDES TEMAS Y DESAFÍOS

El futuro del cuidado de la salud en América Latina depende mucho del rol de las enfermeras. La enfermería ha obtenido grandes logros en los últimos 20 años, sin embargo, enfrenta dificultades complejas que se resumen en las siguientes áreas críticas y desafíos:

- *Análisis estratégico, políticas y planificación de recursos humanos de enfermería:* se requiere redoblar esfuerzos y agudizar ideas para ordenar los análisis hacia una visión estratégica de la salud, entender la capacidad de impacto de las enfermeras e intervenir políticamente a favor del desarrollo de las condiciones científicas, educativas, laborales y profesionales. La formulación de políticas es central para la constitución de una fuerza de trabajo de enfermería calificada y pertinente en América Latina.
- *Composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería.* La FTE se mantiene desbalanceada, escasa e inequitativa en función de las necesidades de salud. Los índices de enfermeras por habitantes son bajos y altos los de ayudantes y auxiliares, responsables por casi la totalidad del cuidado directo, hay pocas profesionales en atención primaria y las enfermeras ocupan puestos de gerencia, servicios de alta complejidad y baja cobertura y en instituciones educativas. Este modelo exige ser repensado y establecidos los criterios, las políticas y las estrategias para garantizar un cuidado de calidad. Los procesos de profesionalización de auxiliares y técnicos deben potenciarse y ampliarse y sus estrategias merecen tomarse en cuenta para transferirse a otro personal de salud.
- *Dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería:* la escasez de enfermeras en América Latina guarda relación con procesos como la movilidad poblacional creciente, las condiciones de desarrollo de los países, las políticas de recursos humanos en salud, los modelos elegidos de composición de la FTE, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y las dificultades en la educación de enfermeras, entre otros. Esto trae como consecuencia aumento de la migración, desinterés por cursar estudios de enfermería, pérdida de estudiantes y doble empleo, entre otros. Este aspecto requiere adecuar las políticas, mejorar las condiciones de trabajo, modernizar, calificar y administrar mejor los programas educativos y desarrollar programas multilaterales de administración de migraciones.

- *Gestión de recursos humanos de enfermería*: las siguientes cuestiones requieren revisión y esfuerzos de modernización: el fortalecimiento de la *planificación de recursos humanos de enfermería*; el *modelo organizacional* normativo de la enfermería y los sistemas de *dotación de personal y asignación* del trabajo que parecen poco adecuados a las necesidades. Es necesario idear nuevos métodos de gestión que beneficien el cuidado de salud, generen sentido profesional y mejoren las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras; los *estilos de educación en servicio* que se mantienen desarticulados de la práctica, requieren ser revisados y reorientados a propuestas que vinculen educación y trabajo para la mejora continua de la calidad de los servicios y estímulo y motivación a las enfermeras; las *condiciones de empleo y trabajo de las enfermeras*, en el marco de la flexibilización y precarización laboral, requieren urgentes medidas de abordaje en el sentido de salarios, jornada laboral, beneficios sociales, estímulos, apoyo al progreso y garantía de seguridad.
- *Los temas y desafíos en educación*: la educación juega un papel central en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de capacidad institucional en salud. Pero la educación en enfermería necesita transformaciones que se convierten en desafíos:
 - *El desafío disciplinar*. Los grandes desarrollos teóricos aun no se reflejan en la formación y la práctica. El desafío es desmedicalizar los programas de formación y generar evidencia de buenas prácticas de cuidado, divulgar el conocimiento y mostrar la diferencia entre ofrecer cuidados genéricos y cuidados profesionales enfermeros. El desafío disciplinar supone que los programas se basen en las necesidades de salud de las poblaciones haciendo énfasis en la salud pública y la atención primaria.
 - *El desafío pedagógico supone*: rediseñar los extensos programas tradicionales hacia otros con contenidos esenciales, pertinentes y accesibles, flexibles, de opciones múltiples y que articulen los distintos niveles e instituciones educativas; emplear pedagogías para adultos, que integren la teoría y la práctica y que promuevan el pensamiento crítico, la formación ciudadana y el trabajo interdisciplinario; idear estrategias de educación a distancia y virtual.
 - *El desafío político*, es la formación de ciudadanos. Se necesita formar enfermeras con capacidades para deliberar sobre lo público, formarse juicios políticos y comprometerse con la defensa de los usuarios, con el bienestar de las comunidades y aportar a la construcción de políticas públicas de salud y enfermería, para fortalecer el concepto de justicia sanitaria, superar la exclusión que enfrentan numerosos grupos poblacionales y garantizar atención calificada de salud para todos .
 - *En un mundo globalizado es necesaria la internacionalización en la formación de enfermeras*, en el marco de los procesos de integración regional; esto plantea el reto del trabajo en red y de convenios de cooperación internacional.
 - Tres aspectos de la *gestión académica*, son inaplazables en las agendas de las directivas universitarias y de las escuelas de enfermería: *calidad de la educación, la cobertura y la pertinencia*, aspectos todos que deben darse en el marco de una modernización de la gestión educativa para responder a demandas sociales.
- *Los temas y desafíos de la investigación en enfermería*: una dimensión central del desarrollo de la FTE es la investigación, pues es el proceso de racionalización del saber lo que nutre los progresos hacia la profesionalización y es por el conocimiento pertinente, singular y oportunamente entregado que una profesión adquiere relevancia social. El enorme progreso de la investigación en enfermería, sin embargo, necesita de un esfuerzo mayor que la aclare y posicione frente a las ciencias, al conocimiento universal y a la salud. Se requieren iniciativas y esfuerzos para: aclarar la finalidad y establecer la base ético-política de la investigación en enfermería, para definir el objeto de estudio de la enfermería y las líneas de investigación; para ampliar y profundizar métodos complejos de investigación y mejorar e incrementar las condiciones de realización y productividad de la investigación en enfermería.

La fuerza de trabajo en enfermería en América Latina enfrenta una compleja problemática integrada por condiciones de naturaleza y desarrollo de la propia enfermería, antiguos y persistentes problemas de recursos humanos, aquellos derivados de las Reformas y los devenidos de la globalización y sus consecuencias.

Una nueva política debe cubrir el amplio rango de actores, promover alianzas y establecer agendas estratégicas conjuntas para generar procesos de cambio dirigidos a intervenir planificadamente en el bajo nivel de profesionalización de la enfermería, en la inequitativa distribución de enfermeras por regiones e instituciones, en las riesgosas condiciones de trabajo, para modernizar los sistemas de gestión, idear mecanismos de administración de migraciones, potenciar la acción social de las organizaciones de enfermería y alinear la educación y la investigación a las necesidades de salud y desarrollo de los pueblos: sin enfermeras suficientes en calidad y cantidad, serán expresiones retóricas los Objetivos de Milenio y la Salud para Todos.

DOCUMENTO TEMÁTICO 7:

Los recursos humanos de enfermería en el África Subsahariana

Olive Kopolo Munjanja

Sarah Kibuka

Delanyo Dovlo

Resumen

Este documento se elaboró, a petición del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), como contribución a su serie de documentos destinados a tratar los problemas mundiales de los recursos humanos de enfermería.

En él se consideran diversos aspectos de los recursos humanos de enfermería y obstetricia en África, y se examinan los sistemas de formación y suministro; y los sistemas de contratación, retención, motivación y carrera profesional. Se investiga además la reducción del personal por la emigración y por el VIH/SIDA, además de otros factores y se hacen algunas recomendaciones acerca de la manera de avanzar, recurriendo a algunos ejemplos de experiencias de países. Estas experiencias, aunque a pequeña escala, prometen buenos resultados cuando se amplíen.

En la Sección primera se presenta una visión general y el contexto regional de la enfermería en el África Subsahariana y se señalan los factores que influyen en la capacidad de los recursos humanos de enfermería de los países para hacer frente a sus situaciones de salud. Algunos de esos factores guardan relación con la planificación, la gestión, la retención y la motivación de los recursos humanos de enfermería, y otros guardan relación también con la epidemia del VIH/SIDA.

Los datos disponibles se emplean para comparar los países de la región en cuanto a los coeficientes entre enfermeras y médicos y el número de ellos por cada 100.000 habitantes. En el documento se tratan diversos programas de formación y capacitación en algunos países del África Subsahariana. Se examina la regulación de la enfermeras y matronas y la importante función que esa regulación desempeña para resolver la escasez de los recursos humanos de enfermería ampliando los ámbitos de la práctica profesional y examinando de nuevo la combinación de capacidades. Se expone la función que desempeña el género en la enfermería y sus modos de influir en la situación de la enfermería y la participación de la profesión en los más altos niveles de adopción de las decisiones de política de salud. También se exponen las funciones que desempeña el sector privado en tanto que inversor en la preparación de las enfermeras y en la prestación de servicios basados en las enfermeras, y se dan ejemplos procedentes de algunos países de la región.

La Sección segunda se ocupa de los problemas y perspectivas de la profesión de enfermería. La escasez y la deficiente retención de las enfermeras se tratan en el contexto de los sistemas de salud de África. La emigración de las enfermeras factor de gran importancia, continúa y empeora en algunos países. Por ejemplo, en Zambia parece que están emigrando las enfermeras especialistas y enfermeras auxiliares. Se tratan los factores que contribuyen a esa emigración de las enfermeras. Estos factores se examinan en su relación con los problemas que plantea la reforma del sistema de salud en África. Los objetivos que persigue esa reforma en la mayoría de los países – mejorar la calidad, la eficiencia, la economía de costos, la cobertura y la equidad de la atención de salud – son problemas que no se resuelven fácilmente cuando persiste una importante escasez de trabajadores de salud y continúa la emigración.

El VIH/SIDA es un gran problema para la enfermería en África. La magnitud de sus consecuencias para los recursos humanos de enfermería no ha terminado de aparecer, y el estigma asociado con la enfermedad hace difícil obtener datos precisos acerca de las consecuencias que tiene para las enfermeras. Las conclusiones obtenidas de Kenia muestran que el VIH/SIDA afecta negativamente a los recursos humanos de enfermería al aumentar su carga de trabajo, agravar la enfermedad e incrementar el número de los pacientes, y hacer que los trabajadores de salud perciban una menor seguridad en el lugar de trabajo y se reduzca la productividad de las enfermeras

que enferman y han de ausentarse del trabajo. Las muertes de enfermeras han aumentado en medida importante en el último decenio y ello es imputable al VIH/SIDA. La falta de unos programas adecuados para el personal de salud en el lugar de trabajo pone de relieve la necesidad de intervenciones significativas, como el asesoramiento y la provisión de tratamiento contra el retrovirus para los trabajadores de salud, además de reforzar políticas más generales para la Prevención y la lucha contra las Infecciones.

En la Sección tercera se estudian las oportunidades y estrategias de política general y las consecuencias que las políticas macroeconómicas han tenido para el enfermería en África, y se identifican las posibilidades que los nuevos mecanismos de financiación pueden generar para los recursos humanos de salud si se incorporan a los Documentos de la Estrategia para la reducción de la pobreza y a las iniciativas mundiales de lucha contra las enfermedades. En la defensa y el desarrollo de la política estratégica todos los que interviene pueden desempeñar una función de gran importancia para resolver la crisis de la enfermería. Entre ellos se cuentan los organismos nacionales, internacionales y mundiales.

En la Sección cuarta, titulada "La necesidad de actuar", se ponen de relieve algunos de los principales sectores de actuación como, por ejemplo:

- Aumentar el número de enfermeras;
- Mejorar la productividad de los recursos humanos de enfermería;
- Mejorar la retención y gestionar la migración;
- Motivar a las enfermeras, matronas y demás trabajadores de atención de salud;
- Fortalecer el gobierno interno de la enfermería a través de los órganos reglamentarios y de las asociaciones de enfermería y obstetricia, fortaleciendo también las capacidades de liderazgo y de gestión de la enfermería;
- Abordar el VIH/SIDA y las cuestiones de bienestar que afectan a las enfermeras;
- Desarrollar y fortalecer los Sistemas de información sobre la gestión de los recursos humanos de salud.

Conclusión

Aun reconociendo que los problemas que se plantean para establecer y sostener los servicios de enfermería y obstetricia en África son enormes y están relacionados con dilemas de la macroeconomía y la política de salud, se llega a las conclusiones de que es posible invertir el sentido de la crítica escasez de enfermeras y matronas en los países del África Subsahariana abordando con eficacia los problemas. Se precisa un nuevo pensamiento sobre la asignación de los recursos y las inversiones en los costos iterativos de los requisitos de los recursos humanos de salud. Es necesario entablar consultas con las personas interesadas. Esto conllevaría una participación más amplia y el apoyo de los colaboradores, donantes y organismos internacionales para establecer las condiciones adecuadas y un entorno que permitan abordar los problemas y proteger a las poblaciones de los países del África Subsahariana.

Se precisan intervenciones urgentes para iniciar la inversión de la actual escasez de enfermeras; de lo contrario, quedará fuera del alcance de la mayoría de los países del África Subsahariana la consecución de las Metas de desarrollo para el milenio antes del año 2015.



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
www.icn.ch