



Documento
temático

7

Los recursos humanos de enfermería en el África Subsahariana

Copyright

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

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

ISBN: 92-95040-66-X

Documento
temático



Los recursos humanos de enfermería en el África Subsahariana

Olive Kopolo Munjanja

Sarah Kibuka

Delanyo Dovlo

Índice

| | |
|--|----|
| Agradecimientos | 7 |
| Noticia sobre los autores | 7 |
| Resumen | 9 |
| Introducción | 11 |
| Sección primera: Visión general y contexto de la Región del África Subsahariana | 13 |
| La carga de la enfermedad y las funciones de las enfermeras en la región | 13 |
| Comparaciones de los países de la región | 14 |
| Formación de las enfermeras | 15 |
| Reglamentación de las enfermeras y matronas | 18 |
| Género y enfermería | 19 |
| Funciones privadas en la enfermería | 20 |
| Sección segunda: Problemas y perspectivas de la enfermería en África | 22 |
| Los sistemas de salud en África y la enfermería | 22 |
| La escasez de enfermeras | 22 |
| El problema de la retención – movilidad de las enfermeras | 24 |
| El VIH/SIDA: Reto para la enfermería en África | 28 |
| Ampliar las intervenciones de salud: Problema para la práctica de enfermería y obstetricia | 31 |
| Sección tercera: Oportunidades y estrategias de política general | 33 |
| Macroeconomía de la salud: Consecuencias para la enfermería en África | 33 |
| Defensa y desarrollo estratégico de la política general | 34 |
| Funciones que desempeñan las organizaciones regionales | 34 |
| Sección cuarta: La necesidad de actuar | 36 |
| Recursos humanos de enfermería | 36 |
| Mejorar la productividad de los recursos humanos de enfermería | 37 |
| Gestión de la retención y la migración | 38 |
| Motivar a las enfermeras y matronas (y otros profesionales de salud) | 38 |
| El gobierno interno en la enfermería | 39 |
| Abordar el VIH/SIDA y otras cuestiones de bienestar que afectan a las enfermeras | 40 |

| | |
|---|----|
| Conclusiones | 42 |
| Anexos | 44 |
| Anexo 1: Estimaciones (OMS) del personal de salud por 100.000 habitantes en el África Subsahariana | 44 |
| Anexo 2: Estimaciones (OMS) del personal de salud por 100.000 habitantes, promedios | 45 |
| Anexo 3: Base de datos estadísticos sobre el personal de salud – África | 46 |
| Anexo 4: Categorías y formación de las enfermeras | 47 |
| Anexo 5: Categorías formación postbásica de las enfermeras especialistas | 50 |
| Anexo 6.1: Datos relativos a la capacitación y formación de enfermería: determinados países africanos | 54 |
| Anexo 6.2: Edad de entrada en la formación de enfermería (en % del total) en determinados países africanos | 55 |
| Anexo 6.3: Instituciones de formación de enfermería (en % del total), determinados países africanos | 56 |
| Anexo 6.4: Programas de enfermería disponibles (n=37) para determinados países africanos | 57 |
| Anexo 6.5: Cualificaciones más altas de las enfermeras docentes (en % del total), para determinados países africanos | 58 |
| Anexo 6.6: Tamaños de los grupos de clase de las enfermeras en determinados países africanos | 59 |
| Referencias | 60 |

Agradecimientos

Los autores desean dar las gracias a la Comunidad de salud del África Oriental, Central y Meridional por haberles dado la posibilidad de escribir el presente documento para el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Hacemos extensivo nuestro reconocimiento a todos cuantos, de una u otra forma, han facilitado información utilizada para recopilar el presente documento. Damos las gracias a Dan Malanga y Jennifer Kulubya-Karegyesa porque hicieron valiosas búsquedas de información y prestaron apoyo editorial.

Los autores y el CIE desean también expresar su admiración y aprecio por la contribución de Sarah Kibuka a la preparación de este documento y a la profesión de enfermería. Echaremos mucho de menos a Sarah.

Sólo los autores son responsables de los contenidos y de las conclusiones del informe.

Noticia sobre los autores

Olive Kopolo Munjanja, enfermera especialista, RM, BScN, MScN

Olive Munjanja es una enfermera-matrona especialista de Zambia. Tiene un título medio universitario en Enfermería y el de licenciada en Ciencias de la enfermería por la Universidad de Carolina del Norte, EE.UU. Sus especialidades son la Enfermería medicoquirúrgica y la Formación de enfermería. Ha sido profesora en la Universidad de Zambia en los programas de Diploma de enfermería. Está especialmente interesada en la política de recursos humanos y en las cuestiones del desarrollo.

La Sra. Munjanja ha sido Directora de los servicios de enfermería del Hospital Docente de la Universidad de Lusaka, Zambia; Directora ejecutiva de una organización no gubernamental de investigación y desarrollo, la Asociación de Zambia para la investigación y el desarrollo; y Asesora de salud, demografía y nutrición de la División de desarrollo en Lusaka, Zambia.

Desde 1997, trabaja en la Secretaría de la Comunidad de salud del África Oriental, Central y Meridional y actualmente es Co-coordinadora del programa de Desarrollo de los recursos humanos y creación de capacidades. Este programa hace también las veces de Secretaría del Colegio de Enfermería del África Oriental, Central y Meridional (ECSACON), Colegio de ámbito internacional.

La Sra. Munjanja es miembro de la Asociación de Enfermeras de Zambia y una de las fundadoras del ECSACON, del que también fue Vicepresidenta (de 1994 a 1996). Es miembro de la Iniciativa conjunta de aprendizaje sobre los Recursos humanos de salud de la Fundación Rockefeller, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además es miembro de Sigma Theta Tau, Sociedad internacional honorífica para las enfermeras.

Sarah Kibuka, Enfermera especialista, SCM, MTD, MScN

Sarah Kibuka fue enfermera matrona especialmente interesada en la formación y en la gestión de enfermería y obstetricia. Formada como enfermera especialista y matrona diplomada en el Hospital General de Newcastle, Reino Unido, tenía un Diploma de tutoría en Obstetricia de la Universidad de Makerere, Uganda, y un título de licenciatura en Ciencias de la enfermería de la Case Western Reserve University, Ohio, Estados Unidos de América.

Fue miembro y Presidenta de la Asociación de Enfermeras y Matronas de Uganda y miembro fundador y Presidenta del Colegio de Enfermería del África Oriental, Central y Meridional (1996 a 1998). La Sra. Kibuka trabajó en los sectores clínico y docente, en diversos niveles, en el Ministerio de Sanidad de Uganda. A partir de 1999, trabajó como Vice-coordinadora de Asuntos de enfermería en la Comunidad de Salud del África Oriental, Central y Meridional, radicada en Arusha, Tanzania.

Lamentablemente, Sarah Kibuka murió el 23 de febrero de 2005. Contribuyó en medida importante a la enfermería en Uganda y en la región del África Oriental, Central y Meridional. Muchos la echarán de menos.

Delanyo Dovlo, MB ChB, MPH, MWACP, FGCPs

Delanyo Dovlo es médico de salud pública y especialista en recursos humanos de salud, que se interesa por la emigración de los trabajadores de salud. Se formó como médico en la Escuela Médica de Ghana y tiene un título de licenciado en salud pública, de la Universidad de Leeds, Reino Unido. Es miembro del Colegio de Médicos del África Occidental y miembro fundador del Colegio de Médicos y Cirujanos de Ghana. Ha trabajado como Director de distrito, Director regional y Director nacional de recursos humanos en el Ministerio de Sanidad, en Ghana, y hasta hace poco era Consultor independiente de recursos humanos y de salud pública.

El Dr. Delanyo Dovlo es actualmente miembro de la Fundación Rockefeller, y de la Iniciativa conjunta Banco Mundial/OMS de Aprendizaje sobre recursos humanos, y es miembro también del Consejo editorial de la Revista internacional recursos humanos para la salud.

Desde agosto de 2004, está al frente de un proyecto de asistencia técnica a los Servicios de salud basados en la comunidad, del Consejo de la población, organismo internacional de salud radicado en Accra, Ghana, que cuenta con el apoyo del Organismo de desarrollo internacional, de los Estados Unidos.

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 las 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 intervienen 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.

Introducción

El presente documento se preparó, a petición del CIE, como contribución a una serie de documentos destinados a tratar los problemas de los recursos humanos de enfermería en todo el mundo. En él se pretende dar una visión general de los recursos humanos y de los problemas de la enfermería en la región del África Subsahariana. El informe se refiere principalmente a la profesión de enfermería que, en África, está frecuentemente muy integrada y vinculada a la obstetricia. Los problemas que se exponen afectan a la enfermería y a la obstetricia, si bien las referencias que se hacen se refieren principalmente a la primera. Cuando hay diversidades importantes, se hace la distinción entre las dos.

En los dos últimos decenios ha habido un importante deterioro de los indicadores de los servicios de salud en África. Sanders et al. (2003) comentaron el hecho de que en 17 de los 48 países de la región del África Subsahariana ha disminuido la esperanza de vida. Ello se ha debido en gran parte al efecto combinado de un resurgimiento de ciertas enfermedades transmisibles y a la aparición de epidemias de enfermedades no transmisibles. Además, la pandemia del VIH/SIDA ha contribuido evidentemente a la pesada carga de la enfermedad.

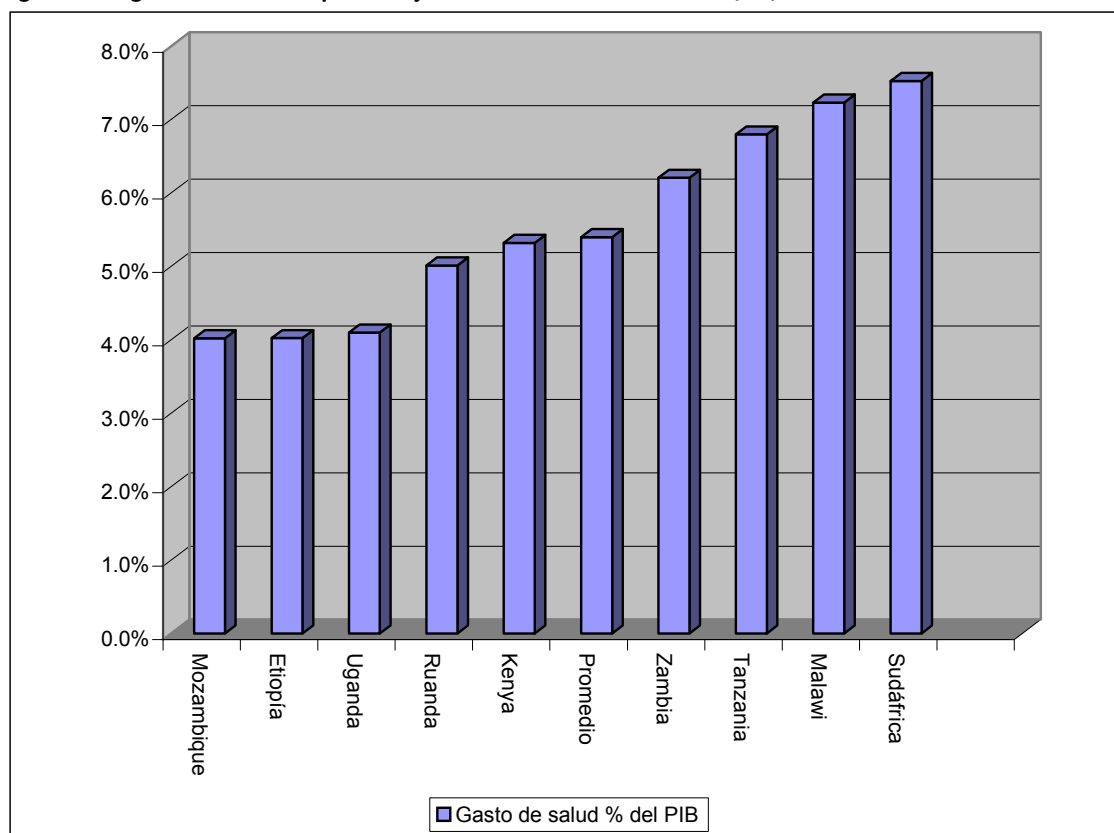
Sin embargo, un importante factor que viene a unirse a éstos y complica la situación es la escasez, sin precedentes, de profesionales de salud, especialmente enfermeras y trabajadores de nivel medio, que tiene el continente. En el presente documento se examina una serie de factores que causan la escasez observada. Entre ellos están los siguientes:

- La emigración de los trabajadores de salud de los países del África Subsahariana, principalmente hacia los países desarrollados;
- El limitado contingente de las nuevas enfermeras y demás profesionales de atención de salud que entran a formar parte de los recursos humanos en los países del África Subsahariana;
- Los deficientes sistemas de gestión de los recursos humanos de salud, que tienen las mismas ineficiencias que los sistemas de salud del sector público en la contratación, la distribución, la retención y la motivación;
- Se considera que la reducción del personal por el VIH/SIDA afecta actualmente en gran medida a los trabajadores de salud;
- Las limitadas oportunidades de avance profesional dan lugar a frustración y a que las profesiones de salud no se consideren deseables.

En África, las enfermeras constituyen una parte crucial de los recursos humanos de salud y son quizá el grupo que más personas ha de aportar para subsanar el déficit. Esto influye en las diversas funciones que ejercen, incluidas las de dispensadoras de servicios, colaboradoras (con otros profesionales) y defensoras (en apoyo de las necesidades de los clientes), y la función profesional que se precisa para organizar y regular la práctica y las normas de la profesión.

La crisis de los recursos humanos de salud proviene, en parte, de la situación macroeconómica en que se encuentran muchos países africanos, con niveles bajos de inversiones en el conjunto del sector de salud y su consiguiente incapacidad para prestar apoyo a los recursos humanos de salud. La petición de los países africanos de que se asigne a la salud el 15% de los presupuestos nacionales no se ha atendido, aunque se han producido algunos aumentos en ciertos países (Cuentas nacionales de Salud en el África Oriental y Meridional 2001). En la Figura 1 se ilustran los niveles de las inversiones de los gobiernos en salud, en algunos países africanos.

Figura 1: El gasto de salud en porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)



Fuente: Adaptado de las Cuentas nacionales salud en el África Oriental y Meridional: Análisis Comparativo (2001).

La crisis del VIH/SIDA presenta un enorme desafío a la enfermería y demás profesionales de salud en el continente. El incremento de la carga de trabajo, la percepción del riesgo profesional y, evidentemente, la considerable pérdida de recursos humanos que, según se piensa, produce la epidemia son causa de gran preocupación.

Con las oleadas de reformas del sector de salud y otras innovaciones de política general en esos países se ha evitado tratar los problemas de los recursos humanos de salud. No se ha abordado la crisis aun cuando las medidas están encaminadas a mejorar la eficacia de los sistemas de salud en la prestación de los servicios y a mejorar los indicadores del estado de salud. Actualmente se duda mucho de que los países de la región del África Subsahariana puedan hacer algunos avances en la consecución de las Metas de desarrollo para el milenio; especialmente teniendo en cuenta la escasez de trabajadores de salud en un continente que ya dispone de un menor número y densidad de trabajadores de salud que los demás continentes o regiones del mundo.

En este documento se examinan también diversos aspectos de los recursos humanos de enfermería y obstetricia en África, y se consideran los sistemas de formación y suministro, la contratación, la retención y la motivación de personal, con inclusión de los sistemas de desarrollo de la carrera profesional. En el documento se investiga también la pérdida de recursos humanos por la emigración y el VIH/SIDA, y otros factores a los que se enfrentan las profesiones. Se hacen recomendaciones sobre la manera de avanzar, basadas en ejemplos de los países, que, si bien son de pequeña escala, prometen buenos resultados cuando se aplique a una escala mayor.

Sección primera: Visión general y contexto de la Región del África Subsahariana

La carga de la enfermedad y las funciones de las enfermeras en la región

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), África tiene el 1,3% de los recursos humanos de salud mundiales y el 25% de la carga mundial de enfermedades (OMS 2004). Sanders et al. (2003) indican que ha disminuido la esperanza de vida en 17 de los 48 países del África Subsahariana y señalan el efecto combinado que sobre los recursos humanos ejerce la transición demográfica, la transición epidemiológica y la epidemia del VIH/SIDA. Todo esto se traduce evidentemente en una carga de trabajo que resulta insostenible, que afecta a la productividad y a la calidad del trabajo, y que hace que aumenten las frustraciones de las enfermeras y demás trabajadores de salud, lo que posiblemente les impulsa aún más para emigrar.

En la capacidad de los recursos humanos para hacer frente a la carga de la enfermedad influyen diversos factores que son básicos para la planificación, la gestión y la motivación de cualesquiera recursos humanos. La contratación y la entrada de nuevas enfermeras en los recursos humanos de la mayoría de los países de África han sido más bien limitadas, con la posible excepción de Sudáfrica. Las promociones formadas en las escuelas han sido poco numerosas, por lo que los países disponen de pocas enfermeras. Por otra parte, algunos países que aplican reajustes estructurales o atraviesan otras circunstancias financieras internacionales similares no han podido contratar enfermeras para los que son en gran parte recursos humanos del sector público, por restricciones presupuestarias. A esas restricciones vienen a unirse unos sistemas de gestión ineficientes y burocráticos incapaces de atraer personal directivo cuando lo necesitan y se les permite hacerlo.

Los recursos humanos de enfermería de muchos países del África Subsahariana se han visto limitados aún más por decisiones adoptadas en el sentido de suprimir personal asistente/auxiliar/sub-profesional. Se considera que con esto se ha suprimido una importante sección de apoyo de los recursos humanos, mientras que las economías y los sistemas de formación de esos mismos países todavía no pueden aumentar la formación del número necesario de enfermeras ni pagar a unos recursos humanos integrados en su totalidad por personas de nivel profesional. Otro aspecto de la situación ha sido el sensible aumento de la migración de las enfermeras y de otros profesionales de salud reconocidos en el plano internacional, lo que ha tenido repercusiones cuantitativas directas e indirectas en la calidad y productividad de los recursos humanos. El problema de la migración y la movilidad de las enfermeras se tratará luego más detalladamente. Otras pérdidas de recursos humanos provienen del aumento, bien documentado, de los índices de mortalidad del personal de enfermería en algunos países, especialmente entre los más duramente afectados por el VIH/SIDA.

En trabajos recientes hechos por la Iniciativa conjunta de aprendizaje se propone que, en promedio, se precisa una densidad de trabajadores de salud (enfermeras, matronas y médicos) de aproximadamente 2,5 por 1.000 habitantes para tener una cobertura adecuada de servicios de salud. La densidad media en África es de aproximadamente 1 por 1.000, la más baja del mundo y con importantes variaciones en todo el continente. El nivel es todavía más bajo si se excluyen de los datos los países más ricos, como Sudáfrica, Botswana, etc. Por ejemplo, se vio que la mortalidad materna es muy sensible a la densidad de los trabajadores de salud y mejoraba mucho más que la mortalidad infantil al aumentar los recursos humanos (Iniciativa conjunta de aprendizaje 2004). Estos análisis documentan la importancia que tiene aumentar el número de enfermeras para mejorar de manera sostenida el estado de salud de las personas en África.

La actual escasez de personal de salud en los países se agravan aún más por los grandes desequilibrios en la disponibilidad de enfermeras formadas. Generalmente disponen de más personal las zonas urbanas, las instituciones de salud del sector terciario y ciertos tipos de servicios que las zonas rurales, los suburbios urbanos y servicios tales como los tratamientos de psiquiatría y la tuberculosis. Recientemente se ha sugerido que la práctica de las matronas es ahora menos frecuente porque se percibe un mayor riesgo de exposición al VIH/SIDA por el contacto con la sangre durante los partos. Y, a decir verdad, los sistemas de salud de los países todavía están más orientados a los servicios clínicos, a pesar de que se afirma que lo están a la atención primaria de salud. La distribución de los profesionales – incluidas las enfermeras – refleja esta tendencia.

Comparaciones de los países de la región

La densidad de enfermeras en la región es generalmente baja aun cuando hay variaciones, pues países como Sudáfrica, Seychelles y Mauricio tienen unos coeficientes medios de enfermeras por habitantes mucho más elevados que los demás países de la región. La densidad de enfermeras en África ha fluctuado mucho en los decenios siguientes al de 1960. En varios países ha habido fluctuaciones en los casi cuatro decenios transcurridos entre 1960 y 1998. En realidad, las tendencias del número de enfermeras entre los recursos humanos en el caso de los seis países estudiados por la Oficina Regional para África, de la OMS (Región AFRO de la OMS) mostraban un descenso de hasta el 12% en un trienio (Awases et al. 2004). Uganda era el único país que había ampliado el número de sus enfermeras (Cuadro 1).

Cuadro 1: Tendencias del número de enfermeras en determinados países – Región AFRO

| País | Datos del año base | | Datos del año objetivo | | Variación porcentual |
|-----------|--------------------|--------|------------------------|--------|----------------------|
| Camerún | 6.000 | (1996) | 5.800 | (2000) | -3,33% |
| Senegal | 2.098 | (1993) | 1.871 | (2000) | -10,39% |
| Sudáfrica | 102.000 | (2000) | 89.831 | (2003) | -11,93% |
| Uganda | 2.673 | (1996) | 3.264 | (2000) | +10,89% |
| Zimbabwe | 8.662 | (1996) | 7.795 | (2000) | -10,00% |

Fuente: Awases et al.(2004).

Coeficientes entre enfermeras y pacientes y enfermeras y médicos

En comparación con los demás continentes, África ha producido en general más enfermeras y las ha utilizado para fines muy amplios, además de que sus enfermeras son la base de la labor principal y de las profesiones de salud. En cuanto a la combinación de profesionales, el coeficiente entre enfermeras y médicos en África es generalmente más elevado que en ninguna otra parte del mundo, y es, en particular, más elevado que en los países en desarrollo del Oriente Medio y del Sur de Asia (Cuadro 2). La relación entre enfermeras y médicos varía entre 2,5:1 en la República Centroafricana y 20:1 en Tanzania. Aun cuando ambas profesiones (médicos y enfermeras) emigran en número cada vez mayor, la creciente movilidad de las enfermeras puede comenzar a erosionar esta situación de mayor concentración de enfermeras y afectar de manera negativa a los ya azarosos indicadores del estado de salud del África Subsahariana.

Cuadro 2: Comparación de los coeficientes de enfermeras por médico

| Región | Coeficiente enfermeras por médico |
|----------------|-----------------------------------|
| África | 5,5:1 |
| Este de Asia | 4,5:1 |
| Europa | 2,4:1 |
| Sur de Asia | 2,3:1 |
| América Latina | 1,9:1 |

Fuente: División de Sistemas de Salud de AFRO: OMS (2004).

Desequilibrios internos

La distribución y la disponibilidad interna de enfermeras y demás profesionales de salud es un problema de cada país. Las zonas de los suburbios, de los alrededores y de los centros degradados de las ciudades están generalmente mal atendidas. Dentro de las zonas urbanas, las instalaciones terciarias de salud tienden a atraer a los trabajadores de salud más cualificados; a decir verdad, puede ser que determinadas disciplinas y servicios carezcan de atractivo para los dispensadores de atención de salud, por diversos motivos. La distribución de las enfermeras especialistas en el Servicio de Salud de Ghana favorecía a la región de Accra, donde reside el 18,5% de la población pero cuenta con los servicios del 30,9% de las enfermeras profesionales del país. Las tres regiones del Norte (más rurales en conjunto y generalmente muy pobres) contienen el 18,3% de la población, pero sólo el 15,6% de las enfermeras del país (Ministerio de Sanidad, Ghana, 2003).

Cuadro 3: Distribución de las enfermeras del Servicio de Salud de Ghana

| Tipo de enfermera | TOTAL | HQ | GAR | VR | ER | CR* | WR | AR | BAR* | NR* | UER* | UWR* |
|--|--------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Enfermeras profesionales | 4.320 | 28 | 1.333 | 305 | 647 | 345 | 353 | 410 | 221 | 287 | 202 | 189 |
| % | 100% | 0,6% | 30,9% | 7,1% | 14,9% | 8,0% | 8,2% | 9,5% | 5,1% | 6,6% | 4,6% | 4,4% |
| Población de las regiones | 18,4m | | 2,9m | 1,6m | 2,1m | 1,6m | 1,8m | 3,2m | 1,8m | 1,85 | 0,92m | 0,58m |
| % | 100% | | 15,8% | 8,7% | 11,4% | 8,7% | 9,8% | 17,4% | 9,8% | 10,1% | 5% | 3,2% |
| Personal total (TODO EL PERSONAL) | 26.193 | 544 | 4.835 | 2.999 | 4.130 | 2.382 | 2.322 | 2.832 | 2.199 | 1.851 | 869 | 1.230 |
| % | 100% | 2% | 18,5% | 11,4% | 15,7% | 9,1% | 8,9% | 10,8% | 8,4% | 7,0% | 3,3% | 4,7% |

Nota: No se incluye el personal de los hospitales docentes radicados en GAR y en AR. No se incluye el personal de CHAG (5969 en total). Las tres últimas regiones NR, UWR, UER son las más pobres.

Nota: Se precisan otros 5.280 funcionarios CHPS para 110 distritos. No se dispone de datos para CHAG y KBTH, sector privado.

* Regiones pobres.

Fuente: Servicios de Salud Ghana HRD-HRIS (2003).

Explicación de las abreviaturas del cuadro anterior y sus notas:

GHS = Servicio de Salud de Ghana

HRD = Dirección de Recursos Humanos

HRIS = Información de los Sistemas de recursos humanos

HQ = Sede

GAR = Región de la Gran Accra

VR = Región de Volta

ER = Región Oriental

CR = Región Central

WR = Región Occidental

AR = Región de Ashanti

BAR = Región de Brong Ahafo

NR = Región del Norte

UER = Región Nororiental

UWR = Región Noroccidental

KBTH = Hospital Docente de Korle-Bu

CHAG = Asociación Cristiana de Salud de Ghana

CHPS = Planificación y Prestación de Servicios de Salud Comunitarios

Formación de las enfermeras

La formación institucionalizada de enfermería y obstetricia en África comenzó con la prestación de asistencia auxiliar en los servicios de salud relacionados con la iglesia y las misiones. En África, la mayoría de los programas oficiales de formación comenzaron en el siglo XX y se intensificaron durante el periodo colonial, cuando en la mayoría de los hospitales se impartían programas de formación de enfermeras. En el África anglófona esta tendencia cambió cuando la formación de las enfermeras pasó gradualmente a asociarse a la formación de enfermería en colegios mayores y universidades, en el decenio de 1970.

De los primeros programas de formación salió un equipo de enfermeras de menor nivel, a las que generalmente se denomina "enfermeras auxiliares o asistentes" con unos requisitos de entrada generalmente limitados a la educación primaria y secundaria. Para la entrada en la formación de la enfermera profesional o enfermera especialista se requería haber terminado los estudios secundarios (12 años de educación básica) y tres años de formación profesional, que incluían un nivel profesional más elevado con una mayor profundidad teórica y científica.

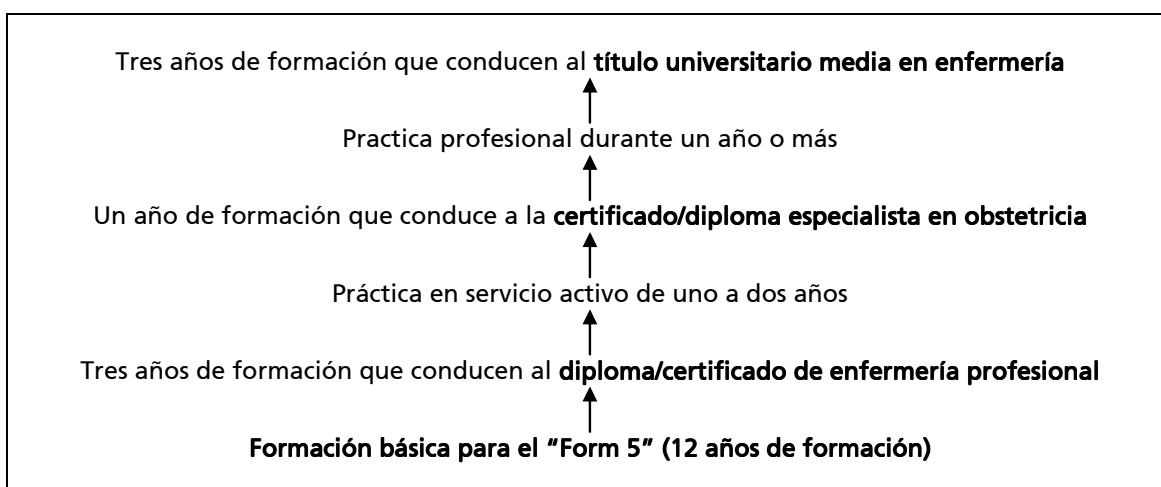
Los programas que ofrecían títulos universitarios en enfermería sugirieron después. Estos son generalmente de dos tipos:

- i. Un programa de formación al que se accede directamente y que tiene cuatro años de duración, para titulados de enseñanza secundaria, que conduce a un primer título universitario en enfermería.
- ii. Un programa postbásico, de dos a tres años de duración, para las enfermeras especialistas ya calificadas, que conduce a un título medio universitario en enfermería.

En general, las enfermeras formadas con un título, diploma o certificado de enseñanza postsecundaria, son enfermeras "especialistas" o enfermeras profesionales. Sudáfrica ha sido el primero de los países africanos que ha ofrecido programas de licenciatura y doctorado en enfermería, que son todavía bastante recientes y siguen siendo raros en la mayoría de los países del África Subsahariana. Los hospitales confesionales siguen impartiendo formación de enfermeras especialistas y auxiliares en muchos países africanos.

La siguiente Figura 2 muestra un ejemplo de formación de enfermeras en Zambia.

Figura 2: Proceso de formación de las enfermeras en Zambia – enfermeras especialistas (profesionales)



Nota: Las enfermeras pueden llegar a títulos de postgrado, Licenciatura, Doctorado, etc. generalmente obtenidos en el extranjero.

En algunos países se considera que la formación de enfermería y obstetricia es demasiado larga. Preocupa también la posibilidad de que haya exceso de formación por los numerosos programas que se superponen sin acreditación ni reconocimiento cruzados. En los anexos 4 y 5 se resumen los diversos formatos de la formación de enfermería vigentes en los países de la región, entre ellos diversos cuadros básicos, postbásicos y especializados de enfermería y obstetricia. Se observan algunas semejanzas de planteamiento entre los países anglófonos. También los países francófonos tienden a mostrar similitudes de planteamiento, si bien hay diversidades entre ambos grupos lingüísticos. Angola, país de habla portuguesa, es otro escenario diferente.

Después de dos años de trabajo, las enfermeras de la región pueden recibir formación postbásica y cierto nivel de especialización. Ese nivel de formación puede ser en la enfermería clínica, la formación, la administración y gestión, o la salud pública/de la comunidad y la enfermería psiquiátrica. En algunos países, se han implantado otras varias especialidades. Por ejemplo, Ghana tiene cursos postbásicos de psiquiatría comunitaria, enfermería oftalmológica, anestesia, enfermería de cuidados intensivos, enfermería de quirófano, y enfermería de otorrinolaringología.

En el África Subsahariana se considera en general que los planes de estudios de formación de las enfermeras y matronas se basan sobre todo en un modelo médico, y están demasiado occidentalizados para las necesidades de la enfermería y la obstetricia en África. Así pues, en varios foros comienza a presentarse el importante problema de que la enfermería y la obstetricia en África no han respondido adecuadamente al concepto de atención primaria de salud. La formación ha estado radicada en los hospitales y parece incapaz de dar satisfacción a las necesidades de salud de la comunidad. El equilibrio entre la formación teórica y la formación práctica también se ha puesto en duda y, si bien en algunos países están probándose ciertos planteamientos innovadores de la formación y el aprendizaje, sigue preocupando la manera en que la formación de enfermería puede hacerse más sensible a los aspectos culturales. Ngcongco (2004), Mogwe (2004) y Mpemi (2004) han examinado los modos de ampliar la función de las comunidades para formar a las enfermeras y matronas con programas basados en la comunidad y orientados a ella. El aprendizaje sobre la base de los problemas se ha adoptado en Zambia, por ejemplo, en previsión de que este método produzca titulados capaces de hacer frente más eficazmente a los problemas de sus países. En la siguiente Figura 3 se ilustra el método utilizado en Zambia.

Figura 3 - Zambia: Reforma de la formación de enfermería

Los gobiernos de Zambia y de Suecia tienen un proyecto en colaboración en el que participan el Instituto Karolinska de Suecia y las instituciones de Formación de salud de Zambia. Seis instituciones de salud cooperan con el Instituto Karolinska para fortalecer las capacidades de aquellas, éste concede becas, asistencia técnica y programas de intercambio para profesores y alumnos, además de materiales y equipos de docencia y aprendizaje, inclusive computadoras.

Gestionan el proyecto un equipo del Consejo general de Enfermería de Zambia, el Ministerio de Sanidad, el Consejo central de salud, y el Departamento de enfermería postbásica de la Universidad de Zambia, el Chainama Hills College de Ciencias de la salud y el Hospital Universitario de Lusaka. El programa de trabajo del proyecto consta de seis sectores multidisciplinarios y cada grupo se centra en uno de los sectores, de la manera siguiente:

1. Grupo para el Desarrollo de una metodología de docencia y aprendizaje basada en la solución de problemas.
2. Grupo de redactores, que prepara los materiales de docencia.
3. Grupo encargado de la determinación de las necesidades y la elaboración de los planes de estudios.
4. Grupo investigador.
5. Grupo de tecnología de la información.
6. Grupo encargado de libros y bibliotecas.

Fuente: Comunicaciones personales: Entrevistas del Consejo general enfermería de Zambia; Sra. Bertha Chipepo, Directora de formación y educación y Secretaria en funciones; Sra. Dorcas Phiri – Directora de normas y observancia (entrevistas mantenidas en 2004).

Otras tendencias

Oluyinka (2004) examinó recientemente la formación de enfermeras en África y en su informe se presenta un análisis interesante de los sistemas de información de enfermería de los países incluidos en la muestra. En 2002, en un documento de la Universidad de Natal, Centro colaborador de la OMS, se examinaba la situación de la formación de enfermería en África. De los 37 países de la muestra, 15 utilizaban el inglés como idioma de docencia en las escuelas de enfermería, 18 utilizaban el francés y 3 utilizaban el portugués. Entre las asignaturas de

formación primaria exigidas para entrar en la enfermería estaban las matemáticas, ciencias, biología e inglés o francés. El número y los tipos de las instituciones docentes eran desde escuelas radicadas en hospitales (62), e instituciones (16) y colegios técnicos y de formación superior (7) hasta universidades (14). Los programas de enfermería eran de los niveles básico, postbásico y de licenciatura, mientras que el tamaño de las clases oscilaba entre los 15 y más de 40 alumnos en los niveles de formación básicos. Se sugirió que, aun cuando el número de escuelas de formación era bastante importante, muchas de ellas necesitaban más docentes, especialmente con cualificaciones más elevadas. En el documento también se recomendaba revisar las políticas que restringían la entrada de candidatos aptos para la formación de enfermería y obstetricia, restricciones que tenían por efecto limitar el número de profesionales.

El Cuadro 4 ilustra el número de enfermeras especialistas en formación y las que terminan en algunos países del África Oriental, Central y Meridional.

| Países | Categoría | En formación (todas las clases) 2003 | Número de titulados | | | |
|------------|------------|--------------------------------------|---------------------|-------|-------|-------|
| | | 2003 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Mauricio | Enfermeras | 891 | 300 | 176 | 111 | 291 |
| | Matronas | 101 | 35 | N/D | N/D | N/D |
| Seychelles | Enfermeras | 99 | 20 | 26 | 31 | 25 |
| | Matronas | N/D | 16 | N/D | 15 | N/D |
| Tanzanía | Enfermeras | 2.400 | 500 | 550 | 550 | 600 |
| | Matronas | 5.200 | 1.200 | 1.200 | 1.250 | 1.300 |
| Malawi | Enfermeras | 147 | 49 | 10 | 91 | 20 |
| | Matronas | 612 | 164 | 169 | 169 | 389 |
| Uganda | Enfermeras | N/D | 435 | 341 | 542 | N/D |
| | Matronas | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Zambia | Enfermeras | 728 | 283 | 333 | 326 | 220 |
| | Matronas | 661 | 337 | 291 | 325 | 452 |

N/D = Dato no disponible

Fuente: Munjanja (2003).

Reglamentación de las enfermeras y matronas¹

La reglamentación de la enfermería en África hace las funciones habituales de colegiación, certificación y autorización. Estas tres funciones se hacen generalmente de manera conjunta, de modo que el sistema da satisfacción a las necesidades de los clientes y de los profesionales. La finalidad fundamental de regular la enfermería y la obstetricia es proteger al público. Recurriendo al ejemplo de los 14 países miembros de la subregión del África, Oriental, Central y Meridional, 13 tienen consejos de reglamentación de la enfermería que regulan conjuntamente la enfermería y la obstetricia. Comités independientes abordan las cuestiones específicas relativas a la enfermería o a la obstetricia, en forma de comités de formación y de exámenes, que trabajan en el marco de un Comité ejecutivo común al servicio de un consejo único.

¹ La información de esta sección se ha elaborado a partir de informes presentados a la Secretaría regional de la comunidad de salud del África Oriental, Central, y Meridional, Arusha 2004.

Entre los países hay algunas diversidades. Zimbabwe tenía inicialmente un Consejo de profesiones de salud único para todas las profesiones pero, en 2002 ha establecido un Consejo de enfermería y obstetricia separado. Por otra parte, Mozambique no tiene Consejo de enfermería.

Como era de prever, los consejos de enfermería y obstetricia son órganos jurídicos que se rigen por leyes del parlamento. Muchas de las leyes por las que se rigen la reglamentación de la enfermería y obstetricia en África se promulgaron hace muchos años, no han cambiado y puede ser que estén desfasadas de los requisitos actuales. Algunos países han revisado y modificado leyes caídas en desuso; tal es el caso de Zambia en 2001 (una antigua ley de 1972) y de Tanzania, que han formulado nuevas disposiciones para la renovación periódica de la autorización en contraposición con el registro de por vida. Sin embargo, en Seychelles, se mantiene un sistema de registro vitalicio.

Los mecanismos para determinar la pertenencia a los consejos son diversos. En Sudáfrica, por ejemplo los miembros del Consejo son elegidos por las enfermeras. En Zambia, el Ministro de Sanidad, en consulta con los interesados, nombra a los miembros del Consejo para un mandato de tres años y los miembros eligen después al presidente y demás cargos. Entre los nombramientos ha de hacerse el de un representante del público y un asesor jurídico. La mayoría de los consejos funcionan mediante subcomités formados por sus miembros y de los que también forman parte otras enfermeras o profesiones.

En general, los consejos en África han desempeñado funciones primarias relacionadas con lo siguiente:

- Decidir los requisitos que han de reunirse para entrar en la profesión.
- Certificar si los profesionales cumplen los requisitos y pueden ejercer la profesión.
- Inscribir a los miembros y renovar periódicamente el registro y la autorización, según se requiera en el país (generalmente cada año o cada dos años).
- Autorizar determinadas funciones y actividades de diversos organismos.
- Elaborar normas para los diversos elementos de la profesión (por ej. formación y práctica profesional).
- Inspeccionar los locales en que se ejerce la profesión para cerciorarse de que cumplen las normas establecidas.
- Gestionar las quejas y reclamaciones formuladas contra los profesionales.
- Someter a disciplina a los profesionales que quebrantan las normas y aplicar medidas correctoras.
- Colaborar con los interesados y con otros encargados de la reglamentación.
- Orientar una política y planificación dinámicas de la reglamentación (incluida la contratación y la formación).
- Investigar y vigilar las tendencias y los problemas de la enfermería y obstetricia.
- Armonizar la formación en todo el país y establecer las competencias centrales.
- Mantener datos e información sobre la situación de las enfermeras y matronas en el país.

Los consejos de enfermería y obstetricia son los encargados de regular la práctica profesional de todas las enfermeras y matronas, incluidas las enfermeras de los niveles subprofesionales de "auxiliar" y "asistentes".

Género y enfermería

Los recursos humanos de enfermería del África Subsahariana en los niveles de prestación de los servicios son predominantemente femeninos, pero en los altos niveles de la gestión y de la formulación de políticas, son claramente masculinos en muchos países. Sin embargo, en la mayoría de los países, apenas el 10% de los recursos humanos de enfermería son hombres. En Ghana en 1998, el 59% del personal de salud del sector público eran mujeres, en cambio sólo el 33% del personal de la sede del Ministerio de Sanidad era del género femenino. El 17% de los

médicos eran mujeres, frente al 87,4 % de enfermeras especialistas y el 90,2% de enfermeras auxiliares (Dovlo 1998).

El género del personal influye en su distribución y, por tanto, en el acceso a los cuidados dispensados por las enfermeras cualificadas. Por ejemplo, en las regiones pobres del norte de Ghana, se constataron unos coeficientes más bajos de personal femenino que en otras partes del país (un promedio del 49% cuando el promedio nacional era del 59%). En Camerún, Ngufor (1999) también señala la preponderancia de mujeres en los recursos humanos, pero sugiere que la cultura de la familia y del matrimonio limita la distribución de las mujeres trabajadoras de salud en el país. Sin embargo, se considera que la proporción de mujeres que prestan servicios en puestos de dirección y en la sede va en aumento actualmente en el sector de salud.

La proporción de los géneros entre los trabajadores de salud puede agravar los efectos del VIH/SIDA en los recursos humanos. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA 2004) indica que, en circunstancias normales, las mujeres corren un riesgo mayor que los hombres de ser infectadas con el VIH, por razones culturales y biológicas. Unos recursos humanos integrados principalmente por mujeres, en un país con alta prevalencia de VIH, significará probablemente que el número de personas con bajas por enfermedad, ausentes del trabajo o que mueran por el SIDA será proporcionalmente mayor que en el caso de unos recursos humanos equilibrados en cuanto a los géneros. En un contexto más general, las mujeres son también las principales dispensadoras de cuidados en los hogares y en las comunidades, y probablemente experimentarán más estrés en el cuidado de los pacientes de VIH/SIDA en su trabajo, en casa y en la comunidad.

Género y reformas del sector de salud en Uganda

"En las actuales propuestas de estrategia de recursos humanos del gobierno de Uganda las cuestiones de género no se abordan directamente sino que se insiste en que puede ser beneficioso para la mujer establecer estructuras de carrera profesional más abiertas. Las enfermeras auxiliares serán recalificadas como enfermeras especialistas/matronas para que puedan seguir dispensando cuidados de enfermería de nivel primario. Podrán desarrollar su carrera profesional en la enfermería de salud pública. Pueden ser recalificadas como ayudantes médicos (que hoy son principalmente hombres). Análogamente, los ayudantes de enfermería que se muestren eficaces pueden iniciar la formación de enfermera auxiliar aun cuando no tengan las cualificaciones de formación oficiales". (Standing et al. 2003:314).

Es claro que África ha de organizar sus recursos humanos de manera que se reconozcan las necesidades de desarrollo y de los entornos de trabajo del género predominante de los recursos humanos de salud, y de maneras que respondan a los problemas de género que se plantean en las comunidades y en el entorno de trabajo.

Funciones privadas en la enfermería

En la formación de las enfermeras, la participación del sector privado adopta diversas formas. En una de ellas, los estudiantes de las instituciones oficiales de formación están patrocinados de manera privada (especialmente en el nivel postbásico); en algunos casos, las escuelas están dirigidas por organizaciones privadas no gubernamentales, especialmente de carácter religioso (como sucede en Ghana). La evolución recientemente experimentada ante la actual escasez y la migración de las enfermeras ha abierto posibilidades lucrativas para el sector privado. Uno de los resultados ha sido el creciente interés del sector privado en la formación de enfermería, lo que tiene importantes consecuencias para la reglamentación y la acreditación destinadas a hacer que se cumplan las normas. En Uganda, está examinándose la formación de las enfermeras del sector privado. Están debatiéndose las cualificaciones para el ingreso en la enfermería, y el Consejo de Enfermería insiste en los requisitos básicos para la entrada en la formación de enfermera. Puede ser interesante tener en cuenta que las enfermeras auxiliares y asistentes, que pueden ser formadas en periodos más breves y cuyos requisitos de entrada son menos exigentes,

puedan convertirse en el personal más fácil de formar para abordar la actual escasez de enfermeras. Sin embargo, la mayoría de los dirigentes de enfermería son partidarios de que aumenten las inversiones para formar un mayor número de enfermeras especialistas, para conseguir que los servicios de enfermería estén bien dirigidos y supervisados por profesionales plenamente cualificados.

En el sector de la práctica de la enfermería, las leyes por las que se rige la enfermería en algunos países, (como Zambia) permiten que las enfermeras entren en la práctica privada.² En 2004, Zambia completó sus instrumentos jurídicos relativos a ámbitos de la práctica más amplios y las directrices para la certificación para hogares de convalecencia, los colegios privados de enfermería y obstetricia, los organismos de enfermería, y la práctica de la obstetricia.³

Asimismo, Sudáfrica permite a las enfermeras ejercer en la práctica privada. Sin embargo, el Consejo de Enfermería de Sudáfrica se limita a registrar a la enfermera o matrona, lo que permite que las enfermeras y matronas ejerzan su profesión en cualquier sector en que estén colegiadas. La enfermera que desee ejercer privadamente puede colegiarse en el Consejo de Financiadores de Salud, que expide un Número de Práctica Profesional.⁴ Establece las directrices para la práctica privada la Organización Democrática de Enfermería de Sudáfrica (ODES), que es una asociación de enfermeras. Por otra parte, Nigeria y Ghana, en el África Occidental, conocen desde hace tiempo la práctica privada de las enfermeras, y especialmente de las matronas. En Ghana, las matronas pueden dirigir casas de maternidad privadas, que deben registrarse ante "El Consejo privado para los hospitales y casas de maternidad" – órgano reglamentario.⁵

En la Ley de Enfermería vigente en Kenya no se prevé la práctica privada, si bien se ha presentado ya un nuevo proyecto de ley en que se permite. Sin embargo, las enfermeras de Kenya tienen sus propias prácticas privadas registradas al amparo de la Ley de Salud Pública. La enfermera ha de registrarse en el Consejo de Enfermería y tener al menos 10 años de experiencia laboral. El profesional en ejercicio ha de ser entrevistado por el Consejo de Enfermería y hacer que se inspeccionen las instalaciones en que ejerce, para poder obtener la autorización para registrarse.⁶

² Ley de las enfermeras y matronas de Zambia, de 1997

³ Msidi E (2005). Secretario – Consejo General de Enfermería de Zambia, entrevista telefónica, 20 de enero de 2005.

⁴ Ramadi G (2005). Vicesecretario – Consejo de Enfermería de Sudáfrica, entrevista telefónica, 20 de enero de 2005.

⁵ Dovlo D (2004). Especialista en Recursos Humanos, Ghana, comunicación personal: enero de 2004.

⁶ Maingi D (2005). Funcionario de enfermería encargado – Normas y ética en el Consejo de Enfermería de Kenya, comunicación personal, 20 de enero de 2005.

Sección segunda: Problemas y perspectivas de la enfermería en África

Los sistemas de salud en África y la enfermería

La profesión de enfermería en el África Subsahariana tiene muchas dificultades para fortalecer sus usos y costumbres y para satisfacer las enormes demandas de prestación de los principales servicios. Estos problemas se dan en muchos países en los cuales una situación de rápida evolución de las reformas del sector de salud va unida a unas necesidades económicas, presupuestarias y de eficiencia más fuertes de elaboración de políticas para satisfacer las exigencias de los organismos financieros internacionales. Además, los sistemas de salud del continente no han obtenido buenos resultados y siguen siendo muy frágiles en lo que se refiere a inversiones y gestión y carecen del tipo de logística y apoyo de la dirección que las enfermeras precisan para cumplir adecuadamente sus funciones.

Para que las profesiones de salud, especialmente las enfermeras, puedan participar en la elaboración de la política y en la preparación de los planes de salud, se precisan capacidades que no siempre han formado parte del espectro de competencias de las enfermeras veteranas – su preparación ha sido más bien para la gestión de los sistemas clínicos que para la elaboración de la política estratégica. Esto ha conducido a la impresión – o a la realidad – de que, en algunos países, las enfermeras quedaban excluidas de la reforma del sector de salud y de los procesos de elaboración de las políticas. La estructura de la administración de los servicios de salud adoptada en muchos países orientó a los encargados de la elaboración de las políticas de enfermería hacia funciones técnicas y profesionales aisladas, y las funciones profesionales de alto nivel quedaron limitadas, en la jerarquía de los puestos de salud, a las del Funcionario principal de enfermería o a las del Director de los servicios de enfermería.

La evolución de la enfermería titulada, con oportunidades futuras para los posgraduados, ofrece posibilidades de formar nuevos dirigentes de enfermería que participen más que antes en la adopción de las decisiones de alto nivel, especialmente en los países en que antes no existían esos títulos superiores. Antes, la falta de unas políticas y sistemas de planificación realistas de los recursos humanos en el sector de salud también contribuyó a situaciones en las que los intentos de las enfermeras de mejorar el estado de la profesión (por ejemplo, haciendo más exigentes los requisitos para la entrada en la formación de enfermería, o suprimiendo las categorías no profesionales como la de enfermera auxiliar) parecían ir en contra de los intereses estratégicos del sector.

La escasez de enfermeras

Uno de los principales problemas que se plantean en África es lo reducido del número de trabajadores de salud (incluidas la enfermeras) de que se dispone para la población, en comparación con los otros continentes. Se reconoce que hay escasez mundial de enfermeras pero, en ese contexto, la disponibilidad relativa de ellas, en cuanto a su densidad en relación con la población, es muy baja en África. Esto puede atribuirse a que son pocas las enfermeras que salen de las instituciones de formación; a las restricciones impuestas a la formación de grupos de enfermeras auxiliares o de asistentes de enfermería; además del reciente aumento de la contratación de enfermeras para trabajar en países más desarrollados.

Las tendencias de la disponibilidad de enfermeras en algunos países del África Subsahariana muestran claramente que el número de éstas es inadecuado para las poblaciones de esos países. Los datos de la OMS que figuran en el Anexo 1 indican que el coeficiente de enfermeras y médicos por 100.000 habitantes en los países subsaharianos es de 73,4 frente a 737,5 por 100.000 habitantes en los países desarrollados y 220,4 por 100.000 en otras economías emergentes. Las

principales excepciones de estas conclusiones se encuentran en algunos países de Asia, como la India y Vietnam, que tradicionalmente tienen más médicos que enfermeras.

En realidad, esta escasez probablemente tendrá consecuencias para la calidad de los cuidados prestados. Stone et al. (2004), comentando las condiciones de trabajo de las enfermeras, constataron que la escasez de personal, especialmente de enfermeras, es un factor importante que limita la capacidad de los hospitales para tratar los brotes infecciosos.

En el Cuadro 5 se ilustran las fluctuaciones, y en algunos casos los declives reales, del número de enfermeras en ocho países africanos de baja renta. Sólo en cuatro de los ocho países examinados aumentó el número de enfermeras en el pasado decenio.

Cuadro 5: Tendencias del número de enfermeras en ocho países de baja renta del África Subsahariana, 1960 – 1998. [Personal por 100.000 habitantes]

| País | 1960 | 1975-1977 | 1988-1992 | 1992-1998 |
|-------------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Burkina Faso | 22.9 | 22.1 | 24.6 | 19.6 |
| Camerún | 16.3 | 44.8 | 51.2 | 36.7 |
| República Centrafricana | 36.2 | 64.1 | 18.0 | 8.8 |
| Ghana | 18.4 | 119 | 36.4 | 72.0 |
| Kenya | 44.8 | 89.3 | 44.8 | 90.1 |
| Madagascar | 32.2 | 28.2 | 42 | 21.6 |
| Tanzania | 9.6 | 36.2 | 21.9 | 85.2 |
| Zambia | 10.1 | 51.8 | 54.0 | 113.1 |

Fuente: Kurowski (2003).

Como se señala en el Cuadro 1, en un estudio sobre la emigración realizado en 2004 la Oficina Regional Africana (AFRO) de la OMS (Awases et al. 2004) analizó el número de enfermeras en seis países. Sólo Uganda mostró un balance positivo en su número de enfermeras entre mediados del decenio de 1990 y los primeros años 2000.

Fue difícil obtener datos exhaustivos sobre el número de enfermeras formadas en las escuelas y programas de formación. Sin embargo, los datos de Ghana mostraban que el país formó enfermeras diplomadas especialistas (la única categoría que se formaba entonces) al ritmo de 409 enfermeras por año entre 2000 y 2003, cifra que correspondía a una nueva enfermera por cada 49.000 habitantes al año. Esta cifra representa aproximadamente la mitad del número de las enfermeras que buscaban su aprobación en cada uno de esos años para ejercer en el extranjero (Dovlo y Martineau 2004). Así pues, es sumamente difícil ampliar el número de los recursos humanos de enfermería, lo cual ha de repercutir en las infraestructuras, los lugares de la formación práctica, el equipo y los materiales de aprendizaje y, lo que es quizá más importante, en la disponibilidad de tutores formados y experimentados.

En análisis hecho por Kurowski's (2003) de los datos estadísticos del empleo de los trabajadores de salud en 183 países mostró que, de los 37 países con los niveles más bajos de enfermeras y matronas, 22 eran países del África Subsahariana. Según estimaciones, para que África llegue a alcanzar unos indicadores de salud similares a los avances experimentados en América Latina (considerando unos mismos niveles de disponibilidad de trabajadores de salud), se necesitarían unas 670.000 enfermeras y 720.000 médicos. Estas estimaciones tendrán enormes consecuencias para la formación y para el número de enfermeras y matronas en África. Sin embargo, aun en estas circunstancias, muchos países subsaharianos se han visto obligados a hacer un reajuste estructural y deben reducir los recursos humanos de salud y congelar el empleo en el sector público.

El problema de la retención – movilidad de las enfermeras

Un factor decisivo que contribuye a la escasez de enfermeras en África ha sido la emigración que, aun siendo un fenómeno antiguo, ha aumentado recientemente su importancia al haber crecido los números en medida muy significativa. La información recibida de los órganos reglamentarios de los países del África Oriental, Central y Meridional para este documento indica que sigue habiendo una importante migración de enfermeras hacia el Reino Unido, los Estados Unidos de América (EE.UU.), el Canadá y Sudáfrica. Entre los "20 principales" países de origen de las enfermeras que emigran al Reino Unido figuran nueve países del África Subsahariana y la tendencia muestra que el número de nuevas enfermeras colegiadas especialistas en el Reino Unido en 2002-2003 fue tres veces superior al de las colegiadas en 1998; es decir, en el breve periodo de cuatro años.

Cuadro 6: Enfermeras especialistas extranjeras colegiadas en el Reino Unido en 1998-2003 (no incluidas las provenientes de países de la Unión Europea)

| País | 1998-1999 | 1999-2000 | 2000-2001 | 2001-2002 | 2002-2003 |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| Australia | 1.335 | 1.209 | 1.046 | 1.342 | 940 |
| Botswana | 4 | - | 87 | 100 | 42 |
| Canadá | 196 | 130 | 89 | 79 | 53 |
| Ghana | 40 | 74 | 140 | 195 | 255 |
| India | 30 | 96 | 289 | 994 | 1.833 |
| Jordania | 3 | 3 | 33 | 49 | 18 |
| Kenya | 19 | 29 | 50 | 155 | 152 |
| Malawi | 1 | 15 | 45 | 75 | 57 |
| Malaysia | 6 | 52 | 34 | 33 | 27 |
| Mauricio | 6 | 15 | 41 | 62 | 60 |
| Nueva Zelanda | 527 | 461 | 393 | 443 | 292 |
| Nigeria | 179 | 208 | 347 | 432 | 524 |
| Pakistán | 3 | 13 | 44 | 207 | 172 |
| Filipinas | 52 | 1.052 | 3.396 | 7.235 | 5.594 |
| Singapur | 13 | 47 | 48 | 43 | 25 |
| Sudáfrica | 599 | 1.460 | 1.086 | 2.114 | 1.480 |
| EE.UU. | 139 | 168 | 147 | 122 | 89 |
| Indias Occidentales | 221 | 425 | 261 | 248 | 57 |
| Zambia | 15 | 40 | 88 | 183 | 135 |
| Zimbabwe | 52 | 221 | 382 | 473 | 493 |
| Total | 3.440 | 5.718 | 8.046 | 14.584 | 12.298 |

Fuente: Buchan y Dovlo (2004).

Si bien los datos sobre la emigración son difíciles de obtener de los países de origen, la verificación de las cualificaciones del país de origen, que se requiere para la inscripción profesional para trabajar en el extranjero, ofrece un modo indirecto de vigilar la migración. Los datos del Consejo de enfermeras y matronas de Malawi muestran que 478 del total de las 10.185 enfermeras (es decir, el 4,7%) solicitaron y recibieron esa verificación en el periodo comprendido entre 2000 y mediados de 2004. La verificación de los datos de Ghana mostró que 3.087 enfermeras trataron de salir del país entre 1998 y 2003. Sin embargo, el número de enfermeras formadas en ese periodo sólo cubrió el 56% del número de verificaciones solicitadas.

Cuadro 7: Registro de las verificaciones pedidas por las enfermeras de Malawi (2000-miados de 2004)

| País | 2000-2001 | 2002 | 2003 | 2004 | TOTAL |
|---------------|-----------|------|------|------|-------|
| Australia | SD | 0 | 4 | 0 | 4+ |
| Botswana | SD | 3 | 1 | 0 | 4+ |
| Canadá | SD | 1 | 0 | 0 | 1+ |
| Nueva Zelanda | SD | 5 | 1 | 0 | 6+ |
| Sudáfrica | SD | 7 | 2 | 0 | 9+ |
| R. U. | SD | 83 | 90 | 30 | 203+ |

| | | | | | |
|--------------|----|-------------|------------|------------|------------|
| Uganda | SD | 0 | 0 | 1 | 1+ |
| EE.UU. | SD | 3 | 10 | 5 | 18+ |
| Zimbabwe | SD | 1 | 0 | 1 | 2+ |
| Total | | 230* | 103 | 108 | 478 |

* Datos no desglosados por países

SD: Sin desglosar.

Fuente: Consejo de Enfermeras y Matronas de Malawi (2004).

Cuadro 8 – Autorización de las enfermeras de Ghana: destino por país y año

| País de destino | Número anual de solicitudes de verificación | | | | | | | Total | % del Total |
|--|---|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|-------------|
| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | | | |
| Canadá | 12 | 13 | 26 | 46 | 33 | 10 | 140 | 5 | |
| Sudáfrica | 9 | 4 | 3 | 2 | 6 | - | 24 | 1 | |
| Reino Unido | 97 | 265 | 646 | 738 | 405 | 317 | 2.468 | 79 | |
| EE.UU. | 50 | 42 | 44 | 129 | 81 | 80 | 426 | 14 | |
| Otros países | 4 | 4 | 8 | 8 | 5 | - | 29 | 1 | |
| Total: | 172 | 328 | 727 | 923 | 530 | 407 | 3.087 | 100 | |
| Salidas de la formación de enfermera generalista profesional | | | 386 | 486 | 357 | | | | |

Fuente: Consejo de enfermeras y matronas de Ghana, citado en Buchan y Dovlo (2004).

Cuadro 9 -. Zambia: Actas de Autorización para enfermeras y matronas (1997-2002)

| Destino buscado | Enfermera especialista | Enfermera auxiliar | Total | % |
|-----------------------------------|------------------------|--------------------|--------------|-------------|
| Consejo Sudafricano | 229 | 195 | 424 | 32.7 |
| UK NMC (UKCC) | 227 | 190 | 417 | 32.2 |
| Consejo de enfermería de Botswana | 130 | 62 | 192 | 14.8 |
| Nueva Zelanda | 58 | 28 | 86 | 6.6 |
| EE.UU. | 40 | 16 | 56 | 4.3 |
| Namibia | 23 | 15 | 38 | 2.9 |
| Zimbabwe | 17 | 9 | 26 | 2.0 |
| Australia | 20 | 3 | 23 | 1.8 |
| Canadá | 8 | 5 | 13 | 1.0 |
| Todos los demás países | 10 | 12 | 22 | 1.7 |
| Total | 762 | 535 | 1.297 | 100% |

Fuente: Archivos del Consejo general de enfermería (2004).

El ejemplo de Zambia recogido en el anterior Cuadro 9 muestra que también se da una importante migración dentro de África, especialmente entre los países del Sur de África. Si bien los números de las que pidieron autorización en Zambia fueron 1.297 en el periodo de seis meses anterior a 2002, un total de 1.009 enfermeras (844 enfermeras especialistas y 165 enfermeras auxiliares) pidieron autorización en el periodo de 18 meses comprendido entre enero de 2003 y junio de 2004.

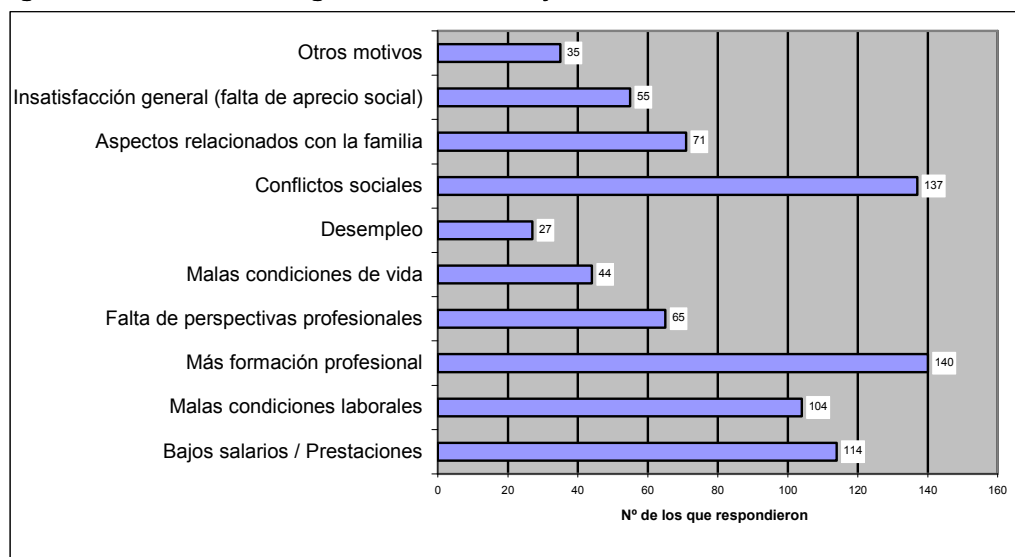
En África las enfermeras y matronas también han planteado sus dificultades y frustraciones, que han dado lugar a éxodos casi masivos. De estas frustraciones y dificultades ha quedado constancia en diversas reuniones, seminarios y estudios. Entre éstos merece especial mención el estudio hecho en 2003 por la Región AFRO de la OMS sobre la migración del personal de salud, en el que se pusieron de relieve los motivos aducidos por los trabajadores de salud para emigrar (Secretaría

del Commonwealth 2003, 2004; Secretaría de la Comunidad regional de salud del Commonwealth para los países del África Oriental Central y Meridional (ECSA) 2003, Dovlo 2003).

Los cuatro motivos más frecuentemente aducidos fueron:

- Necesidad de mayor formación profesional;
- Agitación/conflicto social;
- Bajos salarios/prestaciones; y
- Condiciones de trabajo deficientes.

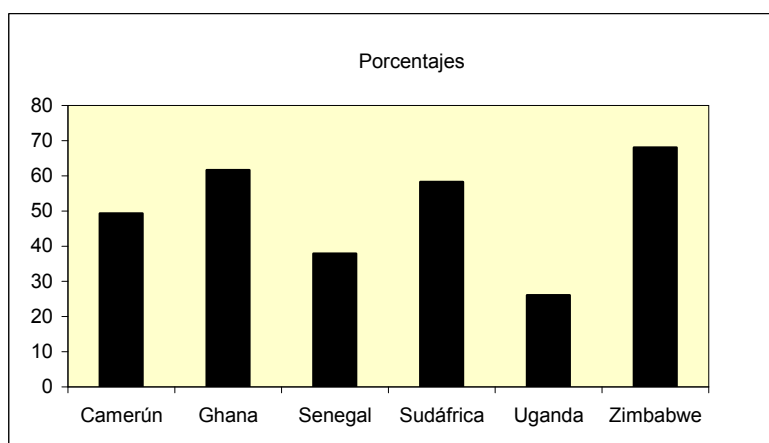
Figura 4: Motivos de la migración de los trabajadores de salud, 2003



Fuente: Migración del personal de salud de la Región AFRO de la OMS (2004).

La intención de emigrar sigue siendo muy fuerte entre los trabajadores de salud en toda África, como se desprende de los datos de autorización de los certificados y del estudio de la OMS sobre la emigración. Los trabajadores de salud indicaron cuáles eran los principales factores que les inducen a emigrar o a quedarse en el país, y que también son importantes en el caso de las enfermeras y matronas.

Figura 5: Trabajadores de salud que desean emigrar, 2002



Fuente: OMS-AFRO (2003).

Las consideraciones salariales fueron el tercero de los factores más frecuentemente citados por los trabajadores de salud, pero si se combinan con las "condiciones de trabajo deficientes" (cuarto factor) son motivos mucho más fuertes que las demás. Los niveles salariales y las disparidades entre las diversas profesiones forman parte de una compleja hipótesis de las motivaciones. En un informe de consultoría de la Secretaría del Commonwealth (Dovlo 1999) se ponían de relieve las diferencias entre las enfermeras y los demás profesionales de salud, y se mostraba que los salarios de las enfermeras eran considerablemente inferiores a los de los médicos, por ejemplo. Vujicic et al. (2004) hicieron una comparación más reciente de los niveles salariales en los países africanos utilizando una estimación de la paridad del poder adquisitivo en dólares EE.UU. (Figura 6).

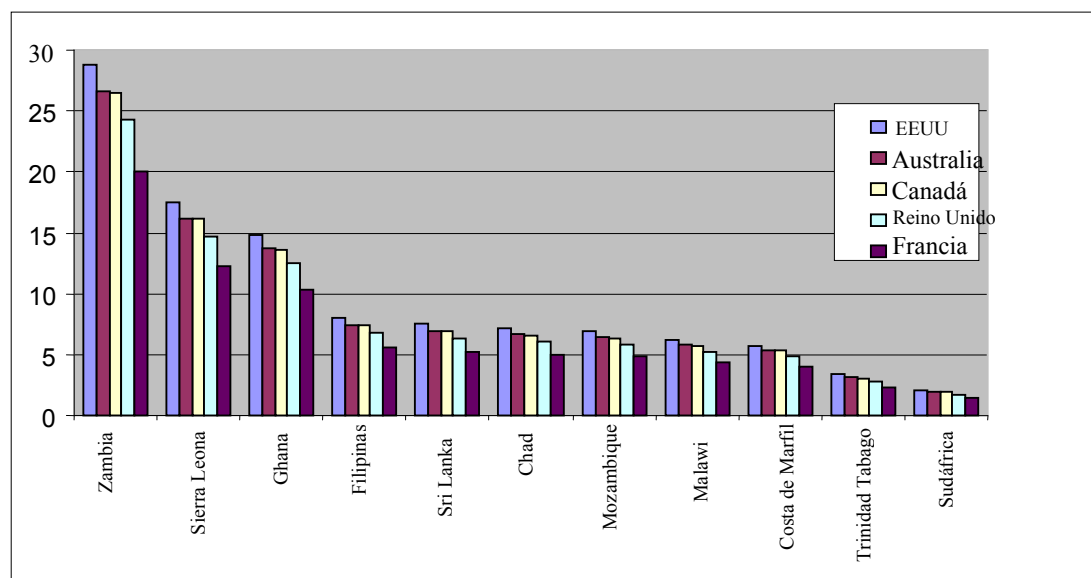
Figura 6: Comparaciones del poder adquisitivo de los salarios

| Países de origen | Salarios mensual \$ EE.UU. | |
|-------------------|----------------------------|---------|
| | Enfermeras | Médicos |
| Chad | 424 | 1050 |
| Costa de Marfil | 530 | 774 |
| Ghana | 206 | 473 |
| Lesotho | | 3379 |
| Malawi | 489 | 868 |
| Mozambique | 441 | 2826 |
| Namibia | | 2503 |
| Filipinas | 380 | |
| Sierra Leona | 175 | 228 |
| Sudáfrica | 1486 | 2836 |
| Sri Lanka | 407 | 1329 |
| Trinidad y Tobago | 913 | 1514 |
| Uganda | 38 | 67 |
| Zambia | 106 | 425 |
| Países de destino | | |
| EE.UU. | 3056 | 10554 |
| Reino Unido | 2576 | 7676 |
| Francia | 2133 | 5120 |
| Canadá | 2812 | 8472 |
| Australia | 2832 | 5438 |

Fuente: Base de datos de la OMS salarios de los dispensadores de salud. Citado en: Vujicic et al. (2004).

La otra cuestión relacionada con los salarios, tomada de Vujicic et al. (2004), es la diferencia que hay entre los países de origen y los países de destino de la migración, entre los que Zambia, Sierra Leona y Ghana muestran las diferencias más acusadas entre sus salarios y los de los principales países receptores; Sudáfrica, Costa de Marfil y Malawi muestran los índices más bajos. Sin embargo, hay que señalar que las intenciones de movilidad en Sudáfrica son casi tan altas como en Ghana, según el estudio de la OMS.

Figura 7: Relación de los salarios de las enfermeras (Comparación del poder adquisitivo salarial en \$EE.UU.) entre el país de destino y el país de origen



Fuente: Vujicic et al. (2004).

La solución del problema de la migración y de los demás factores causantes de la escasez de trabajadores de salud en África contribuirá a alcanzar importantes metas de salud, como las Metas de desarrollo para el milenio, y a aplicar la iniciativa 3x5 de la OMS para el tratamiento contra el retrovirus. África está ya muy por debajo de la densidad de trabajadores de salud (2,5 por 1.000 habitantes) que se necesita para satisfacer los principales requisitos de prestación de servicios, especialmente para combatir la mortalidad materna, para la que es más importante la disponibilidad de enfermeras, matronas y médicos. El constante abandono de recursos humanos de servicios de salud de los países subsaharianos es uno de los problemas más acuciantes que se plantean al sector de salud.

El VIH/SIDA: Reto para la enfermería en África

Los efectos del VIH/SIDA en los recursos humanos de enfermería y obstetricia han sido múltiples y complejos y, sin una intervención adecuada, afectarán muy negativamente a la prestación de los servicios de salud. Además de tener que hacer frente a una mayor carga de trabajo y a grandes necesidades de cuidados intensivos, los pacientes del VIH, las enfermeras y las matronas han de enfrentar a los efectos directos que el VIH tiene en el personal de enfermería y obstetricia, como una mayor frecuencia de la enfermedad y un mayor número de muertes. Las consecuencias del VIH/SIDA influyen de manera compleja y crecientemente negativa en la salud de los recursos humanos. La fuerte carga de trabajo produce cansancio y frustración, lo que quizá hace que aumente la migración. Puede ser que el miedo a la exposición profesional esté frenando el número de personas que entran a formar parte de los recursos humanos y alentando a los miembros actuales a que abandonen. Se sospecha que el cansancio relacionado con la carga de trabajo y la intensidad de los cuidados requeridos son causa de un ausentismo creciente, y que las infecciones entre los trabajadores de salud han producido un número importante de enfermedades y de muertes entre las personas cuya tarea consiste en ayudar a la población en general a luchar contra la epidemia. Ya en 1994, Buve et al. demostraron en Zambia que las tasas de mortalidad de las enfermeras de dos hospitales habían pasado del 2 por 1.000 en el periodo 1980 - 85 a 26,7 por 1.000 en 1989-91. Tawfik y Kinoti (2003) señalan, a partir de las proyecciones del Banco Mundial, que un país con un índice de prevalencia del 15% de adultos seropositivos puede perder cada año por causa del SIDA entre el 1,6 y el 3,3% de sus dispensadores de atención de salud. Según estimaciones de estos autores, el ausentismo puede

absorber hasta el 50% del tiempo de un trabajador de salud que viva con el SIDA, en el año final de su vida. En Botswana, se ha calculado que si, en promedio, el trabajador de salud infectado perdiera 60 días de trabajo al año, esto comportaría para el sector público la pérdida de 23.000 días/persona en 2003 solamente (Abt Associates Sudáfrica Inc. 2000)

Pocos países del África Subsahariana han instalado programas para tratar las necesidades que los trabajadores de salud tienen de asesoramiento, apoyo y tratamiento del retrovirus,. La Asociación de Enfermeras de Zambia colabora con la Asociación de Enfermeras de Noruega en un proyecto para las enfermeras y matronas, sobre el VIH/SIDA, destinado a cuidar a los que cuidan. El proyecto se centra en los seis aspectos siguientes:

1. Conocimiento del VIH/SIDA.
2. El VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
3. Asesoramiento voluntario y pruebas.
4. Cuidados y apoyo.
5. Prevalencia e incidencia del VIH.
6. Cuidados a los pacientes.

El Consejo Internacional de Enfermeras y la empresa farmacéutica Boehringer Ingelheim, que suministra el Nevirapine, han formado recientemente esta colaboración.⁷ Es una de las pocas iniciativas destinadas a suavizar las repercusiones que tiene el VIH/SIDA en los recursos humanos en los países de alta prevalencia, Zambia en el caso presente: se trata de una iniciativa necesaria para reducir la pérdida de recursos humanos y mejorar la productividad de los profesionales de salud. Con la iniciativa mundial de la OMS para tratar con medicamentos retrovirales a 3 millones de personas antes de 2005 (Iniciativa 3x5), el Programa presidencial de urgencia para el alivio del SIDA (PEPFAR) y otros programas mundiales contra el SIDA aumentará en medida importante la carga de trabajo del personal de salud y se reducirá el número de las enfermeras disponibles para la prestación de servicios diarios no relacionados con el VIH.

La ausencia casi total de programas sobre el VIH/SIDA para los recursos humanos de salud en la mayoría de los países subsaharianos complica aún más la situación de las enfermeras y matronas en esta epidemia. El miedo al VIH/SIDA afecta a los trabajadores de salud y el estigma con él asociado ha hecho que no se comuniquen todas las lesiones, por ejemplo las heridas por agujas, que sufren la enfermeras y matronas.

Las lesiones por agujas entre los trabajadores de salud

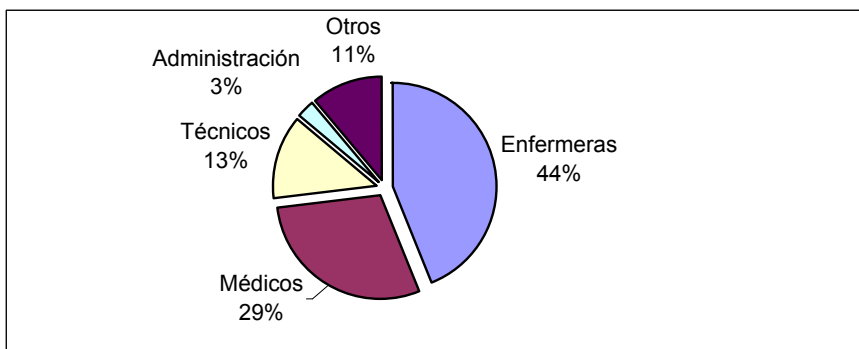
En un debate sobre las lesiones por agujas, celebrado en Ciudad del Cabo en octubre de 2004, en un seminario sobre la seguridad de los trabajadores de salud, los participantes indicaron que casi una cuarta parte de ellos había experimentado una lesión por aguja durante su carrera de enfermera, matrona o médico. Sólo dos de cada seis personas habían comunicado la lesión. Una de ellas comunicó las frustraciones que sufrió porque no se tomó ninguna medida, aunque esto había sucedido hacía varios años.

Fuente: Secretaría de la Comunidad regional de salud del África Oriental, Central y Meridional (Octubre de 2004).

La importancia de los programas de protección profesional para los trabajadores de salud es aún mayor en la época del VIH/SIDA y esos programas deben integrarse en los Programas de prevención y lucha contra las infecciones. En un estudio realizado por la OMS (2003) se indicaba que aproximadamente en el 5% de los casos el VIH/SIDA se transmite por lesiones profesionales, y las enfermeras y matronas en África corren el riesgo de exposición a sangre y fluidos corporales infectados, durante su trabajo.

⁷ Ngandu O (2005). Director, Proyecto de lucha contra el VIH/SIDA, para las enfermeras y matronas, Zambia. Entrevista telefónica: 4 de enero de 2005.

Figura 8: Exposición a la sangre y los fluidos corporales, por categorías de personal



Fuente: Instituto nacional de salud y seguridad profesional contra las nuevas enfermedades infecciosas (2004).

Las repercusiones del VIH/SIDA en los sistemas de salud de los países se han estudiado en algunos de éstos en las iniciativas regionales destinadas a reunir datos sobre sus efectos y apreciar mejor las consecuencias que la epidemia tiene para el sector. En uno de esos estudios sobre Kenya, encargado por la Comunidad de Salud del África Oriental, Central y Meridional (2003b), se ponen de relieve algunos de los problemas de recursos humanos, que se plantean (véase el recuadro siguiente).

El estudio de Kenya

En un estudio hecho en 2003 – 2004 por la Comunidad de Salud del África Oriental, Central y Meridional y SARA-AED*, se evaluaban las consecuencias del VIH/SIDA en los recursos humanos de salud de Kenya. Según datos del Ministerio de Sanidad de este país, el número de trabajadores de recursos humanos de salud disminuyó de 50.504 en 1996, a 45.964 en 1999 y a 43.270 en 2001. En 2003, había 1,75 millones de kenianos que vivían con el VIH/SIDA (Programa nacional de Lucha contra el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual). El sistema de salud está tratando por todos los medios de hacer frente a nuevas y crecientes presiones, como las siguientes:

- **Bajas de personal:** Muertes, dimisiones y otros factores han dado lugar a escasez de trabajadores de salud, especialmente de profesionales clínicos.
- **Ausentismo:** El ausentismo del personal de salud es un problema crónico: su promedio general es del 15%, ya que muchos trabajadores han de ocuparse de las enfermedades propias o de los miembros de su familia, o asistir a funerales.
- **Trabajo relacionado con el SIDA:** Las admisiones hospitalarias han aumentado de manera sostenida desde 1996: aproximadamente la mitad de los casos tienen relación con el VIH/SIDA. Además de que ha aumentado el número de pacientes, los casos relacionados con el VIH/SIDA son más complejos, necesitan estancias hospitalarias más prolongadas y, a pesar de los denodados esfuerzos de los pacientes y de los trabajadores de salud, es más probable que el resultado final sea la muerte.
- **Otros servicios:** El equipo actual de los trabajadores de salud ha de contribuir cada vez más a servicios relacionados con SIDA tales como el asesoramiento y pruebas voluntarias y la formación de los miembros de las familias para que impartan cuidados a domicilio.

Las muertes representan un porcentaje relativamente pequeño del total de los trabajadores que abandona los servicios, pero ese porcentaje ha ido en aumento en el último decenio. El Ministerio de Sanidad comunicó 486 muertes entre 1996 y 2001, y el número más elevado de ellas tuvo lugar en 1999 (189) y 2000 (198). Se comunicó que habían muerto más de 200 enfermeras y 56 miembros del personal clínico, si bien no se comunicaron las causas de las muertes. No obstante, más de la mitad de los fallecidos tenían edades comprendidas entre los 30 y los 44 años. En la evaluación se consideraron 327 muertes ocurridas entre 1996 y 2002 en las instalaciones consideradas. De los 170 casos para los que se citaba una causa de muerte, el 45% de las muertes fueron por SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, como la neumonía, tuberculosis, diarrea crónica e inmunodeficiencia. Así pues, el índice de infección de la población de trabajadores de salud por el VIH/SIDA refleja el índice de la población general.

* SARA-AED: Apoyo al análisis y a la investigación en África – Academia de Desarrollo de la formación

Es interesante señalar que, por los registros de África, parece haber muy poco riesgo de que el personal de salud contraiga el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. Sagoe-Moses et al. (2001) señalan la paradoja de que el 70% de los casos de VIH/SIDA se dan en el África Subsahariana y a esos países corresponde solamente el 4% de la exposición profesional mundial, en cambio, en los países industrializados se da otro 4% de los casos de VIH cuando a estos países corresponde el 90% de las infecciones profesionales por VIH en el mundo.

Los países miembros del Colegio de Enfermería del África Oriental, Central y Meridional (ECSACON) hicieron una serie de análisis de la situación en 1999 - 2000, según consta en documentos no publicados de esos países. Esos análisis revelaron que algunos países no tenían prevención de la infección ni políticas y directrices de lucha contra ella y en los países en que había esas políticas y directrices, tampoco se aplicaban. Probablemente hay entre los trabajadores de salud cierta tendencia a no comunicar su exposición profesional a la sangre infectada, por miedo a verse estigmatizados si se les somete a pruebas y resultan seropositivos. También es improbable que la vigilancia y la comunicación de la exposición profesional sean bien aceptadas por las enfermeras y demás trabajadores de salud, si no hay una política de profilaxis, tratamiento o compensación después de la exposición.

Ampliar las intervenciones de salud: Problema para la práctica de enfermería y obstetricia

Tres de las Metas de desarrollo para el milenio están directamente relacionadas con la salud: la reducción de la mortalidad infantil; el mejoramiento de la salud materna; y la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. La adopción de estas metas, con las crisis de salud en África y otras partes del mundo, ha dado lugar a diversas iniciativas mundiales y a acuerdos de financiación destinados a incrementar las intervenciones de salud y alcanzar los objetivos de las Metas de desarrollo para el milenio antes de la fecha prevista de 2015. Entre estas iniciativas figuran el Fondo mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo; la Alianza mundial para las vacunas y la inmunización; el Fondo para las vacunas; Reducción del paludismo; Alto a la tuberculosis; la Iniciativa 3x5 de la OMS; el Programa presidencial de urgencia para el alivio del SIDA (PEPFAR); los programas de la Fundación Bill y Melinda Gates, etc. Todos ellos requerirán una importante inversión de tiempo, capacidades y motivación de los trabajadores de salud para aplicar estos recursos de modo eficaz y eficiente para alcanzar las metas. Sin embargo, en África esto supone importantes problemas pues ha de ampliarse el número de los trabajadores de salud disponibles, su formación y su orientación para emprender estas iniciativas especiales sin dismantelar los actuales servicios básicos de atención primaria de salud. En una reciente evaluación de los recursos humanos de salud de la OMS para Zambia se indica que los planes del Programa presidencial de urgencia para el alivio del SIDA (PEPFAR) para 10 hospitales necesitarán 13 enfermeras más, sin contar las actividades previstas en los planes del Fondo Mundial en esos mismos hospitales. Estos requisitos plantean un verdadero problema en Zambia, país en que hay ya un déficit del 48% de las enfermeras previstas para el sector público (Ministerio de Sanidad, Lusaka 2004).

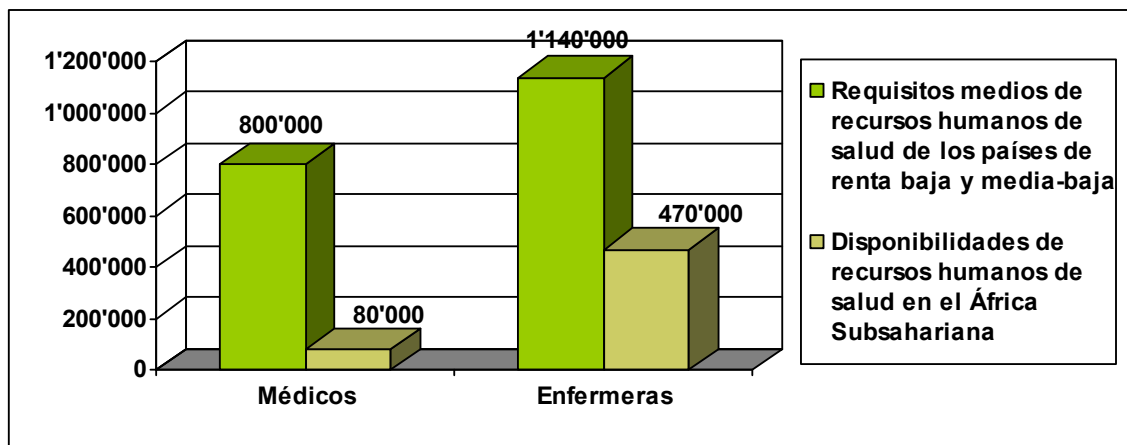
Cuadro 10 -. Zambia: Evaluación de las necesidades adicionales de personal relacionado con el VIH/SIDA en 10 hospitales (Sólo para el Programa presidencial de urgencia para el alivio del SIDA – con exclusión de la evaluación de las necesidades del Fondo Mundial)

| Categoría del personal | Médicos | Enfermeras | Técnicos de laboratorio | Farmacéuticos | Asesores | Total |
|------------------------------|---------|------------|-------------------------|---------------|----------|-------|
| Personal adicional necesario | 26 | 13 | 229 | 100 | 196 | 564 |

Fuente: Ministerio de Sanidad / CBOH: Ampliación de los servicios relacionados con el VIH/SIDA: Planes iniciales de recursos humanos para 10 hospitales públicos (2004).

Cualesquiera que sean los cálculos utilizados, los requisitos de enfermeras y demás trabajadores de salud para hacer frente a las intervenciones de salud necesarias son enormes. La iniciativa conjunta de aprendizaje en su informe (2004) indica que hay una enorme escasez si se comparan las necesidades de enfermeras y médicos con las disponibilidades actuales de los mismos en los países subsaharianos. En la Figura 9 se pone de relieve la magnitud de la escasez a que se enfrenta África.

Figura 9: Necesidades de recursos humanos en el África Subsahariana



Fuente: Kurowski (2003).

Para hacer frente a los problemas que se ilustran en esta sección, es necesario un esfuerzo concertado. Éste conllevará, sin lugar a dudas, una reestructuración y ampliación de las inversiones en recursos humanos de salud; cambiar y renovar la configuración y el alcance de la práctica de los diversos dispensadores de atención de salud; introducir nuevos tipos de mandos; o incrementar y ampliar la gama de capacidades de los mandos actuales. Varios países que anteriormente suprimieron la formación de las enfermeras auxiliares instauran de nuevo o estudian la posibilidad de instaurar ese personal para reducir las presiones que se ejercen sobre las enfermeras especialistas profesionales. Para preparar y retener el número necesario de enfermeras se precisarán un pensamiento innovador e importantes decisiones de política general.

Varios de los problemas de prioridades que tiene planteados la enfermería de África - el VIH/SIDA, la migración, el aumento del personal, y la gestión de la retención y la productividad - son problemas casi generales en todos los países de la región, incluidos los relativamente ricos. Para alcanzar las Metas de desarrollo para el milenio en materia de salud serán precisas importantes inversiones en el desarrollo de la enfermería y otros recursos humanos de salud, que habrán de mantenerse a lo largo del tiempo para que los países establezcan la prestación de los servicios e impulsen el cambio.

Sección tercera: Oportunidades y estrategias de política general

Macroeconomía de la salud: Consecuencias para la enfermería en África

Las metas de la política macroeconómica, adoptadas a veces para cumplir los requisitos de los organismos internacionales financiadores, están encaminadas a promover el crecimiento económico, aumentar el empleo, estabilizar precios y monedas, conseguir un mejor equilibrio de la balanza de pagos y fomentar unos presupuestos equilibrados en los países. Frecuentemente, esas políticas afectan a los niveles de los ingresos y del empleo, especialmente en el sector público oficial, que es muchas veces la principal fuente de prestación de los servicios de salud en África. Las limitaciones presupuestarias aceptadas por los gobiernos como parte de las condiciones de los préstamos significan que el empleo en ese sector está congelado y que se producen fuertes disminuciones y reorganizaciones de los recursos humanos del sector público. Esta previsibilidad ejerce un efecto desproporcionado en los sectores de la salud y de la formación, que son muchas veces los principales empleadores del sector público y, por tanto, el centro de la mayoría de los recortes del empleo hechos con fines de ahorro.

Esas políticas han dado lugar en algunos casos a reducciones del número de trabajadores de salud empleados en esos sectores, y a la incapacidad de los ministerios de sanidad para contratar nuevas personas para los recursos humanos con el fin de resolver los problemas expuestos en la sección anterior. Paradójicamente, en un buen número de esos países, había desempleo de los trabajadores de salud porque la contratación estaba restringida o congelada. Por ejemplo, en 1994 y en 2002 Tanzania sufrió importantes reducciones del personal de salud formado del que disponía, proveniente del sector público, como se ilustra en el Cuadro siguiente. En la actualidad, las enfermeras de nivel medio constituyen el 64% del déficit de personal (Mliga 2004).

Cuadro 11: Número de empleados de salud en las distintas ocupaciones en 1994/1995 comparado con el de 2001/2002

| Designaciones | Año 1994/ 1995 (A) | Año 2001/ 2004 (B) | Diferencia (B-A) | Déficit |
|------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|----------------|
| Médicos especialistas | 291 | 111 | -180 | 184 |
| Médicos generalistas | 899 | 277 | -622 | 555 |
| Ayudantes médicos | 508 | 625 | 117 | 1.986 |
| Ayudantes clínicos | 7.732 | 5.387 | -2.345 | 5.064 |
| Ayudante de enfermería | 3.355 | 3.125 | -230 | 505 |
| Enfermera B/MCHA* | 12.173 | 8.127 | -4.046 | 11.165 |
| Ayudantes de salud | 643 | 457 | -186 | 636 |
| Auxiliares de salud | 2.142 | 813 | -1.329 | -822 |
| Todas las ocupaciones | 42.971 | 35.361 | -7.610 | -17.390 |

*Enfermera B (Enfermera con certificado): Equivalente a enfermera auxiliar.
MCHA (Ayudante de salud materno infantil): Enfermera con certificado que trabaja como ayudante en los cuidados materno infantiles.

Fuente: Mliga (2004).

Otras versiones de estas cuestiones de política general mediante los Marcos para los gastos a medio plazo (MTEF), las Iniciativas para los países fuertemente endeudados, y las Estrategias y políticas para la reducción de la pobreza/Créditos de apoyo para reducción de la pobreza no han conseguido en general resolver los problemas de los recursos humanos de salud, esenciales para alcanzar las metas de salud (DFID 2003). Sin embargo, en los tres últimos años se ha renovado el interés en abordar la crisis de los recursos humanos de salud, especialmente en África. Los gobiernos encuentran nuevas maneras de resolver los problemas de inversiones que tienen planteados sus débiles sistemas de salud; y los problemas de los recursos que se requieren urgentemente para alcanzar las metas prioritarias contra la enfermedad.

Con una mayor conciencia de los efectos negativos de las limitaciones presupuestarias, los jefes de Estado africanos acordaron en Abuja, en 2001, aumentar hasta el 15% la proporción de los presupuestos nacionales que se invertirían en salud. Para corroborar estas intenciones, instaron además a los países donantes a que aumentaran su apoyo a la financiación internacional hasta el 0,7% de su Producto Interior Bruto (PIB) para financiar de manera adecuada el sector de salud y luchar contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo (Declaración de Abuja, 2001).

A pesar de este compromiso adquirido en la Declaración de Abuja, casi todos los países de la región tienen dificultades para aumentar su gasto en salud. Un informe sobre la Contabilidad nacional de salud en el África Oriental, Central y Meridional (NHA 2001) muestra que, en promedio, el gasto en salud fue del 5,4%, siendo el más alto el de Sudáfrica (7,5%) y el más bajo el de Etiopía y Mozambique (4%).

Hay que recordar que estos niveles del gasto se dan en situaciones en las que los presupuestos reales por habitante son generalmente muy bajos. Esto impone unos límites muy estrechos a la capacidad de los países para mejorar los salarios y los conjuntos de incentivos y para mantener un entorno de trabajo y una infraestructura aceptables.

Será esencial orientar mejor el apoyo al sector de salud en el plano macroeconómico. En el pasado, las iniciativas de financiación se aplicaban generalmente a programas para determinadas enfermedades, pero se olvidaban de las necesidades de los sistemas de salud y, especialmente, de los recursos humanos de salud. Es sumamente importante que los nuevos acuerdos y arreglos presupuestarios tengan por objeto reforzar la capacidad de los recursos humanos, especialmente los de enfermería y obstetricia, para resolver esos problemas. Las inversiones económicas en los recursos humanos (mediante oportunidades de formación, ampliación de los recursos humanos, mejoramiento de la retención aumentando los salarios y mejorando las condiciones del servicio) son esenciales para paliar los efectos negativos que la movilidad de las enfermeras ejerce sobre los servicios de salud en los países del África Subsahariana.

Defensa y desarrollo estratégico de la política general

En los últimos años, al surgir la crisis de los recursos humanos de salud, ha aumentado el número de los foros sobre cuestiones de los recursos humanos de salud, con consecuencias para los recursos humanos de enfermería. Se han celebrado varias reuniones regionales para tratar de la crisis de los recursos humanos de salud en África y, en algunos países, se han celebrado o previsto consultas entre los interesados para hablar de las estrategias para abordar los problemas. La dificultad consiste ahora en cómo transformar esa mayor conciencia y reconocimiento de la necesidad en compromiso y actuaciones concretas de los países y de los organismos regionales y los colaboradores internacionales. Las reuniones regionales y subregionales de los ministros de sanidad celebradas en los dos o tres últimos años se han ocupado de los problemas de los recursos humanos de salud y han convertido sus conclusiones en actividades internacionales tales como la Iniciativa conjunta de aprendizaje.

Funciones que desempeñan las organizaciones regionales

En los países del África Subsahariana, la Oficina Regional de la OMS para África (AFRO) ha dado orientaciones sobre los problemas de los sistemas de salud y de los trabajadores de salud. La OMS mantiene bases de datos sobre los recursos humanos de salud mediante las informaciones periódicas que recibe de los países miembros, si bien hay que decir que el ritmo y la calidad de las informaciones debe mejorarse. La OMS, el Banco Mundial y la Fundación Rockefeller prestaron su apoyo a una reunión celebrada en Addis Abeba en 2002, que fue una de las iniciativas iniciales que se ocuparon directamente de los recursos humanos de salud, en la que se identificaron problemas clave y que se convirtió en la rampa de lanzamiento para futuras iniciativas (OMS/Banco Mundial 2002). Esa iniciativa dio lugar a la colaboración que terminó en

la Iniciativa conjunta de aprendizaje, uno de cuyos grupos de trabajo se ocupa específicamente de los problemas de África.

La Comunidad de salud del África Oriental, Central y Meridional ha celebrado también reuniones consultivas sobre los recursos humanos de salud, que fueron también el tema de un Comité consultivo conjunto de directores y de la 38ª Conferencia regional de los ministros de sanidad de los países de la África Oriental, Central y Meridional. Celebrada en noviembre de 2003, y de la que resultaron varias resoluciones a este propósito (ECSA 2003). En 2003, la Región AFRO de la OMS llevó a cabo un estudio de seis países sobre la migración de los trabajadores de salud, que ha ilustrado aún más a los interesados en los problemas de los recursos humanos de salud.

El ECSACON prepara la inauguración de programas oficiales de formación para sus miembros, al tiempo que la Comunidad de desarrollo del África Meridional (SADC) también viene participando en la solución de los problemas de la escasez de enfermeras y matronas. La Unión Africana, a través de la Nueva colaboración para el desarrollo de África (NEPAD) abordará también las cuestiones de los recursos humanos de salud, y la enfermería se beneficiará de algunas de las intervenciones que se preparan.

Sección cuarta: La necesidad de actuar

La desesperada situación de los recursos humanos en los países del África Subsahariana y, especialmente, las urgentes necesidades de la enfermería y la obstetricia en esta región apenas pueden exagerarse. Se precisan importantes intervenciones concertadas en los planos internacional, regional y nacional para resolver los graves problemas planteados. Sin lugar a dudas, los países africanos han intentado resolver algunos de esos problemas, pero esos intentos han sido en gran medida inadecuados. La mayoría de ellos han sido de pequeña escala, faltos de inversiones de recursos sostenidas y carentes de la atención de la política general; en consecuencia, han tenido escasos resultados para resolver la situación de crisis. Por otra parte, la falta de una actuación internacional más amplia para orientar el apoyo al mejoramiento de los salarios y de las condiciones de servicio, por ejemplo, para mitigar la emigración de las enfermeras, hace difícil que las políticas nacionales puedan mantener las mejoras introducidas para los recursos humanos de salud. Además, las enfermeras han de considerar justas las actuaciones de los países y no deben pensar que favorecen desmesuradamente a los médicos frente a ellas.

El sector principal en que ha de actuarse es el campo de la evaluación general de las políticas nacionales y de las opciones estratégicas. Para ello se precisa la participación de todos los interesados, especialmente las profesiones de salud, y en particular las que tienen fortaleza numérica y operativa (como las enfermeras) para influir en la prestación del servicio.

Parece que es general la falta de políticas y planes sobre los recursos humanos de salud, que estén integrados en las políticas de salud nacionales. Cuando los hay, no se aplican debidamente o se han paralizado por la falta de un diálogo intersectorial en el que participen, por ejemplo, los ministerios de educación y de hacienda. En los párrafos que siguen, exponemos las medidas que se precisan en los sectores de los recursos humanos de enfermería; de la productividad de esos recursos; de la retención y de la gestión de la movilidad de las enfermeras y matronas, con inclusión de los sistemas de incentivos y de motivación. Estas iniciativas de planificación y gestión de los recursos humanos de salud deben ir conformadas por un claro reconocimiento del valor que el buen gobierno interno y la dirección aportan a unos recursos humanos de enfermería y obstetricia bien motivados, para África. Asimismo, irán conformados por la elección de opciones estratégicas que mitiguen las repercusiones del VIH/SIDA en los recursos humanos de salud.

Recursos humanos de enfermería

Hay una gran necesidad de ampliar el número de enfermeras de que se dispone. En los aspectos de la efectividad de los costos ha de ponderarse cuidadosamente lo que los países pueden permitirse en cuanto al equilibrio de su personal auxiliar y profesional. Se examinarán las opciones que se ofrecen para ampliar los ámbitos de la práctica profesional al tiempo que se presta atención al mantenimiento de unas buenas capacidades, la deontología y la calidad de los cuidados. La introducción de enfermeras auxiliares o asistentes ha de consultarse despacio con todos los interesados de dentro y de fuera de la profesión de enfermería, con lo que se conseguirá que personal tenga funciones claramente definidas y pueda integrarse bien en los actuales sistemas de la carrera profesional.

Al abordar la escasez de recursos humanos de enfermería han de tomarse en consideración también otros factores, como los lugares en que se recluta a los estudiantes de enfermería. Por ejemplo, el reclutamiento en el medio rural puede favorecer la retención y la distribución. Se precisan nuevos criterios en la información y en la comunicación al público para atraer a posibles candidatos a formar parte de los recursos humanos y para establecer mecanismos comunitarios que presten apoyo a las personas en formación. Además, la capacidad de formación se puede compartir entre países vecinos, para poder utilizar el exceso de capacidad para formar el personal de salud de los países menos favorecidos. Los hospitales privados confesionales de países como Ghana vienen participando en la formación de la enfermería desde hace mucho

tiempo. Más recientemente, se han iniciado nuevas escuelas privadas no vinculadas a las misiones. La reglamentación y el control de calidad de esas escuelas exigen una cuidadosa preparación de parte de los gobiernos y los órganos reglamentarios. Algunos países han considerado la posibilidad de pedir inversiones de los países donantes para desarrollar la infraestructura de la formación y para poder aceptar un número mayor de estudiantes de enfermería.⁸ Sin embargo, hay que cerciorarse de que no se crean nuevos desequilibrios ni compromisos insostenibles en el sistema de formación de las enfermeras.

Para que funcione eficazmente, toda ampliación de los recursos humanos mediante la formación debe ir también vinculada al tratamiento de los problemas de retención y motivación. Algunos países de la región relativamente ricos, como Botswana y Namibia, han tratado de contratar de los países vecinos para subsanar la escasez, pero ésta sigue siendo una opción difícil para la mayoría de los países de una región en que los recursos humanos totales son muy escasos. Se ha intentado contratar fuera del continente, principalmente médicos de Cuba.

Mejorar la productividad de los recursos humanos de enfermería

En la introducción de este documento, señalamos la idea de que la mayoría de los planes de formación de las enfermeras son inadecuados para las condiciones de salud existentes en África, y pusimos de relieve el ejemplo de Zambia para reformar su plan de estudios y sus métodos de formación. La calidad y la adecuación de la formación tendrán consecuencias para la productividad que alcancen las enfermeras, y los nuevos planes de estudios basados en las competencias y en la solución de problemas son avances aceptados. Además de la preparación previa al servicio, es necesaria también la formación continua que mejore las capacidades y los resultados. Sin embargo, hay que señalar que la multitud de iniciativas y programas de salud da lugar a veces a múltiples seminarios y programas de formación durante el servicio que quizá no se distribuyen de manera equitativa entre las enfermeras e inclusive pueden llegar a sacar al personal de sus trabajos durante periodos excesivamente largos. Lo que se precisa son actualizaciones cuidadosamente planificadas de las capacidades sobre todo con formación durante el trabajo y que no perturben la prestación de los servicios. Mientras que los seminarios y la formación durante el servicio aumenta la motivación de los trabajadores de salud, la distribución no equitativa de esos eventos y la multiplicidad de los programas de formación pueden producir resentimiento y frustración.

El recurso del aprendizaje a distancia y, cuando es posible, a los sistemas de aprendizaje en tiempo real a través de Internet puede contribuir a mejorar las capacidades y la productividad de los recursos humanos de enfermería. El mantenimiento de la motivación y la creación de capacidades de las enfermeras pueden vincularse con los nuevos requisitos reglamentarios de renovación anual o bienal de la autorización para ejercer, en algunos países. En Ghana y Uganda, para la renovación es preciso presentar pruebas documentales de que se ha completado la formación continua. Sin embargo, para esto es preciso que las oportunidades de formación estén presentes, sean accesibles y tengan sistemas de acreditación fiables.

Se precisan sistemas mejores de gestión de los recursos humanos de salud para impulsar los resultados y la productividad. Entre las reformas del sector de salud en África está la descentralización de la dirección y, en algunos casos, la separación entre los servicios de salud y la función pública para tratar de mejorar los resultados. No se han encontrado evaluaciones de esa desvinculación (como las hechas en Zambia y en Ghana), si bien los resultados han sido diversos, especialmente en Zambia, donde la resistencia de los sindicatos de los trabajadores de salud y otros factores han actuado en contra de la desvinculación.

En Ghana, la evolución de la política general para ampliar el acceso a los servicios ha dado lugar a iniciativas tendentes a situar a las enfermeras de salud de la comunidad en comunidades y zonas pobres y a una ampliación del número de estas enfermeras. La utilidad de ellas está

⁸ Khumalo T (2005). Comunicación personal (comentarios enviados por fax) 14 de enero de 2005.

estrechamente relacionada con la movilización de las iniciativas de la comunidad para la salud y la obtención de recursos (Ministerio de Sanidad 2004).

En Etiopía, los nuevos "trabajadores de salud" serán la base para la ampliación de los servicios. Las asociaciones de enfermería y encargados de la reglamentación tendrán que conseguir que los encargados de la política general de los países modifiquen los vínculos entre estas enfermeras y los recursos humanos de enfermería profesionales, especialmente en lo que refiere a la supervisión y calidad de los cuidados.

Gestión de la retención y la migración

Los problemas, casi inabordables, del aumento salarial y la gestión de la migración son aspectos importantes que necesitan una solución, y varios países han comunicado iniciativas en esa dirección. Ghana ha aplicado a título de prueba mejoramientos salariales recurriendo a las Primas por hora adicional de trabajo y a las Primas por destino en zonas pobres para conceder unos salarios reales superiores a los que rigen en la función pública. Sin embargo, como se indica en Sección segunda, las diferencias salariales entre Ghana y la mayoría de los países de destino de los trabajadores de salud migrantes son muy elevadas y, por tanto, esas iniciativas necesitan otros métodos fuertes de incentivos no financieros para fortalecer la motivación del personal. El carácter no discriminatorio de algunas de estas primas, que son del mismo nivel para cada grupo de personal, pueden minimizar el factor de motivación. Por ejemplo, el personal recibe un mismo nivel fijo de la prima cualquiera que sea el número de horas extraordinarias trabajadas. Botswana tiene un plan de incremento salarial del 30% destinado expresamente a las enfermeras y, el año pasado, el Departamento de salud de Sudáfrica anunció la concesión de las Primas por trabajos en zonas rurales y trabajos especializados, de las que también se beneficiarán muchas enfermeras (Tshabalala-Msimang 2004).

Primas por trabajos en zonas rurales y trabajos especializados, en Sudáfrica:

Las primas por trabajos en zonas rurales y especializados se conceden a 33.000 profesionales de salud en dedicación completa, entre ellos las enfermeras profesionales, que trabajan en esas zonas. A éstas se aplicaba antes una forma más limitada de prima rural; actualmente se les aplica el Programa integrado de desarrollo rural sostenible; y las zonas cuya inclusión han solicitado los departamentos provinciales. Las primas oscilan entre el 8% y el 22% del salario anual, según el sector y la categoría profesional. La prima por trabajos especializados se aplica a 62.000 profesionales de salud de determinadas categorías, en dedicación completa, independientemente de la región geográfica en que trabajen. Esas categorías comprenden a los médicos, odontólogos, especialistas médicos y estomatólogos, farmacéuticos, radiólogos, diversos tipos de terapeutas y enfermeras especializadas en sectores de la técnica de quirófano, los cuidados intensivos y la oncología. Las primas oscilan entre el 10% y el 15% del salario anual, según la categoría profesional. Por tanto, ciertos profesionales de salud tienen derecho a ambas primas.

Fuente: Comunicado de prensa (28 de enero de 2004): Importantes primas para los profesionales de salud. Departamento de Salud: Civitas Building, Struben Street, Pretoria, Sudáfrica.

Sudáfrica aplica además un plan de servicios comunitarios en cuyo marco algunos profesionales prestan servicios en las comunidades rurales después de su titulación y antes de su colegiación para ejercer la profesión. Este requisito puede servir también para fines de retención.

Motivar a las enfermeras y matronas (y otros profesionales de salud)

A menudo, la motivación de las enfermeras y matronas ha dependido de incentivos monetarios y salariales que no pueden colmar las diferencias que existen entre los salarios del sector público y del sector privado en los distintos países, y entre los niveles salariales del país de origen y el de destino. Sin embargo, las diferencias salariales entre dichos países, demostradas por Vujcic et al. (2004), no guardan relación necesariamente con el índice de intención de migrar hallado entre

los trabajadores de salud. Por ejemplo, la "paridad adquisitiva salarial" mensual para las enfermeras de Sudáfrica y Uganda (1.486 y 38 \$ respectivamente) no se corresponde con los índices de intención de migrar (58,3% y 26,1%) que se constata para los mismos países en el estudio de la OMS sobre la migración.

Información procedente del estudio de la región AFRO de la OMS sobre la migración y de otras fuentes sugiere que en muchos países se subestima la función de los incentivos no financieros. Mathauer y Imhoff (2004) identificaron (en estudios monográficos de Benín y Kenya) un número considerable de factores de motivación no financieros integrados por primas para iniciativas de grupos; sanciones adecuadas; exposición a los nuevos avances mediante reuniones y conferencias; actividades de formación de equipos; y planes transparentes de promoción y carrera profesional. Eran también fuertes motivadores la supervisión favorable y los resultados relacionados con las observaciones y comentarios, y la participación del personal en el proceso de adopción de decisiones. Fue sumamente apreciada la fijación de puntos de referencia para los resultados, con alguna competencia entre los servicios, aun cuando iban vinculadas a ciertos beneficios, como tiempo libre o un descanso en el turno de noche (Mathauer et al. 2004). Dovlo et al. (1998) constataron que en Ghana (y posiblemente en otros países africanos) este sentido de la comunidad de reconocimiento social por los compañeros con ocasión de acontecimientos privados o personales como el duelo o el matrimonio, mediante la participación y el apoyo de la dirección y de los compañeros proporciona un sentido de pertenencia y orgullo, que puede desempeñar una función determinante en la lealtad a la organización. Si bien era difícil vincular directamente este sentido de lealtad con el mejoramiento de los resultados y la motivación, era un factor importante para impulsar el espíritu de equipo. Para aplicar y mantener esos planes se requiere en los dirigentes de los sistemas de salud transparencia y responsabilidad en su gestión.

Los sistemas de avance profesional para las enfermeras en África no están bien desarrollados y carecen del número adecuado de mentores, preceptores y modelos funcionales. Es éste un motivo de frustración para muchas enfermeras en África; el avance a unas cualificaciones y a una situación profesional más elevadas sólo se consigue abandonando la práctica clínica y siguiendo carreras profesionales en la formación o en la gestión.

En cuanto a los aspectos financieros, los conjuntos de remuneración y primas para las enfermeras y matronas no se consideran óptimos. Cuando esas primas existen y están definidas, es difícil obtenerlas por la excesiva burocracia y la falta de información y conocimientos entre las enfermeras. Para mejorar la motivación de éstas se precisan sistemas mejores de gestión de los resultados y de la organización, que vinculen en los sistemas las recompensas financieras y los elementos intrínsecos de satisfacción para mejorar la moral de trabajo.

El gobierno interno en la enfermería

Las profesiones, a través de sus consejos y asociaciones reglamentarios, siguen definiendo los ámbitos de la práctica profesional, las normas de ésta, las competencias, y los contenidos centrales y las normas de la formación. Para fortalecer la enfermería y la obstetricia, es preciso tratar constantemente los resultados y la calidad de los recursos humanos de enfermería en los diversos niveles de la práctica profesional.

Las asociaciones nacionales de enfermería han tratado de conseguir condiciones de servicios favorables para las enfermeras y matronas. Sin embargo, en la mayoría de los países del África Subsahariana, casi todas las asociaciones tienen prohibido hacer las veces de sindicatos y sólo pueden tratar cuestiones profesionales. Sin embargo, Sudáfrica, es un ejemplo de país en el que las asociaciones de enfermeras se ocupan en buena medida de problemas laborales y tienen fuertes poderes sindicales, además de que tratan las cuestiones profesionales. Ha de reconocerse que la participación de las asociaciones de enfermería en las conversaciones de política general y en la negociación de las políticas y condiciones de los recursos humanos de salud es esencial para el desarrollo sostenido de los recursos humanos.

La función de los órganos reglamentarios en la enfermería y obstetricia ha consistido primordialmente en dar orientaciones acerca de la práctica profesional y la formación de las enfermeras y matronas, examinar los aspectos deontológicos, el comportamiento y la competencia de los profesionales, y mantener registros de las enfermeras cualificadas. Los órganos de reglamentación son cada vez más una fuente de datos sobre la situación de las enfermeras en su país. Fortaleciendo sus sistemas de información para mejorar la calidad de los datos producidos se incrementará en gran medida su eficacia. Los órganos reglamentarios han de desempeñar una importante función para analizar y apoyar decisiones cruciales de política de salud relativas, por ejemplo, a la reactivación de la formación de las enfermeras auxiliares y la introducción de nuevas enfermeras para salir de la crisis. Los órganos reglamentarios también han de participar en los debates acerca del ámbito de la práctica profesional de las enfermeras y matronas y acerca de la nueva configuración de las profesiones para tratar de satisfacer las necesidades de recursos humanos. Deben aparecer como un apoyo de los sistemas de salud mediante el desarrollo eficaz de la enfermería y no protegiendo innecesariamente a grupos profesionales. Es preciso debatir las ventajas y los inconvenientes de tener unos consejos de enfermería que son órganos paraestatales vinculados a los ministerios de sanidad (como sucede en la mayoría de los países de la región) y no unos consejos autónomos e independientes que no reciben financiación del Estado, como sucede en Sudáfrica.

Abordar el VIH/SIDA y otras cuestiones de bienestar que afectan a las enfermeras

Para todos los planes relativos a los recursos humanos es de importancia crucial evitar a los recursos humanos de enfermería pérdidas de personal debidas al VIH/SIDA. Además de los planes de tratamiento, como el proyecto para facilitar el antirretrovirus a las enfermeras de Zambia, es preciso también que los países muestren aprecio por sus enfermeras y matronas mediante la aplicación de nuevas políticas de salud y programas profesionales globales. Han de establecerse programas o sistemas destinados a ayudar a las enfermeras a tratar sus problemas de salud, y cualesquiera otros problemas causados por el VIH/SIDA. Por otra parte, es preciso disponer de apoyo psicológico profesional, habida cuenta del profundo cambio que el VIH/SIDA introduce en los resultados en el paciente – al cambiar las expectativas profesionales de curación por las de los cuidados de apoyo terminales. La falta de servicios de salud en el trabajo y de sistemas de apoyo da lugar a la percepción de que no se valoran los servicios que prestan las enfermeras.

Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información sobre la gestión de los recursos humanos de salud en los países del África Subsahariana

Los sistemas de información sobre la gestión de los recursos humanos de salud, especialmente en cuanto se refieren a las enfermeras y matronas, deben fortalecerse urgentemente para que puedan conformar la política general y la planificación. En su situación actual, los sistemas de información sobre los recursos humanos de salud en la mayoría de los países del África Subsahariana no pueden prestar apoyo a la adopción de decisiones críticas, especialmente en estos tiempos en que los países experimentan una crisis de esos recursos.

Ampliar la capacidad de los sistemas

La formación y la utilidad de las enfermeras y matronas sólo pueden ser eficaces en un sistema de salud que sea funcional. Es importante que al tratar de ocuparse y abordar lo que es una importante crisis, se reconozcan las vinculaciones subyacentes y se pongan en práctica para facilitar las intervenciones eficaces. Un sistema de salud funcional en el que las enfermeras operen eficazmente requiere la infraestructura y logística básicas para que puedan aplicarse eficientemente las capacidades del personal de salud. Estableciendo en un país una dirección fuerte y estrategias basadas en los conocimientos técnicos y en redes amplias de conocimiento entre países se echarán los cimientos del éxito. Muchos de estos faltan en los países del África Subsahariana y para implantar sistemas de salud más sólidos, con una mejor dirección y gobierno interno, se precisan apoyo y asistencia muy superiores a los medios con que cuentan esos países.

Quizá es aún más importante la necesidad de revisar y rediseñar el marco macroeconómico en el que operan esos países pobres y frágiles, y reordenar las inversiones de los donantes y las demás inversiones de modo que protejan a los países pobres y vulnerables. Para esto se precisa una responsabilidad mundial.

Conclusiones

Las dificultades para establecer y mantener los servicios de enfermería y obstetricia en la región de África son enormes, y guardan relación con los difíciles dilemas macroeconómicos y de política de salud, que se plantean a los países de la región Subsahariana.

Los próximos pasos de importancia crucial implican, ante todo, incrementar la formación y preparación de diversos niveles de enfermeras, en una combinación integrada de profesionales y auxiliares que sea financieramente sostenible y que mantenga unos buenos resultados de atención de salud.

En segundo lugar, la motivación y la retención de las enfermeras y matronas han de tratarse mediante incentivos monetarios e importantes incentivos no financieros. Algunos de los incentivos no financieros giran en torno a los sistemas eficientes de dirección y gestión en la enfermería y en los sistemas de salud en general.

En tercer lugar, para ocuparse seriamente de los problemas de retención de las enfermeras y matronas es preciso mantener la seguridad de los recursos humanos de enfermería. Los sistemas de bienestar y apoyo a las enfermeras deben reconocer ya los cambios en la experiencia de los cuidados, que ha inducido la pandemia del VIH/SIDA. Las necesidades de nuevas capacidades de asesoramiento y de cuidados paliativos de los pacientes terminales son muy importantes. Se exige cada vez más a la dirección de la enfermería que se ocupe de la fatiga y la baja moral de trabajo, cada vez más frecuentes, de las enfermeras. La sugerencia de que quizá las enfermeras evitan ahora trabajar en las salas de partos por miedo a los contactos con la sangre es otro aspecto de este problema. Los sistemas de salud en el trabajo deben ampliarse para los trabajadores poniendo a disposición de éstos sistemas de asesoramiento y otros sistemas de apoyo. Evidentemente esto ha de completarse con una mejor disponibilidad de regímenes de pruebas y de tratamiento, y con la dotación de otras formas de protección para mitigar las pérdidas de personal por el VIH/SIDA y fomentar los nuevos ingresos en los recursos humanos de enfermería.

Finamente, para mantener el núcleo central de los recursos humanos de enfermería y obstetricia con el fin de aplicar nuevas iniciativas de ámbito mundial se precisarán nuevos modos de pensar al asignar los recursos de los donantes. Las iniciativas de financiación para determinadas enfermedades también han de poder responder a necesidades centrales del sistema de salud que quizá, sin perturbar otros servicios, han impedido que esas iniciativas tengan efectos. Asimismo, será importante que las iniciativas de financiación inviertan para conseguir el contingente necesario de enfermeras financiando los establecimientos de formación y la contratación de las enfermeras que salgan de esas escuelas. Los fondos de los donantes han de ser suficientemente flexibles para que puedan invertirse, junto con los de los gobiernos, en capital humano haciendo frente al pago de salarios viables en los sectores prioritarios tales como la práctica de la enfermería y la obstetricia.

A corto y medio plazo, la profesión de enfermería tendrá que favorecer la preparación de personal semiprofesional formado para aportar el número y las capacidades básicas que se precisen para alcanzar las Metas de desarrollo para el milenio. La economía de la mayoría de los países de África sólo puede soportar un cambio muy gradual hacia unos recursos humanos de enfermería plenamente profesionales, y las enfermeras auxiliares y los asistentes de enfermería seguirán siendo una realidad en los sistemas de salud de muchos países.

Para pensar a fondo todas estas cuestiones y estrategias se precisan actuaciones de los consejos y asociaciones de enfermería y de los ministerios de sanidad y, en algunos países, de los ministerios de educación. Estas actuaciones incluyen el fortalecimiento de los sistemas de planificación y gestión de los recursos humanos de salud y capacidades de análisis de la política general. Para cada país, se precisan amplias consultas con los interesados para acordar las estrategias nacionales de recursos humanos de salud y la función que corresponde a las profesiones de

enfermería y obstetricia en su aplicación. Es evidente que las consultas entre países han de estar apoyadas y facilitadas por organismos regionales y subregionales, como la OMS y la Comunidad de salud del África Oriental, Central y Meridional; organismos que pueden apoyar también los procesos en los países, con asistencia técnica y compartiendo experiencias. A estos organismos debe recurrirse también para que faciliten la colaboración entre países, especialmente en la formación de las enfermeras y matronas y otro personal de salud. Una función de importancia crítica de esos organismos debe ser el acopio y la distribución de conocimientos y experiencias sobre los problemas de los recursos humanos de enfermería en toda la región y en otras partes.

Una participación más amplia de los donantes y de los organismos internacionales contribuirá a establecer un entorno más favorable para negociar cuestiones de alcance mundial relacionadas con la financiación de la salud y para moderar el efecto de de la contratación internacional de enfermeras de los países del África Subsahariana. Se precisa una defensa y compromiso mayores que los previstos en los "códigos de práctica" voluntarios para proteger los servicios de salud de la mayoría pobre cuyos cuidados dependen predominantemente de las enfermeras y matronas.

A 10 años de las fechas previstas para la consecución de las Metas de desarrollo para el milenio, con unos indicadores del estado de salud en deterioro, que son la norma en toda la región, es esencial que aumente el número de enfermeras y matronas en los países del África Subsahariana en los próximos cuatro a cinco años (los primeros años permitirán el desarrollo preliminar de la estrategia y las inversiones para su aplicación). Ésta ha de ser una reponsabilidad colectiva de todos los interesados de los países del África Subsahariana y del mundo entero.

En resumen, queremos indicar, como orientación para los futuros trabajos sobre los problemas que afectan a los recursos humanos de salud en el Africa Subsahariana, los sectores críticos que, en nuestra opinión, demandan una atención urgente y estratégica:

1. La importancia del plan de estudios.
2. Los métodos de formación.
3. La retención.
4. Los modelos de dotación de personal que permitan adoptar de manera significativa decisiones sobre las categorías, coeficientes, competencias, plan de estudios y contenido.
5. Identificación y aplicación de los cambios necesarios de la reglamentación.
6. Fortalecer los sistemas de información y de gestión de los recursos humanos y los estudios de la oferta y la demanda que conformen la adopción de decisiones.
7. Responsabilidad colectiva de parte de los países de origen y de destino para conseguir el número adecuado de enfermeras bien formadas, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados.

Anexos

Anexo 1: Estimaciones (OMS) del personal de salud por 100.000 habitantes en el África Subsahariana

| País | Médicos* | Enfermeras* | Matronas** | Farmacéuticos** |
|--|-------------|-------------|-------------|-----------------|
| Angola | 5,0 | 114,0 | 4,3 | N/D |
| Benín | 10,0 | 20,0 | 7,9 | N/D |
| Botswana | 28,7 | 241,0 | 0,0 | N/D |
| Burkina Faso | 4,0 | 26,0 | 3,4 | N/D |
| Burundi | 0,5 | 1,0 | N/D | N/D |
| Camerún | 7,4 | 36,7 | 0,5 | N/D |
| Cabo Verde | 17,1 | 55,8 | N/D | N/D |
| Rep. Centroafricana | 3,5 | 8,8 | 4,9 | N/D |
| Chad | 2,5 | 15,0 | 2,3 | N/D |
| Congo | 25,1 | 185,1 | 24,9 | N/D |
| Costa de Marfil | 6,8 | 44,1 | 15,0 | N/D |
| Rep. Dem. del Congo | 9,0 | 31,2 | N/D | N/D |
| Djibouti | 13,0 | 64,0 | N/D | 2,0 |
| Eritrea | 5,1 | 21,0 | 2,2 | N/D |
| Etiopía | 3,0 | 6,0 | N/D | N/D |
| Gambia | 3,5 | 12,5 | 8,2 | N/D |
| Ghana | 9,0 | 64,0 | 53,2 | N/D |
| Guinea | 13,0 | 55,7 | 5,2 | N/D |
| Guinea-Bissau | 16,6 | 109,3 | 12,7 | N/D |
| Kenya | 14,1 | 108,0 | N/D | N/D |
| Lesotho | 7,0 | 33,0 | 47,0 | N/D |
| Liberia | 2,3 | 5,8 | 4,3 | N/D |
| Libia | 120,0 | 360,0 | N/D | 23,0 |
| Madagascar | 8,7 | 18,8 | 10,7 | N/D |
| Malí | 4,4 | 12,6 | 3,0 | N/D |
| Mauricio | 85,0 | 232,9 | N/D | N/D |
| Mozambique | 2,4 | 20,5 | N/D | N/D |
| Namibia | 29,1 | 165,8 | 116,5 | N/D |
| Níger | 3,3 | 23,1 | 5,5 | N/D |
| Nigeria | 26,9 | 66,2 | 52,4 | N/D |
| Santo Tomé y Príncipe | 46,7 | 127,4 | 29,6 | N/D |
| Senegal | 10,0 | 50,0 | 6,6 | N/D |
| Seychelles | 132,4 | 467,6 | 394,6 | N/D |
| Sierra Leona | 8,8 | 90,7 | 4,7 | N/D |
| Somalia | 4,0 | 20,0 | N/D | 0,1 |
| Sudáfrica | 25,1 | 140,0 | N/D | N/D |
| Sudán | 16,0 | 86,0 | N/D | 1,1 |
| Swazilandia | 15,1 | 40,0 | N/D | N/D |
| Tanzania | 4,1 | 85,2 | 44,8 | N/D |
| Togo | 5,6 | 16,7 | 10,4 | N/D |
| Túnez | 70,0 | 286,0 | N/D | 17,0 |
| Uganda | 4,7 | 5,6 | 13,6 | N/D |
| Zambia | 6,9 | 113,1 | N/D | N/D |
| Zimbabwe | 5,7 | 54,1 | 28,1 | N/D |
| Promedio de la Región de África | 25,1 | 93,5 | 30,9 | N/D |

Al preparar este Anexo no se disponía de los datos de Comoras, Gabón, Malawi, Reunión y Ruanda.

* Fuente: OMS (2003).

**Fuente: Servicio de Información estadística de la OMS. Las cifras corresponden a uno de los años entre 1994 - 1998, salvo en el caso de Nigeria cuyas cifras corresponden a 1992. Pueden verse en la dirección www.who.int/whosis.

Anexo 2: Estimaciones (OMS) del personal de salud por 100.000 habitantes, promedios

| País | Médicos^a | Enfermeras^a | Matronas^b | Farmacéuticos^b |
|--|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Promedio del África Subsahariana | 15,5 | 73,4 | 30,9 | 1,1 |
| Promedio Países del África Subsahariana, excepto Sudáfrica | 15,2 | 71,8 | 30,9 | 1,1 |
| Promedio Norte de África | 108,4 | 266,2 | N/D | 26,8 |
| Cuatro países emergentes: | | | | |
| India | 51,2 | 62,9 | N/D | N/D |
| Corea | 180,0 | 341,0 | N/D | N/D |
| Singapur | 140,0 | 421,1 | N/D | N/D |
| Vietnam | 53,8 | 56,6 | 17,6 | N/D |
| Promedio de los cuatro países emergentes | 106,3 | 220,4 | N/D | N/D |
| Países industrializados: | | | | |
| Australia | 247,4 | 769,5 | 40,0 | N/D |
| Canadá | 187,0 | 748,0 | N/D | N/D |
| Francia | 329,7 | 668,6 | 21,7 | 100,0 |
| Alemania | 363,2 | 954,8 | 11,3 | 57,7 |
| Italia | 606,5 | 446,5 | 29,2 | 102,0 |
| Japón | 201,5 | 821,3 | 18,9 | N/D |
| Rusia | 420,4 | 793,0 | 62,5 | 6,2 |
| Reino Unido | 164,0 | 497,0 | 43,3 | 58,2 |
| EE.UU. | 279,0 | 939,0 | N/D | N/D |
| Promedio de los países industrializados | 311,0 | 737,5 | 32,4 | 64,8 |

^a Fuente: OMS (2003).

^b Fuente: Servicio de Información estadística de la OMS. Las cifras corresponden a uno de los años entre 1994 - 1998, salvo en el caso de la India cuyas cifras corresponden a 1992. Pueden verse en la dirección www.who.int/whosis.

^c Argelia, Egipto, Libia, Marruecos y Túnez.

Anexo 3: Base de datos estadísticos sobre el personal de salud – África

| | PIB (2002) EE.UU.\$ | Nivel de renta ^a | Región | Población (2002) | Tasa de mortalidad infantil 1990 | Tasa de mortalidad infantil 2000-2002 | Médicos por 100.000 (1995-1999) | Año | Enfermeras por 100.000 (1995-1999) | Año | Matronas por 100.000 (1995-1999) | Año | Dentistas por 100.000 (1995-1999) | Año |
|-------------------|------------------------|--------------------------------|--------|---------------------|--|--|---------------------------------------|------|--|------|--|------|---|------|
| Argelia | 1.657 | 2 | 5 | 31.320.000 | 42 | 39 | 84,6 | 1995 | 297,8 | 1995 | N/D | N/D | 28,2 | 1995 |
| Angola | 598 | 1 | 1 | 13.896.000 | 166 | 154 | 7,7 | 1997 | 114,5 | 1997 | 4,3 | 1997 | 0 | 1997 |
| Botswana | 4.233 | 3 | 1 | 1.711.800 | 45 | 80 | 23,8 | 1994 | 219,1 | 1994 | 0 | 1994 | 2,2 | 1994 |
| Burkina Faso | 258 | 1 | 1 | 11.831.000 | 118 | 104 | 3,4 | 1995 | 19,6 | 1995 | 3,4 | 1995 | 0,3 | 1995 |
| Burundi | 143 | 1 | 1 | 7.071.000 | 114 | 114 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Rep. Centrafr. | 348 | 1 | 1 | 3.828.000 | 115 | 115 | 3,5 | 1995 | 8,8 | 1995 | 4,9 | 1995 | 0,2 | 1995 |
| Chad | 248 | 1 | 1 | 8.144.400 | 118 | 117 | 3,3 | 1994 | 14,7 | 1994 | 2,3 | 1994 | 0,2 | 1994 |
| Rep. Dem. Congo | 87 | 1 | 1 | 53.797.000 | 128 | 129 | 6,9 | 1996 | 44,2 | 1996 | N/D | N/D | 1,1 | 1996 |
| Rep. Congo | 87 | 1 | 1 | 53.797.000 | 128 | 129 | 25,1 | 1995 | 185,1 | 1995 | 24,9 | 1995 | N/D | N/D |
| Costa de Marfil | 712 | 1 | 1 | 16.775.000 | 100 | 102 | 9 | 1996 | 31,2 | 1996 | 15 | 1996 | N/D | N/D |
| Guinea Ecuatorial | 1.541 | 1 | 1 | 481.420 | 122 | 101 | 24,6 | 1996 | 39,5 | 1996 | 2,2 | 1996 | 1 | 1996 |
| Etiopía | 124 | 1 | 1 | 67.335.000 | 128 | 116 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Gabón | 4.405 | 3 | 1 | 1.290.600 | 60 | 60 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Gambia | 370 | 1 | 1 | 1.375.700 | 103 | 91 | 3,5 | 1997 | 12,5 | 1997 | 8,2 | 1997 | 0,5 | 1997 |
| Ghana | 432 | 1 | 1 | 20.071.000 | 74 | 57 | 6,2 | 1996 | 72 | 1996 | 53,2 | 1996 | 0,2 | 1996 |
| Guinea | 628 | 1 | 1 | 7.744.400 | 145 | 109 | 13 | 1995 | 55,7 | 1995 | 5,2 | 1995 | N/D | N/D |
| Guinea-Bissau | 193 | 1 | 1 | 1.252.700 | 153 | 130 | 16,6 | 1996 | 109,4 | 1996 | 12,7 | 1996 | 0,9 | 1996 |
| Kenya | 325 | 1 | 1 | 31.345.000 | 63 | 78 | 13,2 | 1995 | 90,1 | 1995 | N/D | N/D | 2,2 | 1995 |
| Lesotho | 577 | 1 | 1 | 2.086.700 | 102 | 91 | 5,4 | 1995 | 60,1 | 1995 | 47 | 1995 | 0,5 | 1995 |
| Liberia | 199 | 1 | 1 | 3.295.100 | 157 | 157 | 2,3 | 1997 | 5,9 | 1997 | 4,3 | 1997 | 0,1 | 1997 |
| Madagascar | 217 | 1 | 1 | 16.437.000 | 103 | 84 | 10,7 | 1996 | 21,6 | 1996 | 10,7 | 1996 | 1 | 1996 |
| Malawi | 162 | 1 | 1 | 10.743.000 | 146 | 114 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Malí | 313 | 1 | 1 | 11.346.000 | 152 | 141 | 4,7 | 1994 | 13,1 | 1994 | 3 | 1994 | 0,1 | 1994 |
| Mauritania | 513 | 1 | 1 | 2.828.000 | 120 | 120 | 13,8 | 1995 | 62,4 | 1995 | 10,1 | 1995 | 2 | 1995 |
| Mauricio | 4.537 | 3 | 1 | 1.212.400 | 21 | 17 | 85 | 1995 | 232,9 | 1995 | N/D | N/D | 13,5 | 1995 |
| Mozambique | 229 | 1 | 1 | 18.438.000 | 143 | 125 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Namibia | 2.412 | 2 | 1 | 1.823.200 | 65 | 55 | 29,5 | 1997 | 168 | 1997 | 116,5 | 1997 | 4 | 1997 |
| Níger | 207 | 1 | 1 | 11.542.000 | 191 | 156 | 3,5 | 1997 | 22,9 | 1997 | 5,5 | 1997 | 0,2 | 1997 |
| Nigeria | 248 | 1 | 1 | 132.780.000 | 114 | 110 | 18,5 | 1992 | 66,1 | 1992 | 52,4 | 1992 | 2,6 | 1992 |
| Ruanda | 295 | 1 | 1 | 8.163.000 | 107 | 96 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| St. Tomé y Prínc. | 347 | 1 | 1 | 154.210 | 69 | 57 | 46,7 | 1996 | 127,4 | 1996 | 29,6 | 1996 | 5,2 | 1996 |
| Senegal | 628 | 1 | 1 | 10.007.000 | 90 | 79 | 7,5 | 1995 | 22,1 | 1995 | 6,6 | 1995 | 1,2 | 1995 |
| Seychelles | 5.715 | 3 | 1 | 83.590 | 17 | 13 | 132,4 | 1996 | 467,6 | 1996 | 394,6 | 1996 | 12,2 | 1996 |
| Sierra Leona | 165 | 1 | 1 | 5.235.500 | 185 | 182 | 7,3 | 1996 | 33 | 1996 | 4,7 | 1996 | 0,4 | 1996 |
| Somalia | | 1 | 1 | 9.390.800 | 133 | 133 | 4 | 1997 | 20 | 1997 | N/D | N/D | 0,2 | 1997 |
| Sudáfrica | 4.183 | 2 | 1 | 43.580.000 | 45 | 56 | 56,3 | 1996 | 471,8 | 1996 | N/D | N/D | 17,8 | 1996 |
| Sudán | 356 | 1 | 1 | 32.365.000 | 75 | 65 | 9 | 1996 | 58 | 1996 | N/D | N/D | 0,7 | 1996 |
| Swazilandia | 1.528 | 2 | 1 | 1.088.200 | 77 | 106 | 15,1 | 1996 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Tanzania | 204 | 1 | 1 | 35.181.000 | 102 | 104 | 4,1 | 1995 | 85,2 | 1995 | 44,8 | 1995 | 0,7 | 1995 |
| Togo | 324 | 1 | 1 | 4.766.600 | 88 | 79 | 7,6 | 1995 | 29,7 | 1995 | 10,4 | 1995 | 0,7 | 1995 |
| Uganda | 367 | 1 | 1 | 23.395.000 | 100 | 79 | N/D | N/D | 18,7 | 1996 | 13,6 | 1996 | 0,2 | 1996 |
| Zambia | 410 | 1 | 1 | 10.461.000 | 108 | 112 | 6,9 | 1995 | 113,1 | 1995 | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Zimbabwe | 522 | 1 | 1 | 12.967.000 | 53 | 76 | 13,9 | 1995 | 128,7 | 1995 | 28,1 | 1995 | 1,3 | 1995 |

Fuente: Kurowski (2003).

Anexo 4: Categorías y formación de las enfermeras

| <i>País</i> | Tipo o categoría de enfermera | Formación pre-técnica (i.e., escuela primaria) | Formación básica técnica (enfermería) | Comentarios / observaciones |
|--|--|--|--|--|
| Angola | Enfermera generalista | 8 años, y tener entre 16 y 18 años | 2,5 años | |
| | Título de enfermería | 8 años, más 4 años de formación intermedia en enfermería | 4 años | |
| | Título de enfermería | 4 años de formación intermedia en enfermería | 4 años | Título universitario en enfermería |
| Botswana | Diploma universitario de formación en enfermería | 12 años | 3 años | Sólo la formación |
| | Enfermera especialista | 12 años | 3 años | |
| | Enfermera auxiliar | 12 años | 3 años | |
| | Enfermera especialista | Cualificación de enfermera auxiliar | 1-2 años | Paso de enfermera auxiliar a enfermera especialista |
| Burundi | Enfermera generalista: <ul style="list-style-type: none"> Anestesia Gestión de servicios de salud pública Obstetricia | 13 años | 2 años | Nivel superior |
| | Enfermera generalista | 10 años | 4 años | Cualificaciones básicas |
| República Democrática del Congo | Enfermera asistente | 10 años | 2 años | |
| | Diploma de enfermería | 10 años | 4 años | |
| | Diploma de enfermería de la comunidad | 10 años | 4 años | |
| | Diploma universitario básico en enfermería | 12 años | 3 años | |
| Gambia | Enfermera funcionaria auxiliar | 9-10 años | 2 años | |
| | Enfermera funcionaria especialista | Formación de enfermera auxiliar | 2 años | |
| | Enfermera funcionaria especialista | 12 años (certificado O Level) | 3 años | |
| Ghana | Enfermera especialista (diploma) | 12 años | 3 años | |
| | Enfermera especialista (título medio universitario) | 12 años | 4 años | 3 años-diploma de enfermería, más 1 año para un título univ. medio en enfermería |
| | Enfermería especializada en psiquiatría | 12 años | 3 años | También como postbásico (véase la categoría sigu.) |
| | Enfermera auxiliar | 12 años | 2 años | Suprimida, quizá se restaure pronto |
| | Enfermera de salud de la comunidad | 12 años | 2 años | |
| | Matrona especialista | 12 años | 3 años | Nuevo |

| | | | | |
|-------------------|---|---|--------|--|
| Malawi | Enfermera especialista (certificado) | 12 años | 3 años | Formación suprimida |
| | enfermera especialista (diploma) | 12 años | 3 años | |
| | Enfermera auxiliar | 12 años | 2 años | Formación suprimida |
| | Enfermera y técnico en obstetricia | 12 años | 2 años | Sustituye a enfermera auxiliar |
| | enfermera especialista | Enfermera auxiliar o cualificación de técnico | 2 años | Programa de recalificación para enfermera auxiliar y técnico de enfermería |
| | Enfermera auxiliar con psiquiatría/salud de la comunidad | Cualificación de enfermera auxiliar | 1 año | Programa de recalificación |
| Namibia | Título básico general de enfermería | 12 años | 4 años | |
| | Enfermera especialista | 12 años | 3 años | |
| | Enfermera auxiliar | 10 – 12 años | 2 años | |
| Níger | Enfermera generalista | 10 años | 3 años | Enfermera diplomada oficial |
| | Matrona generalista | 10 años (18 de edad) | 3 años | Matrona oficial |
| | Auxiliar de enfermería | 6 años | 2 años | |
| Nigeria | Título de bachillerato general para el título univ. medio, y los de enfermera especialista, matrona especialista y enfermera especialista de salud pública | 12 años | 5 años | |
| | Enfermera especialista | 12 años | 3 años | |
| | Enfermería especializada en psiquiatría | 12 años | 3 años | |
| | Matrona especialista | 12 años | 3 años | |
| Ruanda | Enfermera generalista | 9 años | 3 años | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera generalista • Enfermera anestesista • Enfermera dental • Enfermera de psiquiatría • Matrona | 12 años | 3 años | Superior a los otros niveles |
| | | | | |
| | | | | |
| Seychelles | Enfermera generalista Diploma enfermera especialista | 12 años de secundaria | 3 años | |
| Sudáfrica | Enfermera asistente | 10-12 años | 2 años | |
| | Enfermera auxiliar | 10-12 años | 2 años | Recalificación de ayudante de enfermería a enfermera auxiliar |
| | Enfermera auxiliar | 10-12 años | 2 años | EN |
| | Enfermera especialista | 12 años | 4 años | |
| | Diploma general de Enfermera especialista: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería • Obstetricia • Enfermería Psiquiátrica • Enfermería de salud de la comunidad Conducente a un título medio univ. en enfermería: enfermera especialista, matrona especialista, enfermería especializada en psiquiatría, enfermera de salud de la comunidad. | 12 años | 4 años | |
| | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|--|-----------------|--|
| Swazilandia | Diploma de enfermera especialista | 12 años de escolaridad con 2 asignaturas científicas de nivel secundario | 2 años | |
| | Enfermera auxiliar | 12 años | 2 años | |
| | Ayudante de enfermería | | | |
| | Ayudante de enfermería | 12 años | 2 años | |
| | Diploma de enfermera especialista | 12 años (O Level) certificado escuela secundaria con créditos en Ciencias, Biología, Matemáticas, Inglés y otras asignaturas | 3 años | |
| Uganda | Ayudante de enfermería | Sin especificar | Sin especificar | Cualificación no reconocida por el Consejo |
| | Enfermera auxiliar: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería general • Psiquiatría • Obstetricia | 12 años | No se indica | La enfermera auxiliar puede pasar a esta categoría |
| | Enfermera auxiliar de la comunidad | 10-12 años | 2,5 años | |
| | Enfermera especialista en: <ul style="list-style-type: none"> • Obstetricia • Pediatría, Psiquiatría • Enfermería general | 12 años | 3 años | |
| | Enfermera especializada | 12+ (A Levels) o 12 años con 5 créditos de "O Level" | 3 años | |
| | Título de enfermería | | 5 años | |
| Zambia | Enfermera auxiliar | 10-12 años | 2 años | |
| | Enfermera especialista | 12 años | 3 años | |
| Zimbabwe | Diploma en enfermería especializada | 12 años | 3 años | |
| | Título univ. medio en Enfermería | 12 años con 2 "A Level" en ciencias | 4 años | |
| | Enfermera de atención primaria | 12 años | 1.5 años | Curso nuevo |

*Nota: La formación pre-técnica se refiere a los años de educación básica general (escuela primaria y secundaria) que se requiere antes de la formación. La "Educación técnica básica" se refiere a los años de formación real.

Anexo 5: Categorías formación postbásica de las enfermeras especialistas

| País | Tipo de cualificación / categoría | Educación previa a la formación (i.e., requisitos) | Duración de la formación de especialista |
|--|---|--|--|
| Botswana | Diploma postbásico en Obstetricia | Cualificación de enfermera especialista | 1,5 años |
| | Diplomas postbásicos de: <ul style="list-style-type: none"> • Salud mental de la comunidad • Salud de la comunidad • Enfermera generalista de familia • Anestesista | Cualificación de enfermera especialista | 1 año |
| | Título medio univ. en docencia y gestión de enfermería | Cualificación de enfermera especialista | 3 años |
| | Licenciatura en enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Salud de adultos • Psiquiatría • Salud de la comunidad | Cualificación de título medio univ. | 1 año |
| Burundi | Enfermera generalista postbásico: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería general • Anestesia • Gestión de servicios públicos de salud • Obstetricia | Cualificación de enfermera generalista | 2 años |
| Republica Democrática del Congo | Diploma avanzado de enfermera en gestión de enfermería y otros sectores de enfermería | Cualificación de enfermera diplomada | 3 años |
| | Diploma avanzado de enfermera de la comunidad | Cualificación de enfermera diplomada de la comunidad | 3 años |
| Gambia | Diploma postbásico de enfermería en Obstetricia | Enfermera especialista | 2 años |
| | Diploma postbásico de enfermería en Oftalmología | Enfermera especialista | 1,5 años |
| | Enfermería de la comunidad | Enfermera especialista | 9 meses |
| | Enfermería de Anestesia | Enfermera especialista | 1 año |
| | Título medio univ. de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Obstetricia • Quirúrgica • Oftalmológica • Psiquiátrica • De la comunidad • De quirófano | Cualificación básica de enfermera especialista | 3 años |
| Ghana | Diploma postbásico de enfermera en: <ul style="list-style-type: none"> • Quirófano • Oftalmología • Otorrinolaringología • Psiquiatría | Enfermera especialista con 3 años de experiencia | 1,5 años |
| | Diploma universitario postbásico en: <ul style="list-style-type: none"> • Formación enfermería • Gestión de enfermería | Formación de enfermera especialista | 2 años |
| | Licenciatura en: <ul style="list-style-type: none"> • Educación • Gestión | Enfermera especialista + 1er título, o diploma | 2 años cursos intercalados |
| | Enfermería especializada en psiquiatría | Formación de enfermera especialista | 2 años |

| | | | |
|----------------|--|---|----------|
| | Matrona especialista (post enfermera especialista) | 12 + formación de enfermera especialista | 1 año |
| | Matrona especialista (post auxiliar enfermera de salud de la comunidad) | 12 + 2 años de enfermera auxiliar y formación de enfermera de salud de la comunidad | 2 años |
| Malawi | Enfermera especialista con formación postbásica en: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de salud mental y psiquiátrica • Gestión de servicios de salud • Formación de Enfermería • Enfermería de la comunidad | Cualificación básica de enfermera especialista | 2 años |
| | Título medio univ. en enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de salud mental y psiquiátrica • Gestión de servicios de salud • Formación de Enfermería • Enfermería de la comunidad | Formación postbásica | 2 años |
| Nigeria | Certificados postbásicos para: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera generalista (18-24 meses) • Matrona • Enfermera psiquiátrica • Enfermera perioperatoria • Enfermera de salud pública • Enfermera de ortopedia • Enfermera anestesista • Enfermera pediatra • Enfermera de cirugía plástica y quemados • Enfermera de accidentes y emergencias • Enfermera de oftalmología | Formación básica de enfermera especialista | 1-2 años |
| | Diploma postbásico en: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería o formación en obstetricia • Formación de enfermería en salud pública • Gestión de enfermería | Formación básica de enfermera especialista | 2 años |
| | Título postbásico de enfermería con un título medio univ.: <ul style="list-style-type: none"> • Formación de Enfermería • Gestión de Enfermería • Enfermería de salud pública | Formación básica de enfermera especialista | 3 años |
| | Programa de Becas de Enfermería (Becario del Colegio de Enfermería África Occ.) como especialista en: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería medicoquirúrgica • Enfermería de salud mental /enfermería psiquiátrica • Enfermería de salud maternoinfantil • Formación de Enfermería • Gestión y administración de Enfermería • Enfermería de Salud de la comunidad | Cualificación postbásica de enfermería | |
| | Licenciatura en enfermería (Licenc. en Ciencias; Licenc. en Letras) | 5 años de formación gral. enfermera especialista ó 3 años cualificación postbásica | 1-2 años |

| | | | |
|--------------------|--|---|-----------------------------------|
| Ruanda | Enfermera postbásica en: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería General • Enfermería de Anestesia • Enfermería Odontológica • Enfermería en Psiquiatría • Obstetricia | 3 años de formación general de enfermería | 1 año |
| Seychelles | Obstetricia | enfermera especialista | 1 año de formación en obstetricia |
| Sudáfrica | <ul style="list-style-type: none"> • Diploma postbásico de enfermería en: Obstetricia • Psiquiatría • Enfermería de la comunidad • Atención primaria de salud • Enfermería de quirófano • Enfermería de traumatismos y cuidados intensivos • Salud en el trabajo • Cuidados neonatales | Diploma general básico de enfermería | 1 año |
| | Título postbásico de enfermería con un título medio univers. en enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Formación de Enfermería • Administración de Enfermería | Diploma general básico de enfermería | 3 años |
| | Licenciatura en: <ul style="list-style-type: none"> • Salud de adultos • Psiquiatría y salud mental • Formación de enfermería • Administración y gestión de salud • Enfermería de Salud de la comunidad • Traumatismos y cuidados intensivos | Título de enfermería | 1-2 años |
| | Título de Doctor en: <ul style="list-style-type: none"> • Doctor en Letras • Doctor en Literatura y Filosofía • Doctor en Ciencias | Título/Licenciat. | 3+ años |
| Swazilandia | Diploma de enfermería general | 12 años de escuela secundaria certificado "O Level", con créditos Ciencias, Biología, Matemáticas, Inglés y otras asignaturas | 3 años |
| | Diploma en Obstetricia | Formación de enfermera generalista | 1 año |
| | Diploma de Enfermería psiquiátrica | Formación de enfermera generalista | 1 año |
| Uganda | Diploma superior en salud pública, enfermera/obstetricia, formación de enfermería, administración de enfermería | Enfermera especialista | 2 años |
| | Título medio univers. en: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería • Formación de Enfermería • Gestión de servicios de salud | enfermera especialista | 3 años |

| | | | |
|-----------------|---|--|---|
| Zambia | Licenciatura en enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de Salud de la comunidad • Enfermería Medicoquirúrgica • Enfermería en Psiquiatría • Obstetricia - para funciones de docencia y clínicas | Cualificación de título medio univers en Enfermería | 1 año |
| | Título medio universitario en Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de Salud de la comunidad • Enfermería Medicoquirúrgica • Enfermería en Psiquiatría | Cualificación básica de enfermera especialista | 3 años |
| | Diploma postbásico en Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de quirófano • Enfermería en Psiquiatría • Enfermería de Cuidados intensivos | Cualificación básica de enfermera especialista | 1 año |
| | Matrona especialista | Cualificación básica de enfermera especialista | 1 año |
| | Auxiliar de obstetricia | Cualificación básica de enfermera auxiliar | 1 año |
| Zimbabwe | Cursos de diploma en <ul style="list-style-type: none"> • Obstetricia • Cuidados intensivos • Quirófano • Anestesia • Psiquiatría | Enfermera especialista + 1 año experiencia | 1 año 1,5 años |
| | Diploma en Administración | Enfermera especialista + 5 años experiencia | 1 año |
| | Título medio universitario en Enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Formación de Enfermería • Enfermería de la comunidad • Enfermería de salud mental y psiquiatría | Enfermera especialista + 2 años experiencia | Universidad Abierta / Enseñanza a distancia |
| | Licenciatura en enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Salud mental y psiquiatría • Enfermería medicoquirúrgica • Salud maternoinfantil y obstetricia | 1er. Título univ. en un sector relacionado + 2 años de experiencia en el sector seleccionado | 1,5 años |

Anexo 6.1: Datos relativos a la capacitación y formación de enfermería: determinados países africanos

| Idiomas utilizados en las escuelas y en la formación de enfermería (n = 37) | | | | | | |
|---|--|----------|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| País | Mismo idioma en la escuela y en las instituciones de formación de enfermería | | Idioma en la formación de enfermería | | | |
| | Sí | No | Inglés | Francés | Portugués | Otros |
| Angola | √ | | | | √ | |
| Argelia | | √ | | √ | | |
| Benín | √ | | | √ | | |
| Botswana | √ | | √ | | | |
| Burkina Faso | √ | | | √ | | |
| Burundi | √ | | | √ | | |
| Cabo Verde | √ | | | | √ | |
| Rep. Centroafricana | √ | | | √ | | |
| Chad | √ | | | √ | | |
| Comoras | √ | | | √ | | |
| Cote d'Ivoire | √ | | | √ | | |
| Dem. Rep del Congo | √ | | | √ | | |
| Guinea Ecuatorial | √ | | | | | Español |
| Gabón | √ | | | √ | | |
| Gambia | √ | | √ | | | |
| Guinea Bissau | √ | | | | √ | |
| Kenya | √ | | √ | | | |
| Lesotho | √ | | √ | | | |
| Liberia | √ | | √ | | | |
| Madagascar | √ | | | √ | | |
| Malawi | √ | | √ | | | |
| Mali | √ | | | √ | | |
| Mauricio | √ | | | √ | | |
| Namibia | √ | | √ | | | |
| Níger | √ | | | √ | | |
| Nigeria | √ | | √ | | | |
| Ruanda | √ | | | √ | | |
| St. Tomé y Príncipe | | √ | | √ | | |
| Senegal | √ | | | √ | | |
| Seychelles | √ | | √ | | | |
| Sudáfrica | | √ | √ | | | Afrikaans |
| Swazilandia | √ | | √ | | | |
| Tanzanía | √ | | √ | | | |
| Togo | √ | | | √ | | |
| Uganda | √ | | √ | | | |
| Zambia | √ | | √ | | | |
| Zimbabwe | √ | | √ | | | |
| Total | 34 | 3 | 15 | 18 | 3 | |
| % | 92 | 8 | 41 | 49 | 8 | |

Fuente: Escuela de Enfermería, Universidad de Natal (2002).

Anexo 6.2: Edad de entrada en la formación de enfermería (en % del total) en determinados países africanos

| País | Edad | | |
|---------------------|----------------|--------------|-----------|
| | Más de 20 años | 21 – 30 años | 31+ años |
| Angola | 60 | 20 | 20 |
| Argelia | 82 | 10 | 8 |
| Benín | 2 | 93 | 5 |
| Botswana | 95 | 5 | 0 |
| Burkina Faso | 10 | 85 | 5 |
| Burundi | 1 | 99 | 0 |
| Cabo Verde | 22 | 70 | 8 |
| Central África Rep. | 0 | 95 | 5 |
| Chad | 3 | 96 | 1 |
| Comoras | 20 | 75 | 5 |
| Cote D'Ivoire | 11 | 85 | 4 |
| Dem. Rep. del Congo | 10 | 30 | 60 |
| Guinea Ecuatorial | 10 | 90 | 0 |
| Gabón | 30 | 50 | 20 |
| Gambia | 2 | 95 | 3 |
| Guinea Bissau | 10 | 90 | 0 |
| Kenya | 100 | 0 | 0 |
| Lesotho | 75 | 18 | 7 |
| Liberia | 75 | 20 | 5 |
| Madagascar | 24 | 66 | 11 |
| Malawi | 90 | 10 | 0 |
| Malí | 0 | 2 | 98 |
| Mauricio | 8 | 59 | 23 |
| Namibia | 58 | 34 | 7 |
| Níger | 40 | 58 | 2 |
| Nigeria | 59 | 36 | 5 |
| Ruanda | 20 | 70 | 10 |
| St. Tomé y Príncipe | 10 | 90 | 0 |
| Senegal | 3 | 77 | 20 |
| Seychelles | 98 | 1 | 1 |
| Sudáfrica | 80 | 20 | 0 |
| Swazilandia | 98 | 1 | 1 |
| Tanzanía | 90 | 7 | 3 |
| Togo | 2 | 98 | 0 |
| Uganda | 60 | 33 | 7 |
| Zambia | 70 | 25 | 5 |
| Zimbabwe | 90 | 9 | 1 |
| Promedio | 41 | 49 | 10 |

Fuente: Escuela de Enfermería, Universidad de Natal (2002).

Anexo 6.3: Instituciones de formación de enfermería (en % del total), determinados países africanos

| País | Institución | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------------------|----------|-------------|
| | Hospitales y Escuelas | Formación técnica superior | Colegio | Universidad |
| Angola | N/D | N/D | ND/ | N/D |
| Argelia | 0 | 100 | 0 | 0 |
| Benín | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Botswana | 10 | 90 | 0 | 0 |
| Burkina Faso | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Burundi | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Cabo Verde | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Rep. Centrafricana. | 50 | 0 | 0 | 50 |
| Chad | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Comoras | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Costa de Marfil | 0 | 100 | 0 | 0 |
| Rep. Dem. del Congo | 90 | 0 | 0 | 10 |
| Guinea Ecuatorial | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Gabón | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Gambia | 47 | 0 | 53 | 0 |
| Guinea Bissau | 0 | 100 | 0 | 0 |
| Kenya | 49 | 1 | N/D | 50 |
| Lesotho | 67 | 0 | 33 | 0 |
| Liberia | 50 | 0 | 0 | 50 |
| Madagascar | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Malawi | 75 | 17 | 0 | 8 |
| Malí | 0 | 100 | 0 | 0 |
| Mauricio | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Namibia | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Níger | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Nigeria | 97 | 0 | 0 | 3 |
| Ruanda | 89 | 5 | N/D | N/D |
| St. Tomé y Príncipe | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Senegal | 80 | 0 | 20 | 0 |
| Seychelles | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Sudáfrica | 0 | 0 | 95 | 5 |
| Swazilandia | 0 | 0 | 40 | 60 |
| Tanzania | 90 | 0 | 0 | 10 |
| Togo | 100 | 0 | 0 | 0 |
| Uganda | 85 | 3 | 6 | 6 |
| Zambia | 63 | 11 | 11 | 11 |
| Zimbabwe | 100 | 0 | 0 | 0 |
| No hay datos | 4 | 4 | 6 | 5 |
| Promedio | 62 | 16 | 8 | 14 |

Fuente: Escuela de Enfermería, Universidad de Natal (2002).

Anexo 6.4: Programas de enfermería disponibles (n=37) para determinados países africanos

| País | Programas | | | | | | | |
|---------------------|--------------------|-------------|------------|-----------|-----------|--------------------|--------------|-----------|
| | Básico | | Postbásico | | | Título | | |
| | Enfermería General | Obstetricia | Gestión | Formación | Clínico | Título medio univ. | Licenciatura | Doctorado |
| Angola | S | S | S | S | S | S | S | S |
| Argelia | S | S | S | S | S | N | N | N |
| Benín | S | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Botswana | S | S | S | S | S | S | S | N |
| Burkina Faso | S | S | S | S | S | N/D | N/D | N/D |
| Burundi | S | S | S | S | S | S | S | S |
| Cabo Verde | S | N | N | N | N | N | N | N |
| Rep. Centroafricana | S | S | N | N | N | N | N | N |
| Chad | S | S | N | N | N | N | N | N |
| Comoras | S | S | S | S | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Cote D'Ivoire | S | S | S | S | N | N | N | N |
| Rep. Dem. del Congo | S | S | N/D | S | S | N/D | N/D | N/D |
| Guinea Ecuatorial | S | N | S | S | N | N | N | N |
| Gabón | S | S | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Gambia | S | S | N | N | N | N | N | N |
| Guinea Bissau | S | S | S | N | N | N | N | N |
| Kenya | S | S | S | S | N | S | N | N |
| Lesotho | S | S | S | S | N | N | N | N |
| Liberia | S | N/D | N/D | N/D | S | S | N/D | N/D |
| Madagascar | S | S | N | S | N | N | N | N |
| Malawi | S | S | M | S | S | S | N | N |
| Malí | S | S | N | M | N | N | N | N |
| Mauricio | S | S | S | N | N | N | N | N |
| Namibia | S | S | S | S | S | S | S | S |
| Níger | S | S | S | N | N | N | N | N |
| Nigeria | S | S | S | S | S | S | S | M |
| Ruanda | S | S | N | M | N | N | N | N |
| Sao Tome | S | S | N | N | N | N | N | N |
| Senegal | S | S | N/D | S | S | N/D | N/D | N/D |
| Seychelles | S | S | S | S | N | N | N | N |
| Sudáfrica | S | S | S | S | S | S | S | S |
| Swazilandia | S | S | N/D | N/D | S | N/D | N/D | N/D |
| Tanzanía | S | S | S | S | S | S | N | N |
| Togo | S | S | N | N | N | N | N | N |
| Uganda | S | S | N | S | S | S | N | N |
| Zambia | S | M | N | N | S | M | N | N |
| Zimbabwe | S | S | S | S | S | S | S | N |
| TOTAL SÍ | 37 | 34 | 18 | 19 | 17 | 12 | 7 | 4 |
| % SÍ | 100 | 92 | 49 | 51 | 46 | 32 | 19 | 11 |

S = SÍ N = NO M = MIXTO

Fuente: Escuela de Enfermería, Universidad de Natal (2002).

Anexo 6.5: Cualificaciones más altas de las enfermeras docentes (en % del total), para determinados países africanos

| País | Cualificación s | | | | |
|------------------------------|-----------------|---|-----------------------|--------------|-----------|
| | Diploma básico | Diploma + cualificaci ón de enfermera docente | Título medio univ. | Licenciatura | Doctorado |
| Angola | 85 | 5 | 10 | 0 | 0 |
| Argelia | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Benín | 2 | 3 | 70 | 5 | 20 |
| Botswana | 0 | 1 | 4 | 95 | 0 |
| Burkina Faso | 40 | 0 | 42 | 18 | 0 |
| Burundi | 87 | 13 | 0 | 0 | 0 |
| Cabo Verde | 14 | 57 | 27 | 1 | 1 |
| Rep. Centroafricana | 5 | 90 | 0 | 5 | 0 |
| Chad | 50 | 10 | 2 | 2 | 36 |
| Comoras | 0 | 0 | 75 | 5 | 15 |
| Cote D'Ivoire | 0 | 98 | 0 | 2 | 0 |
| Rep. Dem. del Congo | 10 | 40 | 10 | 10 | 30 |
| Guinea Ecuatorial | 5 | 5 | 40 | 50 | 0 |
| Gabón | 78 | 15 | 5 | 2 | 0 |
| Gambia | M | M | M | M | M |
| Guinea Bissau | 20 | 10 | 70 | 0 | 0 |
| Kenya | 50 | 30 | 15 | 5 | 0 |
| Lesotho | 6 | 20 | 40 | 32 | 2 |
| Liberia | 0 | 0 | 65 | 25 | 10 |
| Madagascar | 98 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Malawi | 2 | 2 | 46 | 45 | 5 |
| Mali | 20 | 80 | 0 | 0 | 0 |
| Mauricio | 33 | 25 | 42 | 0 | 0 |
| Namibia | 0 | 6 | 69 | 15 | 9 |
| Níger | 3 | 91 | 6 | 0 | 0 |
| Nigeria | 0 | 46 | 39 | 13 | 2 |
| Ruanda | 0 | 50 | 0 | 0 | 50 |
| Sao Tome | 89 | 11 | 0 | 0 | 0 |
| Senegal | 0 | 50 | 50 | 0 | 0 |
| Seychelles | 30 | 30 | 10 | 20 | N/D |
| Sudáfrica | 30 | 57 | 10 | 2 | 1 |
| Swazilandia | 0 | 0 | 43 | 50 | 7 |
| Tanzanía | 0 | 90 | 7 | 3 | 0 |
| Togo | 97 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Uganda | 74 | 20 | 4 | 2 | 0 |
| Zambia | 3 | 15 | 82 | 0 | 0 |
| Zimbabwe | 0 | 30 | 50 | 19 | 1 |
| Mixto o no disponible | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Porcentaje del total | 27 | 29 | 27 | 12 | 6 |

N/D = No disponible M = Respuestas diversas
Fuente: Escuela de Enfermería, Universidad de Natal (2002).

Anexo 6.6: Tamaños de los grupos de clase de las enfermeras en determinados países africanos

| País | Básico | | Postbásico | | |
|---------------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | 15 – 40 | 40+ | >10 | 10-20 | 20+ |
| Angola | | √ | N/D | N/D | N/D |
| Argelia | √ | | | | √ |
| Benín | | √ | N/D | N/D | N/D |
| Botswana | | √ | | √ | |
| Burkina Faso | | √ | | √ | |
| Burundi | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Cabo Verde | √ | | N/D | N/D | N/D |
| Rep. Centroatricana | √ | | N/D | N/D | N/D |
| Chad | | √ | N/D | N/D | N/D |
| Comoras | √ | | | √ | |
| Cote D'Ivoire | | √ | | √ | |
| Rep. Dem. del Congo | | √ | | | √ |
| Guinea Ecuatorial | √ | | | | √ |
| Gabón | | √ | | | √ |
| Gambia | √ | | | √ | |
| Guinea Bissau | | √ | | | √ |
| Kenya | | √ | | √ | |
| Lesotho | √ | | | √ | |
| Liberia | √ | | √ | | |
| Madagascar | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Malawi | | √ | | √ | |
| Malí | √ | | | | √ |
| Mauricio | | √ | | √ | |
| Namibia | | √ | √ | | |
| Níger | √ | | √ | | |
| Nigeria | | √ | | | √ |
| Ruanda | N/D | N/D | | | √ |
| St. Tomé y Príncipe | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Senegal | | √ | | | √ |
| Seychelles | √ | | | √ | |
| Sudáfrica | √ | | | √ | |
| Swazilandia | √ | | | | √ |
| Tanzanía | | √ | | | √ |
| Togo | √ | | N/D | N/D | N/D |
| Uganda | | √ | | | √ |
| Zambia | | √ | | | √ |
| Zimbabwe | √ | | | | √ |
| N/D | 4 | 4 | 9 | 9 | 9 |
| TOTAL | 15 | 18 | 3 | 11 | 14 |
| % | 45 | 55 | 11 | 39 | 50 |

Escuela de Enfermería, Universidad de Natal (2002).

Referencias

Abt Associates South Africa Inc. (2000). The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in Botswana. Commissioned by the Ministry of Finance and Development Planning with support from the United Nations Development Programme. April 2000 (quoted in Tawfik and Kinoti 2003).

Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases (2001). Available: www.uneca.org/adf2000/Abuja%20Declaration.htm (Accessed 2005, 10 February).

Awases M, Gbary A, Nyoni J and Chatora R (2004). Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report. WHO-AFRO DHS. November 2004.

Buchan J and Dovlo D (2004). "International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for DFID": Feb. 2004. Available: www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/reports/int_rec/int-rec-main.pdf (Accessed 2005, 10 February).

Buve A, Foaster SD, Mbwili C, Mungo E, Tollenare N and Zeko M (1994). Mortality among Female Nurses in the Face of the AIDS Epidemic: A Pilot Study in Zambia. AIDS 8(3): 396.

Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa, Arusha (21 – 22 July 2003). Consultative Workshop on Human Resources for Health in East, Central and Southern Africa.

Commonwealth Secretariat (2003). Workshop on Human Resources for Health in East, Central and Southern Africa Region (20 – 22 January 2003), Johannesburg, South Africa.

Commonwealth Secretariat (2004). Workshop to Develop Systems and Strategies to Manage Human Resources for Health, (26 29 January 2004), Accra, Ghana.

DFID Health Systems Resource Centre (2003). "A Review of the Human Resource Content of PRSP and HIPC documentation in 6 selected African Countries", London, UK.

Dovlo D et al. (1998). Summary of Ghana Case Study: Staff Performance Management in Reforming Health Systems (European Union Funded Research Project "Measuring and Monitoring Staff Performance in Reforming Health Systems").

Dovlo D (1998). Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care : Issues and Concerns in Ghana. Human Resources for Health Development Journal (HRDJ), ISSN 0859-8037 Vol.2, No.1 p34-37. January - April 1998.

Dovlo D (1999). "Issues affecting the mobility and retention of health workers/professionals in Commonwealth African states". Report Prepared for the Commonwealth Secretariat, London. 1999

Dovlo D (2003). Causes of Health Worker Migration - perspectives from Ghana - Voices of Health Workers. Available: www.framtidsstudier.se/eng/globalMobReg/Dovlopaper.pdf (Accessed 2005, 10 February).

Dovlo D and Martineau T (2004). A Review Of The Migration Of Africa's Health Professionals. Joint Learning Initiative on Human Resources for Health. Africa Working Group. January 2004. Available: www.globalhealthtrust.org/Publication.htm (Accessed 2005, 10 February).

ECSA Health Community (2003). Report of the 38th Regional Health Ministers' Conference "Strengthening and Scaling up Health Interventions in ECSA: The Role of Human Resources. ECSA Health Community (2003). HIV/AIDS Impact Assessment Study on the Health Workforce in Kenya.

The International Council of Nurses, the Zambian Nurses Association and Boehringer Ingelheim (2003). Press Release. Novel AIDS Treatment Programme for Health Care Workers in Zambia. Available: www.icn.ch/PR26_03.htm (Accessed 2005, 10 February).

Joint Learning Initiative (2004). "Human Resources For Health – Overcoming the Crisis" Nov. 2004. Harvard, MA, USA. Available: www.globalhealthtrust.org/Publication.htm (Accessed 2005, 10 February).

Kurowski C (2003). "Scope, characteristics and policy implications of the health worker shortage in low-income countries of Sub-Saharan Africa". 2003 JLI Commissioned Paper.

Mathauer I and Imhoff I (2004). "The impact of non-financial incentives and quality management tools on staff motivation. A case study from Benin and Kenya", GTZ (German Technical Cooperation, June 2004).

Ministry of Health Ghana (2003). Report of the External Review Team – 2002 Health Sector Program of Work. MOH Accra, Ghana.

Ministry of Health Ghana (2004). "The Ghana Health Sector – Annual Programme of Work 2004".

Ministry of Health Zambia (2004). Human Resources for Health: A synopsis of the current staffing crisis and proposals for action. October 2004. Paper prepared for HLF Forum in Abuja 2004, Lusaka, Zambia.

Mliga G (2004). Director, Human Resources Development MOH: "Human Resources For Health Country Experiences: Tanzania" Oct. 2004 Country Paper prepared for HLF Abuja 2004.

Mogwe SS (2004). "Leadership for Sustainable Development in Nursing and Midwifery". Paper presented to African Honor Society for Nursing Conference, August 2 – 5, 2004, Gaborone, Botswana.

Mpemi MR (2004). "Towards producing culturally Competent Professionals For Culturally Sensitive Care in Lesotho". Paper presented to African Honor Society for Nursing Conference, August 2 – 5, 2004, Gaborone, Botswana.

Munjanja O (2003). Mini Survey on Stocks and Flows of Health Workers in ECSA (Unpublished paper)

National Health Accounts (NHA) in Eastern and Southern Africa (ESA) (2001). A Comparative Analysis. ESA National Health Accounts Cape Town, South Africa.

National Institute for Occupational Safety and Health in Emerging Infectious Diseases (2004). Vol. 10, No. 11, www.cdc.gov/eid, National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, GA, USA.

Ngcongco VN (2004). "Partnership with Communities: Towards culturally sensitive care". Paper presented at African Honor Society for Nursing Conference August 2 – 5, 2004, Gaborone, Botswana.

Ngufor GF (1999). Public service reforms and their impact on health sector personnel in Cameroon. August 1999. International Labour Organisation, Geneva, Switzerland.

Oluyinka A (2004). Nursing Education systems in Africa: Where is the Benchmark? Paper presented to African Honor Society for Nursing Conference, August 2 – 5, 2004, Gaborone, Botswana.

Sanders D et al. (2003). "Public Health in Africa" in Beaglehole R. (edd) "Global Public Health: A new Era", Oxford University Press, New York, USA.

School of Nursing, University of Natal (2002). Report on Current Nursing Education in Africa.

Standing H et al. (1998). Gender Aware HR Planning and Management in the context of support to health sector reform. University of Sussex, UK.

Standing H and Baume E (2003). "Equity, Equal Opportunities, Gender and Organisation Performance" in Ferrinho P and Dal Poz M, eds. Towards a Global Health Workforce Strategy, Studies in Health Services Organisation and policy, 21: 314, ITG Press, Antwerp, Belgium.

Stone PW et al. (2004). Nurse' Working conditions: Implications for infectious Diseases, Centre for Disease Control and Prevention, USA.

Tawfik L, Kinoti SN (2003). The Impact Of HIV/AIDS On Health Systems And The Health Workforce In Sub-Saharan Africa June 2003. Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project USAID, Bureau For Africa, Office Of Sustainable Development.

Tshabalala-Msimang M (2004). MEDIA RELEASE. 28 January 2004: Substantial allowances ready to roll for health professionals, Minister of Health. Department of Health, Pretoria, South Africa.

UNAIDS (2004). Report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report. UNAIDS/04.16E (English original, June 2004) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Vujicic M, Zurn P, Diallo P, Adams O and Dal Poz M (2004). The Role of Wages in Slowing the Migration of Health Care Professionals from Developing Countries. Human Resources for Health, March 2004 Department of Health Services Provision. World Health Organization. Geneva, Switzerland,

WHO/World Bank (2002). "Building Strategic Partnerships in Education And Health In Africa" Report on the Consultative Meeting on Improving Collaboration Between Health Professionals, Governments and Other Stakeholders in Human Resources for Health Development., 29 January – 1 February 2002. Addis Ababa, Ethiopia.

World Health Organization (2003). Injection Safety: Guiding Principles to Ensure Injection Device Security (WHO/BCT/03.12), WHO, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2004). Addressing Africa's Health Workforce Crisis: An Avenue for Action the High Level Forum on the Health MDGs. Abuja December 2004, WHO, Geneva, Switzerland.

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