



Consejo Internacional de Enfermeras
La voz global de la enfermería

CGFNS
INTERNATIONAL
Global Credibility

Apoyar y retener en 2022 y más allá:



LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA GLOBAL Y LA COVID-19

Enero de 2022

Autores

James Buchan, Profesor Adjunto, Universidad de Tecnología, Sydney

Howard Catton, Director general, Consejo Internacional de Enfermeras

Franklin A. Shaffer, Presidente y Director General, CGFNS International, Inc,
Secretaría del ICNM

www.intlnursemigration.org



3600 Market Street, Suite 400
Philadelphia, PA 19104 USA

Autores y afiliaciones:

James Buchan, PhD, DPM, MA(hons)

Profesor Adjunto, Universidad Tecnológica de Sídney
Profesor Visitante, Universidad de Edimburgo

Howard Catton, MA, BSc, RN

Director General, Consejo Internacional de Enfermeras

Franklin Shaffer, EdD, RN, FAAN, FFMRCISI

Presidente y Director General, CGFNS International, Inc., y Secretaría del ICNM

Foto de portada: Laurie Bonnaud / MSF. Palestina

Reservados todos los derechos, incluida la traducción a otras lenguas. Permitida la reimpresión y redistribución total o parcial de este trabajo sin alteraciones y sin autorización previa por escrito siempre y cuando se cite la fuente.

Copyright © 2022 by ICNM - International Centre on Nurse Migration,
3600 Market St. Suite 400, Philadelphia, PA 19104 USA

Índice

Agradecimientos	3
Resumen ejecutivo	4
2. La COVID-19 y su impacto en la oferta de enfermeras en 2021	14
Resumen de puntos clave	14
2.1 El perfil de la fuerza laboral de enfermería global	14
2.2 Suplementar y sostener: la COVID-19 y la oferta de enfermeras.....	16
2.2.1 Impacto de suplementar la oferta de enfermeras.....	16
2.2.2 Implicaciones de sostener la oferta de enfermeras	18
2.3 Demanda de enfermeras significa exigencias para las enfermeras: el impacto de la pandemia en la fuerza laboral.....	20
2.4 El efecto global y local y la necesidad urgente de evaluaciones de impacto en la fuerza laboral de enfermería	29
3. Autosuficiencia y oferta de enfermeras	33
Resumen de puntos clave	33
3.1 Las brechas entre la oferta y la demanda de enfermeras están creciendo	33
3.2 La oferta nacional de enfermeras varía pero a menudo es inadecuada.....	35
3.3 Impacto de la pandemia en la oferta de fuerza laboral de enfermería en los países de renta baja y media.....	36
3.4 La pandemia está impulsando la demanda de enfermeras: principalmente en los países "de destino"	38
3.5 Los países de renta alta se están centrando en la "solución rápida" de la contratación internacional activa	41
3.6 La pandemia provocará un mayor flujo de salida internacional de enfermeras de países de renta baja/media "de origen"	45
3.7 El impacto global y la necesidad urgente de monitorizar la autosuficiencia de la fuerza laboral de enfermería	47
4. Retener para sostener: agotamiento y menor retención de enfermeras durante la pandemia	51
4.1 Por qué es fundamental una mejor retención de enfermeras durante la pandemia.....	51
4.2 Respuestas políticas para mejorar la retención de enfermeras durante la pandemia	52
5. Agenda de Acción en 2022 y más allá: Apoyar y retener a la fuerza laboral de enfermería durante la pandemia de COVID-19	55
Anexo 1: Indicadores de evaluación del impacto en la fuerza laboral de enfermería	59
Anexo 2: Retención de las enfermeras más mayores durante la pandemia	62
Referencias	64

Agradecimientos

El presente informe se basa en una revisión rápida llevada a cabo con la colaboración de una serie de informadores clave. Varias Asociaciones Nacionales de Enfermería y otros grupos de interés han jugado un papel fundamental facilitando datos e información.

Los autores son responsables de todo el contenido y la interpretación de las fuentes.

Resumen ejecutivo

Finalidad del informe

El presente informe se centra en la fuerza laboral de enfermería en un momento en el que la pandemia mundial está causando estragos en todo el mundo. El año que acaba de finalizar, 2021, ha infligido daños sin precedentes en los sistemas de salud y en la fuerza laboral de enfermería. Este año que acaba de comenzar, 2022, no representa ningún cambio en la presión implacable que la pandemia sigue ejerciendo sobre las enfermeras a título individual y sobre la fuerza laboral de enfermería a nivel global.

Ha sido encargado por el Centro Internacional de Migraciones de Enfermeras (ICNM) y ofrece una valoración ilustrativa general del impacto de la pandemia de COVID-19 en la fuerza laboral de enfermería centrándose específicamente en cómo los cambios en los patrones de la oferta y la movilidad de las enfermeras pondrán en jaque la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería global. Asimismo, establece la agenda urgente para la acción y el plan de acción mundial para 2022 y más allá que hace falta para apoyar la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería mejorando la capacidad de reacción y la resiliencia del sistema de salud ante la COVID-19.

La COVID-19 y su impacto en la oferta de enfermeras

- En 2019-20 se calculaba que la fuerza laboral de enfermería global ascendía a 27,9 millones de enfermeras.¹
- Antes de la pandemia, la escasez global de enfermeras se estimaba en 5,9 millones de enfermeras, y casi toda esa carencia se concentraba en los países de renta baja y media-baja. La pandemia ha agravado el déficit existente en la oferta de enfermeras y ha obligado a dar respuestas políticas rápidas y "de emergencia" para incrementarla, a nivel de sistema, en todos los países.
- Cada vez es mayor la base de evidencia sobre el impacto de la pandemia, tanto en el plano personal (estrés, carga de trabajo, riesgo de contagio, exigencias planteadas a las enfermeras para que "aguanten" y sean "resilientes", y preocupación por "lesión moral") como en el plano de las implicaciones de las respuestas del sistema (reubicaciones, nuevas responsabilidades, acceso a EPI, etc.).
- La escasez prepandémica de enfermeras se ha visto agravada por el impacto de la pandemia y las enfermeras agotadas están dejando su trabajo o están de baja.
- Solo con que se marchara un 4% más de la fuerza laboral de enfermería global como resultado de la pandemia, se produciría un flujo de salida superior al millón de

enfermeras, y la escasez estimada a nivel mundial ascendería a siete millones de enfermeras.

- Cada sistema de salud y país deben realizar periódicamente evaluaciones de impacto en relación con la fuerza laboral de enfermería con el fin de alertar sobre daños de la pandemia tanto en enfermeras a título individual como en la fuerza laboral de enfermería en general y los sistemas sanitarios.

Autosuficiencia y oferta de enfermeras

- La pandemia ha incrementado la necesidad inmediata de enfermeras en todos los países y aumentará aún más la demanda en los próximos años.
- Muchos países han de centrarse en incrementar la oferta de "enfermeras nuevas" para satisfacer la demanda creciente y cambiante generada por la pandemia y como consecuencia de la menor oferta existente en la actualidad.
- El tamaño relativo de la nueva oferta de enfermeras formadas a nivel nacional varía enormemente en los países de renta alta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- Numerosos países de renta baja y media entraron en la pandemia con una oferta de enfermeras inadecuada.
- Existe evidencia emergente de contratación internacional activa y "por la vía rápida" desde algunos países de renta alta de la OCDE que podría menoscabar la capacidad de algunos de los países "de origen" de responder eficazmente a los retos de la pandemia.
- La pandemia ha aumentado los riesgos asociados a la contratación internacional: algunos países de renta alta "de destino" recurren a la oferta internacional a corto plazo, al mismo tiempo que aumentan los factores "de empuje" y el probable flujo de salida desde países de renta baja "de origen".
- Cada vez hay más énfasis político en el potencial de los acuerdos bilaterales entre gobiernos para "gestionar" la contratación internacional de enfermeras, acuerdos que han de monitorizarse de forma independiente para asegurar su pleno cumplimiento por todas las partes.
- Existe la necesidad urgente de monitorizar las tendencias en materia de flujos de contratación internacional utilizando un índice de autosuficiencia capaz de señalar hasta qué punto dependen los países de los flujos de entrada internacionales y detectar cambios en los patrones de los flujos y su impacto.

Retener para sostener: agotamiento y menor retención de enfermeras durante la pandemia

- La pandemia de COVID-19 ha sido un gran factor de interrupción de la retención de enfermeras que también contribuye a un mayor agotamiento y a los riesgos asociados a una tasa de renovación más elevada.
- Los empleadores han de responder a los retos derivados del agotamiento y la retención de enfermeras porque tienen el deber de cuidar de su fuerza laboral y porque es en su propio interés.
- Han salido a la luz las limitaciones preexistentes en materia de dotaciones de personal y recursos insuficientes, que se han visto agravadas por la pandemia y se han sumado al estrés y a la carga de trabajo de las enfermeras en activo. Además, la pandemia ha afectado directamente a las enfermeras como personas, que han sufrido más que la media de la población la incidencia de las tasas de contagio, enfermedad y mortalidad.
- Cada vez se está analizando más el impacto de la pandemia en la retención de enfermeras y las conclusiones que se alcanzan son extremadamente preocupantes. La retención de enfermeras será menor a causa de la mala salud por el agotamiento, el horario laboral reducido y la jubilación anticipada derivados de la COVID-19, que agravarán la escasez de fuerza laboral existente.
- Los empleadores y las organizaciones han de asumir responsabilidad y ofrecer condiciones que apoyen, de la misma manera que las intervenciones políticas deben centrarse en la mejora de los entornos de trabajo, garantizar niveles adecuados de dotación de personal y proporcionar condiciones laborales, paga y oportunidades de carrera profesional atractivas.
- Una intervención política fundamental que mejorará la retención y demostrará que las organizaciones contratantes están apoyando a su personal es garantizar que las enfermeras tienen acceso prioritario a la pauta de vacunación completa.
- El éxito sostenido en la mejora de la retención de enfermeras es probable que esté relacionado con una serie de intervenciones políticas planificadas y secuenciadas denominadas “paquetes” de políticas, y no con intervenciones individuales.
- Para establecer el equilibrio más eficaz en las políticas destinadas a mejorar la retención, en parte hay que tener en cuenta el impacto de la pandemia y las experiencias y motivaciones de las enfermeras. Por eso, un planteamiento en el que se realice una valoración del impacto en la fuerza laboral de enfermería constituye una base importante para una eficaz retención y sostenibilidad del personal.

Agenda y plan de acción para 2022 y más allá: recomendaciones para apoyar y retener a la fuerza laboral de enfermería durante la pandemia de COVID-19

La fuerza laboral de enfermería ha jugado un papel central en la eficacia de la respuesta a la COVID-19 en todos los países. El presente informe pone de manifiesto que los efectos de la COVID-19 están incrementando la demanda de enfermeras a la par que están teniendo un efecto nocivo tanto directo como indirecto en las enfermeras a título individual y en la oferta de enfermeras en general. Cuando la llegó la pandemia a principios de 2020, el déficit global de enfermeras ascendía a seis millones. La COVID-19 ha expuesto las vulnerabilidades de los flujos de oferta de enfermeras tanto a nivel nacional como internacional. En el momento de publicar este informe en enero de 2022, es más que evidente que la última variante ómicron está causando estragos en todo el mundo, provocando más efectos graves en una fuerza laboral de enfermería global con menor dotación de personal de la necesaria y que no da más de sí.

El riesgo creciente es que la COVID-19 está incrementando el déficit global previo a la pandemia de 5,9 millones de enfermeras y que también podría agravar las desigualdades en su distribución e impulsar los flujos internacionales de enfermeras de países de renta baja/media hacia países de renta alta. Todo ello menoscabará el progreso de los países en materia de reconstrucción tras la crisis de la pandemia y podría impedir la consecución de la cobertura sanitaria universal en algunos de ellos, además de comprometer la respuesta global a la variante ómicron y a cualquier ola de la pandemia en el futuro.

Para mitigar estos efectos nocivos y mejorar la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería a más largo plazo, es urgente contar con respuestas políticas eficaces y coordinadas en los niveles nacional e internacional. En este sentido, hay que contemplar tanto una actuación inmediata para hacer frente a los retos urgentes señalados en el presente informe como la elaboración de una visión y plan compartidos a más largo plazo para la fuerza laboral de enfermería global con el fin de garantizar que el mundo se encuentre en una posición mejor en el futuro para enfrentarse a grandes crisis de salud.

A nivel nacional:

- ***Actuación: compromiso de apoyar niveles seguros de dotación de personal.*** Sobre la base de la aplicación consistente de métodos de dotación de personal, la asignación de los recursos necesarios y una buena gobernanza del sistema de salud.
- ***Actuación: compromiso de sostener el acceso temprano de todas las enfermeras a la pauta de vacunación completa.***
- ***Actuación: realizar evaluaciones periódicas del impacto en relación con la fuerza laboral de enfermería para generar evidencia y desarrollar una mejor comprensión de las repercusiones de la pandemia en las enfermeras a título individual y en la fuerza laboral de enfermería en general.***

- **Plan: revisar/ampliar la capacidad del sistema nacional de formación de enfermería, que debe basarse en datos generados a partir de evaluaciones de impacto y análisis periódicos y sistemáticos del mercado nacional de enfermeras.**
- **Plan: evaluar/mejorar la retención de enfermeras y el atractivo de la enfermería como carrera** garantizando el abordaje del efecto nocivo del agotamiento provocado por la COVID-19, así como una paga y condiciones de trabajo justas, oportunidades estructuradas de carrera y acceso a formación continua.
- **Plan: implementar políticas para optimizar la contribución de la fuerza laboral de enfermería a la respuesta a la pandemia** apoyando las figuras de práctica avanzada y especializada y una combinación de habilidades y patrones de trabajo eficaces, trabajando en equipo y dotando de la tecnología y el equipamiento apropiados, así como impartiendo formación sobre su uso
- **Plan: monitorización y trazabilidad de la autosuficiencia utilizando el indicador de autosuficiencia** del porcentaje de dependencia de enfermeras nacidas o formadas en el extranjero.

A nivel internacional, los grupos de interés clave han de actuar ahora, además de diseñar y consensuar una visión y plan a largo plazo para sostener a la fuerza laboral de enfermería global:

- **Actuación: apoyar una actualización inmediata del análisis sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo (informe SOWN).** Entrando en el tercer año de la pandemia, urge contar con un perfil global actualizado de la fuerza laboral de enfermería con el fin de evaluar el daño provocado y el espacio para una actuación en materia de sostenibilidad y renovación.
- **Plan: compromiso de sostener el acceso temprano de todas las enfermeras a la pauta de vacunación completa en todos los países.** Se requiere cooperación internacional para proteger a la fuerza laboral de enfermería en todos los países.
- **Plan: compromiso de implementar y evaluar planteamientos eficaces y éticos para la gestión de la oferta internacional de enfermeras a través de un enfoque colectivo enmarcado en una implementación más completa del Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario.**² Ha de centrarse en una mejor monitorización de los flujos internacionales de enfermeras, así como en una monitorización independiente de la utilización de los acuerdos bilaterales entre países y las agencias de colocación para garantizar el cumplimiento de las normas y una contratación y prácticas de empleo justas y transparentes.

- **Plan: compromiso de apoyar evaluaciones periódicas y sistemáticas del impacto en la fuerza laboral de enfermería**, en particular en países con limitaciones de recursos, ofreciendo asesoramiento técnico, mejora de los datos, análisis independientes y diálogos políticos con distintos grupos de interés para consensuar acciones políticas prioritarias en materia de oferta y retención nacional de enfermeras.
- **Plan: compromiso de invertir en la sostenibilidad de la fuerza laboral en estados pequeños, estados de renta baja y estados frágiles, la mayoría de ellos vulnerables a los flujos de salida de enfermeras y afectados por la pandemia**, construyendo sobre la base de las lecciones extraídas de la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico³ y las Directrices Estratégicas de la OMS sobre Enfermería y Partería, que demuestran los beneficios económicos, sociales y para la salud de la población de invertir en el personal de enfermería.

Actuación y planificación. Es necesario tanto actuar urgentemente como una visión y plan a largo plazo compartidos para la fuerza laboral de enfermería global. La pandemia de COVID-19 ha causado daños sin precedentes a la fuerza laboral de enfermería global y sigue haciéndolo en 2022. El sistema de salud global no puede funcionar sin suficientes enfermeras bien motivadas y apoyadas. Hace falta urgentemente una respuesta política coordinada tanto a nivel de país como a nivel internacional para cumplir con la Agenda de Acción 2022 y diseñar un plan a más largo plazo con el fin de mejorar la retención de enfermeras y ofrecer esperanzas para la sostenibilidad de la profesión en el futuro.

1. Introducción

Este informe se centra en la fuerza laboral de enfermería en un momento en el que la pandemia mundial está causando estragos en todo el mundo. La variante ómicron de la COVID-19 es la última que ha afectado a la salud de la población poniendo en dificultad, en algunos lugares de forma abrumadora, la capacidad del sistema de salud, y ejerciendo incluso más presión en la fuerza laboral de enfermería global. El último día de 2021, se señaló que "veinte países en cuatro continentes habían notificado cifras récord de casos de COVID-19 en la última semana, destacando así la tensión que ómicron está generando en los sistemas de salud de las naciones tanto ricas como pobres".⁴

Un impacto inmediato de ómicron ha sido el rápido incremento de las bajas de personal como resultado de contagios o autoaislamientos. Por ejemplo, en Inglaterra, en la última semana de diciembre de 2021, se señaló que uno de cada diez trabajadores del Servicio Nacional de Salud (NHS) estaba de baja en relación con la COVID, cifra que se había incrementado en un 62% en solo cinco días abarcando a 19 143 enfermeras y parteras y a 2 120 médicos.⁵ También se están publicando informes similares de otros países como Canadá,⁶ EE.UU.⁷ y Australia.⁸ Todo ello ha provocado intentos urgentes de llamar a personal de baja, personal temporal y voluntarios adicionales, además de generar una mayor contratación internacional de enfermeras por la vía rápida y la suspensión de algunos servicios por escasez de personal.

Mientras entramos en este tercer año con la COVID-19 como amenaza omnipresente, el presente informe echa la vista atrás para establecer el camino a seguir en 2022. Ofrece una agenda de acción y argumenta a favor de un plan para la fuerza laboral de enfermería global que será fundamental para proteger y apoyar al personal de manera que las enfermeras puedan proteger y sostener la salud de la población.

El año que acaba de finalizar, 2021, ha sido testigo de daños sin precedentes en los sistemas de salud y la fuerza laboral de enfermería. Este año que acaba de comenzar, 2022, continúa la presión implacable que la pandemia ejerce tanto sobre las enfermeras a título individual como sobre la fuerza laboral de enfermería a nivel global. Es fundamental que 2022 también se caracterice por acciones concertadas, inmediatas y a más largo plazo tanto a nivel nacional como global para apoyar a la fuerza laboral de enfermería. En caso contrario, la brecha de la escasez de enfermería existente en todo el mundo seguirá creciendo significativamente menoscabando así cualquier intento del sistema de salud de responder eficazmente a la pandemia y de reconstruir posteriormente.

Este informe ha sido encargado por el Centro Internacional de Migraciones de Enfermeras (ICNM). Ofrece una valoración ilustrativa global del impacto de la pandemia de COVID-19 en la fuerza laboral de enfermería centrándose específicamente en cómo los cambios en los patrones de la oferta y la movilidad de las enfermeras pondrán en jaque la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería global, y establece una agenda de acción urgente para 2022.

El objetivo es informar el debate político sobre cómo los sistemas de salud, los países y las organizaciones internacionales deben responder a la cuestión fundamental de garantizar una fuerza laboral de enfermería sostenible con el telón de fondo de una pandemia mundial y escasez de enfermería en todo el globo. En particular, el informe se centra en las tendencias en relación con la oferta y la retención de la fuerza laboral de enfermería al objeto de apoyar la sostenibilidad del personal y mejorar así la capacidad de reacción y la resiliencia del sistema de salud de cara a la COVID-19.

El impacto de la COVID-19 en la fuerza laboral de enfermería ha sido grave y pronunciado en todo el mundo. Las enfermeras están en la primera línea de respuesta al virus, ocupan un lugar central de cara al progreso para eliminarlo y serán el puntal de la recuperación de los sistemas de salud tras la esta enfermedad. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁹ y otros han destacado esta conexión crítica¹⁰ ampliamente reconocida, aunque con un coste terrible.

Muchas enfermeras han fallecido, muchas más han caído enfermas, a menudo a causa del suministro escaso de equipos de protección individual (EPI) y el acceso inadecuado a la vacuna, y muchas otras están experimentando pesadas cargas de trabajo a largo plazo junto con estrés laboral y agotamiento. Estimaciones globales recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹ apuntan a que unos 115 500 trabajadores han fallecido a causa de la COVID-19, si bien se cree que se trata de una cifra "conservadora" por falta de informes suficientes con la cobertura necesaria.

Mientras que la incidencia de la COVID-19 y su efecto en la salud de la población ha variado en diferentes regiones y áreas desde su primera aparición a principios de 2020, su impacto general ha sido enorme en las enfermeras y otros de los denominados trabajadores "de primera línea". Prácticamente todos los Estados miembros de la OMS denuncian una interrupción en los servicios sanitarios a causa de la pandemia, y dos tercios (66%) han señalado que los factores relacionados con el personal sanitario son las causas más comunes.¹²

Valorar y responder al impacto de la COVID-19 en el bienestar físico y mental de las enfermeras es motivo de preocupación urgente y también tendrá consecuencias a largo plazo en relación con la salud mental y las enfermedades crónicas ("COVID persistente"), que a su vez tendrán un impacto negativo en la retención de enfermeras; se trata de cuestiones fundamentales que hay que abordar en aras de la sostenibilidad de la fuerza laboral de

enfermería. El CIE ha puesto de relieve repetidamente la necesidad de una monitorización más eficaz de las tasas de contagio, mortalidad y agresiones a las enfermeras.¹³

Las enfermeras trabajan en todo el sistema sociosanitario, tanto en hospitales como en atención primaria, residencias de mayores, cuidados prolongados, salud ocupacional y en otros entornos. Están en todos los lugares donde hacen falta cuidados. La COVID-19 también ha penetrado en todos los ámbitos de la salud y los cuidados. Mientras que buena parte de la atención al impacto de la pandemia se ha centrado en las enfermeras que trabajan en hospitales, este informe reconoce la necesidad de adoptar una óptica que considere todo el sistema y destaca que los sectores no agudos a menudo han visto efectos catastróficos de la pandemia, tanto en los pacientes como en las enfermeras. Por ejemplo, una reciente revisión independiente de la experiencia internacional con los brotes de COVID-19 en centros de mayores¹⁴ ha destacado que "la escasez de personal y sus elevadas tasas de renovación, formación inadecuada, proporción reducida de enfermeras registradas y bajo apoyo gubernamental a la prevención y el control de infecciones, en numerosos países, contribuye a altos índices de COVID-19 en dichos centros".

Valorar el impacto global de la COVID-19 en la oferta, movilidad y sostenibilidad de las enfermeras significa examinar una situación que avanza rápidamente con un telón de fondo variado y cambiante a nivel nacional, en diferentes países y sectores, teniendo en cuenta que el uso de datos siempre conlleva un retraso temporal y a menudo estos son incompletos. Este informe no tiene la intención de examinar detalladamente todas las variables que repercuten en el sistema o esbozar un cuadro completo (lo cual no es factible a causa de las limitaciones y la flagrante carencia de datos), pero sí reconoce su importancia para determinar la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería, tanto a nivel nacional como global. También destaca dónde y cómo se pueden cubrir las principales carencias de datos sobre la fuerza laboral de enfermería.

Es una instantánea que pone de manifiesto las principales acciones políticas necesarias en relación con la oferta y la sostenibilidad de las enfermeras en el contexto del reto enorme y continuado de la COVID-19 y las respuestas de los sistemas de salud. Para ello, recurre a análisis de datos, revisiones rápidas de estudios y documentos, exploración de los medios de comunicación e información de fondo proveniente de las Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANE) y otras fuentes. El trabajo para la elaboración del presente informe se ha realizado en la última parte de 2021.

El resto del informe se divide en cuatro capítulos:

La Sección 2 establece el contexto exponiendo los efectos fundamentales de la COVID-19 en la fuerza laboral de enfermería en 2021.

La Sección 3 analiza con mayor detalle la oferta y sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería en tiempos de pandemia mundial.

La Sección 4 destaca el gran reto que representa la retención de enfermeras.

La Sección 5 ofrece recomendaciones políticas sobre acciones requeridas en 2022 para garantizar una oferta sostenible de enfermeras.

2. La COVID-19 y su impacto en la oferta de enfermeras en 2021

Resumen de puntos clave

- En 2019-20 se calculaba que la **fuerza laboral de enfermería global** ascendía a **27,9 millones** de enfermeras.¹⁵
- Antes de la pandemia, la **escasez global** se estimaba en **5,9 millones de enfermeras**, concentrándose casi toda en países de renta baja y media-baja.
- La pandemia ha **agravado el déficit existente en la oferta de enfermeras** y ha obligado a dar respuestas políticas rápidas y de "emergencia" para intentar incrementarla, a nivel de sistema, en todos los países.
- Hay una **creciente base de evidencia sobre el impacto de la pandemia**, tanto a nivel personal (estrés, carga de trabajo, riesgo de contagio, exigencias planteadas a las enfermeras para que "aguanten" y sean "resilientes", y preocupación por "lesión moral") como en el plano de las implicaciones de las respuestas del sistema (reubicaciones, nuevas responsabilidades, acceso a EPI, etc.).
- **La escasez prepandémica de enfermeras se ha visto agravada por el impacto de la pandemia.** Las enfermeras agotadas están dejando su trabajo o están de baja.
- Con que solo **se marchara un 4% más de la fuerza laboral de enfermería global** como resultado de la pandemia, se produciría un flujo de salida superior al millón y la **escasez estimada a nivel mundial ascendería a siete millones de enfermeras.**
- Cada sistema de salud y país deben realizar evaluaciones periódicas del **impacto en relación con la fuerza laboral de enfermería** con el fin de alertar sobre los daños de la pandemia tanto en enfermeras a título individual como en la fuerza laboral de enfermería en general y los sistemas sanitarios.

2.1 El perfil de la fuerza laboral de enfermería global

El informe se basa en evaluaciones recientes de las presiones sobre la fuerza laboral de enfermería global ¹⁶ y se enmarca en iniciativas globales como el informe sobre la "Situación de la Enfermería en el Mundo" (informe SOWN), ¹⁷ la iniciativa mundial "Nursing Now"¹⁸ y las recientemente aprobadas Directrices Estratégicas Globales para la Enfermería y la Partería (SDNM).¹⁹ Un mensaje clave que ha nacido de estas iniciativas es que, sin una actuación eficaz coordinada, la actual escasez global de enfermeras será una limitación en muchos países para lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), y ya está menoscabando la eficacia de las respuestas a la pandemia de COVID-19.

El informe SOWN se publicó en 2020.²⁰ Fue la primera instantánea mundial de la fuerza laboral de enfermería y presentó el perfil global antes de la pandemia. Puso de relieve carencias significativas y variadas de enfermeras en todo el mundo, señalando que la mayoría de los países ya tenían lagunas en la oferta de enfermeras y se enfrentaban a la COVID-19 con una fuerza laboral de enfermería inadecuada.

El informe SOWN fundamentalmente describe el mundo prepandémico utilizando datos de hasta 2019 y es, por tanto, un punto de partida útil y un marco de referencia para valorar el impacto de la pandemia en la fuerza laboral de enfermería:

- Estimaba que la fuerza laboral de enfermería en el mundo ascendía a 27,9 millones, siendo mujeres 9 de cada diez.
- La escasez global de enfermeras se calculaba en 5,9 millones.
- Casi toda (89%) esa escasez se concentraba en países de renta baja y media-baja.
- Los países de renta alta tenían una tasa de graduación de enfermeras tres veces superior (una media de 38,7 enfermeras graduadas por cada 100 000 habitantes).
- Se esperaba que una de cada seis enfermeras se jubilara en el mundo en los diez años siguientes, lo cual implicaba la necesidad de formar y contratar a 4,7 millones de nuevas enfermeras solo para reemplazar a las que se iban a jubilar; en algunos países de renta alta las tasas serían claramente más elevadas.
- Una de cada ocho enfermeras ejercía en un país en el que no había nacido o se había formado.

En esencia, el mundo prepandémico ya tenía una escasez de casi seis millones de enfermeras, denunciaba carencias enormes en algunas regiones, se enfrentaba al reto creciente de la renovación del personal a causa de una escasa retención y del envejecimiento y la jubilación de la fuerza laboral, y era testigo del crecimiento de la movilidad internacional de las enfermeras. Algunos países padecían un problema añadido de desempleo de enfermeras junto con escasez de enfermería, y había países y sistemas de salud que denunciaban escasez de enfermeras e imposibilidad de contratar a más por tener recursos limitados o sueldos bajos y perspectivas de carrera reducidas.

Después, en 2020, estalló la pandemia de COVID-19 que se extendió por todo el globo. Ha tenido un impacto sin precedentes en la enfermería impulsando la demanda de enfermeras, que son profesionales de la salud fundamentales de "primera línea", y afectando al mismo tiempo a toda la oferta al provocar muertes, contagios, así como un mayor número de bajas y tasas de abandono más elevadas. También ha tenido un efecto multiplicador al agravar los factores de la escasez que ya habían provocado una brecha global en la oferta de enfermeras antes de la pandemia, además de sumar nuevas presiones enormes para las enfermeras a título individual y el sistema de salud.

2.2 Suplementar y sostener: la COVID-19 y la oferta de enfermeras

El momento y el impacto de la pandemia en la fuerza laboral de enfermería ha sido variado en los diferentes países, si bien a nivel global y en casi todos ellos ha surgido un conjunto central de retos. Para los fines de este informe, las principales cuestiones sobre la fuerza laboral de enfermería se resumen en relación con el impacto de la pandemia y las respuestas políticas. Se presenta como un proceso lineal pero en realidad se han producido cinco olas sucesivas durante la pandemia en diferentes momentos en distintos países. En el momento de finalizar este informe, la variante ómicron se está extendiendo rápidamente por todo el globo provocando elevadas tasas de contagio y añadiendo presión al personal por incrementar estos índices y el número de bajas asociado.

Las reacciones políticas para suplementar y sostener a la fuerza laboral de enfermería están interconectadas y a menudo han sido cíclicas en términos de impacto y respuestas políticas. El problema subyacente para muchas enfermeras ha sido que no estamos ante un único episodio y reto "agudo" puesto que se ha convertido en una fuga implacable, intensa y continuada de energía, moral y salud física y mental. Las enfermeras de todo el mundo ya estuvieron en primera línea contra el desafío de la variante delta en 2021 y ahora tienen que enfrentarse al impacto de otra variante, ómicron.

2.2.1 Impacto de suplementar la oferta de enfermeras

Los países y los sistemas han tenido que intentar desarrollar rápidamente la "capacidad de suplementar" para cubrir incrementos rápidos e impredecibles en la demanda de servicios de salud directamente a causa de la propagación de la COVID-19. Aquí cabe considerar el apoyo a la atención primaria y la rápida ampliación de la capacidad de dispensar cuidados críticos/cuidados intensivos, a menudo acompañada de la reducción o suspensión de otros elementos de la prestación de cuidados agudos para "liberar" capacidad con el fin de cubrir el impacto directo de la pandemia en los servicios sanitarios y asistenciales. Un problema separado pero relacionado en algunos países ha sido el impacto de la COVID-19 en las residencias de mayores que a menudo han recibido menos y peor apoyo que los hospitales.

Las respuestas para suplementar la fuerza laboral de enfermería se han centrado sobre todo en incrementar rápidamente ("ampliar") su capacidad general y desplazar una mayor proporción a cuidados críticos/cuidados intensivos y otros puntos de alta presión de la pandemia. Entre las respuestas específicas se encuentra requerir que las enfermeras trabajen más tiempo y/o diferentes patrones de turnos; reubicación de personal de enfermería de otras áreas clínicas, en ocasiones con formación adicional; regreso de enfermeras inactivas a la fuerza laboral como "retornadas" temporales/voluntarias; despliegue de estudiantes de enfermería para realizar trabajo "de primera línea"; uso de personal temporal/de agencia; integración "por la vía rápida" de enfermeras internacionales; e incorporación de refugiados con cualificaciones de enfermería.^{21 22 23}

Algunos países también han intentado detener activamente el flujo de salida internacional de enfermeras alegando que sus habilidades hacían falta "en casa", además del impacto directo que tenía la pandemia en la interrupción de los viajes internacionales.

Tabla 1: Suplementar y sostener: problemas de oferta de fuerza laboral de enfermería crítica durante la pandemia de COVID-19

	Principales retos del sistema de salud	Respuestas del sistema sobre la oferta de enfermeras
SUPLEMENTAR	<p>Desarrollar la capacidad de suplementar</p> <p>Centrarse en los cuidados intensivos agudos/cuidados críticos</p> <p>Mantener la prestación de atención primaria/residencias de mayores</p>	<p>Horas extra trabajadas/diferentes patrones de trabajo</p> <p>Reubicación de personal actual</p> <p>Integración de retornados</p> <p>Estudiantes de enfermería en la fuerza laboral</p> <p>Integración de enfermeras internacionales por la vía rápida</p> <p>Integración de refugiados con cualificaciones de enfermería</p> <p>[Prevención del flujo de salida internacional de enfermeras]</p>

<p>SOSTENER</p>	<p>Preparación del sistema para otras olas</p> <p>Elevada/creciente ausencia de enfermeras en relación con la pandemia</p> <p>Despliegue de programa(s) de vacunación</p> <p>Gestión de servicios "por dos vías" - COVID-19/no COVID-19</p> <p>Aumento de los cuidados crónicos relacionados con la COVID-19 ("COVID persistente"): necesidad de mejoras en atención primaria/salud pública</p>	<p>Enfermeras desplegadas/formadas para realizar programas de vacunación</p> <p>Incremento de la flexibilidad en el despliegue de enfermeras</p> <p>Reducción/finalización del uso de enfermeras a corto plazo/voluntarias retornadas, o su integración en la fuerza laboral permanente</p> <p>Apoyo al regreso de estudiantes de enfermería "en primera línea" a su formación</p> <p>Prestación de cobertura y alivio para enfermeras agotadas/con mala salud</p> <p>Reconversión/formación adicional de algunas enfermeras</p> <p>Incremento del uso de apoyo digital/tecnología</p> <p>Incremento de la oferta de nuevo personal de enfermería concentrándose en quienes tienen habilidades en cuidados intensivos, salud pública y atención primaria, así como en enfermeras especialistas clínicas/práctica avanzada (en algunos países aquí cabe incluir la contratación internacional)</p>
------------------------	--	---

Fuentes: Información clave facilitada por las ANE. Fuentes adicionales:^{24 25 26 27 28 29 30 31}

2.2.2 Implicaciones de sostener la oferta de enfermeras

Hay que considerar cuestiones a más largo plazo, más allá de la primera respuesta inmediata al impacto de la COVID-19. Los sistemas ahora tienen que apoyar los programas de vacunación, mantener la capacidad de hacer frente a otras olas de la pandemia tanto en la actualidad como en el futuro, además de valorar cómo cubrir incrementos en la demanda causados por pacientes contagiados que han desarrollado enfermedades crónicas a más largo plazo, en ocasiones conocidas como "COVID persistente".³² También existe la necesidad de reubicar recursos en otras partes del sistema de salud para poner al día la prestación de cuidados no relacionados con la COVID-19. La combinación de estos factores relativos a la demanda ha ampliado la brecha entre la oferta y la demanda de enfermeras en la mayoría de países.

Un aspecto clave de la respuesta política a la pandemia ha sido la vacunación. Allá donde ha habido vacunas disponibles, el ritmo del programa de administración varía, además de plantear exigencias para la fuerza laboral de enfermería tanto en términos de la necesidad de formación específica como de posibles reubicaciones para sostener los programas de vacunación. Antes de que la COVID-19 afectara a la salud global, el CIE había puesto de relieve que el papel de las enfermeras en los programas de inmunización variaba considerablemente en los distintos países y que su eficacia a menudo estaba relacionada con la presencia de enfermeras en puestos avanzados con autoridad para prescribir.³³ El CIE ha reiterado y enfatizado este mensaje cuando se comenzó a plantear la vacunación masiva como respuesta política a la COVID-19.³⁴

Las enfermeras han estado en primera línea de las actuaciones de vacunación en 2021 en numerosos países.^{35 36} Por ejemplo, en **Israel**, que ofreció una de las primeras historias de éxito de vacunación rápida a principios/mediados de 2021, las enfermeras dirigieron y gestionaron el programa³⁷; también se señala una función similar de las enfermeras en **Chile**.³⁸ En otros países, sin embargo, las ANE han tenido que seguir presionando a los gobiernos para hacer pleno uso de del personal de enfermería y sus habilidades para la administración de las vacunas.³⁹

El CIE ha puesto de relieve la oferta inadecuada y desigual de vacunas en muchos países⁴⁰. También ha defendido junto con otros grupos que las enfermeras y otros profesionales de la salud han de tener acceso prioritario a las vacunas para poder seguir liderando las respuestas del sistema de salud. En septiembre de 2021, el CIE puso de relieve que solo uno de cada diez trabajadores sanitarios había recibido la pauta de vacunación completa en África.⁴¹

Además de los efectos relacionados con la oferta/demanda, "sostener" la oferta de enfermeras también tiene otras implicaciones. Entre ellas se encuentra la reubicación de enfermeras trabajando temporalmente en cuidados intensivos en sus áreas clínicas "normales" (en algunos casos, habrá que mantener la flexibilidad de trasladarlas de nuevo en caso de otras olas de la pandemia); reducir o finalizar el despliegue de enfermeras voluntarias "retornadas" (en algunos países también integrarlas en la fuerza laboral, o retenerlas como "grupo" de reserva que se pueda reubicar rápidamente si se producen otras olas); realizar la transición de regreso de los estudiantes de enfermería a su función de aprendizaje de manera que puedan finalizar sus estudios interrumpidos; y planificar y prestar cobertura para que el personal de primera línea que esté agotado o tenga mala salud como resultado de su intensa carga de trabajo en la primera fase de la COVID-19 pueda tener tiempo de descanso o trabajar en áreas con menor nivel de estrés.

En los países con los recursos necesarios, la pandemia ha impulsado la telesalud y otros tipos de apoyo digital para prestar cuidados a distancia, posibilitar el acceso y aumentar las eficiencias. Todo ello está incrementando la demanda de enfermeras con habilidades digitales ("alfabetización digital").⁴²

2.3 Demanda de enfermeras significa exigencias para las enfermeras: el impacto de la pandemia en la fuerza laboral

Tal y como se ha destacado antes, es obvio que la pandemia ha provocado cambios rápidos en las políticas para incrementar la oferta de enfermeras, a nivel de sistema, en todos los países. Lo que no se debe olvidar durante esta fase de respuesta urgente es que cada una de esas políticas ha planteado exigencias a las enfermeras y que cada enfermera que está trabajando merece ser considerada durante el diseño y la implementación de las políticas. Si los formuladores de políticas prestan la atención que corresponde al impacto de sus decisiones en las enfermeras a título individual, la retención y la oferta futura mejorarán; si se centran solo en el nivel del sistema y se ignora el impacto en las enfermeras, la retención empeorará.

Además, tal y como se ha indicado anteriormente, la pandemia no es un reto "único" a corto plazo puesto que a largo plazo es implacable y cíclico en su impacto dañino en las enfermeras y los sistemas de salud. La duración misma de la pandemia es en sí un acelerador del daño.

Solo han pasado dos años desde que la pandemia se hizo evidente pero ya existe una base de evidencia sustancial y creciente sobre su impacto en la fuerza laboral de enfermería. Utilizando los términos de búsqueda "COVID nurse retention" (COVID retención de enfermeras) en Google Académico aparecen más de 11 000 resultados solo para 2020-2021. Esta evidencia se centra tanto en el nivel personal (estrés, carga de trabajo, riesgos de contagio, exigencias planteadas a las enfermeras para que "aguanten" y sean "resilientes", preocupación por "lesión moral" cuando se requiere que realicen o presencien decisiones éticamente complicadas sobre la prestación de cuidados a los pacientes⁴³) como en las implicaciones de las repuestas del sistema descritas en la sección anterior (reubicación, mantenimiento de dotaciones seguras de personal, nuevas responsabilidades, acceso a EPI adecuados, vacunas, etc.).

Mientras que buena parte de la evidencia publicada se centra en las enfermeras que trabajan en hospitales urbanos, el impacto de la COVID-19 se ha extendido a todo el sistema y algunos estudios destacados a continuación examinan la situación en residencias de mayores y centros de atención primaria. También es importante considerar el impacto en los estudiantes de enfermería, un colectivo separado, puesto que en muchos países han sido llamados a realizar trabajo "de primera línea" y/o han visto sus estudios interrumpidos. Ellos también han experimentado estrés, baja dotación de personal, carga de trabajo elevada y agotamiento potencial.^{44 45 46}

Una gran parte de esta base de evidencia que no deja de crecer proviene de encuestas nacionales o locales a enfermeras, a menudo lideradas o apoyadas por las ANE, y muestran el daño a enfermeras a título individual, además de poner de relieve los riesgos para la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería. Los formuladores de políticas deben tener en cuenta estas conclusiones y actuar en consecuencia.

La Tabla 2 a continuación pone de relieve únicamente algunos de estos estudios que informan sobre la situación en Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, China, Egipto, Alemania, India, Irán, Irlanda, la Comunidad Económica de Estados de África Occidental (CEDEAO), Japón, Líbano, Países Bajos, Omán, Filipinas, Catar, República de Corea, Sudáfrica, España, Taiwán, Uganda, Reino Unido y EE.UU., entre otros muchos.

Tabla 2: Conclusiones clave de encuestas a enfermeras en relación con la pandemia, 2020-21

<p>Australia^{47 48}</p>	<p>Encuesta en línea con más de 11 000 encuestados, agosto-octubre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 44,11% de los encuestados estaban moderadamente o extremadamente preocupados por su salud y seguridad personal • El 16,63% de los encuestados habían buscado apoyo a la salud mental o al bienestar en proveedores externos • Casi la mitad (46,74%) sentían que su carga de trabajo había aumentado significativamente o moderadamente • Aproximadamente la mitad estaban moderadamente o extremadamente preocupados por tener personal adecuado (53,18%), el bienestar de sus colegas (52,15%) y tener la combinación adecuada de habilidades en el lugar de trabajo (51,43%) <p>Encuesta en línea a 637 enfermeras en atención primaria, 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 22,0% señalaron haber considerado la dimisión, siendo las primeras razones para ello preocupación por su seguridad personal y psicológica; solo aproximadamente uno de cada cuatro encuestados afirmó tener siempre suficientes batas y mascarillas P2/N95
<p>Bélgica⁴⁹</p>	<p>Encuesta en línea a 1 135 Enfermeras de Cuidados Intensivos (UCI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos tercios de las enfermeras de UCI estaban en riesgo de agotamiento, es decir un riesgo asociado a sus condiciones laborales durante la primera ola de la pandemia de COVID-19
<p>Brasil⁵⁰</p>	<p>Encuesta en línea a 499 enfermeras y técnicos de enfermería en cuatro hospitales, agosto-septiembre de 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se detectó agotamiento en 60 trabajadores (12%), con una prevalencia superior entre las enfermeras (17%)
<p>Canadá^{51 52}</p>	<p>Encuesta a 1 705 enfermeras de primera línea en julio-noviembre de 2020 (782 afirmaron cuidar de pacientes de COVID-19):</p> <ul style="list-style-type: none"> • En las enfermeras que cuidaban de pacientes de COVID-19, se detectaron niveles elevados de fatiga crónica, mala calidad de

	<p>los cuidados, menor satisfacción laboral y mayor intención de abandonar la profesión</p> <p>Encuesta a 3 676 enfermeras, junio-julio de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 52% denunciaron dotaciones de enfermeras inadecuadas • El 49% señalaron algún nivel de desacuerdo sobre el acceso a suficientes EPI en sus lugares de trabajo • Casi la mitad de la muestra (47%) cumplía con el indicador diagnóstico de TEPT potencial. Las enfermeras con puntuaciones negativas en la mayoría de los indicadores de seguridad en el lugar de trabajo tenían más probabilidades de padecer TEPT, ansiedad y depresión
China⁵³	<p>Encuesta en línea a 4 692 enfermeras de primera línea en hospitales, febrero de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La salud mental global de las enfermeras de primera línea en general fue mala durante el brote de COVID-19; el 9,4% mostraban depresión y el 6,5% manifestaban pensamientos suicidas
Egipto⁵⁴	<p>Encuesta a 207 enfermeras trabajando en hospitales docentes, marzo-abril de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más de la mitad señalaron una creciente carga de trabajo y estrés.
Alemania⁵⁵	<p>Dos encuestas a enfermeras gestoras de cuidados prolongados: 532 encuestados en abril de 2020, 301 encuestados en diciembre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el comienzo de la pandemia, se empezó a considerar a menudo o muy a menudo la posibilidad de abandonar la profesión, aumentando considerablemente desde el 12,8% en la encuesta uno hasta el 20,3% en la encuesta dos
India⁵⁶	<p>Encuesta a 120 enfermeras de primera línea en el departamento de emergencias de un centro de cuidados de tercer nivel en el norte de India, agosto de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las enfermeras experimentaban un nivel entre moderado y grave de agotamiento emocional y despersonalización

Irán ⁵⁷	<p>Encuesta a 479 enfermeras trabajando en la respuesta a la COVID-19, junio de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este estudio apunta a una relación entre TEPT, salud general, exigencias del trabajo, tensión laboral e intención de abandonar el puesto
Irlanda ⁵⁸	<p>Encuesta en línea a 2 642 enfermeras y parteras en Irlanda, agosto-septiembre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 52,17% habían tenido un paciente a su cuidado que había fallecido a causa de la COVID-19 • El 82,72% señalaron que la COVID-19 había tenido un impacto psicológico negativo en ellas • El 61% estaban considerando abandonar la profesión
Comunidad Económica de Estados de África Occidental (CEDEAO) ⁵⁹	<p>Encuesta en línea a 1 000 enfermeras en 15 países de la CEDEAO, abril-mayo de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las enfermeras denunciaron niveles de estrés moderado (78%) o grave (10%), y niveles normales o bajos de estrés solo un 12%
Japón ⁶⁰	<p>Encuesta nacional a 2 765 administradores de hospitales, septiembre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los hospitales designados para aceptar pacientes de COVID-19 mostraron una mayor tasa de abandono por parte de las enfermeras: 21,3% en comparación con el 11,3% en otras instituciones
Líbano ⁶¹	<p>Encuesta en línea a 511 enfermeras miembro de la ANE, julio-octubre de 2020:</p> <p>Dos de cada cinco enfermeras señalaron que nada les haría renunciar a la enfermería (40,6%); sin embargo, casi el mismo porcentaje (38,3%) indicaron que ya no querían ser enfermeras pero que sus familias necesitaban su sueldo; la cuarta parte de los encuestados manifestaron estar pensando en trabajar fuera del país (24,8%)</p>
Países Bajos ⁶²	<p>Encuesta nacional a 726 enfermeras de UCI, septiembre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 27,0%, el 18,6% y el 22,2% de las enfermeras encuestadas manifestaron síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático respectivamente.

<p>Omán⁶³</p>	<p>Encuesta nacional a 1 130 enfermeras, agosto de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 75,6% denunciaron estrés • El 44,2% ansiedad • El 38,5% depresión • El 73,7% dificultades para conciliar el sueño
<p>Filipinas⁶⁴</p>	<p>Encuesta a 261 enfermeras de primera línea en 5 hospitales de derivación de casos de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El miedo a la COVID-19 reducía la satisfacción laboral de las enfermeras de primera línea e incrementaba su intención de abandonar la organización y la profesión
<p>Catar⁶⁵</p>	<p>Encuesta a 512 enfermeras, agosto-septiembre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las enfermeras en Catar tenían una tasa de intención de abandonar la profesión considerablemente superior durante la COVID-19 respecto a antes de la llegada de esta enfermedad; las enfermeras que habían trabajado en salas de tratamiento de la COVID-19 más de tres meses tenían una tasa de intención de abandonar la profesión considerablemente superior respecto a las que no trataban esta enfermedad
<p>República de Corea^{66 67}</p>	<p>Encuesta a 2 489 enfermeras, abril-mayo de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 72,8% de los participantes habían experimentado trato injusto como cambios forzosos de turno, tiempo libre individual obligatorio, cambios forzosos de unidad de trabajo y bajas no remuneradas <p>Encuesta a 340 enfermeras en siete hospitales públicos, octubre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las enfermeras al cuidado de pacientes de COVID-19 tenían una mayor tasa de intención de abandonar la profesión que el resto: "Es fundamental disminuir el estrés laboral para reducir la intención de abandonar la profesión"
<p>Sudáfrica⁶⁸</p>	<p>Encuesta a enfermeras gestoras, hospital rural de distrito, Sudáfrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las enfermeras gestoras han tenido que abordar carencias de dotación de personal en relación con la pandemia de forma cotidiana derivadas del absentismo por haberse contagiado de COVID-19 o por tener familiares infectados en casa. Esa escasez también ha empeorado por jubilación anticipada, dimisión o fallecimiento de enfermeras

España ⁶⁹	<p>Encuesta nacional, 11 560 enfermeras encuestadas, abril de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La falta de equipos de protección individual fue un problema crucial; el 80,2% señalaron un impacto psicológico alto o muy alto por la COVID-19; el 29,5% manifestaron síntomas de COVID-19
Taiwán ⁷⁰	<p>Encuesta a 12 596 enfermeras, abril de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 52,3% estaban afiliadas a hospitales destinados al tratamiento de la COVID-19, y el 7,1% habían prestado cuidados a pacientes de esta enfermedad. La proporción de enfermeras con niveles elevados de agotamiento emocional era ligeramente superior en las unidades de cuidados críticos y en los departamentos relacionados con la COVID-19
Uganda ⁷¹	<p>Encuesta a 395 enfermeras en cinco hospitales, febrero de 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 40% señalaron niveles elevados de agotamiento. Los factores predictores del agotamiento de las enfermeras eran la falta de EPI y la mayor carga de trabajo
Reino Unido ⁷²	<p>Encuesta en línea a 9 577 miembros del Royal College of Nursing, octubre de 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 74% señalaron que trabajaban regularmente más horas de las contratadas al menos una vez a la semana • El 68% afirmaron sentirse bajo demasiada presión en el trabajo y el 62% señalaron estar demasiado ocupadas para prestar el nivel de cuidados que desearían • El 57% de los encuestados afirmaron estar considerando o planificando abandonar su trabajo (la encuesta el año anterior apuntó a que el 36% de los encuestados estaban pensando en dejar el trabajo). Entre las razones citadas comúnmente estaban sentirse infravalorados (70%), sentirse bajo demasiada presión (61%), sentirse agotados (60%), niveles reducidos de dotación de personal (59%) y sueldos bajos (53%)
EE.UU. ^{73 74 75}	<p>Encuesta a trabajadores sanitarios, 20 665 encuestados, (incl. 2 301 enfermeras) en 124 instituciones, 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 63% de las enfermeras señalaron agotamiento, y el 56% también manifestaron sobrecarga de trabajo • Aproximadamente uno de cada tres médicos y enfermeras encuestados pretendía reducir sus horas de trabajo • Uno de cada cinco médicos y dos de cada cinco enfermeras tenían intención de abandonar su ejercicio profesional por completo. Agotamiento, carga de trabajo y estrés en relación con la COVID-19 eran los factores asociados a la intención de

	<p>reducir las horas de trabajo o de abandonar la profesión, mientras que sentirse valorados estaba firmemente asociado a menos probabilidades de reducción del horario o abandono de la profesión</p> <p>Encuesta a 400 enfermeras de primera línea, 2021:</p> <ul style="list-style-type: none">• El 22% apuntaron a la posibilidad de dejar sus puestos actuales• El 60% afirmaron tener más probabilidades de marcharse desde el comienzo de la pandemia; y la dotación de personal insuficiente, la carga de trabajo y el coste emocional estaban entre los factores más señalados al respecto <p>Encuesta a 5 000 enfermeras y enfermeras gestoras, 2021:</p> <ul style="list-style-type: none">• El efecto de la pandemia en la intención de abandonar la profesión se consideraba elevado en general y era mayor en las enfermeras con más de 25 años de experiencia y en las enfermeras gestoras/directoras. El 11% del total de la muestra señalaron que tenían intención de abandonar su puesto y el 20% estaban indecisos. "La combinación de quienes tienen intención de marcharse y quienes tienen dudas sobre si abandonar su puesto podría provocar inestabilidad en la fuerza laboral, en caso de no corregirse"
--	--

El daño que se le ha hecho a la fuerza laboral de enfermería es profundo y global. La Tabla 2 ofrece instantáneas en determinados momentos en el tiempo, utilizando diferentes métodos, así como distintas medidas y definiciones, solo en algunos países. El daño general ha sido profundo e implacable. La culpa la tienen tanto la COVID-19 en sí como la falta de respuestas políticas eficaces contra la pandemia en numerosos países.

Las encuestas nacionales permiten conocer bien la situación y se apuntalan con la elaboración de revisiones integrativas que examinan la fuerza laboral de enfermería y la COVID-19 desde numerosas fuentes y países.^{76 77 78 79 80} Cabe destacar que una reciente revisión multipaís⁸¹ de 16 estudios con 18 935 enfermeras ha señalado que los principales factores de riesgo que han incrementado el agotamiento de las enfermeras durante la pandemia son, entre otros, más horas de trabajo en áreas de cuarentena, trabajar en entornos de alto riesgo, trabajar en hospitales con material y recursos humanos inadecuados e insuficientes, y mayores cargas de trabajo junto con un nivel menor de formación especializada sobre la COVID-19. Algunos de los estudios multiprofesión mencionados anteriormente también ponían de relieve que las enfermeras han corrido mayor riesgo y tienen más probabilidades de manifestar agotamiento e intención de abandonar la profesión respecto a otros trabajadores sanitarios.⁸²

Otra revisión integrativa internacional ha examinado 43 estudios previos y posteriores a la COVID-19 en relación con la renovación de enfermeras y ha llegado a la conclusión de que las tasas de renovación de enfermeras habían aumentado significativamente tras la pandemia de COVID-19.⁸³ Una tercera revisión exploratoria sobre los factores de riesgo psicosocial y los peligros que afectan a los trabajadores sanitarios durante la pandemia (enero-octubre de 2020)⁸⁴ identificó 2020 artículos y encontró factores de riesgo relacionados con cuatro fuentes: equipos de protección individual (EPI), contenido del trabajo, organización del trabajo y contexto social. Además encontró que las enfermeras obtenían peores resultados de salud que otros trabajadores sanitarios. La mayor parte de la investigación se refería a trabajadores sanitarios en el segundo nivel de cuidados mientras que los datos sobre los riesgos psicosociales en atención primaria y entornos comunitarios eran escasos.

También es importante destacar que la escasez de enfermeras previa a la pandemia ya había contribuido a su elevada carga de trabajo y agotamiento. Un estudio sobre enfermeras y pacientes en 254 hospitales en los estados de Nueva York e Illinois realizado entre diciembre de 2019 y febrero de 2020 (es decir, justo antes de la pandemia) concluyó que "las enfermeras hospitalarias se encontraban agotadas y estaban trabajando en condiciones de infradotación de personal en las semanas previas a la primera ola de casos de COVID-19, lo cual representaba un riesgo para la salud de los ciudadanos".⁸⁵

Una revisión sobre agotamiento en la profesión de enfermería que cubría el periodo previo a la pandemia hasta mayo de 2019 identificó y examinó 91 estudios de investigación llegando a la conclusión de que "los patrones detectados en estos estudios muestran de forma consistente que las condiciones laborales adversas - carga de trabajo elevada y bajos niveles de dotación de personal, turnos largos y poco nivel de control - están asociadas al agotamiento de la profesión de enfermería. Las consecuencias potenciales para el personal y los pacientes son graves".⁸⁶ Los mismos autores han destacado que el agotamiento de las enfermeras "estaba relacionado con una menor seguridad del paciente y menos eventos adversos, en particular errores de medicación, infecciones y caídas". Cuando el personal experimentaba agotamiento, la insatisfacción de los pacientes y las quejas de las familias aumentaban.⁸⁷

Una revisión sistemática más reciente sobre el agotamiento en enfermería, que cubría el periodo hasta la fase temprana de la pandemia (octubre de 2020)⁸⁸, ha reforzado la necesidad de analizar el agotamiento de las enfermeras como síntoma que requiere respuestas a nivel de las organizaciones: "El agotamiento de las enfermeras está asociado al empeoramiento de la seguridad y la calidad de los cuidados, así como a una menor satisfacción de los pacientes y al compromiso y la productividad de las enfermeras en las organizaciones. Tradicionalmente, el agotamiento se ve como un problema individual. Sin embargo, enmarcarlo como un fenómeno organizativo y colectivo ofrece la perspectiva más amplia necesaria para su abordaje.

Es fundamental tener en cuenta también el impacto de la pandemia en las enfermeras como personas con vida más allá de sus lugares de trabajo, con compromisos "no laborales", y cómo pueden verse agravados el estrés y el agotamiento relacionados. Por ejemplo, una encuesta a 896 enfermeras en EE.UU., responsables de al menos un niño menor de 18 años de edad, examinó su percepción de los riesgos de la COVID-19 para la salud y el estrés de criarlo durante la pandemia⁸⁹. El estudio puso de relieve que la preocupación de las enfermeras por el riesgo de contagiarse y por los posibles riesgos de su función clínica para la familia se suman a su estrés general de forma significativa llegando a la conclusión de que "los retos experimentados hay que abordarlos en términos de niveles sostenidos de desequilibrios entre la vida laboral y la vida privada que pueden contribuir a la escasez de enfermería a medida que las enfermeras sucumben a la tensión del estrés generado por la pandemia de COVID-19".

Otra revisión y metaanálisis rápido refuerzan la necesidad de mirar más allá de los lugares de trabajo y examinar la aparición, prevención y gestión de los efectos psicológicos de los brotes de virus emergentes en los trabajadores sanitarios⁹⁰ alcanzando la conclusión de que entre los factores de riesgo de angustia psicológica se encontraba ser joven, tener menos experiencia, ser padres de niños dependientes o tener un miembro de la familia contagiado. Las cuarentenas más largas, la falta de apoyo práctico y el estigma también han influido, y la revisión ha concluido que una comunicación clara, acceso a protección personal adecuada, descanso apropiado y apoyo tanto práctico como psicológico eran factores asociados a una menor morbilidad.

Uno de los relativamente pocos estudios que examina el impacto de la COVID-19 en la salud rural es un sondeo realizado a 632 enfermeras comunitarias rurales y otro personal rural de primera línea en Australia⁹¹, que ha señalado que más de la mitad (56,1%) de los encuestados mostraban un elevado nivel de agotamiento emocional y que la "COVID-19 había incrementado la carga de trabajo y el estrés del personal comunitario rural de primera línea. Las principales fuentes de estrés estaban relacionadas con las respuestas de las organizaciones a la COVID-19 y no con la enfermedad en sí. Los datos sugieren que las intervenciones de salud mental más eficaces son prácticas y preventivas como asegurar, en primer lugar, cargas de trabajo justas y razonables".

Todos estos estudios y revisiones juntos, publicados en los últimos dos años, dibujan un panorama crudo. La escasez de enfermeras previa a la pandemia se ha visto agravada por el impacto negativo, acumulativo y creciente de las olas de la pandemia que se han ido sucediendo. El agotamiento de las enfermeras está relacionado con una peor calidad de los cuidados, así como con una menor satisfacción de los pacientes y productividad. Sus causas previas a la pandemia, relacionadas con el entorno laboral y la carga de trabajo, se han amplificado. Hay enfermeras fallecidas y otras enfermas. Las enfermeras agotadas están dejando su trabajo o están de baja. Algunas que han "aguantado" durante el primer año de la pandemia o más ahora están agotadas y tendrán que trasladarse a puestos menos exigentes, descansar, alejarse para trabajar en otros sectores o jubilarse. Las que siguen

trabajando denuncian niveles crecientes de estrés y tienden más a considerar abandonar su puesto de trabajo o la profesión. Preocupa enormemente que muchos de estos estudios muestren niveles elevados de agotamiento de las enfermeras y que la mayor "intención de marcharse", expresada en tantas de las encuestas, se transforme en "enfermeras que se han marchado".

2.4 El efecto global y local y la necesidad urgente de evaluaciones de impacto en la fuerza laboral de enfermería

¿Cuál es el efecto global y local de la pandemia en la fuerza laboral de enfermería? No es posible valorarlo en detalle por la ausencia de conjuntos de datos completos y porque se trata de un impacto continuado y cambiante que tendrá repercusiones durante años.

Incluso los datos precisos y comparables sobre los incrementos del agotamiento, las bajas, la renovación y la jubilación anticipada en relación con la COVID-19 son escasos, y también hay grandes lagunas de datos, tal y como destaca una reciente revisión sistemática sobre la pandemia y el personal sanitario: "Existen lagunas de datos considerables en relación con los factores ocupacionales y psicosociales que afectan al absentismo y al riesgo de agotamiento de los trabajadores sanitarios, así como en relación con las consideraciones sexistas sobre la capacidad del personal sanitario, las evaluaciones en países de renta baja y media-baja y las evaluaciones que se pueden poner en marcha a través de políticas como fuente de información para la recuperación y sostenibilidad de los servicios tras la pandemia en relación con la gestión de las enfermedades no transmisibles".⁹²

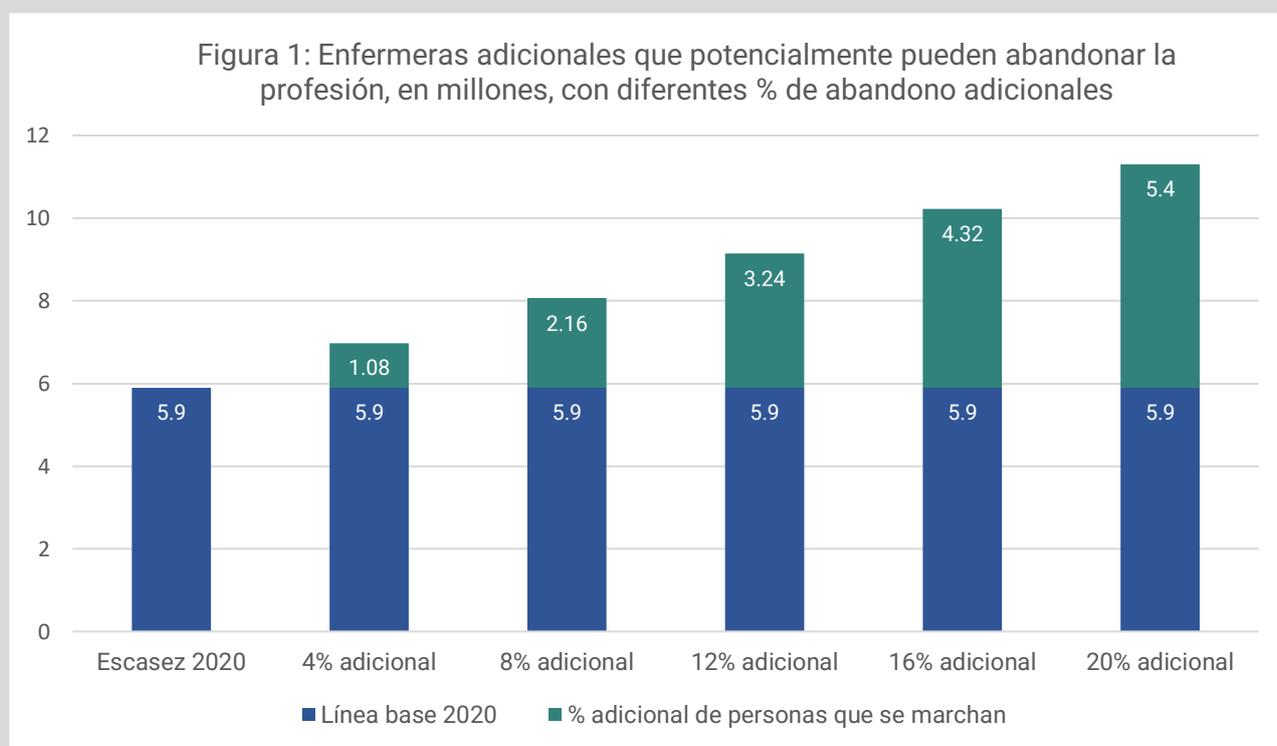
Sin embargo, las encuestas y revisiones expuestas en la sección anterior de este informe ofrecen perspectivas y presentan un cuadro preocupante de personas agotadas y sistemas de salud dañados. Existe un "círculo vicioso" pandémico de mayor demanda/menor dotación de enfermeras que está provocando más bajas y menos retención, lo cual a su vez está haciendo que más enfermeras dejen el trabajo o pretendan hacerlo.

Es posible ilustrar la vulnerabilidad de la fuerza laboral de enfermería global respecto a cualquier incremento en los flujos de salida por motivos de mala salud, bajas, agotamiento y jubilación anticipada, en relación con la pandemia, utilizando datos del informe SOWN (véase Recuadro 1).

Recuadro 1: Estimación del impacto de la pandemia en la escasez global de enfermería

El informe SOWN estimaba que la fuerza laboral antes de la pandemia ascendía a 27,9 millones. **Si solo otro 1% de esas enfermeras abandonara la profesión por la pandemia, la pérdida sería de 280 000 enfermeras. Si se marchara el 4%, el flujo de salida "perdido" ascendería a más de un millón. Es probable que la información emergente sobre las bajas de enfermeras y dotaciones de personal reducidas como resultado de la variante ómicron impulsen la tasa de abandono.**

El informe SOWN estimó la escasez global de enfermeras previa a la pandemia en 5,9 millones. **Un incremento del 4% en el flujo de salida de enfermeras impulsaría el déficit en la oferta-demanda de enfermeras hasta casi 7 millones. Un 8% de incremento supondría un déficit de más de 8 millones de enfermeras. Un 12% llevaría el déficit hasta más de los 9 millones, y un 20% aumentaría el déficit hasta más de 11 millones de enfermeras (véase la Figura 1 a continuación).**



Estas estimaciones destacadas muestran el grado de vulnerabilidad de la fuerza laboral de enfermería global. La realidad es que casi toda la escasez de enfermeras (89%) antes de la pandemia se concentraba en los países de renta baja y media-baja. Estos países también sufrirán desproporcionadamente el impacto del incremento del flujo de salida de enfermeras impulsado por la pandemia. A menudo están menos equipados para responder a los retos que plantea la pandemia para el sistema y malamente se pueden permitir perder ninguno de sus escasos recursos de enfermería. Sin embargo, ningún país será inmune a la posibilidad de que más enfermeras abandonen su sistema; por ejemplo, numerosos países de la OCDE

ya tienen una proporción relativamente elevada de enfermeras en grupos en edad de prejubilación, que serán especialmente vulnerables al mayor flujo de salida.

Existe una necesidad desesperada de pasar rápidamente a una situación en la que los países y sistemas puedan evaluar con mayor precisión y rapidez las pérdidas de enfermeras actuales y futuras, con el fin de poder actuar para proteger a la fuerza laboral de enfermería, planificar futuros requisitos y abordar el déficit. Lo que hace falta es que cada sistema de salud y cada país realicen periódicamente **evaluaciones de impacto en la fuerza laboral de enfermería durante la pandemia**. Valorar y evaluar el impacto en la fuerza laboral es algo que promovió la OMS en la estrategia mundial de recursos humanos para la salud en 2016,⁹³ y seguidamente se revisaron opciones y modelos⁹⁴. Existe la necesidad urgente de diseñar y aplicar a la fuerza laboral un planteamiento específico y estandarizado respecto al impacto mientras se responde a la pandemia,⁹⁵ por dos motivos fundamentales.

En primer lugar, existe la necesidad de activar alertas rápidas sobre el daño provocado a la salud y el bienestar de cualquier enfermera. Tal y como se ha señalado anteriormente, cada vez resulta más evidente que muchas enfermeras están agotadas o padecerán agotamiento y otras enfermedades físicas y mentales, en particular TEPT, como resultado de sus experiencias trabajando muchas horas seguidas en entornos de alta intensidad, a menudo con niveles de apoyo y EPI inadecuados. Todo ello se traduce en la necesidad urgente de ofrecer mayor apoyo eficaz en materia de niveles de dotación de personal y entornos de trabajo, así como asesoramiento y apoyo adecuados a largo plazo para el personal estresado.⁹⁶

Una parte esencial de esa respuesta ha de ser un cambio en las políticas, así como en el enfoque profesional y gestor de las enfermeras que tienen que "aguantar" y "ser resilientes" ante cargas de trabajo insoportables generadas por la pandemia, hacia un modelo en el que los empleadores y las organizaciones asuman la responsabilidad de crear y mantener condiciones de trabajo que ofrezcan apoyo y un nivel de dotación de personal adecuado.

Una revisión reciente ha puesto de relieve que "la COVID-19 también demuestra las limitaciones del autocuidado, es decir, uno de los marcos más promocionados para reducir el estrés compartido y el agotamiento... Si bien el autocuidado puede ser útil en determinados casos, la responsabilidad primaria de reducir tanto el agotamiento como el trauma compartido debe pasar del trabajador a la organización"⁹⁷. Otra revisión sobre el agotamiento de las enfermeras ha puesto énfasis en que "claramente, la evidencia no apoya intervenciones para reducir el agotamiento dirigidas a comportamientos individuales - como formación en mindfulness o resiliencia - sino que apunta a corregir los desequilibrios en el entorno de trabajo".⁹⁸

Otro informe reciente, del panel de expertos de la Comisión Europea sobre la salud mental del personal sanitario durante la pandemia, ha realizado recomendaciones similares poniendo énfasis en la necesidad de "apoyar la salud mental y aliviar inmediatamente las consecuencias del estrés, el miedo y la lesión moral, y destacando que "la organización, al

contrario que los trabajadores individualmente, ha de ser considerada responsable públicamente de su bienestar".⁹⁹

En segundo lugar, es necesario contar con datos más precisos, completos y comparables sobre el impacto general de la pandemia en los contagios de enfermeras, la "COVID persistente" y los índices de mortalidad en la dotación de enfermeras y sus tasas de bajas (y los motivos al respecto), así como sobre la renovación de enfermeras y los patrones de jubilación. Asimismo, hay que poner esa información a disposición rápidamente, lo más "en tiempo real" posible, para sostener una respuesta política informada rápida¹⁰⁰ y facilitar estimaciones más precisas para la planificación de la fuerza laboral de enfermería. La evidencia emergente sobre el impacto de la nueva variante ómicron en la dotación y las bajas de enfermeras refuerza la necesidad de evaluaciones de impacto periódicas y rápidas para efectuar un seguimiento de los cambios y prevenir respuestas de pánico utilizando mala información.

Estos datos representan un componente básico esencial de cualquier respuesta política informada para sostener la oferta de enfermeras en un momento de pandemia global. Pueden contribuir a determinar las razones subyacentes de los cambios en la oferta de enfermeras, así como señalar dónde son más pronunciadas las carencias actuales y también pueden utilizarse con el fin de diseñar escenarios y planes para evaluar y responder más eficazmente a los problemas de oferta de enfermeras. El Anexo 1 ofrece algunos elementos "centrales" de la planificación de la fuerza laboral para la evaluación del impacto en las enfermeras.

En los próximos dos capítulos se abordará la necesidad de mejorar los datos sobre la fuerza laboral de enfermería y las correspondientes evaluaciones de impacto. El Capítulo 3 se centra en la necesidad de poner mayor énfasis político en la autosuficiencia de enfermeras mientras que el Capítulo 4 presta más atención a la necesidad fundamental de mejorar su retención.

3. Autosuficiencia y oferta de enfermeras

Resumen de puntos clave

- La **pandemia ha incrementado la necesidad inmediata de enfermeras en todos los países** y aumentará aún más la demanda en los próximos años.
- **Muchos países han de centrarse en una mayor oferta de "enfermeras nuevas"**, tanto para satisfacer la demanda creciente y cambiante generada por la pandemia como a causa de la oferta reducida en la actualidad.
- Existe **una variación enorme en el tamaño relativo de la nueva oferta de enfermeras formadas a nivel nacional** en los países de renta alta de la OCDE.
- Numerosos países de renta baja y media entraron en la pandemia con una oferta inadecuada de enfermeras.
- Hay **evidencia emergente de contratación internacional activa y "por la vía rápida" desde una serie de países de renta alta de la OCDE** que podría menoscabar la capacidad de algunos de los países "de origen" de responder eficazmente a los retos de la pandemia.
- **La pandemia ha aumentado los riesgos asociados a la contratación internacional:** algunos países de renta alta "de destino" recurren a la oferta internacional, a corto plazo, al mismo tiempo que aumentan los factores "de empuje" y el probable flujo de salida desde países de renta baja "de origen".
- Cada vez hay **más énfasis político en el potencial de los acuerdos bilaterales entre gobiernos** para "gestionar" la contratación internacional de enfermeras, **acuerdos que hay que monitorizar de forma independiente para asegurar su pleno cumplimiento por todas las partes.**
- Existe **la necesidad urgente de monitorizar las tendencias en materia de flujos de contratación internacional utilizando un índice de autosuficiencia** capaz de señalar hasta qué punto dependen los países de los flujos de entrada internacionales y los cambios en los patrones de los flujos y su impacto.

3.1 Las brechas entre la oferta y la demanda de enfermeras están creciendo

La COVID-19 ha planteado exigencias enormes a las enfermeras en todos los países. Tal y como se ha destacado en el capítulo anterior, las respuestas políticas han de tener en cuenta las repercusiones personales que experimentan las enfermeras en su trabajo durante la pandemia y darles respuesta, pero también hace falta un enfoque político urgente para responder a la creciente brecha en la fuerza laboral de enfermería creada por el impacto de

la COVID-19, que es probable que siga creciendo a falta de una actuación política específica financiada.

En el nivel de análisis más simple, la pandemia ha incrementado la necesidad inmediata de enfermeras en todos los países y aumentará aún más la demanda en los próximos años. La mayoría de los países entraron en la pandemia con escasez de enfermeras, y la débil oferta se ha visto menoscabada aún más por la mortalidad, estrés, agotamiento y bajas del personal en relación con la COVID-19. Un informe de la OCDE y la Unión Europea sobre las respuestas políticas a la pandemia en 36 países europeos ha puesto de relieve que "la escasez preexistente de enfermeras se ha agravado durante el pico de la epidemia, entre otras cosas porque numerosas enfermeras se han contagiado del virus... Se espera que la demanda de enfermeras siga creciendo en los próximos años por el envejecimiento de la población y porque muchas de ellas se están acercando a la edad de jubilación".¹⁰¹

Un estudio más reciente de la OCDE sobre 38 países destaca que "la pandemia pone de relieve la escasez persistente de trabajadores sanitarios enfatizando la importancia de invertir más en los próximos años para mejorar la atención primaria y la prevención de enfermedades y fortalecer la resiliencia y preparación de los sistemas de salud".¹⁰² En una presentación durante el Congreso del CIE en noviembre de 2021, el Director de la División de Salud de la OCDE sugirió que los países tendrán que invertir un ~1% extra del PIB en su personal sanitario en el ámbito de un paquete más amplio de inversiones para potenciar la resiliencia del sistema de salud; esta estimación hay que basarla en un análisis comparativo para calcular los trabajadores sanitarios adicionales, los sueldos más elevados y la reserva médica necesaria (las cifras se han basado en medias de la OCDE).¹⁰³

La OCDE también ha informado de que "la pandemia de COVID-19 ha desplazado más la atención hacia la remuneración de las enfermeras y la necesidad de garantizar que sea suficiente para atraerlas y retenerlas en la profesión".¹⁰⁴ No será posible lograr una mejora sostenida en la contratación y retención de las enfermeras sin que las políticas presten la debida atención a garantizar que reciben un sueldo justo y condiciones de trabajo dignas.

Sin estas inversiones específicas, se producirá un incremento general en el déficit relativo a la oferta de enfermeras junto con el consiguiente riesgo de una escasez global de enfermeras cada vez mayor agravada por una mayor movilidad internacional que podría reducir aún más la oferta en los países de renta baja y media-baja denominados "de origen".

Numerosos países se están dando cuenta ahora de la necesidad de invertir para apoyar una mayor oferta de "enfermeras nuevas" tanto para cubrir la demanda creciente y cambiante generada por la pandemia como a causa de la menor oferta (retención) de la actual fuerza laboral de enfermería. Entre las prioridades emergentes se encuentra la necesidad de enfermeras con habilidades en cuidados intensivos, salud pública y atención primaria; y desarrollar o incrementar la oferta de enfermeras clínicas especialistas, las figuras de práctica avanzada y las enfermeras de atención directa para ofrecer una combinación de personal más eficaz.

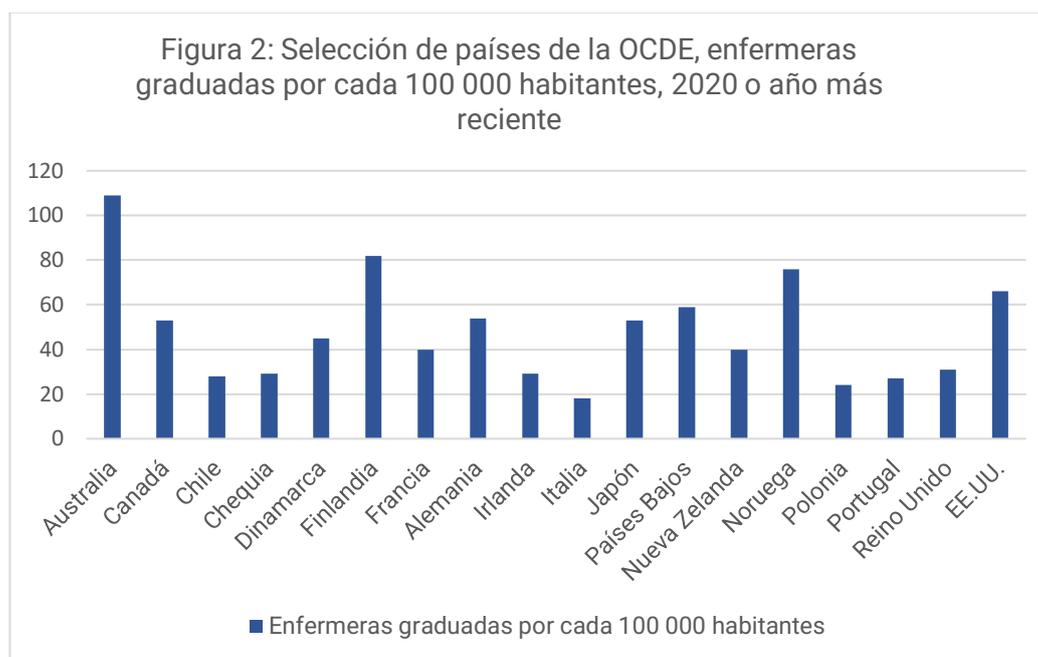
La principal fuente de nueva oferta debe basarse en invertir en la capacitación de más enfermeras a nivel nacional; una segunda fuente, abierta a los países con recursos disponibles, es recurrir a la contratación activa internacional. Este capítulo evalúa el impacto de la pandemia en la oferta de enfermeras actual y futura tanto a nivel nacional como internacional. Trata las tendencias y los factores impulsores y finaliza con un claro mensaje para los formuladores de políticas sobre la necesidad de centrarse en la autosuficiencia. Quienes ponen énfasis político en la contratación internacional como la principal "solución rápida" corren el riesgo de agravar las carencias actuales en algunos países de renta baja si sus actividades de contratación no cumplen con los requisitos "éticos".

3.2 La oferta nacional de enfermeras varía pero a menudo es inadecuada

Cualquier país que tenga recursos debe apuntar a una tasa de graduación (a menudo denominada tasa de incremento neto) de nuevas enfermeras para acceder a la fuerza laboral que permita la sostenibilidad a largo plazo. En la práctica, algunos países no han invertido suficiente en la capacitación de un número adecuado de enfermeras para cubrir su propia demanda. Es una cuestión que se reflejaba en el informe SOWN en 2020, que recomendaba mayores inversiones para ampliar la fuerza laboral de enfermería como una de las principales intervenciones políticas.

También establecía que de media los países de renta alta tenían una tasa de graduación de enfermeras más de tres veces superior, 38,7 enfermeras graduadas por cada 100 000 habitantes, respecto a los países de renta baja (10,4).¹⁰⁵ Sin embargo, existe una variación enorme en la tasa de graduación en dichos países de renta alta que refleja decisiones muy diferentes en relación con los niveles de inversión en la fuerza laboral de enfermería nacional, que a su vez puede transformarse en un gran factor de impulso del aumento de la contratación internacional activa de enfermeras.

Esta variación se aprecia en la Figura 2, que muestra el número de enfermeras que se gradúa por cada 100 000 habitantes en una selección de países de la OCDE.



Fuente: OCDE 2021¹⁰⁶

Nota: La OCDE señala que los datos de Países Bajos son provisionales y los de Reino Unido son una estimación.

En los países de tamaño medio-grande de la OCDE mostrados en la Figura 1, la tasa de graduación de enfermeras era más de cinco veces superior en **Australia** (más de 100 por cada 100 000 habitantes) que en **Italia** (18); otros países han manifestado tener tasas de graduación relativamente bajas como **Polonia** (24), **Portugal** (27), **Chile** (28), **Irlanda** (29) y **Reino Unido** (31). Otros países que han notificado tasas de graduación elevadas han sido **Noruega** (76) y **Finlandia** (82). Las cifras ponen de relieve una variación enorme en el tamaño de la nueva oferta de enfermeras formadas a nivel nacional antes de la pandemia en los países de renta alta de la OCDE. Estos países, con niveles muy diferentes de oferta nacional de "nuevas" enfermeras provenientes de la formación, se vieron afectados posteriormente por un reto común: una pandemia que incrementó la demanda de enfermeras de forma repentina.

3.3 Impacto de la pandemia en la oferta de fuerza laboral de enfermería en los países de renta baja y media

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la fuerza laboral de enfermería en los países de renta baja y media es difícil de valorar sistemáticamente o en detalle a causa de las limitaciones existentes en materia de datos y las exigencias de la pandemia. Sin embargo, hay estudios que se pueden utilizar para tener indicaciones sobre la línea base y las tendencias.

El informe SOWN había destacado que los países con baja densidad de enfermeras se encuentran sobre todo en las regiones de la OMS de África, Sudeste Asiático y Mediterráneo

Oriental, así como en partes de América Latina. Señalaba que en 2018 "las desigualdades globales en la disponibilidad de personal de enfermería se debían sobre todo a la renta, con una densidad de 9,1 enfermeras por cada 10 000 habitantes en países de renta baja comparada con 107,7 por cada 10 000 habitantes en las economías de renta alta":¹⁰⁷ una variación que supone una disponibilidad de enfermeras diez veces superior.

Asimismo, el informe SOWN puso de manifiesto que el nivel de ingresos de los países también está firmemente asociado a la escasez de fuerza laboral de enfermería. El ochenta y nueve por ciento de las lagunas en la oferta de enfermeras identificadas en 2018 se concentraban en países de renta baja y media-baja. Dicho informe también estimaba que el abordaje de la escasez de personal de enfermería en países de baja densidad requeriría un incremento medio del 8,8% en el número de graduados anuales desde 2018 hasta 2030 (rango: 0,2–13,4%), además de una mejora de la capacidad de absorción. Entre los países con mayor escasez de enfermeras (en términos numéricos) en 2018 se encontraban Bangladesh, India, Indonesia, Nigeria y Pakistán. El crecimiento poblacional en muchos países de renta baja impulsará la demanda de enfermeras, independientemente del perfil actual de la fuerza laboral. Por ejemplo, en Nigeria las proyecciones sobre el crecimiento de la población entre 2016 y 2030 sugieren una "brecha en la disponibilidad" (escasez) de hasta 140 000 enfermeras y parteras en 2030, en comparación con 2016, es decir, un déficit del 29%.¹⁰⁸

Otro estudio reciente, del Banco Mundial, examinó los mercados laborales de las enfermeras en 14 países ECSA (región de África oriental, Central y del Sur) (Botsuana, Esuatini, Kenia, Lesoto, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, Ruanda, Seychelles, Sudáfrica, Sudán el Sur, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabue).¹⁰⁹ Señalaba que la demanda de enfermeras estaba creciendo pero que las altas tasas de vacantes en el sector público seguían siendo un problema. Destacaba que dichas tasas documentadas iban del 30 al 55% en los países ECSA, y que los datos cualitativos fortalecían los retos a los que se están enfrentando los países para cubrir las vacantes de nuevas enfermeras: "...Además de por la falta de oportunidades laborales, las enfermeras no cubren los puestos a causa de los "sueldos bajos, localizaciones remotas, falta de servicios y malas condiciones de trabajo". El estudio ECSA ponía de manifiesto que, para 2030, se requerirían más de 4 700 millones de dólares para formar a enfermeras adicionales al objeto de lograr la cifra necesaria en los 14 países.¹¹⁰

Tanto el análisis del estudio SOWN como del estudio ECSA reflejan la situación previa a la pandemia. El estudio ECSA no se publicó hasta después del principio de la pandemia y consideraba su probable impacto en un anexo reflejando que "probablemente aumente la demanda efectiva de enfermeras, en particular con competencias en cuidados críticos y pulmonares. Las fuerza laboral de enfermería formada en un 79% por mujeres menores de 45 años puede tener dificultades para hacer frente a exigencias laborales estresantes y peligrosas al cuidar de familias y niños que ya no van a la escuela, lo cual puede desembocar en tasas de abandono más altas en la profesión".¹¹¹ También señalaba que "los horarios de

trabajo largos, las condiciones laborales peligrosas, la falta de acceso a equipos de protección individual y a primeros auxilios psicológicos es probable que impulsen el abandono y el absentismo".¹¹²

Una evaluación reciente del impacto de la pandemia en el personal sanitario en cinco países latinoamericanos, publicada por la OMS, cubriendo Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y Perú ha fortalecido la noción de que estos países entraron en la pandemia con escasez de personal y también la importancia crucial de su sostenibilidad: "El mayor reto ante nosotros es desarrollar mecanismos para absorber los recursos humanos recién contratados con el fin de reducir las lagunas previas a la pandemia y mantener mejoras en sus términos y condiciones de empleo como aumentos salariales, que a su vez dependen mucho de la identificación de fuentes adecuadas de financiación".¹¹³

El impacto de la pandemia únicamente puede haber incrementado la brecha entre la oferta y la demanda de enfermeras, al menos a corto plazo, a causa de una mayor demanda y una menor oferta en numerosos países que ya tenían carencias significativas antes de la pandemia.

Los niveles bajos de dotación de enfermeras importan porque repercuten negativamente en la calidad y los resultados de los cuidados. Una revisión sistemática reciente ha reunido la evidencia relativa a la dotación de enfermeras y los resultados en países de renta baja y media.¹¹⁴ Sobre la base de una evaluación de 27 estudios en países de renta baja y media, la revisión concluyó que "las menores ratios enfermera-pacientes y la mayor carga de trabajo de las enfermeras guardan relación con la mortalidad en los hospitales, las infecciones nosocomiales y los errores de medicación en los pacientes, así como con los niveles altos de agotamiento, las lesiones por objetos punzocortantes, el absentismo y la intención de abandonar el puesto de trabajo en los países de renta baja y media. Los resultados de dicha revisión muestran similitudes con la evidencia de los países de renta alta en relación con los malos resultados para pacientes y enfermeras. Estas conclusiones deben considerarse a la luz de las menores ratios enfermera-pacientes en la mayoría de países de renta baja y media".

3.4 La pandemia está impulsando la demanda de enfermeras: principalmente en los países "de destino"

Tal y como se argumenta en el Capítulo 2, en muchos países la fase temprana de la pandemia llevó a una mayor oferta a corto plazo de enfermeras nacionales al ponerse en marcha políticas para "suplementar" por parte de los sistemas y gobiernos al objeto de ampliar rápidamente la fuerza laboral de enfermería. Todo ello a menudo requería que las enfermeras existentes trabajaran más horas, así como animar a los retornados a volver a trabajar, incorporar estudiantes al trabajo y contrataciones internacionales por la vía rápida.

Estas medidas de emergencia no pueden sostenerse a largo plazo y quizá enmascaren de hecho una oferta reducida de personal a largo plazo/permanente si la COVID-19 repercute

en la fuerza laboral y el agotamiento de las enfermeras reduciendo sus tasas de retención o sus horas de trabajo.

Para comprender las dinámicas de la oferta nacional e internacional de enfermeras es necesario abordar los factores de la oferta doméstica teniendo en cuenta el impacto de la pandemia. La escasez de enfermería se genera cuando la demanda supera la oferta, y tal y como se ha indicado antes muchos países han visto cómo se ampliaba la brecha entre la oferta y la demanda a causa de la pandemia. Estos países han de intentar reemplazar a las enfermeras que se han marchado (o se marcharán por agotamiento o envejecimiento de la fuerza laboral), así como retener a las que se han quedado, además de intentar contratar a más enfermeras para satisfacer la mayor demanda y los cambios en la misma.

Al igual que con los demás aspectos del efecto de la pandemia, a día de hoy solo existen a disposición análisis nacionales limitados que tengan en cuenta el impacto de la pandemia en el incremento previsto de la demanda y el número de enfermeras. Sin embargo, esta base de evidencia emergente esboza un panorama preocupante.

Por ejemplo, en Canadá se puso de relieve¹¹⁵ que el número de vacantes para enfermeras registradas y enfermeras psiquiátricas registradas prácticamente se duplicó desde 12 860 en el primer trimestre de 2020 hasta 22 425 en el segundo trimestre de 2021. A nivel provincial, se citan datos más recientes sobre la creciente escasez. Nueva Escocia notifica oficialmente más de 1 000 vacantes de enfermería y ha establecido una nueva Oficina de Reclutamiento de Profesionales Sanitarios para mejorar la contratación.¹¹⁶ La provincia de Manitoba en septiembre de 2021 notificó una tasa de vacantes de enfermería del 18,8%, con 2 267 puestos de enfermería vacantes.¹¹⁷

El Servicio Nacional de Salud (NHS) en Inglaterra notificó una tasa de vacantes de enfermeras registradas del 10,5% el 30 de septiembre de 2021 (39 813 vacantes para enfermeras registradas)¹¹⁸, y las proyecciones recientes sugieren que harán falta 69 000 enfermeras más en 2024/5 para cubrir la creciente demanda relacionada con la pandemia.¹¹⁹

En Alemania, se ha notificado que "la pandemia está acelerando la amplia tendencia que lleva tiempo generándose", y la Agencia Federal de Empleo (Bundesagentur für Arbeit) informaba de que la cifra media de puestos vacantes para enfermeras registradas en cuidados prolongados en 2019 ascendía a 15 000 y en cuidados agudos a 12 400; asimismo, señalaba que se tardaban 205 días en cubrir un puesto de enfermera en cuidados prolongados y 174 en ocupar uno de enfermera en un hospital.¹²⁰ Un informe más reciente de Alemania señala que "actualmente el número de vacantes supera el número de buscadores de empleo cualificados en el mercado laboral. Según estimaciones expertas, el sector de la enfermería necesitará 150 000 enfermeras nuevas en 2025. Los cambios demográficos en el país agravarán esta situación a medio y largo plazo".¹²¹

Suiza celebró un referéndum nacional el 28 de noviembre de 2021 sobre la escasez de enfermería. Con el liderazgo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Suiza, logró una

mayoría electoral para mejorar la formación y garantizar la calidad a través de más personal, condiciones de trabajo justas y mejor reconocimiento de la profesión. Se notificó que "habrá una escasez de 65 000 enfermeras en todos los niveles formativos de aquí a 2030 si no se emprende ninguna acción, en parte porque solo aproximadamente la mitad de las enfermeras que harán falta en el futuro en Suiza están cursando formación en la actualidad", con una dependencia muy elevada de la contratación internacional¹²². Un tercio de las enfermeras que trabajan en hospitales suizos han recibido formación en el extranjero; durante la pandemia, esta elevada dependencia de personal extranjero ha planteado problemas: "Cuando los países cerraron sus fronteras para limitar la propagación el virus, Suiza se vio obligada a negociar con sus vecinos para permitir que los trabajadores sanitarios siguieran cruzándolas para ir a trabajar".¹²³

En EE.UU., las proyecciones de empleo de la Oficina de Estadísticas Laborales 2020-2030 señalan que se espera que la fuerza laboral de enfermería registradas crezca de 3 millones en 2019 hasta 3,4 millones en 2030, y que se creen 194 500 vacantes para enfermeras registradas cada año una vez consideradas las jubilaciones de enfermeras y otros motivos para abandonar la profesión.¹²⁴ Un informe reciente ha sugerido que poco más del 15% de las enfermeras estadounidenses habían dejado su puesto de trabajo durante el primer año de la pandemia, aproximadamente un cinco por ciento más respecto al año anterior, y que una de cada cinco enfermeras indicaba que quizá abandonaría su puesto asistencial al año siguiente¹²⁵. Otra encuesta a 6 000 enfermeras de cuidados críticos en EE.UU.¹²⁶ mostró que el 66% afirmaban que sus experiencias durante la pandemia les habían hecho considerar abandonar la enfermería y el 92% estaban de acuerdo con las siguientes afirmaciones: "Creo que la pandemia ha mermado considerablemente el número de enfermeras en mi hospital. Sus carreras serán más cortas de lo que pretendían".

Una evaluación detallada reciente en el estado de California en EE.UU. señala una escasez actual de 40 567 enfermeras registradas equivalentes a tiempo completo (brecha del 13,6%), que se prevé que persista hasta 2026. El estudio ha encontrado que muchas enfermeras registradas más mayores en California han dejado de trabajar y una cifra considerable tiene previsto jubilarse o dejar el trabajo en los próximos dos años. El 26% de las enfermeras registradas entre 55 y 64 años han afirmado que piensan abandonar el trabajo en los próximos dos años, cifra a la que se ha llegado desde el 12% notificado en 2018. Los autores del informe señalan que se debe "más que probablemente al agotamiento y la necesidad de reducir la exposición a la COVID-19 de los miembros de riesgo de la familia".¹²⁷

Estos ejemplos de países ponen de relieve una creciente brecha en la oferta-demanda de enfermeras. La demanda de enfermeras está aumentando por la pandemia y por los cambios demográficos subyacentes; la oferta de enfermeras está quedándose atrás por los flujos de salida impulsados por la pandemia y por los cambios demográficos subyacentes como el envejecimiento de la fuerza laboral y la llegada de más enfermeras a la edad de jubilación.

3.5 Los países de renta alta se están centrando en la "solución rápida" de la contratación internacional activa

La pandemia ha incrementado la demanda de enfermeras, exponiendo y acelerando así la escasez de enfermería en todo el mundo. Quizá impulse a algunos países a incrementar el nivel de formación nacional pero, tal y como se indica en la Sección 3.2, existe una variación enorme en la producción actual de enfermeras graduadas en los distintos países, en particular en los de renta alta. Incluso si aumentaran las inversiones para ampliar la producción nacional, habrá un retraso de al menos tres o cuatro años antes de que cualquier nuevo graduado nacional comience a entrar en la fuerza laboral. La necesidad de reemplazo es más urgente, y una característica obvia en algunos países de renta alta es la actuación renovada y ampliada de recurrir a la contratación internacional como "solución rápida".

Incluso antes de la pandemia, había un flujo de enfermeras internacionales amplio y creciente. Un análisis de la OCDE ha revelado que en 2019 más de 550 000 enfermeras formadas en el extranjero estaban trabajando en 36 países miembros de la OCDE, lo cual representaba un incremento significativo respecto a las 460 000 registradas en 2011.¹²⁸ La OCDE señala que el número y/o la cuota de enfermeras formadas en el extranjero ha aumentado con especial rapidez en Bélgica, Francia, Alemania y Suiza, con un crecimiento sostenido también en Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Estados Unidos.¹²⁹

Estados Unidos cuenta con el mayor número de enfermeras internacionales registradas, estimado en casi 197 000; en segundo lugar se encuentra Reino Unido con más de 100 000 enfermeras formadas en el extranjero, seguido de Alemania con 71 000 y Australia con 53 000.¹³⁰ La OCDE ha concluido que "la pandemia de COVID-19 ha revelado una vez más que las enfermeras formadas en el extranjero son activos clave para los sistemas de salud en numerosos países de la organización. Además de poner en primer plano el importante papel y dedicación de los trabajadores sanitarios de primera línea, la pandemia ha destacado aún más el reto profundamente arraigado de la escasez de personal junto con la considerable aportación que realizan las enfermeras migrantes al personal sanitario."¹³¹

El informe SOWN también ha puesto de manifiesto que la movilidad internacional de la fuerza laboral de enfermería estaba aumentando destacando que "muchos países de renta alta en diferentes regiones parecen tener una dependencia excesiva de la movilidad internacional de enfermería a causa del número reducido de enfermeras graduadas o la escasez existente". Una de las principales recomendaciones del informe SOWN fue que "los países que dependen demasiado de las enfermeras migrantes deben buscar una mayor autosuficiencia invirtiendo más en la producción nacional de enfermeras".¹³²

El análisis de este informe apunta a un nuevo aumento de los flujos internacionales, tras algunas breves restricciones a los viajes durante las fases iniciales de la pandemia. Como respuesta a la necesidad urgente de cerrar la brecha que no cesa de empeorar entre la oferta y la demanda de enfermeras, muchos países de renta alta ahora están acelerando sus actividades de contratación internacional. Para ello, hay que conceder a las enfermeras un estatus de inmigración preferencial y procedimientos de inmigración por la vía rápida. Un

informe de la OCDE ha destacado que desde la pandemia "muchos países de la OCDE que ya dependían de los trabajadores sanitarios migrantes han implementado medidas políticas adicionales para facilitar la entrada de inmigrantes y el reconocimiento de sus cualificaciones profesionales extranjeras".¹³³

Algunos países de renta alta como Australia, Inglaterra y Alemania dependen a largo plazo de las enfermeras internacionales y ahora están pensando en incrementar su actividad de contratación internacional.

En Australia, el Ministro de Salud Federal ha sido citado recientemente al afirmar que las enfermeras internacionales que ya habían solicitado ir a Australia "podrían eludir las restricciones de viaje para tomar vuelos y realizar trabajos esenciales" durante la respuesta a la pandemia, y que el flujo internacional de llegada de enfermeras se había visto "gravemente interrumpido" por los cierres de fronteras internacionales. También se cubrirá el coste de los vuelos y las cuarentenas, y es probable que este "puente aéreo" lo utilicen sobre todo enfermeras migrantes de Gran Bretaña, Irlanda y otros países donde los reguladores reconocen las cualificaciones de enfermería como equivalentes a las australianas.¹³⁴

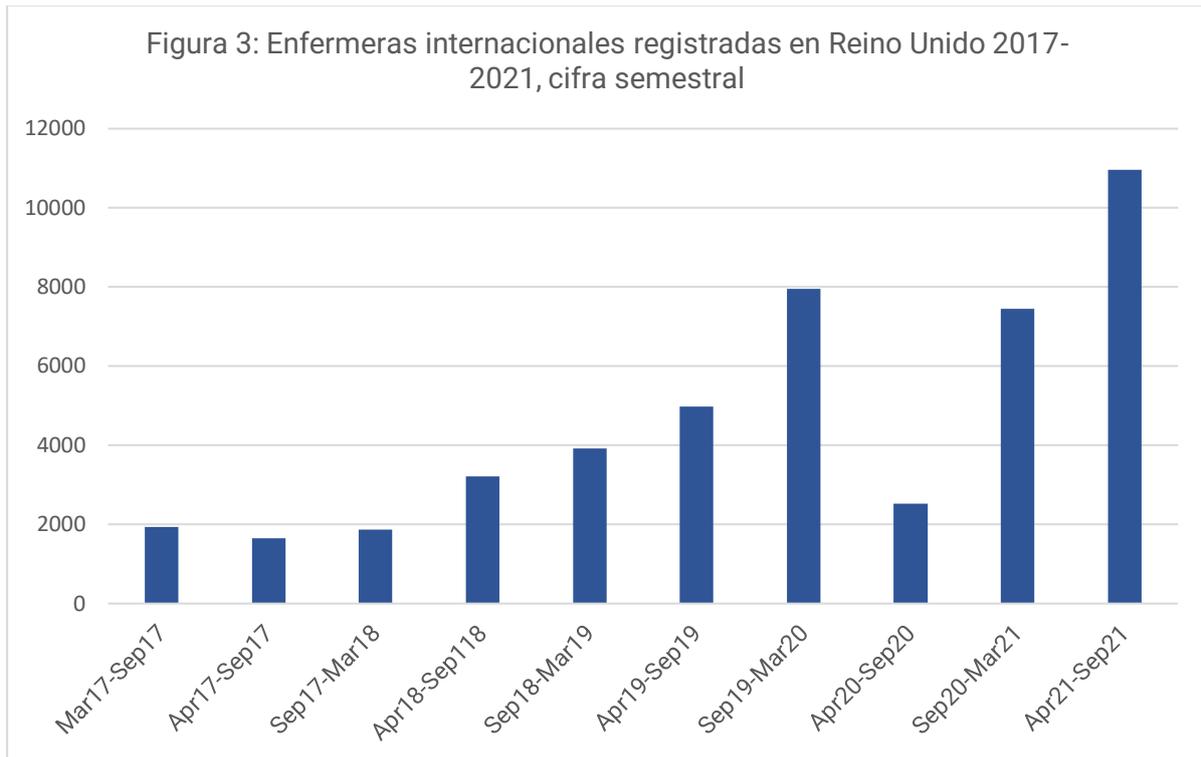
El Departamento Estatal de Salud en Australia Occidental está ofreciendo cubrir el coste de los vuelos, el traslado y la cuarentena obligatoria de 14 días en hotel por la COVID-19 puesto que pretende contratar a 2 800 enfermeras de aquí a 2023 a través de reclutamiento tanto local como internacional. Esta oferta internacional se ha realizado tanto a enfermeras australianas trabajando en el extranjero como a enfermeras internacionales.¹³⁵ El 31 de diciembre de 2021, se comunicó que el gran aumento de casos de ómicron en Sídney en el estado de Nueva Gales del Sur había provocado un incremento "sin precedentes" en el número de pacientes y vacantes para enfermeras (a causa de los contagios y autoaislamientos); los intentos para obtener suficiente personal de enfermería de reemplazo de agencias habían fracasado y el estado había "comenzado el proceso para la contratación en el extranjero".¹³⁶

En Canadá, en la Provincia de Ontario se ha comunicado que entre enero y agosto de 2021 se registraron 2 259 enfermeras formadas en el extranjero (EFE), es decir, una cifra superior al total de EFE registradas en todo 2020; también se ha comunicado que ¹³⁷la Provincia de Quebec está llevando a cabo "misiones de reclutamiento" en Francia, Bélgica, Líbano, Brasil y norte de África (Argelia, Libia, Mauritania, Marruecos y Túnez) con el fin de contribuir a ocupar 4 000 vacantes para enfermeras.¹³⁸

En Inglaterra, las políticas nacionales subrayan la importancia de incrementar la contratación internacional tomando nota de que ya se está trabajando en la eliminación de barreras a la contratación internacional y en el incremento de la capacidad para iniciar y sostener a las enfermeras reclutadas en el extranjero, en particular ofreciendo apoyo financiero a los empleadores del Servicio Nacional de Salud (NHS) que contraten a enfermeras de otros países.¹³⁹ Concretamente, se ha puesto de relieve que "la contratación internacional será un

componente fundamental de apoyo para la gestión continuada de la COVID-19 en áreas de toda Inglaterra y para otros servicios bajo presión, además de para la recuperación del NHS de la pandemia", y también se ha señalado que "están emergiendo otras naciones potenciales en términos de oferta".¹⁴⁰ En diciembre de 2021 "se había instado a los empleadores del NHS a aprovechar la gran oportunidad para maximizar de nuevo el apoyo de las enfermeras del extranjero" acelerando aún más la contratación internacional,¹⁴¹ y se había producido un marcado incremento del número de enfermeras internaciones registradas en Reino Unido en los últimos 18 meses. Los datos más recientes, para el semestre que va de abril a septiembre de 2021, muestran que se habían registrado casi 11 000 enfermeras internacionales, es decir, más que en todo el periodo previo de 12 meses.¹⁴² A finales de año, al delinear las respuestas políticas contra el mayor número de bajas de enfermeras a causa de la variante ómicron, el gobierno de Reino Unido comunicó que estaba "trabajando para acelerar la inscripción de enfermeras del extranjero en el registro para ejercer en Reino Unido y como resultado 800 enfermeras se han podido registrar en el Nursing and Midwifery Council solo en esta semana".¹⁴³

La Figura 3 a continuación utiliza los datos del registro para poner de relieve el flujo de entrada de enfermeras internacionales en Reino Unido en los últimos años. La tendencia desde 2017 ha sido un flujo de entrada internacional al alza, que se ha multiplicado por cinco en el periodo reflejando así la escasez nacional de enfermería. Más recientemente, muestra la interrupción temporal de los viajes provocada por la COVID-19 en la primera parte de 2020, que ahora se ha disipado en gran medida como resultado de políticas "de vía rápida" para poder contratar grandes cantidades de enfermeras internacionales rápidamente en Reino Unido. En el periodo de seis meses abril-septiembre de 2021, se registraron más de 10 000 nuevas enfermeras internacionales en Reino Unido, en particular más de 4 500 de India, 3 000 de Filipinas y 1 300 de Nigeria.



Fuente: Consejo de Enfermería y Partería, Reino Unido 2021¹⁴⁴

Alemania está desarrollando un enfoque de "Triple Beneficio" a la contratación internacional de enfermeras¹⁴⁵ que incluiría a **Bosnia Herzegovina, Filipinas y Túnez**. La finalidad política sería generar un triple beneficio a través de un planteamiento bilateral: "Se afloja la presión en los mercados laborales de los países de origen, donde hay enfermeras desempleadas; las remesas de las enfermeras migrantes ofrecen un estímulo al desarrollo en sus países de origen; se alivia la escasez de enfermeras en Alemania".

Algunos países con una elevada dependencia prolongada de la contratación internacional ahora están aumentando sus esfuerzos, pero la demanda de países de renta alta de destino también se está extendiendo más allá de los países contratantes "habituales" a otros que tradicionalmente no han sido tan activos en la contratación internacional. Aquí cabe incluir a **Finlandia**, que apunta a una escasez de 30 000 enfermeras para el final de la década y ahora está examinando el uso de la contratación internacional,¹⁴⁶ y **Escocia**, donde en octubre de 2021 el gobierno anunció la asignación de 4,5 millones de libras para sostener la contratación internacional activa de enfermeras en el ámbito del plan general de recuperación de la pandemia y renovación.¹⁴⁷

El riesgo obvio es que la contratación internacional activa podría impulsar los flujos de salida de enfermeras desde países de origen de renta baja y podría menoscabar la capacidad de dichos países de responder eficazmente a los retos de la COVID-19. Esta cuestión se trata en la próxima sección.

3.6 La pandemia provocará un mayor flujo de salida internacional de enfermeras de países de renta baja/media "de origen"

El análisis de la oferta internacional previa a la pandemia de los denominados países "de origen" ha puesto de relieve la tendencia prolongada al alza de las tasas de emigración desde algunos países de renta baja y media-baja, que pone en riesgo su capacidad de alcanzar los ODS de la ONU y lograr la CSU. Tal y como se ha mencionado anteriormente, un análisis de la OCDE ha revelado que en 2019 más de 550 000 enfermeras formadas en el extranjero estaban trabajando en 36 países de renta alta miembros de la Organización, lo cual representaba un incremento significativo respecto a las 460 000 registradas en 2011.¹⁴⁸ La OCDE también ha señalado que ¹⁴⁹los países más pequeños del Caribe y el Pacífico, y los países que han sufrido conflictos en África, tienen algunas de las tasas más elevadas de emigración con más de la mitad de sus enfermeras trabajando en países de renta alta de la OCDE.

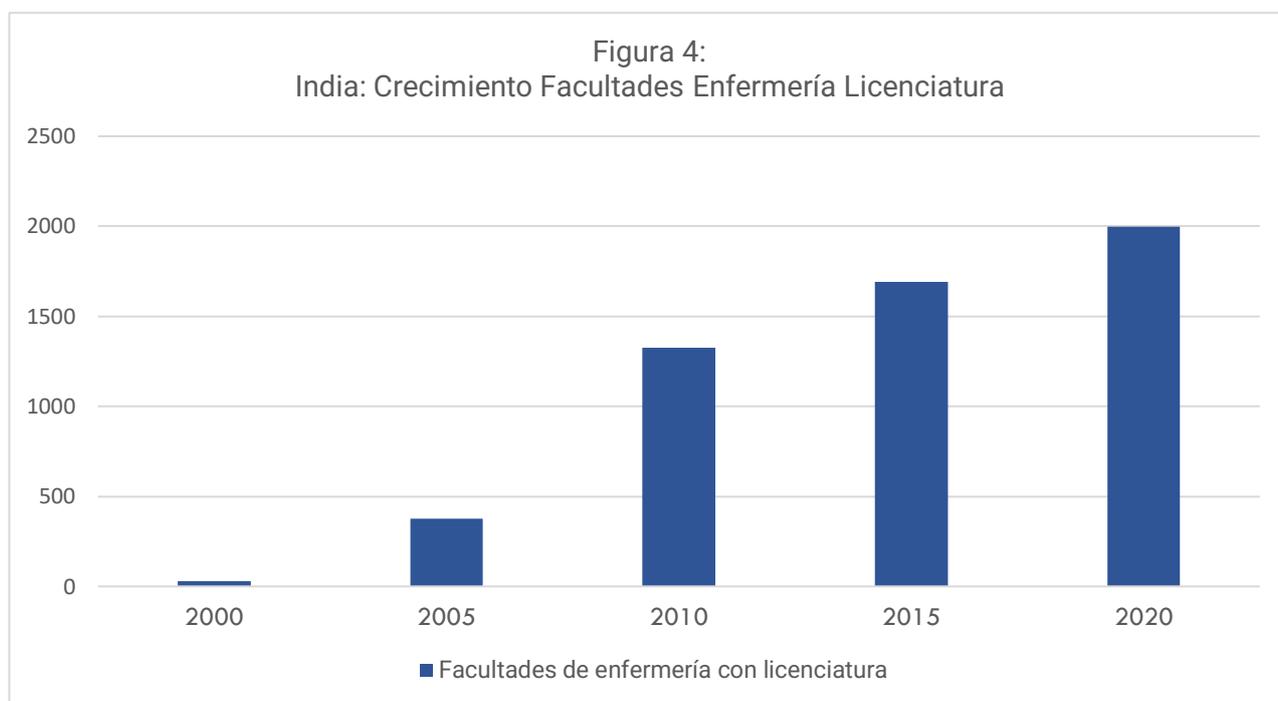
El estudio ECSA del Banco Mundial, el CIE y Jhpiego en 14 países (**Botsuana, Esuatini, Kenia, Lesoto, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, Ruanda, Seychelles, Sudáfrica, Sudán del Sur, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabue**) ha puesto de relieve que la emigración de enfermeras reduce la oferta disponible en estos países "de envío", lo cual implica que pueden "enfrentarse a escasez por necesidad de enfermeras para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible" y "supone costes directos e indirectos para los gobiernos de envío, en particular gastos de formación y sueldos e impuestos perdidos".¹⁵⁰

Dicho informe también ha mostrado que, en los 14 países, la cuota de enfermeras formadas en el extranjero varía ampliamente entre ellos y "es inversamente proporcional a la producción nacional medida según la tasa de incremento neto (el número de nuevos graduados en el país comparado con la oferta total de enfermería)".¹⁵¹

Un resumen de evidencia para políticas de la **Región Africana de la OMS**, enfocado al reclutamiento y la retención de trabajadores sanitarios durante la pandemia publicado recientemente,¹⁵² ha destacado que el número limitado de publicaciones centradas directamente en África comentan sobre todo la contratación internacional de personal de salud: "Mientras la pandemia dejaba sobrepasados a los sistemas de salud de numerosas naciones de renta alta, desencadenándose así una demanda creciente de mano de obra sanitaria en el norte global, se planteaban preocupaciones sobre la aceleración potencial de la emigración de personal sanitario desde el continente africano y los países de renta baja y media". El informe señalaba que "el problema que impulsa la fuga de cerebros desde África es la desmotivación de los trabajadores de la salud (mala remuneración, falta de prestaciones como seguro de salud, plus de peligrosidad, etc.), entornos deficientes para aplicar sus habilidades en la mayoría de los países de África, asignación de recursos insuficiente para el sector de la salud..." y destacaba la necesidad de investigación sobre el desempleo y el subempleo de los trabajadores sanitarios en África "para arrojar luz sobre la

paradoja del desempleo de trabajadores de la salud en países que padecen una escasez crítica".

A menudo se trata de factores "de empuje" provocados por ingresos reducidos, cargas de trabajo elevadas y malas perspectivas de carrera que llevan a las enfermeras a considerar la posibilidad de migrar, si bien la mayoría de los países de renta baja y media no animan activamente a sus enfermeras a ser móviles internacionalmente. Sin embargo, hay algunos países, principalmente **India y Filipinas**, en los que existe un modelo denominado "tren para la exportación". En **India**, el rápido crecimiento en el sector de la formación ha generado un aumento considerable de la producción de enfermeras formadas a nivel nacional. Este crecimiento ha sido especialmente marcado en las facultades de enfermería que imparten formación para obtener el nivel de licenciatura, que es la cualificación más útil para trabajar en ámbito internacional. En el año 2000 únicamente había 30 facultades ofreciendo la licenciatura de enfermería deseada a nivel internacional, cifra que aumentó a 1 326 en 2010 y a 1 996 en 2020 (véase Figura 4). Casi todas estas facultades (1 833, 92%) están en el sector privado.



Fuente: Informe anual del Consejo de Enfermería de India

En Filipinas, la contratación internacional de enfermeras la facilita una agencia gubernamental, la Administración de Empleo en el Extranjero de Filipinas.¹⁵³ La mayoría de las escuelas de enfermería en el país pertenecen al sector privado y los estudiantes de enfermería se pagan su propia formación, a menudo con la intención expresa de marcharse a trabajar al extranjero cuando se gradúen. Este modelo ha llevado a una rápida expansión del número de escuelas de enfermería del sector privado, así como a satisfacer la demanda internacional de enfermeras formadas en Filipinas, inicialmente en Estados Unidos, pero en décadas más recientes, también en una serie de países de Oriente Medio y el Golfo (por ej.

Arabia Saudí), Europa (por ej. Reino Unido e Irlanda) y Australasia (Singapur, Nueva Zelanda, Australia). Solo Estados Unidos sería el hogar de al menos 150 000 enfermeras filipinas.¹⁵⁴

Mientras que la tendencia general es al alza, los patrones relativos al flujo efectivo de enfermeras de países de renta baja y media a diferentes países de destino de la OCDE varían considerablemente. El análisis reciente de la OCDE pone de relieve que entre los países con mayores cuotas de enfermeras formadas en el extranjero los de habla inglesa albergan relativamente más enfermeras nacidas en países de renta baja y media. En Nueva Zelanda, Australia y Canadá, por ejemplo, entre el 40 y más del 50% de todas las enfermeras formadas en el extranjero provienen de países de renta baja y media baja mientras que en Suiza y Noruega la mayoría provienen de otros países de la OCDE.¹⁵⁵

3.7 El impacto global y la necesidad urgente de monitorizar la autosuficiencia de la fuerza laboral de enfermería

El impacto de la COVID-19 en las tendencias de la fuerza laboral de enfermería global es probable que agrave el déficit actual de la oferta de enfermeras en la mayoría de países, pero también se corre el gran riesgo de incrementar las desigualdades globales entre la oferta y la demanda. El probable crecimiento continuado de los flujos internacionales de enfermeras podría reducir aún más las escasas habilidades de enfermería en algunos países. Los informes de país en la Sección 3.5 del presente informe señalan que algunos países activos en el reclutamiento de personal ahora están realizando contrataciones activas por la vía rápida como respuesta urgente a la escasez nacional, que se ha visto agravada por el impacto de la pandemia.

Todas las enfermeras deben tener la posibilidad de trasladarse libremente, pero existe una necesidad urgente de monitorizar y realizar un seguimiento de las cifras relativas a los flujos internacionales de enfermeras para poner de relieve los países de origen que pueden estar en riesgo e identificar qué países de destino están aumentando activamente su actividad de contratación internacional.

El CIE pone énfasis en que los países han de centrarse en la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería como elemento integral de su planificación a nivel general,^{156 157} y aboga por el uso de un indicador de "autosuficiencia" nacional. Una trazabilidad del indicador en el tiempo podrá señalar hasta qué punto dependen los países de los flujos de entrada internacionales de enfermeras en comparación con la formación nacional. El CIE realizó una declaración ante la Asamblea Mundial de la Salud en noviembre de 2020 abogando por el uso de un indicador de autosuficiencia.¹⁵⁸

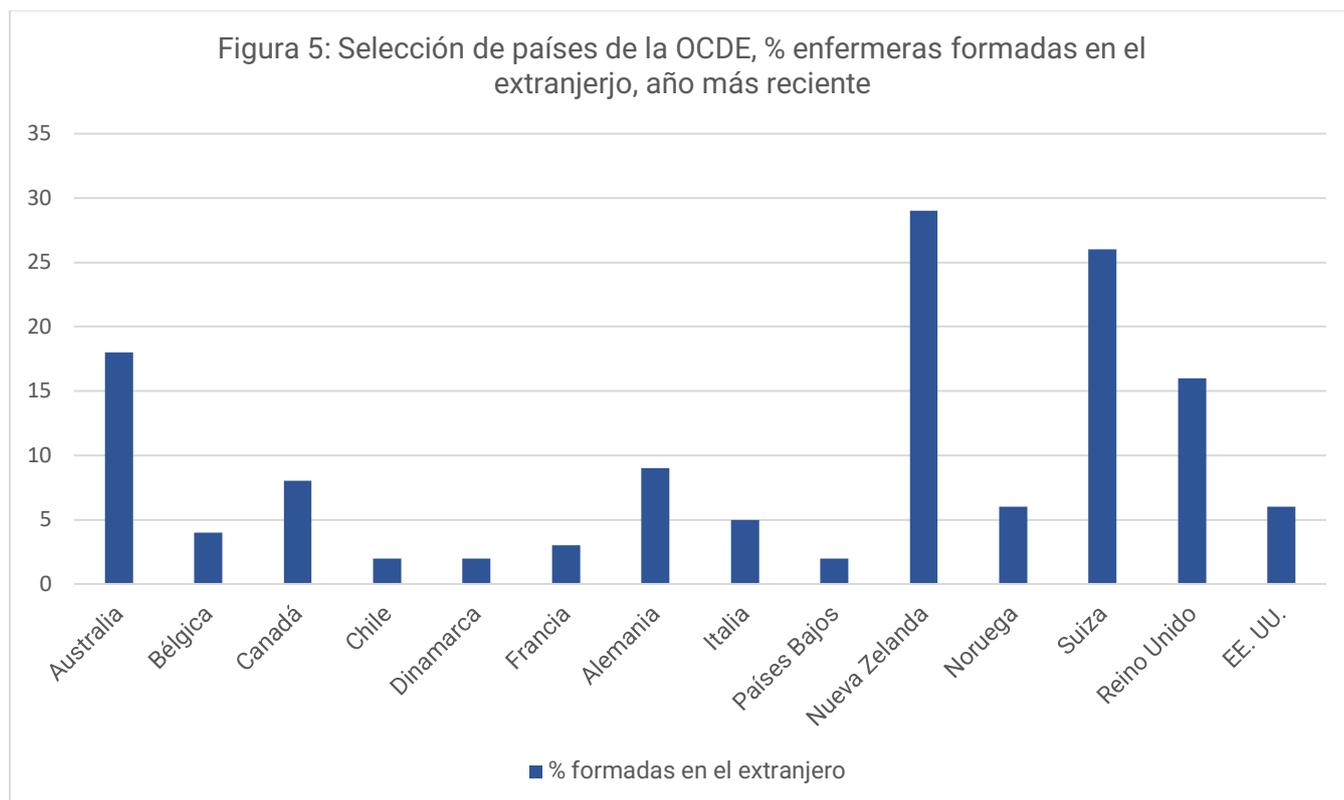
Recuadro 2: Medición de la autosuficiencia

Indicador de autosuficiencia: porcentaje del total de la fuerza laboral de enfermería en un país que ha recibido formación en el extranjero

Tasa de emigración: porcentaje del total de enfermeras nacidas o formadas en un país pero trabajando en el extranjero, en comparación con el total de enfermeras que siguen trabajando en el país

El indicador de autosuficiencia se establece evaluando el porcentaje del total de la fuerza laboral de enfermería en un país que ha recibido formación en el extranjero; cuanto más elevado sea el porcentaje menos autosuficiente es el país. (Una medida alternativa, para aplicar en particular a los países de origen vulnerables, es calcular una tasa de emigración.¹⁵⁹ Se puede hacer estimando el porcentaje de enfermeras nacidas o formadas en un país, pero trabajando en el extranjero, comparado con el total que sigue trabajando en el país. Cuanto mayor se la tasa de emigración, más se habrá mermado la fuerza laboral de enfermería del país a causa de los flujos de salida internacionales).

Este indicador de autosuficiencia varía considerablemente entre los países de la OCDE (véase Figura 5 a continuación). Algunos países como **Chile, Dinamarca y Países Bajos** comunican una elevada autosuficiencia y tienen una baja dependencia de las enfermeras internacionales, pero en otros países el porcentaje de dependencia alcanza el 26% (Nueva Zelanda).



Fuente: OCDE 2021¹⁶⁰

Nota: Suiza utiliza una metodología diferente; EE.UU. efectúa un cálculo aproximado

Dos de los principales grupos de países con "baja" autosuficiencia pertenecen a la OCDE, como Nueva Zelanda, tal y como se ha ilustrado anteriormente, y al área del Golfo (por ej., el informe SOWN indica que el 77% de las enfermeras en Arabia Saudí son extranjeras, y el 97% en Catar¹⁶¹).

Una dependencia relativamente elevada a largo plazo de un flujo de entrada internacional es una característica de los países con capacidad para atraer enfermeras internacionales por tener factores "de atracción" como sueldos relativamente superiores y/o mejores oportunidades de carrera y formación. Este estatus de país "de destino" en algunos casos les ha llevado a limitar su propia inversión en la formación de enfermeras porque descargan los costes de la capacitación sobre el país "de origen" o sobre las enfermeras en esos países si han sido ellas quienes se han costado su formación.

Algunos países ya han realizado un esfuerzo concertado hacia la autosuficiencia guiándose por una serie de políticas. Un ejemplo es Omán, que ha seguido explícitamente un objetivo de "omanización" de su fuerza laboral de enfermería reemplazando progresivamente a las enfermeras expatriadas por enfermeras locales con cualificaciones similares "para desarrollar una fuerza laboral sostenible y lograr la "independencia".¹⁶² La COVID-19, que ha puesto de relieve los riesgos de tener niveles elevados de dependencia de vínculos vulnerables con la oferta internacional, también está llevando a otros países a aumentar su autosuficiencia. Por ejemplo, Emiratos Árabes Unidos (EAU) anunció en julio de 2021 su

intención de "desarrollar categorías nacionales en el sector de enfermería dirigidas a 10 000 emiratíes en 5 años".¹⁶³

La búsqueda de la autosuficiencia de la fuerza laboral de enfermería a nivel nacional también está en sintonía con la Estrategia Mundial de Recursos Humanos de la OMS. Fue aprobada por todos los Estados miembros de la OMS en 2016 y su objetivo 2.1 es que "para 2030, todos los países hayan progresado en la reducción a la mitad de su dependencia de profesionales de la salud formados en el extranjero aplicando el Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario".¹⁶⁴ Para cumplir con este compromiso, los países han de poder monitorizar su nivel de autosuficiencia o notificar cualquier tasa de emigración preocupante.

El Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario¹⁶⁵ fue aprobado por todos los Estados miembros de la OMS en 2010. Establece un marco para un enfoque gestionado y ético a la contratación internacional, que se ubica dentro del contexto más amplio de una planificación y políticas domésticas eficaces sobre el personal sanitario destinadas a la sostenibilidad de la fuerza laboral, poniendo énfasis en el papel de los acuerdos bilaterales para "gestionar" la actividad de contratación internacional y considerando en particular un compromiso para lograr mejores datos y monitorización de los patrones de movilidad.

En 2020, un Grupo de Expertos en Asesoramiento independiente lo revisó y realizó recomendaciones para su debate en la Asamblea Mundial de la Salud,¹⁶⁶ donde se aprobó su función continuada e intensificada. Asimismo, se introdujo una lista de países, cuyo personal sanitario hay que apoyar y salvaguardar,¹⁶⁷ a los que no hay que dirigirse activamente con fines de contratación a no ser que haya un acuerdo de gobierno a gobierno que permita una contratación gestionada y realizada "cumpliendo estrictamente con los términos de dicho acuerdo".

Cualquier contratación internacional activa se debe enmarcar en el uso del código y la lista asociada. Sin embargo, solo puede ser eficaz si los países contratantes cumplen con sus requisitos y se notifican y monitorizan las prácticas de contratación. En particular, la implementación de acuerdos bilaterales, promovida por la OMS, debe monitorizarse de forma independiente para garantizar el cumplimiento de lo establecido y poder extraer lecciones para mejorar este enfoque.

También hay una necesidad relacionada de monitorizar la actividad de las agencias de colocación para evaluar su cumplimiento con el Código de la OMS. Se ha denunciado la existencia de anuncios directos de reclutadores internacionales para intentar contratar personal sanitario escaso en países de renta baja y media-baja en África, Asia y el Caribe, infringiendo así el Código.¹⁶⁸ La monitorización ha de ser un elemento integral del proceso para prevenir repercusiones dañinas de sobrecontratación en países con una oferta de enfermeras vulnerable.

4. Retener para sostener: agotamiento y menor retención de enfermeras durante la pandemia

4.1 Por qué es fundamental una mejor retención de enfermeras durante la pandemia

Cada vez que una enfermera abandona una organización sanitaria, se produce un impacto en ella, en la organización y en la población a la que esta atiende. Habrá costes organizativos y, allá donde la retención sea escasa, habrá repercusiones negativas en los cuidados al paciente y en la carga de trabajo de las enfermeras que se quedan.

Los empleadores deben actuar en relación con los retos que plantea la retención de enfermeras porque tienen el deber de cuidar de su fuerza laboral. Además, deben responder porque es en su propio interés hacerlo. Los costes asociados a la renovación de enfermeras representan una fuga considerable para las organizaciones. Se han elaborado estudios para examinar las diferentes repercusiones de la marcha de enfermeras de una organización, como los costes de un reemplazo temporal, de contratar sustitutos, productividad perdida, y se ha atribuido un valor financiero a cada elemento. En relación con la enfermera a título individual, se ha calculado que el coste de renovación equivale a 1,3 veces el sueldo de una enfermera que se marcha.¹⁶⁹ A nivel agregado, los costes de renovación para una organización sanitaria pueden ser significativos.^{170 171 172} Un informe reciente de EE.UU. ha puesto de relieve que cada cambio porcentual en la renovación de enfermeras costará (o ahorrará) a un hospital medio 328 400\$ adicionales.¹⁷³ Otro estudio reciente ha calculado que un hospital espera gastar 16 736\$ por enfermera por año contratada en costes atribuidos a la renovación de enfermeras por agotamiento.¹⁷⁴

La pandemia de COVID-19 ha sido un gran factor de interrupción de la retención de enfermeras y contribuye a los riesgos de una mayor renovación con efectos negativos asociados para los cuidados al paciente y mayores costes para las organizaciones. Tal y como se ha indicado anteriormente en este informe, la pandemia ha requerido que muchas enfermeras asuman más trabajo, más responsabilidades y nuevas habilidades para su traslado a otras áreas de trabajo, así como para afrontar una mayor presión y en ocasiones entornos de trabajo inseguros, y para ser el rostro de la fuerza laboral de "primera línea". Estas presiones se han producido prácticamente de la noche a la mañana. Han salido a la luz las limitaciones preexistentes en materia de dotaciones de enfermeras y recursos insuficientes, que se han visto agravadas por la pandemia y se han sumado al estrés y a la carga de trabajo de las enfermeras en activo. Además, la pandemia ha repercutido directamente en las enfermeras como personas puesto que han padecido una mayor tasa de contagio, enfermedad y mortalidad que la media, al mismo tiempo que han soportado la presión de intentar evitar contagiar a sus amigos y familias.

Una mejor retención de enfermeras ha de ser un objetivo político clave de cualquier sistema de salud que espere "reconstruir mejor" y ha de combinarse con un planteamiento más amplio para apoyar la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería.

En los países de renta alta de destino, cualquier mejora en la retención reduciría la necesidad de confiar en el flujo de entrada internacional, limitaría su exposición a cualquier otra limitación de la oferta internacional y podría contribuir a una mejor autosuficiencia de enfermeras. En los países de origen, una mejor retención puede generar niveles de dotación de personal mejorados y estables, así como políticas eficaces de retención capaces de reducir los factores "de empuje" de la emigración como sueldos y oportunidades de carrera inapropiados. En todos estos casos, una mejor retención puede ofrecer una mejor dotación de personal y cuidados más rentables.

El reto de la retención de enfermeras en relación con la pandemia es pronunciado. Presupone que es posible mejorar la retención (o al menos mantenerla) en una fuerza laboral que muestra cada vez más niveles elevados de agotamiento, bajas y necesidad de menos horas de trabajo, así como descanso o jubilación anticipada, como resultado del trabajo en primera línea durante la pandemia. También hay que tener en cuenta el perfil de envejecimiento de las enfermeras en muchos países, que desembocará en tasas de jubilación más elevadas independientemente del impacto de la COVID-19.

4.2 Respuestas políticas para mejorar la retención de enfermeras durante la pandemia

Mantener una retención eficaz de enfermeras debe ser la piedra angular de una estrategia eficaz para la fuerza laboral. Mantener al escaso personal con habilidades fundamentales el mayor tiempo posible es una respuesta más eficaz y menos costosa para las organizaciones respecto a tener que reemplazarlo. Tal y como se ha indicado anteriormente, la pandemia ha puesto de relieve la perspectiva de este círculo vicioso de una organización con bajas tasas de retención que provoca una dotación de personal menor y una peor retención.

En 2018, el ICNM publicó un resumen de evidencia para políticas sobre la retención de enfermeras ofreciendo una revisión de la evidencia.¹⁷⁵ En esta sección se actualiza la revisión de la evidencia para tener en cuenta importantes estudios adicionales publicados desde entonces, tanto revisiones multipaís^{176 177 178 179 180 181} como estudios específicos de países, como por ej.. Indonesia,¹⁸² República de Corea,¹⁸³ Malasia¹⁸⁴ y Namibia¹⁸⁵. A continuación, se ofrecen algunos puntos clave de las revisiones:

- Comienzan a aparecer análisis del impacto de la pandemia en la retención de enfermeras, con conclusiones extremadamente preocupantes. La retención de enfermeras será menor por la mala salud derivada de la COVID-19, el agotamiento, las bajas, el horario laboral reducido y la jubilación anticipada, lo cual agravará la escasez de fuerza laboral existente.
- Los factores que contribuyen a la retención de enfermeras normalmente están influenciados tanto por factores organizativos como individuales. El impacto de la COVID-19 ha provocado en numerosas situaciones que cada enfermera tenga que "aguantar" y "ser resiliente" con una carga y apoyo inadecuados. Los empleadores y las organizaciones han de asumir responsabilidad y proporcionar condiciones que apoyen. La evidencia sobre el agotamiento de las enfermeras "claramente no apoya

intervenciones para reducir el agotamiento dirigidas a comportamientos individuales - como formación en mindfulness o resiliencia - sino que trata de corregir los desequilibrios en el entorno de trabajo".¹⁸⁶

- Hay toda una serie de factores organizativos establecidos en la evidencia que repercuten en la satisfacción, la renovación o la retención de las enfermeras (véase Recuadro 3 a continuación). Muchos de ellos han aumentado y empeorado durante la pandemia, que también ha generado otros factores nuevos.

Recuadro 3: Factores preexistentes y factores pandémicos que repercuten en la retención de enfermeras

Factores preexistentes:

- Entorno de trabajo, relaciones laborales y condiciones de trabajo
- Sueldo y otros incentivos financieros y no financieros
- Flexibilidad y políticas "compatibles con la familia"
- Oportunidades de carrera y acceso a formación
- Cargas de trabajo manejables y niveles seguros de dotación de personal
- Relaciones de trabajo productivas con otro personal y equipos
- Autonomía profesional y participación en la toma de decisiones
- Gestión con capacidad de respuesta, supervisión eficaz y mentorazgo específico
- Movilidad laboral y oportunidades de trabajo relacionadas en diferentes organizaciones, regiones y países

Factores pandémicos:

- Acceso a la pauta de vacunación completa
- Acceso a EPI eficaces
- Impartición de formación adecuada durante las reubicaciones
- Apoyar los descansos/tiempo libre
- Apoyar la salud/bienestar

El Recuadro 3 ofrece una lista de control como punto de partida para determinar qué acciones e intervenciones se deben realizar para abordar el reto de la retención de enfermeras. Existen tres intervenciones políticas fundamentales y universales que mejorarán la retención y demostrarán que las organizaciones contratantes están sosteniendo a su fuerza laboral para garantizar niveles adecuados de dotación de personal; proporcionar condiciones de trabajo, paga y oportunidades de carrera atractivas; y asegurar

que las enfermeras tienen acceso prioritario a la pauta de vacunación completa. También será necesario realizar otras intervenciones, que dependerán del contexto y las prioridades.

Los formuladores de políticas y las ANE han de recurrir a la base de evidencia resumida en el Recuadro 3 para determinar "qué funciona" para la retención de enfermeras identificando sistemáticamente las opciones de intervención que aborden los problemas detectados para la retención de enfermeras y las prioridades en su propia área de responsabilidad. El éxito sostenido en la mejora de la retención de enfermeras es probable que esté relacionado con una serie de intervenciones políticas planificadas y secuenciadas denominadas "paquetes" de políticas en lugar de guardar relación con intervenciones individuales. El Anexo 1 ofrece ejemplos de datos para monitorizar la retención; el Anexo 2 ofrece un ejemplo específico de "paquete" de recomendaciones dirigido a la retención de las enfermeras más mayores.

Para establecer el equilibrio más eficaz en las políticas destinadas a mejorar la retención de enfermeras en parte hay que tener en cuenta el impacto de la pandemia, así como las experiencias y las motivaciones de las enfermeras. Este es el motivo por el que el enfoque de una evaluación del impacto en la fuerza laboral de enfermería, tal y como se expone en el Capítulo 2, puede ser un puntal importante para una retención y sostenibilidad eficaces de la fuerza laboral de enfermería.

5. Agenda de Acción en 2022 y más allá: Apoyar y retener a la fuerza laboral de enfermería durante la pandemia de COVID-19

La fuerza laboral de enfermería ha jugado un papel central en eficacia de la respuesta a la COVID-19 en todos los países. El presente informe pone de manifiesto que los efectos de la COVID-19 están incrementando la demanda de enfermeras a la par que están generando consecuencias nocivas tanto directas como indirectas para ellas a título individual y para la oferta en general. Cuando llegó la pandemia a principios de 2020, se estimaba que el déficit global de enfermeras ascendía a seis millones. La COVID-19 ha sacado a la luz las vulnerabilidades de los flujos de oferta de enfermeras, tanto a nivel nacional como internacional, y en el momento de publicar este informe en enero de 2022 es más que evidente que la última variante ómicron está causando estragos en todo el mundo, provocando más efectos graves en una fuerza laboral de enfermería global con menor dotación de personal de la necesaria y que no da más de sí.

El riesgo creciente es que la COVID-19 está incrementando el déficit global previo a la pandemia de 5,9 millones de enfermeras y que también podría agravar las desigualdades en su distribución e impulsar los flujos internacionales de enfermeras de países de renta baja/media hacia países de renta alta. Todo ello menoscabará el progreso de los países en materia de reconstrucción tras la crisis de la pandemia y podría impedir la consecución de la CSU en algunos países, además de comprometer la respuesta global a la variante ómicron y a cualquier ola de la pandemia en el futuro.

Para mitigar estos efectos nocivos y mejorar la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería a más largo plazo, es urgente contar con respuestas políticas eficaces y coordinadas en los niveles nacional e internacional/global. En este sentido, hay que contemplar tanto una **actuación** inmediata para hacer frente a los retos urgentes señalados en el presente informe como la elaboración de una visión y **plan** compartidos a más largo plazo para la fuerza laboral de enfermería global con el fin de garantizar que el mundo se encuentre en una posición mejor para enfrentarse a grandes crisis de salud en el futuro.

A nivel de país, el objetivo debe ser la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería. Se puede lograr centrándose en dos prioridades políticas interrelacionadas: garantizar una capacidad adecuada de formación a nivel nacional y mejorar la retención de las enfermeras formadas en el país. Para ello hace falta:

- **Actuación: compromiso de apoyar niveles seguros de dotación de personal.** Los niveles peligrosos de infradotación de enfermeras han sido un gran problema en muchos sistemas de salud durante la pandemia, puesto que aumentan el riesgo de agotamiento para las enfermeras que siguen trabajando en el sistema, comprometen los cuidados al paciente y serán un factor impulsor de un mayor flujo de salida de personal. Hay muchas metodologías aplicables para determinar las necesidades de dotación de personal, y el compromiso de aplicar consistentemente

un método de dotación de personal y la asignación de los recursos necesarios son indicadores clave de una buena gobernanza del sistema de salud.

- **Actuación: compromiso de sostener el acceso temprano de todas las enfermeras a la pauta de vacunación completa.** Sin esa protección de la fuerza laboral de enfermería, se corre el riesgo de menoscabar todas las demás intervenciones para mejorar la sostenibilidad.
- **Actuación: realizar evaluaciones periódicas del impacto en relación con la fuerza laboral de enfermería** para generar evidencia y desarrollar una mejor comprensión de las repercusiones de la pandemia en las enfermeras a título individual y en la fuerza laboral de enfermería en general. Los datos generados a partir de evaluaciones del impacto mejorarían las políticas y la planificación de la profesión, optimizarían la retención y el despliegue de enfermeras, potenciarían la utilización de sus habilidades, apoyarían la monitorización de los flujos internos de enfermeras e identificarían acciones prioritarias para la contratación y retención en el futuro. También podrían ser un componente nacional de un planteamiento dirigido por los países para llevar a cabo la tan necesaria actualización del informe sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo (informe SOWN) (véase a continuación).
- **Plan: revisar/ampliar la capacidad del sistema nacional de formación de enfermería** para cubrir la demanda y sostener la oferta de enfermeras a largo plazo. Debe basarse en datos generados a partir de evaluaciones de impacto y un análisis periódico y sistemático del mercado laboral de enfermería a nivel nacional, en particular evaluaciones del tamaño, perfil de habilidades y despliegue de la futura fuerza laboral de enfermería en función de la demanda, y enfoques consensuados para cubrir cualquier brecha detectada a través de ajustes en la oferta y el currículum.
- **Plan: evaluar/mejorar la retención de enfermeras y el atractivo de la enfermería como carrera** garantizando el abordaje del efecto nocivo del agotamiento provocado por la COVID-19, así como una paga y condiciones de trabajo justas, oportunidades estructuradas de carrera y acceso a formación continua.
- **Plan: implementar políticas para optimizar la contribución de la fuerza laboral de enfermería a la respuesta a la pandemia apoyando** las figuras de práctica avanzada y especializada, una combinación de habilidades y patrones de trabajo eficaces, el trabajo en equipo, además de dotando de la tecnología y el equipamiento apropiados e impartiendo formación sobre su uso. Así se contribuirá a la retención y al atractivo de la enfermería y para ello debe contarse con un marco regulador y legislativo que lo favorezca.
- **Plan: monitorización y trazabilidad de la autosuficiencia de enfermeras.** El indicador de autosuficiencia relativo al porcentaje de dependencia de enfermeras nacidas o formadas en el extranjero ofrece a los formuladores de políticas una idea de su grado de dependencia (y vulnerabilidad potencial) de la oferta internacional de enfermeras. Permite al país realizar un seguimiento y demostrar progreso hacia la consecución

del objetivo de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud 2030 con el que se ha comprometido,¹⁸⁷ e informar sobre la implementación del Código de la OMS.¹⁸⁸

A nivel internacional, la respuesta política ha de basarse en el reconocimiento de que la fuerza laboral de enfermería en países de menor renta, ya vulnerable y a menudo infradotada de personal, ha sufrido más daños por el impacto de la pandemia. En algunos países está en riesgo la consecución de la CSU y serán muy vulnerables al flujo de salida internacional de enfermeras incluso si logran aplicar políticas nacionales para mejorar la oferta de enfermeras. Se trata de países en riesgo que necesitan el respaldo de la comunidad internacional. Los grupos de interés clave a nivel internacional, como la OMS, la OCDE, el Banco Mundial y el CIE, han de actuar ahora, pero también tienen que diseñar y consensuar una visión y plan a largo plazo, a diez años, para sostener a la fuerza laboral de enfermería global.

Dicho **Plan** a largo plazo ha de centrarse en reconstruir e invertir en el crecimiento necesario de la fuerza laboral de enfermería global. Debe alinearse con las **Acciones** más inmediatas establecidas en el presente resumen de evidencia para políticas con el fin de establecer los compromisos necesarios a diez años para lograr una fuerza laboral de enfermería global sostenible. La pandemia ha cambiado el mundo y ha mostrado los terribles riesgos de la escasez de enfermeras, pero también ha reafirmado que "la salud es seguridad" y que los países han de invertir en sus sistemas sanitarios para apoyar una economía pujante. Existen instrumentos globales y estrategias de personal sanitario, como la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud de la OMS¹⁸⁹ y la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico¹⁹⁰, que reflejan el mundo prepandémico y que pueden contribuir a generar un amplio marco para una estrategia de futuro si bien es necesario actualizarlos para tener en cuenta el impacto de la pandemia.

Para la enfermería, el reto de la fuerza laboral es demasiado grande y demasiado "diferente" respecto al de hace solo dos años como para ignorarlo. Debe haber un esfuerzo coordinado por parte de los grupos de interés y los países para diseñar un plan a largo plazo, a diez años, en aras de una fuerza laboral de enfermería global sostenible. No podemos correr el riesgo de sufrir más daños en una fuerza laboral ya mermada y no podemos volver a la situación previa a la pandemia de "convivir" con amplias carencias de enfermería. Necesitamos un plan. Entre las actuaciones necesarias, tanto inmediatas como para apoyar el diseño de este plan decenal, que hay que considerar y coordinar entre los países y los grupos de interés internacionales, se encuentran:

- **Actuación: apoyar una actualización inmediata del análisis sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo (informe SOWN).** El informe SOWN 1 se publicó a principios de 2020 y describe el perfil de la fuerza laboral de enfermería global antes de la pandemia. Es una referencia útil aunque el mundo haya cambiado para siempre a causa de la pandemia. A medida que entramos en el tercer año de la pandemia, urge contar con un SOWN 2: perfil global actualizado de la fuerza laboral de enfermería

durante la pandemia, para evaluar el daño provocado y el espacio para una actuación en materia de sostenibilidad y renovación.

- **Plan: compromiso de sostener el acceso temprano de todas las enfermeras a la pauta de vacunación completa en todos los países.** Se requiere cooperación internacional para proteger a la fuerza laboral de enfermería en todos los países.
- **Plan: compromiso de implementar y evaluar planteamientos eficaces y éticos para la gestión de la oferta internacional de enfermeras a través** de un enfoque colectivo enmarcado en una implementación más completa del Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario.¹⁹¹ Ha de centrarse en una mejor monitorización de los flujos internacionales de enfermeras, así como en una monitorización independiente de la utilización de los acuerdos bilaterales entre países y las agencias de colocación para garantizar el cumplimiento de las normas y una contratación y prácticas de empleo justas y transparentes. La base de evidencia sobre la implementación de estas políticas en la actualidad es inadecuada como fuente de información de políticas eficaces de manera que hay que mejorarla urgentemente.
- **Plan: compromiso de apoyar evaluaciones periódicas y sistemáticas del impacto en la fuerza laboral de enfermería, en particular en países con limitaciones de recursos,** ofreciendo asesoramiento técnico, mejora de los datos, análisis independientes y diálogos políticos con distintos grupos de interés para consensuar acciones políticas prioritarias en materia de oferta y retención nacional de enfermeras.
- **Plan: compromiso de invertir en la sostenibilidad de la fuerza laboral en estados pequeños, estados de renta baja y estados frágiles, la mayoría de ellos vulnerables a los flujos de salida de enfermeras y afectados por la pandemia,** construyendo sobre la base de las lecciones extraídas de la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico¹⁹² y las Directrices Estratégicas de la OMS sobre Enfermería y Partería, que demuestran los beneficios económicos, sociales y para la salud de la población de invertir en el personal de enfermería.

Actuación y planificación. Es necesario tanto actuar urgentemente como una visión y plan a largo plazo compartidos para la fuerza laboral de enfermería global. La pandemia de COVID-19 ya ha causado daños sin precedentes en la fuerza laboral de enfermería global, y sigue provocando daños en 2022. El sistema de salud global no puede funcionar sin suficientes enfermeras bien motivadas y apoyadas. Hace falta urgentemente una respuesta política coordinada tanto a nivel de país como a nivel internacional para cumplir con la Agenda de Acción 2022 y diseñar un plan a más largo plazo con el fin de mejorar la retención de enfermeras y ofrecer esperanzas para la sostenibilidad de la profesión en el futuro.

Anexo 1: Indicadores de evaluación del impacto en la fuerza laboral de enfermería

Es posible utilizar varios indicadores en relación con la fuerza laboral para evaluar la retención de enfermeras, que también pueden ser una parte integral de la evaluación del impacto en la fuerza laboral de enfermería. (Véase el Manual de la OMS¹⁹³ y las revisiones recientes sobre la pérdida de personal sanitario^{194 195} para más detalles sobre enfoques analíticos y sus limitaciones).

La Tabla A.1 a continuación establece indicadores utilizados comúnmente en relación con la retención de enfermeras.

Tabla A.1: Tipología de indicadores de la retención de enfermeras utilizados comúnmente

Indicador	Fórmula común de cálculo	Fortalezas/limitaciones
Renovación	<p>Renovación y los términos alternativos de "pérdida"¹⁹⁶ o "abandono"¹⁹⁷ se emplean habitualmente en relación con el porcentaje de personal de enfermería en un lugar de trabajo o sistema en particular que ha dejado la organización (o ha cambiado de trabajo) en los últimos 12 meses. A menudo se denomina tasa de renovación "cruda":</p> <p><i>el número de "personas que se marchan" dividido por la media de personal en sus puestos en el año.</i></p> <p>Entre las medidas al respecto se encuentran: probabilidades de supervivencia; ¹⁹⁸ supervivencia media (años), análisis de supervivencia, pérdida en los primeros años tras la graduación.</p>	<p>La tasa de renovación de enfermeras, independientemente de cómo se mida, es la medida más común de la "retención" (o de la falta de retención). Hay que diferenciar entre la renovación voluntaria e involuntaria, al igual que entre los destinos internos y externos de "quienes se marchan" voluntariamente.</p>
Estabilidad	<p>El análisis de la estabilidad de la fuerza laboral de enfermería se centra en el mismo problema subyacente de la retención de enfermeras si bien adopta la perspectiva de centrarse en quienes se quedan y no en quienes se marchan. Niveles elevados de estabilidad del personal, o de retención, son lo contrario de una renovación elevada, y pueden</p>	<p>La decisión de quedarse, cuando hay opción de marcharse, podría indicar que el entorno de trabajo cumple con las necesidades de la fuerza laboral de enfermería. La estabilidad puede ser un indicador útil de una retención positiva si bien asume que la</p>

	<p>asociarse positivamente al nivel y a la calidad de la atención de salud ofrecida.¹⁹⁹</p> <p>Índice de estabilidad 1 - Porcentaje de personal que estaba en puestos esenciales al comienzo del Año 1 y que sigue en ellos en esa organización un año después.</p>	<p>enfermera está tomando la "decisión" de quedarse o marcharse.</p>
Bajas	<p>El absentismo de la fuerza laboral de enfermería sería una barrera para la mejora de los resultados de salud en los países de renta baja y media,^{200 201} y ha sido una característica fundamental de numerosos sistemas durante la pandemia.</p> <p>Tasa de bajas "cruda": tiempo perdido por bajas calculado como porcentaje del tiempo laboral contratado en un determinado periodo.</p> <p>Otras medidas utilizadas son la duración media de cada periodo de baja y la duración media de cada baja por persona.</p>	<p>Las tasas de bajas pueden ser fáciles de calcular; analizarlas en grupos diferentes de personal, departamentos o funciones puede contribuir a detectar áreas problemáticas específicas. Una de las limitaciones principales es que la comparación de las tasas de bajas entre diferentes unidades puede dar lugar a conclusiones falsas si no se mide también el número de bajas y su duración.</p>
Solicitantes	<p>Número de solicitantes "adecuadamente cualificados" para empleos/puestos designados para enfermeras</p>	<p>Este indicador del "atractivo" de los puestos se puede utilizar para evaluar la "tasa de cobertura", es decir el porcentaje de puestos cubiertos por personal de enfermería adecuadamente cualificado. El porcentaje de la tasa se puede comparar con otras partes del sistema de salud para valorar el "problema" relativo del reclutamiento en áreas específicas (por ej. áreas rurales/remotas).</p>

Vacantes	<p>Si hay empleos/puestos de enfermería que se quedan sin cubrir, podría significar que no son atractivos para los trabajadores, por las condiciones de trabajo, la localización geográfica, o porque la organización contratante tiene mala reputación. La tasa de puestos vacantes puede ser un indicador del atractivo o falta de atractivo relativo de diferentes empleos, localizaciones y organizaciones y, como tal, puede utilizarse como indicador.</p> <p><i>El número de puestos financiados no cubiertos se expresa como porcentaje del total de puestos, por ej. un porcentaje de la tasa de vacantes.</i></p>	<p>Algunas organizaciones dejan empleos/puestos de enfermeras vacantes deliberadamente para ahorrar en costes de contratación, lo cual menoscaba el uso de las tasas de vacantes como indicador de escasez; si no se cubren los puestos vacantes, estos pueden eliminarse "ocultando" así el problema de la escasez.</p>
----------	--	--

Referencias: (véase ^{202 203 204} para más detalles)

Estos indicadores de la retención de enfermeras tienen, en el mejor de los casos, una utilidad parcial y se han de utilizar e interpretar con cautela. Todos ellos han de usarse frecuentemente si se quieren establecer tendencias, que son mucho más útiles que las "medidas en un determinado momento en el tiempo". Muchos ofrecen métodos opcionales de cálculo que pueden limitar la comparación si se utilizan diferentes medidas en distintos enclaves o en diferentes momentos. Estas limitaciones metodológicas también pueden verse agravadas por limitaciones para interpretar los datos como indicadores claros del comportamiento de la fuerza laboral de enfermería. Por ejemplo, una baja tasa de renovación de enfermeras podría indicar simplemente ausencia de empleo alternativo para las enfermeras y no un elevado nivel de satisfacción en el trabajo; una tasa de bajas elevada podría reflejar problemas de acceso a viajes en lugar de falta de motivación; mantener un nivel elevado de vacantes de puestos de trabajo para enfermeras puede ser un ejercicio deliberado para recortar costes.

Conjuntos mínimos de datos (CMD) y recuentos nacionales de personal sanitario (RNPS)

En la actualidad, hay dos recomendaciones de la OMS para contabilizar el personal sanitario nacional, es decir el RNPS²⁰⁵ y el CMD para un registro de personal sanitario²⁰⁶, que contendría varios elementos relevantes para esta área de apoyo a la acción política.

Anexo 2: Retención de las enfermeras más mayores durante la pandemia

Muchos países, sobre todo de renta alta de la OCDE, tienen una fuerza laboral de enfermería envejecida. Antes de la pandemia, ya se había reconocido que este tema tenía grandes implicaciones en términos de retención y que el reemplazo era un reto enorme. La COVID-19 ha acelerado las preocupaciones sobre la retención de las enfermeras más mayores, muchas de las cuales han experimentado una pesada carga de trabajo y agotamiento. Es más probable que las enfermeras más mayores tengan habilidades adicionales o cualificaciones de práctica avanzada o especializada. Todas ellas tienen una experiencia irremplazable. Hace falta contar con políticas en vigor para que estas enfermeras puedan seguir siendo miembros activos de la profesión todo el tiempo que deseen.

La estimación del informe SOWN antes de la pandemia era que se esperaba que se jubilara una de cada seis (17%) enfermeras profesionales en el mundo en los 10 años siguientes.²⁰⁷ Estaba claro que había que actuar para mejorar la retención de las enfermeras más mayores. Respondiendo a este reto, el ICNM publicó en 2020 una revisión sintética de la evidencia y recomendaciones políticas para retener a las enfermeras más mayores.²⁰⁸ La síntesis de la evidencia internacional se ha utilizado para diseñar un plan de diez puntos destinado a sostener a las enfermeras más mayores (Tabla A.2). La pandemia ha repercutido en las enfermeras más mayores de la fuerza laboral y es probable que acelere la jubilación, lo cual hace que dichos puntos para la acción sean aún más necesarios.

Tabla A.2: Plan de 10 puntos para sostener a las enfermeras más mayores

- 1. Comprender el perfil y las necesidades de empleo de las enfermeras más mayores realizando sondeos, grupos focales y análisis del mercado laboral de enfermeras**
- 2. Evitar sesgos de edad en las prácticas de contratación y empleo**
- 3. Proporcionar oportunidades de trabajo flexible que cumplan con los requisitos de las enfermeras más mayores**
- 4. Garantizar que las enfermeras más mayores tienen igualdad de acceso al aprendizaje y a las oportunidades de carrera pertinentes**
- 5. Asegurarse de que las políticas de salud y seguridad laboral posibilitan el bienestar del personal**
- 6. Sostener el rediseño de los puestos de trabajo para reducir las cargas de trabajo pesadas y el estrés, además de apoyar el enriquecimiento de los puestos para optimizar la contribución de las enfermeras más mayores**
- 7. Mantener un sistema de sueldos y prestaciones que cubra las necesidades de las enfermeras más mayores y recompense la experiencia**
- 8. Sostener a las enfermeras más mayores en puestos de práctica avanzada y especializada y como mentoras y preceptoras**
- 9. Planificar la sucesión para posibilitar la transferencia de conocimientos y el desarrollo del liderazgo**
- 10. Proporcionar opciones de planificación de la jubilación y, allá donde sea adecuado, pensiones flexibles**

Referencias

- ¹Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (2020)
- ² OMS (2020) Managing health workforce migration - The Global Code of Practice. OMS, Ginebra. <https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> (último acceso 18 de mayo de 2020)
- ³OMS (2016) Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>
- ⁴ Mancini D et al (2021) Covid cases reach a high in 20 countries. Financial Times, 31 de diciembre, p8.
- ⁵ Lintern S, Pogrund G (2022) NHS struggles as sickness takes out 1 in 10 staff. The Times, 2 de enero. <https://www.thetimes.co.uk/article/115e417c-6b47-11ec-bb37-1b2eed73c283?shareToken=2207c3e9ac71d5e7a38878abfa13f532>
- ⁶Mosleh O (2021) I can't even explain to you how hard it is to get up and go to work': Nurses face Omicron, a worker shortage — and shifting rules. Toronto Star <https://www.thestar.com/news/canada/2021/12/31/we-knew-the-numbers-were-a-problem-nursing-shortage-laid-bare-as-health-systems-face-omicron.html>
- ⁷ Boston Herald/ AP (2021) Omicron is latest blow to pandemic-weary front-line workers. 24 de diciembre. <https://www.bostonherald.com/2021/12/24/omicron-is-latest-blow-to-pandemic-weary-front-line-workers/>
- ⁸ Visontay E (2021) NSW hospitals resort to flying nurses in from overseas as staff are begged to take extra shifts amid Covid crisis. The Guardian online, 31 de diciembre. <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/01/nsw-hospitals-resort-to-flying-nurses-in-from-overseas-as-staff-are-begged-to-take-extra-shifts-amid-covid-crisis>
- ⁹CIE (2021) El CIE afirma que la muerte de 115 000 trabajadores sanitarios por COVID-19 demuestra el fracaso colectivo de los líderes para proteger a la fuerza laboral global. CIE Ginebra, 21 de octubre. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-afirma-que-la-muerte-de-115-000-trabajadores-sanitarios-por-covid-19-demuestra-el>
- ¹⁰ See e.g. Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International journal of nursing studies*, 111, 103637; Galanis, P., Vrakka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*.
- ¹¹ OMS (2021) The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department – Working Paper 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; septiembre de 2021
- ¹² OMS (2021) Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Ginebra: OMS, 2021 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>
- ¹³ CIE (2020) Amenaza inmediata y grave: El CIE insta a los Estados Miembros de la OMS a recopilar y compartir los datos sobre las tasas de infección y mortalidad de los trabajadores sanitarios por COVID-19. 18 de mayo. CIE, Ginebra.
- ¹⁴ Gilbert L, Lilly A (2021) Independent Review COVID-19 outbreaks in Australian Residential Aged Care Facilities - no time for complacency -Department of Health, Australia. <https://www.health.gov.au/resources/publications/coronavirus-covid-19-independent-review-of-covid-19-outbreaks-in-australian-residential-aged-care-facilities>

- ¹⁵Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (2020)
- ¹⁶CIE (2021) El CIE afirma que la muerte de 115 000 trabajadores sanitarios por COVID-19 demuestra el fracaso colectivo de los líderes para proteger a la fuerza laboral global. CIE Ginebra, 21 de octubre. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-afirma-que-la-muerte-de-115-000-trabajadores-sanitarios-por-covid-19-demuestra-el>
- ¹⁷Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (2020)
- ¹⁸ Holloway A., Thomson A., Stilwell B., Finch H., Irwin K., Crisp N. ‘Agents of Change: the story of the Nursing Now Campaign’ Nursing Now/Burdett Trust for Nursing, 2021.
- ¹⁹ SDNM
- ²⁰Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (2020)
- ²¹ E.g Maier C et al (2020) What strategies are countries using to expand health workforce capacity to treat Covid-19 19 patients? Observatorio Europeo de la OMS, Bruselas 23 de abril de 2020 <https://analysis.Covid-1919healthsystem.org/index.php/2020/04/23/what-strategies-are-countries-using-to-expand-health-workforce-surge-capacity-to-treat-Covid-19-19-patients/>
- ²² Gupta N, Balcom SA, Gulliver A, Witherspoon RL. (2021) Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: A systematic review of health system requirements and responses. *Int J Health Plann Manage*;36:26–41.
- ²³ Organización Mundial de la Salud (2021) Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries, page 22. Ginebra: OMS [Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina]
- ²⁴ Maier C et al (2020) What strategies are countries using to expand health workforce capacity to treat Covid-19 19 patients? Observatorio Europeo de la OMS, Bruselas 23 de abril de 2020 <https://analysis.Covid-1919healthsystem.org/index.php/2020/04/23/what-strategies-are-countries-using-to-expand-health-workforce-surge-capacity-to-treat-Covid-19-19-patients/> (último acceso 27 de mayo de 2020)
- ²⁵ Batalova, Jeanne and Michael Fix.(2020). As U.S. Health-Care System Buckles under Pandemic, Immigrant & Refugee Professionals Could Represent a Critical Resource. Migration Policy Institute commentary, abril de 2020 <https://www.migrationpolicy.org/news/us-health-care-system-coronavirus-immigrant-professionals-untapped-resource> (último acceso 17 de mayo de 2020)
- ²⁶McLaughlin (2020) The Fragility of the Global Nurse Supply Chain. *The Atlantic Journal*, 30 de abril <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/04/immigrant-nurse-health-care-coronavirus-pandemic/610873/> (último acceso 18 de mayo de 2020)
- ²⁷ San Juan, N. V., Camilleri, M., Jeans, J. P., Monkhouse, A., Chisnall, G., & Vindrola-Padros, C. (2021). Redeployment and training of healthcare professionals to Intensive Care during COVID-19: a systematic review. *MedRxiv*.
- ²⁸ Tangcharoensathien V, Wisawatpanimit P, Chanprasobpol B (2021) REPORT ON AUGUST-NOVEMBER 2020 AAAH CONFERENCE AND WEBINAR SERIES: Addressing healthcare workers challenges in response to COVID 19: Sharing experiences and drawing countries lessons. Publishing Office, International Health Policy Program (IHPP), Thailand
- ²⁹ Llop-Gironés, A., Vračar, A., Llop-Gironés, G. et al. (2021) Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic?. *Hum Resour Health* 19, 112

- ³⁰ Lee, J., Cho, H. S., & Shin, S. R. (2021). Nursing strategies for the post-COVID-19 era. *International Nursing Review*, 68(2), 149-152
- ³¹ Organización Mundial de la Salud (2021) Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries. Ginebra: OMS [Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina]
- ³² Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M. S., Penfold, R. S., Bowyer, R. C., ... & Steves, C. J. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*, 27(4), 626-631.
- ³³ Bajnok, I., Shamian, J., Catton, H., Skinner, T., & Pavlovic, T. (2018). The role of nurses in immunisation. A snapshot from OECD countries. Consejo Internacional de Enfermeras. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/IMMUNISATION_Report%20%28002%29.pdf
- ³⁴ CIE. (2020). El éxito de los programas de vacunación masiva contra la COVID-19 dependerá de las enfermeras en primera línea y de las enfermeras líderes al más alto nivel de gobierno. CIE, Ginebra. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-exito-de-los-programas-de-vacunacion-masiva-contra-la-covid-19-dependera-de-las>
- ³⁵ Burden, S., Henshall, C. and Oshikanlu, R. (2021), Harnessing the nursing contribution to COVID-19 mass vaccination programmes: Addressing hesitancy and promoting confidence. *Journal of Advanced Nursing*, 77: e16-e20. <https://doi.org/10.1111/jan.14854>
- ³⁶ Evans N (2021) Nurses take the lead in the biggest vaccine roll-out in UK history. *Nursing Standard*, 36 (1) (13 e enero de 2021).
- ³⁷ Goldberg S, Lavon E (2021). The Israeli vaccination workforce has been led and managed by the nursing profession. In: Buchan et al (2021) *Governing health workforce responses during COVID-19*. *Eurohealth* 27 (1) <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/covid-19-and-the-opportunity-to-strengthen-health-system-governance-eurohealth>
- ³⁸ Organización Mundial de la Salud (2021) Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries, page 22. Ginebra: OMS [Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina]
- ³⁹ ANMJ Staff (2021) We have the nurses. We have the expertise': Peak bodies call for nurse practitioners to be utilised in COVID-19 vaccination rollout. *Australian Nursing and Midwifery Journal*. 30 de julio. <https://anmj.org.au/we-have-the-nurses-we-have-the-expertise-peak-calls-for-nurse-practitioners-to-be-utilised-in-covid-19-vaccination-rollout/>
- ⁴⁰ CIE (2021) El CIE apoya la Declaración sobre la Equidad en las Vacunas de la OMS y advierte que el retraso en el lanzamiento mundial de las vacunas puede ser catastrófico. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-apoya-la-declaracion-sobre-la-equidad-en-las-vacunas-de-la-oms-y-advierte-que-el>
- ⁴¹ CIE (2021) El CIE insta a una actuación urgente para incrementar los esfuerzos dirigidos a vacunar a los trabajadores en África puesto que las cifras revelan que solo uno de cada diez ha recibido la pauta completa. CIE, Ginebra. 30 de septiembre. <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-insta-una-actuacion-urgente-para-incrementar-los-esfuerzos-dirigidos-vacunar-los>
- ⁴² Lee, J., Cho, H. S., & Shin, S. R. (2021). Nursing strategies for the post-COVID-19 era. *International Nursing Review*, 68(2), 149-152.
- ⁴³ Rowlands SL (2021) Understanding and mitigating moral injury in nurses. *Nursing Standard*. doi: 10.7748/ns.2021.e11703

- ⁴⁴ Gómez-Ibáñez, R., Watson, C., Leyva-Moral, J. M., Aguayo-González, M., & Granel, N. (2020). Final-year nursing students called to work: Experiences of a rushed labour insertion during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 49, 102920.
- ⁴⁵ Ulenaers, D., Grosemans, J., Schrooten, W., & Bergs, J. (2021). Clinical placement experience of nursing students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 99, 104746.
- ⁴⁶ Roca, J., Canet-Vélez, O., Cemeli, T., Lavedán, A., Masot, O., & Botigué, T. (2021). Experiences, emotional responses, and coping skills of nursing students as auxiliary health workers during the peak COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- ⁴⁷ Adelson P, Fish J, Peters MDJ, Corsini N, Sharplin G, Eckert M. (2021) COVID-19 and workforce wellbeing: A survey of the Australian nursing, midwifery, and care worker workforce. A report prepared for the Australian Nursing and Midwifery Federation. Adelaide, SA: University of South Australia, 2021. DOI: 10.25954/6098c87b12e96
- ⁴⁸ Halcomb, E., McInnes, S., Williams, A., Ashley, C., James, S., Fernandez, R., Stephen, C. and Calma, K. (2020), The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. *Journal of Nursing Scholarship*, 52: 553-56
- ⁴⁹ Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65, 103059
- ⁵⁰ Magalhães, A. M. M. D., Trevilato, D. D., Pai, D. D., Barbosa, A. D. S., Medeiros, N. M., Seeger, V. G., & Oliveira, J. L. C. D. (2021). Professional burnout of nursing team working to fight the new coronavirus pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75.
- ⁵¹ Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M. P., & Côté, J. (2021). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction, and quality of care. *Journal of Nursing Management*. doi: 10.1111/jonm.13462
- ⁵² Havaei, F., Ma, A., Staempfli, S., & MacPhee, M. (enero de 2021). Nurses' Workplace Conditions Impacting Their Mental Health during COVID-19: A Cross-Sectional Survey Study. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 1, p. 84). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- ⁵³ Hong, S., Ai, M., Xu, X., Wang, W., Chen, J., Zhang, Q., ... & Kuang, L. (2021). Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nursing outlook*, 69(1), 6-12.
- ⁵⁴ El-Monshed, A. H., Amr, M., Ali, A. S., Elmasry, Y. M., & Zoromba, M. (2021). Nurses' knowledge, concerns, perceived impact and preparedness toward COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Practice*, e13017.
- ⁵⁵ Pförtner T, Pfaff H, Hower K (2021) Will the demands by the covid-19 pandemic increase the intent to quit the profession of long-term care managers? A repeated cross-sectional study in Germany, *Journal of Public Health*, Volume 43, Issue 3, septiembre de 2021, Pages e431–e434
- ⁵⁶ Jose, S., Dhandapani, M., & Cyriac, M. C. (2020). Burnout and resilience among frontline nurses during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in the emergency department of a tertiary care center, North India. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(11), 1081.
- ⁵⁷ Mirzaei, A., Rezakhani Moghaddam, H., & Habibi Soola, A. (2021). Identifying the predictors of turnover intention based on psychosocial factors of nurses during the COVID-19 outbreak. *Nursing Open*
- ⁵⁸ Lambert S, Mahon A (2021) An exploration of the wellbeing of nurses and midwives in Ireland: A research project to inform the 'Let's Talk About It' mental health collective for INMO members. INMO, Dublin.

- ⁵⁹ Lamptey, E. (2020). Psychological impacts of COVID-19 on health professionals: a cross-sectional survey of 1000 nurses across ECOWAS countries. *Research Journal in Medicine and Health Sciences*, 1(1).
- ⁶⁰ Japanese Nursing Association (2021) Survey Results on the Actual Status of Nurses' Responses to COVID-19 JNA News Release, marzo de 2021 Vol.34
https://www.nurse.or.jp/jna/english/news/pdf/2021nr_34.pdf
- ⁶¹ Alameddine, M., Clinton, M., Bou-Karroum, K., Richa, N., & Doumit, M. A. (2021). Factors Associated With the Resilience of Nurses During the COVID-19 Pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.
- ⁶² See e.g Heesakkers, H., Zegers, M., van Mol, M. M., & van den Boogaard, M. (2021). The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103034.
- ⁶³ Al Maqbali, M., & Al Khadhuri, J. (2021). Psychological impact of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic on nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, e12417.
- ⁶⁴ Labrague, L. J., & de Los Santos, J. A. A. (2021). Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of nursing management*, 29(3), 395-403.
- ⁶⁵ Nashwan, A. J., Abujaber, A. A., Villar, R. C., Nazarene, A., Al-Jabry, M. M., & Fradelos, E. C. (2021). Comparing the Impact of COVID-19 on Nurses' Turnover Intentions before and during the Pandemic in Qatar. *Journal of Personalized Medicine*, 11(6), 456.
- ⁶⁶ Shin, K.L. (2020) *A survey of unfair treatment among nurses related to COVID-19*. Korean Nurses Association. News 15 de mayo. Disponible en: http://www.koreanurse.or.kr/board/board_read.php?board_id=press&member_id=admin&exec=&no=348&category_no=&step=0&tag=&sgroup=338&sfloat=&position=3&mode=&find=&search= (en coreano)
- ⁶⁷ Jun-Hee B, Aeyoung S, Soo Jung C, Sunah P. (2021) Factors Influencing the Turnover Intention of COVID-19 Ward and General Ward Nurses in Public Hospitals. *Korean Journal of Occupational Health Nursing* 2021;30:46-56
- ⁶⁸ Tshivhase, L., Ndou, N. D., Risenga, P. R., Moyo, I., Mudau, T. S., Mboweni, S., & Mavhandu-Mudzusi, A. H. Human resource challenges experienced by nurse managers at a South African rural district hospital during COVID-19 pandemic. <https://www.pulsus.com/scholarly-articles/human-resource-challenges-experienced-by-nurse-managers-at-a-south-african-rural-district-hospital-during-covid19-pandemic-8753.html>
- ⁶⁹ Pérez-Raya, F., Cobos-Serrano, J. L., Ayuso-Murillo, D., Fernández-Fernández, P., Rodríguez-Gómez, J. A., & Almeida Souza, A. (2021). COVID-19 impact on nurses in Spain: a considered opinion survey. *International nursing review*. 68(2):248-255.
- ⁷⁰ Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C., & Chou, K. R. (2021). A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *International journal of mental health nursing*, 30(1), 102-116.
- ⁷¹ Kabunga, A., & Okalo, P. (2021). Prevalence and predictors of burnout among nurses during COVID-19: a cross-sectional study in hospitals in central Uganda. *BMJ open*, 11(9), e054284.
- ⁷² Royal College of Nursing (2021) Employment Survey 2021. RCN, London.
<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/employment-survey-2021-uk-pub-010-075>
- ⁷³ Sinsky, C. A., Brown, R. L., Stillman, M. J., & Linzer, M. (2021). COVID-Related stress and work intentions in a sample of US health care workers. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 5(6), 1165-1173.

- ⁷⁴ Gretchen B, Lapointe M, Murphy M, Viscardi, M (2021) Nursing in 2021: Retaining the healthcare workforce when we need it most. McKinsey and Co. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/nursing-in-2021-retaining-the-healthcare-workforce-when-we-need-it-most>
- ⁷⁵ Raso, R, Fitzpatrick, J; Masick, K. (2021) Nurses Intent to Leave their Position and the Profession During the COVID-19 Pandemic, JONA: The Journal of Nursing Administration: octubre de 2021 - Volume 51 - Issue 10 - p 488-494
- ⁷⁶ Williams G et al (2020). How are countries supporting the mental health and wellbeing of their health workforce? Observatorio Europeo de la OMS, Bruselas. 21 de mayo de 2020 <https://analysis.Covid-1919healthsystem.org/index.php/2020/05/21/how-are-countries-supporting-the-mental-health-and-wellbeing-of-their-health-workforce/>
- ⁷⁷ Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2021). Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *International nursing review*, 68(2), 202-213.
- ⁷⁸ Jo, S., Kurt, S., Bennett, J. A., Mayer, K., Pituch, K. A., Simpson, V., ... & Reifsnider, E. (2021). Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view. *Nursing & Health Sciences*
- ⁷⁹ Llop-Gironés, A., Vračar, A., Llop-Gironés, G. et al. (2021) Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic?. *Hum Resour Health* 19, 112.
- ⁸⁰ ECSACON (2021) 14th Scientific Conference: Nurses and Midwives responding to global Health Challenges of the 21st century. The East, Central and Southern Africa College of Nursing. Tanzania: Arusha. <http://ecsacon.org/index.php/ecsacon-14th-scientific-conference/>
- ⁸¹ Galanis, P., Vraika, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*.
- ⁸² De Kock, J.H., Latham, H.A., Leslie, S.J. et al. (2021) A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health* 21, 104 . <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
- ⁸³ Falatah,R (2021). The Impact of the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic on Nurses' Turnover Intention: An Integrative Review. *Nursing Reports* 11, no. 4: 787-810. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040075>
- ⁸⁴ Franklin P, Gkiouleka A. (2021) A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5):2453.
- ⁸⁵ Lasater KB, Aiken LH, Sloane DM, et al (2021) Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Quality & Safety* 2021;30:639-647.
- ⁸⁶ Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18, 1-17.
- ⁸⁷ Dall'Ora C, Saville C (2021) Burnout in nursing: what have we learnt and what is still unknown? *Nursing Times* [online]; 117: 2, 43-44.
- ⁸⁸ Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 103933.
- ⁸⁹ Garcia, A. S., Carotta, C. L., Brown, R., Da Rosa, P., Pravecsek, B., & Carson, P. (2021). Parenting stress, self-efficacy and COVID-19 health risks as predictors of general stress among nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 27(6),
- ⁹⁰ Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis *BMJ* 2020; 369

- ⁹¹ Roberts, R, Wong, A, Jenkins, S, et al. (2021) Mental health and well-being impacts of COVID-19 on rural paramedics, police, community nurses and child protection workers. *Australian Journal of Rural Health*; 29: 753– 767. <https://doi.org/10.1111/ajr.12804>
- ⁹² Gupta, N., Balcom, S. A., Gulliver, A., & Witherspoon, R. L. (2021). Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: A systematic review of health system requirements and responses. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(S1), 26-4
- ⁹³ OMS (2016) Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Para 71. OMS, Ginebra.
- ⁹⁴ Nove, A., Cometto, G. & Campbell, J. Assessing the health workforce implications of health policy and programming: how a review of grey literature informed the development of a new impact assessment tool. *Hum Resour Health* 15, 79 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0252-x>
- ⁹⁵ Chan, G. K., Bitton, J. R., Allgeyer, R. L., Elliott, D., Hudson, L. R., & Burwell, P. M. (2021). The impact of COVID-19 on the nursing workforce: a national overview. *Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2), 1-17.
- ⁹⁶ Williams G et al (2020). How are countries supporting the mental health and wellbeing of their health workforce? Observatorio Europeo de la OMS, Bruselas. 21 de mayo de 2020 <https://analysis.Covid-1919healthsystem.org/index.php/2020/05/21/how-are-countries-supporting-the-mental-health-and-wellbeing-of-their-health-workforce/>
- ⁹⁷ Cohen-Serrins, J. (2021). How COVID-19 Exposed an Inadequate Approach to Burnout: Moving Beyond Self-Care. In *Shared Trauma, Shared Resilience During a Pandemic* (pp. 259-268). Springer, Cham.
- ⁹⁸ Dall’Ora, C., & Saville, C. (2021). Burnout in Nursing: what have we learnt and what is still unknown. *Nursing Times*, 43-44.
- ⁹⁹ EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH) (2021) Opinion on Supporting mental health of health workforce and other essential workers. Health and Food Safety Directorate-General, Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea,
- ¹⁰⁰ Buchan, J., Williams, G. A., & Zapata, T. (2021). Governing health workforce responses during COVID-19. *Eurohealth*, 27(1), 41-48.
- ¹⁰¹ OCDE/Unión Europea (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Page218, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- ¹⁰² OCDE (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- ¹⁰³ Colombo F (2021) Investing in nurses and other Health Workers is an Investment in health system resilience. Presentation to ICN Congress, noviembre de 2021.
- ¹⁰⁴ OCDE (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, p222, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- ¹⁰⁵ Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020, page 47
- ¹⁰⁶ OCDE (2021), Nursing graduates (indicator). doi: 10.1787/c54611e3-en
- ¹⁰⁷ SOWN, page 43
- ¹⁰⁸ Adebayo, O., Labiran, A., Emerenini, C. F., & Omoruyi, L. (2016). Health workforce for 2016–2030: Will Nigeria have enough. *Inter J Inn Heal Res*, 4(1), 9-16.
- ¹⁰⁹ Grupo del Banco mundial, with ECSACON/CIE / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities. Julio de 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf

-
- ¹¹⁰ Grupo del Banco Mundial, with ECSACON/CIE / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities. Julio de 2020. P26 https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf p 24
- ¹¹¹ Grupo del Banco Mundial, with ECSACON/CIE / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities. Julio de 2020. P52 https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf
- ¹¹² Grupo del Banco Mundial, with ECSACON/CIE / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities. Julio de 2020. P52 https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf
- ¹¹³ Organización Mundial de la Salud (2021) Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries, page viii. Ginebra: OMS [Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina]
- ¹¹⁴ Assaye, A. M., Wiechula, R., Schultz, T. J., & Feo, R. (2021). Impact of nurse staffing on patient and nurse workforce outcomes in acute care settings in low-and middle-income countries: a systematic review. *JBHI evidence synthesis*, 19(4), 751-793.
- ¹¹⁵ Statistics Canada. Table 14-10-0356-01 Job vacancies and average offered hourly wage by occupation (broad occupational category), quarterly, unadjusted for seasonality
- ¹¹⁶ Ray C (2021) Help wanted: Nova Scotia has more than 2,100 health-care vacancies. CBC News, 13 de octubre. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/nova-scotia-health-care-vacancies-retention-recruitment-1.6208399>
- ¹¹⁷ Aldrich J (2021) Manitoba to bolster nursing complement with students in final year of study. *Winnipeg Sun*, 15 de noviembre. <https://winnipegnews.com/news/news-news/manitoba-to-bolster-nursing-complement-with-students-in-final-year-of-study>
- ¹¹⁸ NHS Digital (2021) NHS Vacancy Statistics England April 2015 – September 2021 Experimental Statistics. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-vacancies-survey/april-2015---september-2021-experimental-statistics>
- ¹¹⁹ <https://www.health.org.uk/news-and-comment/news/almost-17bn-needed-to-clear-backlog-and-treat-expected-rise-in-patients>
- ¹²⁰ Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt / Mayo de 2020: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Reports: Spotlight on the labour market / Mayo de 2020: Labour market situation in the care sector) pages 14, 16. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>
- ¹²¹ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) (2021) Sustainable recruitment of nurses (Triple Win). GIZ, Germany. Enero. <https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html>
- ¹²² Wenger S (2021) Covid-19 to bring nursing staff more than applause. <https://www.swisscommunity.org/en/news-media/swiss-review/article/covid-19-to-bring-nursing-staff-more-than-applause> 8 de agosto
- ¹²³ Romy K (2021) Swiss voters to decide on how to solve the nursing crisis. *Swissinfo*, 28 de octubre. <https://www.swissinfo.ch/eng/business/swiss-voters-to-decide-how-to-solve-the-nursing-crisis/47024988>
- ¹²⁴ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, Registered Nurses, at <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm>
- ¹²⁵ Smyth J, Asgari N, Burn-Murdoch J (2021) ‘Totally exhausted’: latest Covid wave pushes US nurses to brink” *Financial Times*, 28 de septiembre.

- ¹²⁶Hurt A (2021) Nurses 'At the Breaking Point,' Consider Quitting Due to COVID Issues: Survey. Medscape, 8 de octubre.
- ¹²⁷ Spetz J et al (2021) The Impact of the COVID-19 Pandemic on California's Registered Nurse Workforce: Preliminary Data. UCSF Health Workforce Research Center on Long-Term Care, USA. <https://healthworkforce.ucsf.edu/publication/impact-covid-19-pandemic-ca-registered-nurse-workforce-preliminary-data>
- ¹²⁸ OCDE (2019), Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>
- ¹²⁹ Socha-Dietrich K, Dumont J (2021) International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 a 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Paper No. 125, OECD, Paris
- ¹³⁰ OCDE (2020) Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19-19 crisis in OECD countries, OECD, Paris, page 3. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132856-kmg6jh3kvd&title=Contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-COVID-19-19-crisis-in-OECD-countries
- ¹³¹ Socha-Dietrich K, Dumont J (2021) International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 a 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Paper No. 125, OECD, Paris
- ¹³² Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020, page XIX
- ¹³³ OCDE (2020) COVID-19 and key workers: What role do migrants play in your region? https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/covid-19-and-key-workers-what-role-do-migrants-play-in-your-region_42847cb9-en
- ¹³⁴ LeGrand C (2021) Plan to bring thousands of nurses and doctors into 'Fortress Australia' Sydney Morning Herald 9 de octubre. <https://www.smh.com.au/national/plan-to-bring-thousands-of-nurses-and-doctors-into-fortress-australia-20211008-p58yf0.html>
- ¹³⁵ Ely J (2021) UK-based Australian nurses offered £4,200 relocation costs to tempt them home. Nursing Standard 20 de agosto <https://rcni.com/nursing-standard/newsroom/news/uk-based-australian-nurses-offered-ps4200-relocation-costs-to-tempt-them-home-177556>
- ¹³⁶ Visontay E (2021) NSW hospitals resort to flying nurses in from overseas as staff are begged to take extra shifts amid Covid crisis. The Guardian online, 31 de diciembre. <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/01/nsw-hospitals-resort-to-flying-nurses-in-from-overseas-as-staff-are-begged-to-take-extra-shifts-amid-covid-crisis>
- ¹³⁷ Turner L (2021) Forced to sit out during pandemic, nurse calls for changes to Ontario's registration process. CBC News, 27 de septiembre. <https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/christy-tashjian-waiting-to-work-1.6189165>
- ¹³⁸ Ross S (2021) Facing shortage, Quebec to headhunt health staff in France, Brazil, Lebanon, elsewhere. CTV News, 12 de octubre. <https://montreal.ctvnews.ca/facing-shortage-quebec-to-headhunt-health-staff-in-france-brazil-lebanon-elsewhere-1.5620510>
- ¹³⁹ <https://www.nhsemployers.org/publications/international-recruitment-toolkit>
- ¹⁴⁰ <https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/international-recruitment/>
- ¹⁴¹ Collins A (2021) NHS leaders told to accelerate international recruitment as 800 nurses join register in a week. Health Service Journal, 16 de diciembre
- ¹⁴² Buchan J (2021) The long-term reliance on international nurses is on the increase. Nursing Times, 21 de diciembre. <https://www.nursingtimes.net/opinion/the-long-term-reliance-on-international-nurses-is-on-the-increase-21-12-2021/>
- ¹⁴³ UK Government Press Release (2022) Government takes action to mitigate workforce disruption. 2 de enero.

<https://www.gov.uk/government/news/government-takes-action-to-mitigate-workforce-disruption>

¹⁴⁴ Nursing and Midwifery Council, UK (2021) Permanent register data tables.

<https://www.nmc.org.uk/about-us/reports-and-accounts/registration-statistics/>

¹⁴⁵ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) (2021) Sustainable recruitment of nurses (Triple Win). GIZ, Germany. Enero. <https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html>

¹⁴⁶ Uutiset (2021) FM Saarikko: Finland needs to accept more foreign workers, 15 de julio

https://yle.fi/uutiset/osasto/news/fm_saarikko_finland_needs_to_accept_more_foreign_workers/12021081

¹⁴⁷ Scottish Government (2021) Ministerial Statement on Winter Planning for Health and Social Care martes 5 de octubre de 2021. <https://www.gov.scot/publications/ministerial-statement-winter-planning-health-social-care-tuesday-5-october-2021/>

¹⁴⁸ OCDE (2019), Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>

¹⁴⁹ OCDE (2020) Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries, OECD, París, page 3. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132856-kmg6jh3kvd&title=Contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-COVID-19-19-crisis-in-OECD-countries

¹⁵⁰ Grupo del Banco Mundial, with ECSACON/CIE / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities Julio de 2020.

¹⁵¹ Grupo del Banco Mundial, with ECSACON/CIE / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities Julio de 2020. P52 https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf p 24

¹⁵² OMS, Región de África (2021) Rapid Policy Brief Number: 011-03 - COVID-19 response capacity with the health system: Health workforce recruitment and retention. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África.

¹⁵³ <https://www.poea.gov.ph/>

¹⁵⁴ Batalova J (2020) Spotlight: Immigrant Health-Care Workers in the United States. Migration Policy Institute, EE.UU. 14 de mayo. <https://www.migrationpolicy.org/article/immigrant-health-care-workers-united-states>

¹⁵⁵ Socha-Dietrich K, Dumont J (2021) International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Paper No. 125, OCDE, París

¹⁵⁶ Little L, Buchan J (2007) Nurse Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context. ICNM, Philadelphia, EE.UU.

<https://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2019/08/Nursing-Self-SufficiencySustainability-in-the-Global-Context.pdf>

¹⁵⁷ CIE (2019) Movilidad en la carrera profesional y reclutamiento ético de enfermeras a nivel internacional: Declaración de posición. CIE, Ginebra. https://www.icn.ch/system/files/documents/2019-11/PS_C_International%20career%20mobility%20and%20ethical%20nurse%20recruitment_Sp.pdf

¹⁵⁸ Declaración del CIE (2020) ante la Asamblea Mundial de la Salud. SEVENTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY Provisional agenda item 12 WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel November 2020 https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/wha73%20icn%20statement%2012_es%20final.pdf

¹⁵⁹ Socha-Dietrich K, Dumont J (2021) International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Paper No. 125, OCDE, París

- ¹⁶⁰ OCDE (2021) OECDStat. Migration.
https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_WFMI&lang=en
- ¹⁶¹ SOWN country reports
- ¹⁶² Al-Riyami, M., Fischer, I., & Lopez, V. (2015). Nurses' perceptions of the challenges related to the Omanization policy. *International nursing review*, 62(4), 462-469.
- ¹⁶³ Nasrallah et al (2021) UAE Projects of the 50: New schemes announced in Abu Dhabi, plan to get 75,000 Emiratis into private sector. *Gulf News*, 12 de septiembre.
<https://gulfnews.com/uae/government/uae-projects-of-the-50-new-schemes-announced-in-abu-dhabi-plan-to-get-75000-emiratis-into-private-sector-1.1631418816885>
- ¹⁶⁴ OMS (2016) Global strategy on human resources for health: workforce 2030. OMS, Ginebra, page 23.
https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/
- ¹⁶⁵ OMS (2020) Managing health workforce migration - The Global Code of Practice. OMS, Ginebra.
<https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> (último acceso 18 de mayo de 2020)
- ¹⁶⁶ OMS (2020). WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. OMS, Ginebra.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_9-en.pdf (ultimo acceso el 18 de mayo de 2020)
- ¹⁶⁷ OMS (2021) Health Workforce Support and Safeguards List, 2020.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwf-support-and-safeguards-list8jan.pdf?sfvrsn=1a16bc6f_10
- ¹⁶⁸ Omaswa F (2020) Covid-19 19-Exposes a global scramble for health workers. African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST), Kampala, Africa. 11 de mayo
(https://www.achest.org/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=279&Itemid=481
(accessed May 27th 2020)
- ¹⁶⁹ Jones, C. B., & Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).
- ¹⁷⁰ Duffield C, et al (2014) A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing* .vol:70 iss:12 pg:2703 -2712
- ¹⁷¹ Kiel, J. M. (2020). An analysis of restructuring orientation to enhance nurse retention. *The health care manager*, 39(4), 162-167.
- ¹⁷² Zhao, Y., Russell, D. J., Guthridge, S., Ramjan, M., Jones, M. P., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2019). Costs and effects of higher turnover of nurses and Aboriginal health practitioners and higher use of short-term nurses in remote Australian primary care services: an observational cohort study. *BMJ open*, 9(2), e023906.
- ¹⁷³ Shaffer, F. A., & Curtin, L. (2020). Nurse turnover: Understand it, reduce it. *My American Nurse*, 15(8), 57-59.
- ¹⁷⁴ Muir, K. J., Wanchek, T. N., Lobo, J. M., & Keim-Malpass, J. (2021). Evaluating the Costs of Nurse Burnout-Attributed Turnover: A Markov Modeling Approach. *Journal of Patient Safety*.
- ¹⁷⁵ Buchan, J., Shaffer, F. A., & Catton, H. (2018). Policy brief: Nurse retention. Ginebra: CIE, ICNM, CGFNS.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf
- ¹⁷⁶ Chamanga, E., Dyson, J., Loke, J., & McKeown, E. (2020). Factors influencing the recruitment and retention of registered nurses in adult community nursing services: an integrative literature review. *Primary Health Care Research & Development*, 21
- ¹⁷⁷ Marufu, T. C., Collins, A., Vargas, L., Gillespie, L., & Almghairbi, D. (2021). Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *British Journal of Nursing*, 30(5), 302-308.

- ¹⁷⁸ Adams, R., Ryan, T., & Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*
- ¹⁷⁹ MacKay, S. C., Smith, A., Kyle, R. G., & Beattie, M. (2021). What influences nurses' decisions to work in rural and remote settings? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Rural and Remote Health, 21*(1),
- ¹⁸⁰ Dall'Ora, C., & Saville, C. (2021). Burnout in Nursing: what have we learnt and what is still unknown. *Nursing Times*, 43-44.
- ¹⁸¹ Cohen-Serrins, J. (2021). How COVID-19 Exposed an Inadequate Approach to Burnout: Moving Beyond Self-Care. In *Shared Trauma, Shared Resilience During a Pandemic* (pp. 259-268). Springer, Cham.
- ¹⁸² Putra, A. P., Kusnanto, K., & Yuwono, S. R. (2020). Effects of Job Satisfaction and Organizational Commitment on Nurse Retention: A Systematic Review. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (INJEC)*, 5(2), 197-205.
- ¹⁸³ Yun, M. R., & Yu, B. (2021). Strategies for reducing hospital nurse turnover in South Korea: Nurses' perceptions and suggestions. *Journal of Nursing Management*.
- ¹⁸⁴ Al Zamel, L. G., Lim Abdullah, K., Chan, C. M., & Piaw, C. Y. (2020). Factors influencing nurses' intention to leave and intention to stay: An integrative review. *Home Health Care Management & Practice, 32*(4), 218-228
- ¹⁸⁵ Washeya, F. N., & Fürst, L. N. (2021). Work Features that Influence the Retention of Professional Nurses in the Public Health Sector in Windhoek, Namibia. *Africa Journal of Nursing and Midwifery, 23*(1), 17-pages.
- ¹⁸⁶ Dall'Ora, C., & Saville, C. (2021). Burnout in Nursing: what have we learnt and what is still unknown. *Nursing Times*, 43-44.
- ¹⁸⁷ OMS (2016) Global strategy on human Resources for Health: workforce 2030. OMS, Ginebra, page 23. https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/
- ¹⁸⁸ OMS (2020) Managing health workforce migration - The Global Code of Practice. OMS, Ginebra. <https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>
- ¹⁸⁹ OMS (2016) Global strategy on human resources for health: workforce 2030. OMS Ginebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- ¹⁹⁰ OMS (2016) Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>
- ¹⁹¹ OMS (2020) Managing health workforce migration - The Global Code of Practice. OMS, Ginebra. <https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> (último acceso 18 de mayo de 2020)
- ¹⁹² OMS (2016) Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>
- ¹⁹³ DalPoz M, Gupta N, Quain E, Soucat A (2009) Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health. OMS/Banco Mundial/ONUSIDA.
- ¹⁹⁴ Chisholm, M., Russell, D., & Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs?. *Australian Journal of Rural Health, 19*(2), 81-88.
- ¹⁹⁵ Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human resources for health, 15*(1), 21.
- ¹⁹⁶ Chankova S, Muchiri S and Kombe G Health workforce attrition in the public sector in Kenya: a look at the reasons *Human Resources for Health* 2009, 7:58

- ¹⁹⁷ Dovlo D: Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health* 2005, 3:
- ¹⁹⁸ Russell, D. J., Humphreys, J. S., McGrail, M. R., Cameron, W. I., & Williams, P. J. (2013). The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning. *Human resources for health*, 11(1), 65.
- ¹⁹⁹ Buchan J (2010). The benefits of health workforce stability. *Human Resources for Health*, 8:29.
- ²⁰⁰ Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Roger FH. (2006) Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspective* 20(1):91-116.
- ²⁰¹ Goldstein, M., Zivin, J. G., Habyarimana, J., Pop-Eleches, C., & Thirumurthy, H. (2013). The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: The case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. *American economic journal. Applied economics*, 5(2), 58.
- ²⁰² Chisholm, M., Russell, D., & Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(2), 81-88.
- ²⁰³ Russell, D. J., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2012). How best to measure health workforce turnover and retention: five key metrics. *Australian Health Review*, 36(3), 290-295.
- ²⁰⁴ Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human resources for health*, 15(1), 21.
- ²⁰⁵ OMS (2015) National health workforce accounts: The knowledge-base for health workforce development towards Universal Health Coverage.
http://www.who.int/hrh/documents/15376_WHOBrief_NHWFA_0605.pdf
- ²⁰⁶ WHO (2015) Human Resources for Health Information System. Minimum Data Set for Health Workforce Registry http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set.pdf?ua=1
- ²⁰⁷ Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (2020)
- ²⁰⁸ Buchan J et al (2020) Ageing Well? Policies to support older nurses at work. ICNM, Philadelphia, EE.UU. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Ageing%20ICNM%20Report%20December%202020.pdf>

Acerca del ICNM

El Centro Internacional de Migraciones de Enfermeras (ICNM) actúa como recurso de conocimiento comprensible creado por la Comisión sobre Graduados de Escuelas de Enfermería Extranjeras (CGFNS International) en alianza con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). El ICNM pone énfasis en el desarrollo, la promoción y la difusión de investigación, políticas e información sobre la migración global de enfermeras. Este centro de recursos pone noticias, material y publicaciones ampliamente a disposición para formuladores de políticas, planificadores y profesionales.

Para más información: <https://www.intlnursemigration.org/>

Acerca del CIE

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) en representación de los más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo. Fundado en 1899, el CIE es la primera organización internacional y de mayor alcance del mundo para los profesionales de la salud. Dirigido por enfermeras y liderando a las enfermeras en el ámbito internacional, el CIE trabaja para garantizar cuidados de calidad para todos, políticas de salud sólidas a nivel global y el avance del conocimiento de enfermería, así como la presencia de una profesión de enfermería respetada y una fuerza laboral de enfermería competente en todo el mundo. Para más información: <https://www.icn.ch/> siga al CIE: [@ICNurses](https://twitter.com/ICNurses)

Acerca de CGFNS International, Inc.

CGFNS International Inc., establecida en 1977, es una organización sin ánimo de lucro neutral respecto a la inmigración que realiza análisis de las credenciales de los profesionales sanitarios formados en el extranjero que pretenden migrar y ser admitidos en la universidad provenientes de más de 200 países. También ofrece servicios de consultoría y asesoramiento global sobre estándares y el continuo de aprendizaje a los gobiernos y a la comunidad profesional.

Además, CGFNS International tiene estatus consultivo como ONG ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), que es el foro central para cuestiones internacionales y sociales.

Para más información: <https://www.cgfns.org/> o siga a: [@CGFNS](https://twitter.com/CGFNS)