

SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL MUNDO 2020



*Invertir en educación,
empleo y liderazgo*



SITUACIÓN DE LA
ENFERMERÍA
EN EL MUNDO 2020

*Invertir en educación,
empleo y liderazgo*

Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo
[State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership]

ISBN 978-92-4-000494-8 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-000495-5 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>.

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo [State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descarga generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

La elaboración de este documento ha sido posible gracias a la financiación proporcionada por la Alianza para la colaboración en pro de la cobertura sanitaria universal (Bélgica, Francia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Reino Unido, Unión Europea y OMS), Alemania y Noruega.

Fotografías de la portada

Fila 1 (de izquierda a derecha): © Vladimir Gerdo/TASS a través de Getty, © Irene R. Lengui/L'IV Com, © Tanya Habjouqa

Fila 2 (de izquierda a derecha): © Jaime S. Singlador/Photoshare, © Christopher Wilton-Steer/AKDN

ÍNDICE

Prólogo	vii	
Mensaje de los Copresidentes	viii	
Participantes y reconocimientos	ix	
Glosario	x	
Resumen de orientación	xi	
CAPÍTULO 1	Introducción	1
CAPÍTULO 2	La enfermería en el contexto de las prioridades generales en materia de personal y salud	5
2.1	Función del personal de salud en el logro de la Agenda para 2030	5
2.2	¿A quién incluye el personal de enfermería?	8
CAPÍTULO 3	Funciones de la enfermería en los sistemas de salud del siglo XXI	11
3.1	Función de la enfermería en el logro de la cobertura sanitaria universal	11
3.2	Función de la enfermería ante emergencias, epidemias y desastres	15
3.3	Función de la enfermería en el logro de la salud y el bienestar de la población	16
CAPÍTULO 4	Estímulos de política para potenciar al personal de enfermería	19
4.1	Formación teórica y práctica previa al empleo	19
4.2	Flujos de entrada y salida de personal	25
4.3	Distribución equitativa y eficiencia	27
4.4	Reglamentación	32
CAPÍTULO 5	Datos probatorios e informaciones actualmente disponibles sobre el personal de enfermería	35
5.1	Disponibilidad, composición y distribución del personal de enfermería	37
5.2	Equidad en la disponibilidad y acceso a la fuerza de trabajo del personal de enfermería	43
5.3	Migración y movilidad internacional del personal de enfermería	47
5.4	Reglamentación de la formación y el ejercicio de la enfermería	49
5.5	Formación y oferta laboral de personal de enfermería	52
5.6	Reglamentación del empleo y las condiciones de trabajo	55
5.7	Gobernanza y liderazgo	59
5.8	Análisis de la trayectoria actual hacia los logros de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2030	61
CAPÍTULO 6	Direcciones futuras en las políticas relativas al personal de enfermería	67
6.1	Consolidación de los datos en relación con la planificación, el seguimiento y la rendición de cuentas	67
6.2	Movilidad y migración	69
6.3	Fomento y apoyo del personal de enfermería	72
6.4	Fomento de la capacidad institucional y de las capacidades de liderazgo para una gobernanza eficaz	83
6.5	Catalización de la inversión para crear puestos de trabajo de enfermería	85
6.6	Programa de investigación y estudios	87
CAPÍTULO 7	Conclusión	91
	Referencias	93
	Anexo 1. ¿A quién incluye el personal de enfermería?	108
	Anexo 2. Métodos	110
	Anexo publicado en la Web. Funciones de la enfermería relacionadas con los sistemas de salud del siglo XXI https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333949/9789240009219-spa.pdf	

Cuadros

5.1	Número de profesionales de enfermería a escala mundial y densidad por cada 10 000 habitantes, por regiones de la OMS, 2018	38
5.2	Variación en el contingente de personal de enfermería debida a la mejora de los datos y a un incremento real entre 2013 y 2018	38
5.3	Porcentaje de profesionales de enfermería dentro del total de profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería y partería, dentistas y farmacéuticos), por regiones de la OMS	39
5.4	Porcentaje de personal de enfermería femenino, por regiones de la OMS	41
5.5	Densidad de personal de enfermería por grupo de ingresos (2018)	46
5.6	Porcentaje de personal de enfermería nacido (o formado) en el extranjero, por grupo de ingresos	48
5.7	Porcentaje de países informantes que declaran contar con reglamentación sobre formación teórica y práctica en enfermería, por región de la OMS	50
5.8	Producción de graduados en enfermería, por región de la OMS y grupo de ingresos	53
5.9	Porcentaje de países informantes que declaran contar con reglamentación sobre condiciones de trabajo en enfermería, por región de la OMS	56
5.10	Indicadores de liderazgo y gobernanza: porcentaje de países con un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería y un programa de fomento del liderazgo en enfermería, por región de la OMS	60
5.11	Simulación del contingente de personal de enfermería previsto entre 2018 y 2030 en tres supuestos hipotéticos, por región de la OMS	63
A2.1	Lista de los 36 indicadores empleados para el informe sobre la <i>Situación de la enfermería en el mundo 2020</i>	111
A2.2	Estimaciones del déficit de personal de enfermería (millones de profesionales) en los países situados por debajo del umbral de la Estrategia mundial, desglosadas por nivel de ingresos: 2018 y 2030 (tres hipótesis)	116

Recuadros

3.1	Contribución de la enfermería a la seguridad del paciente	12
3.2	Modelo de atención comunitaria de las personas mayores dirigido por profesionales de enfermería	14
4.1	Australia: captación de grupos de población infrarrepresentados para su incorporación al personal de enfermería	21
4.2	Costo de la enseñanza de enfermería	22
4.3	Actuación ante el déficit de docentes de enfermería	24
4.4	Alianzas internacionales de colaboración sobre aptitudes	26
4.5	Ejemplos de demanda económica de personal de enfermería en países de ingresos altos	27
4.6	La función prescriptora del personal de enfermería en Polonia como solución para ampliar el acceso	28
4.7	Un ejemplo de función especializada de enfermería en la Región de África	29
4.8	Recomendaciones para fidelizar al personal en el medio rural	31
4.9	Ejemplos de armonización de las normativas sobre la enseñanza de la enfermería y sobre los exámenes de certificación	33
5.1	Equidad dentro de los países	46
6.1	Análisis del mercado laboral del sector de la salud de Escocia	68
6.2	Comunidad de Salud de África Oriental, Central y Meridional: colaboración nacional en materia de comunicación de datos de enfermería mediante los indicadores de las cuentas nacionales del personal de salud	70
6.3	Enfoque de Alemania para la gestión de la migración	71
6.4	Tecnología en la formación y el ejercicio profesional de la enfermería	73
6.5	Iniciativas del Pakistán para aumentar la capacidad de formación de personal de enfermería	75
6.6	Ampliación del acceso a los servicios de salud comunitarios en Omán	77

6.7	Grupo de Colaboración para la Regulación de las Profesiones Sanitarias en África	80
6.8	Huelgas del personal sanitario	81
6.9	Becas de liderazgo en la Región del Pacífico Occidental	84
6.10	Inversiones en capital humano	86
A1.1	Definiciones del personal de enfermería de la CIUO	109

Figuras

1.	Densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes en 2018	xiii
2.	Proporción relativa entre el personal de enfermería de más de 55 años y el de menos de 35 años (países seleccionados)	xiv
3.	Aumento previsto (para 2030) en el número de profesionales de la enfermería, por regiones de la OMS y grupos de países en función de sus ingresos	xv
4.	Duración media (en años) de la formación en enfermería, por regiones de la OMS	xvi
5.	Porcentaje de países con disposiciones reglamentarias vigentes sobre condiciones de trabajo	xvii
6.	Porcentaje de mujeres y hombres en el personal de enfermería, por región de la OMS	xx
2.1	Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud: objetivos estratégicos y pertinencia para la enfermería	7
2.2	Número de títulos de enfermería diferentes en cada región de la OMS	9
3.1	Contribución del personal de enfermería al logro de las metas de los «tres mil millones»	17
4.1	Estímulos en las políticas públicas para modelar el mercado laboral del sector sanitario	20
5.1	Número de países que disponen de datos sobre la fuerza de trabajo en las CNPS de la OMS (1990-2018)	36
5.2	Proporción de profesionales de enfermería dentro de cada categoría ocupacional, por regiones de la OMS	40
5.3	Porcentaje de profesionales de enfermería con menos de 35 años y 55 años o más, por regiones de la OMS	41
5.4	Proporción relativa entre el personal de enfermería de más de 55 años y el de menos de 35 años	42
5.5	Densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes en 2018	44
5.6	Disparidades regionales en la densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes (2018)	44
5.7	Densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes, por grupo de ingresos (2018)	45
5.8	Porcentaje de países notificantes que declararon contar con normas y reglamentación sobre enfermería	50
5.9	Mapa de puntuaciones de la reglamentación sobre formación en enfermería, por país	51
5.10	Duración media (en años) de la formación en enfermería, por regiones de la OMS	54
5.11	Porcentaje de países con disposiciones reglamentarias vigentes sobre condiciones del trabajo	56
5.12	Mapa de puntuación de la reglamentación sobre condiciones de trabajo	57
5.13	Porcentaje de países con funciones especializadas de enfermería por nivel de densidad de médicos, por cada 10 000 habitantes	58
5.14	Relación entre la existencia de un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería y de un programa de liderazgo en enfermería y el entorno de reglamentación	60
5.15	Proyección de la densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes en 2030 (distribución mundial)	62
5.16	Aumento previsto (para 2030) en el número de profesionales de la enfermería, por regiones de la OMS y por grupos de países en función de sus ingresos	63
5.17	Estimación del déficit de personal de enfermería en 2013, 2018 y 2030	64
A2.1	Número de indicadores notificados en todo el mundo para el informe <i>Situación de la enfermería en el mundo 2020</i>	112
A2.2	Correlación entre los indicadores referidos a la educación (análisis de correspondencias múltiples)	113
A2.3	Correlación entre los indicadores relativos a las condiciones de trabajo (análisis de correspondencias múltiples)	114
A2.4	Evolución entre 2018 y 2030 del contingente mundial de personal de enfermería (millones de profesionales) con una hipótesis en la que se mantiene la situación actual y tres hipótesis en las que aumenta la graduación de profesionales de enfermería	115

Invertir en el personal de enfermería

contribuirá no solo al logro de las metas de los ODS relacionados con la salud, sino también a las metas relacionadas con la educación (ODS 4), la igualdad de género (ODS 5), el trabajo decente y el crecimiento económico (ODS 8).



Tedros Ghebreyesus
Director General de la OMS



Elizabeth Iro
Funcionaria Jefa
de Enfermería de la OMS



Annette Kennedy
Presidenta del Consejo
Internacional de Enfermeras



Sheila Tlou
Copresidenta de *Nursing Now*



Nigel Crisp
Copresidente
de *Nursing Now*

PRÓLOGO

El informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo* llega en un momento en que el mundo es testigo de compromisos políticos sin precedentes hacia la cobertura sanitaria universal. Al mismo tiempo, el actual brote de COVID-19 y los desplazamientos masivos de población a causa de conflictos ponen a prueba nuestra preparación ante emergencias y capacidad de respuesta. El personal de enfermería ofrece cuidados vitales en todas y cada una de esas circunstancias. Ahora más que nunca, necesitamos que los enfermeros y enfermeras trabajen aprovechando plenamente su formación teórica y práctica.

En este primer informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo* se pone de manifiesto lo mucho que hay que celebrar sobre los profesionales de la enfermería. Las oportunidades de formación avanzada en enfermería y la potenciación de las funciones profesionales, en particular en el ámbito normativo, pueden impulsar mejoras en la salud de la población. Al mismo tiempo, seguimos constatando enormes inequidades en la distribución de personal de enfermería en todo el mundo, un problema que debemos solucionar.

2020 es el Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería. Es una oportunidad de sacar provecho de los datos que brinda el informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y comprometerse con un programa que impulse y mantenga los progresos hacia 2030. A tal fin, instamos a los gobiernos y a todas las partes interesadas pertinentes a:

- invertir en la aceleración intensiva de la **educación** en enfermería —profesorado, infraestructuras y estudiantes— con el fin de atender las necesidades mundiales, cubrir la demanda nacional y responder a tecnologías que evolucionan constantemente y a modelos avanzados de atención sociosanitaria integrada;
- generar al menos seis millones de nuevos **empleos** en enfermería para 2030, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, con el objetivo de contrarrestar la escasez prevista y corregir la inequidad en la distribución de los profesionales de enfermería en todo el mundo;
- fortalecer el **liderazgo** de los profesionales de la enfermería —tanto los líderes actuales como los futuros— a fin de garantizar que los enfermeros y enfermeras tengan una función influyente en la formulación de normas del ámbito de la salud y en la adopción de decisiones, y contribuyan a la eficacia de los sistemas de atención sociosanitaria.

Todos los países pueden tomar medidas en apoyo de este programa. La mayoría de ellos pueden lograr los objetivos con recursos propios. Por lo que respecta a los países que requieren asistencia de la comunidad internacional, debemos orientar un porcentaje creciente de inversiones en capital humano hacia la economía de la atención sociosanitaria. Tales inversiones también impulsarán los progresos en los diferentes Objetivos de Desarrollo Sostenible, con dividendos para la igualdad de género, el empoderamiento económico de la mujer y el empleo juvenil.

Aprovechemos esta oportunidad de comprometernos a un decenio de acción que empieza con la inversión en educación, empleo y liderazgo en la enfermería.

ODS 3



ODS 4



ODS 5



ODS 8



Mensaje de los Copresidentes

La 72.^a Asamblea Mundial de la Salud designó 2020 Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería, no solo en conmemoración del segundo centenario del nacimiento de Florence Nightingale, sino también para reconocer la contribución diaria del personal de enfermería y de partería a la salud y el bienestar de la población en todo el planeta.

Con la atención general centrada en los enfermeros y enfermeras en el contexto de la pandemia de COVID-19, en el Día Mundial de la Salud, tenemos el honor de presentar el primer informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo*, en el que se ofrecen los datos más actualizados y opciones normativas punteras sobre el personal de enfermería de todo el mundo. Se presentan también argumentos poderosos para efectuar inversiones considerables —pero factibles— en educación, empleo y liderazgo en la enfermería, imprescindibles para reforzar al personal de enfermería con el fin de lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible, mejorar la salud de todos y fortalecer la fuerza de trabajo dedicada a la atención primaria de salud en nuestro viaje hacia la cobertura sanitaria universal.

El informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* es el resultado de una colaboración extraordinaria en el ámbito nacional. En muchos países, el esfuerzo de notificación de datos ha estado liderado por los funcionarios jefes de los servicios públicos de enfermería y partería, quienes han contado con los datos necesarios gracias al apoyo de los ministerios de educación, trabajo y finanzas. Los responsables de la formación y reglamentación de la enfermería compartieron los datos y los triangularon. Las asociaciones nacionales de enfermería y los grupos de *Nursing Now* desempeñaron funciones de promoción en la notificación y colaboración con respecto a las cuestiones que se abordarían en el informe. Estas relaciones son cruciales para la notificación sistemática y robusta de datos sobre la enfermería y harán posible que los informes del futuro sean todavía más sólidos.

Lo que hemos conseguido juntos es extraordinario, pero lo que todavía tenemos que conseguir es mucho más importante. Tenemos que utilizar los datos nacionales, regionales y mundiales y el Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería para fomentar una colaboración y diálogo más estrechos entre todos los sectores sobre el fortalecimiento de la fuerza de trabajo con el fin de ofrecer mejor atención primaria y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Debemos catalizar y mantener las inversiones en educación, empleo y liderazgo en la enfermería.

La salud del mundo requiere el compromiso de todos los países para apoyar al personal de enfermería con inversiones. Esperamos que todos ustedes se unan a este llamamiento a la acción.



James Campbell
Director
Departamento de
Personal Sanitario
Organización Mundial
de la Salud



Howard Catton
Director Ejecutivo
Consejo Internacional
de Enfermeras



Mary Watkins
Copresidenta suplente
Nursing Now

Participantes y reconocimientos

COMITÉ DIRECTIVO

Copresidentes: Howard Catton, Mary Watkins

Miembros: Sultana N. Ardhal, Sumaya Mohamed Al-Blooshi, David Benton, Sharon Brownie, Peter Johnson, Francisca Okafor, Nancy Reynolds, Debra Thoms, Elizabeth Iro (*ex officio*), James Campbell (*ex officio*)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Autores principales: Carey McCarthy, Mathieu Boniol, Karen Daniels, Giorgio Cometto, Khassoum Diallo, An'war Deen Lawani, James Campbell

Apoyo administrativo: Beatrice Wamutitu, Elizabeth Tecson

Participantes: Jonathan Abrahams, Adam Ahmat, Onyema Ajuebor, Benedetta Allegranzi, Avni Amin, Georgina Arroyo, James Asamani, Ian Askwew, Sofonias Getachew Asrat, Shamsuzzoha Babar Syed, Rachel Baggaley, Valentina Baltag, Ana Pilar Betrán Lazaga, Melissa Bingham, Moussa Bizo, Nancy Bolan, Carolyn Brody, Lugemba Budiaki, Richard Carr, Silvia Cassiani, Alessandro Cassini, Jorge Castilla Echenique, Paula Cavalcante, Momodou Ceesay, Peter Cowley, Vania de la Fuente-Núñez, Ibadat Dhillon, Neelam Dhingra-Kumar, Linda Doull, Nathalie Drew Bold, Tarun Dua, James Fitzgerald, Siobhan Fitzpatrick, Helga Fogstad, Nathan Ford, Pierre Formenty, Dongbo Fu, Claudia García-Moreno, Fethiye Gulin Gedik, Regina Guthold, Indrajit Hazarika, Pascale Heilberg, Albert Mohlakola Hlabana, Lisa Hoffmann, Aboubacar Inoua, Gabrielle Jacob, Manoj Jhalani, Rita Kabra, Mikiko Kanda, Ruth Kanyiru, Aminata Sakho Kelly, James Kiarie, Hyo Jeong Kim, Teena Kunjumen, Etienne Langlois, Anais Legand, Ornella Lincetto, Francis Magombo, Mary Manandhar, Karifa Mara, Régis Antoine Mbary-Daba, Frances McConville, Michelle Mclsaac, Hedieh Mehrdash, Nabil Menasria, Nana Mensah-Abrampah, Jean Jacques Salvador Millogo, Ann-Beth Moller, Margaret Montgomery, Ashley Moore, Manjulaa Narasimhan, Stephanie Ngo, Susan Norris, Ian Norton, Stephen Nurse-Findlay, Jennifer Nyoni, Asiya Odugleh-Kolev, Alana Officer, Mie Okamura, Sunny Okoroafor, Olufemi Oladapo, Carolina Omar, Zoe Oparah, Arwa Oweis, Mónica Padilla, Edith Pereira, Silvia Perel Levin, Vladimir Poznyak, Vinayak Mohan Prasad, Jacqui Reilly, Preyanka Relan, Teri Reynolds, Paul Rogers, David Ross, Aurora Saares, Salim Sadruddin, Beçoña Sagastuy, Farba Lamine Sall, Diah Saminarsih, Julia Samuelson, Alison Schafer, Cris Scotter, Justin Adanmavokin Sossou, Susan Sparks, Simone Marie St Claire, Julie Storr, Tigest Tamrat, Ai Tanimizu, Martin Taylor, Nuria Toto Polanco, Prosper Tumusime, Özge Tunçalp, Anthony Twyman, Nicole Valentine, Mark Van Ommeren, Cherian Varghese, Gemma Vestal, Marco Vitoria, Victoria Willet, Masahiro Zakoji, Tomás Zapata López.

PARTICIPANTES EN EL EXAMEN DE DATOS

Thomas Alvarez, Sarah Abboud, Neeraj Agrawal, Chantelle Allen, António Fernando Amaral, Bethany Arnold, Mukul Bakhshi, Myra Betron, Aurelija Blaževićienė, Julia Bluestone, Jo Booth, Debora Bossemeyer, Irma Brito, Erica Burton, Kenrick Cato, Scholastica Chibebe, Marie Clarisse, Kay Currie, Sheena Currie, Francois-Xavier Daoudal, Annette de Jong, Ana de la Osada, Jennifer Dohrn, Jo-Ann Donner, Manya Dotson, Helen Du Toit, Christine Duffield, Kamal Eldeirawi, Lawrie Elliot, Maria Engström, Diana Estévez, Cherrie Evans, Betty Ferrell, Laura Fitzgerald, Ann Gardulf, Nancy Glass, Claire Glenton, Patricia Gómez, Deb Grant, Meghan Greeley, Doris Grinspun, Valerie A. Gruss, Mark Hathaway, Karen Heaton, Aisha Holloway, Melissa Hozjan, Anne Hradsky, Tonda Hughes, Carol Huston, Anne Hyre, Darlene Irby, Brigitte Ireson-Valois, Susan Jacoby, Krista Jones, Rosemary Kamunya, Joyce Kenkre, Jarmila Kliescikova, Tamara Kreda, Margrieta Langins, Margret Lepp, Isabelle Lessard, Simon Lewin, Ricky Lu, Jill Maben, Elizabeth Madigan, Andrea Marelli, Adelais Markaki, Mkggadi Matalakala, Donna McCarthy Beckett, Sonja McIlfatrick, Susan Munabi-Babigumira, Dawn Munro, Angelina Mutenga, Khine Haymar Myint, Madeline A Naegle, Edgar Necochea, Wendy Nicholson, Jan Nilsson, Lisa Noguchi, Shelley Nowlan, Araceli Ocampo-Balabagno, Johis Ortega, Jane Otaí, Piret Paal, Anne Pfitzer, Lusine Poghosyan, Zamira Rahmonova, Amelia Ranotsi, Veronica Reis, Jim Ricca, Chandrakant Ruparelia, Marla Salmon, Jane Salvage, Diana Schmalkuiche, Franklin Shaffer, Judith Shaminan, Bong Sibanda, Jennifer Snyder, Suzanne Stalls, Stacie Stender, Barbara Stillwell, Sheryl Stogis, Luisa Strani, Hannah Tappis, Gaudencia Tibajuka, Vicky Treacy-Wong, Erica Troncosco, Annukka Tuomikoski, Paul Tuthill, Carlos Van der Laet, Tener Goodwin Veenema, Meggy Verputten, Isabelle Violet, Cynthia Vlasich, Jamie Waterall, Jean White, Jill White, Barbara Wienkamp-Weber, Tegbar Yigzaw.

PARTICIPANTES EN LA NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La OMS desea manifestar su reconocimiento a todos los coordinadores de las cuentas nacionales del personal de salud, a los funcionarios jefes de los servicios públicos de enfermería y partería, a Novametrics (Martin Boyce, Andrea Nove) y a las demás personas que han contribuido al proceso de notificación y análisis de datos para la elaboración del presente informe.

Región de África

Hannatu Abdullahi, Solomon Abebe, Medeyele Alakpadong, Fatimetou Aly, Baba Amivi, Gislain Arnaud, Yao Badie, Elsheikh Badr, Tarnali Banda, Tereza Belay, Ana Bella, El'Hadji Bencherik, Mohamed Berthé, Mohamed Bouh, Silvino N'dafa Braba, Cynthia Chasokela, Kete Jean Chrysostome, Ahanhazon Agonglo Clarisse, Maria da Luz Medina da Cruz, Mohamed'Faza Diallo, Demba Moussa Diallo, Bakala Dieudonné, Mamady Doukouré, Khalid Elmardi, Jean-Baptiste Godui, Dembo Guirassy, Fatima Halidani, Simon Hlungwani, Idriss Moudjiegou Igalas, Mary Nandili Ishepe, Hamza Ismaila, Skuriri Ayinla Kadiri, Tchaa Kadjanta, Edna Kamaayo, Hossinatou Mary Kanu, Sellu Keifala, Jean Chrysostome Kette, Emile Koroma, Emile Koroma, Seraphin Kouakou, Hannah Kou-Kigo, Feroze Lall Mahomed, Samkeliwe Lukhele, Cipriano Mainga, Mpoetsi Makau, Nonhlanhla Makhanya, Abed Malika, Saturini Manangwa, Miriam Mangaya, Phelolo Marole, Lamin Marong, Jesele Martins, Murebwayire Mary, Thembi Mavuso, Gylan Mein, Kamel Messar, Janet K Michael, Lucy Mktutumula, Khumo Modisaeman, Flavia Moetsana-Poka, Ceesay Momodou, Mathapelo Mothebe, Jamiru Mpiima, Jane Mudyara, Chilweza Musonda Muzungwe, Lonia Mwape, Wendin Manegde Félicité Nana, Mariam Ndagijje, Ekiri Nguie, Al Nkhoma, Nkosinathi R. Nkwanyana, Claudine Diango Nobou, Cassoma Pedro Norberto,

Olga Novela, Emmanuel Ntawuyirusha, Titi Nelly Nthabana, Paul Nyachae, Martinho Ogedge, Francisca Okafor, Petua Kiboko Olobo, Yacouba Ouedraogo, Jacob Pooda, Tarloh Quiwonkpa, Noudjalta Remadjji, Baghou Sahia, Dawda Samateh, Rigbe Samuel, Nené Catirona Sanca, Ekan Ndi Sandrine, Mwila Sekeseke, Malick Seydi, Moibah Sheriff, Tulipoka Soko, Repent Khamis, George Stephen, Yao Theodore, Justin Tiendrebeogo, Francina Tjituka, Teklu Tsegay, Nkala Victorine, Solomon Woldeamanuel, Ambrose Wreh, Jacky Yabilli, Issa Yahaya, Nasir Yama, Barnabas Yeboah, Rabesata Juste Yolande.

Región de las Américas

Maria Lucía Aicardi, Ramón Abrego, Sofía Achucarro, Asif Ali, Augustina Ambrose-Popo, Dennis Israel Anas Morales, Jennifer Andall, Elizabeth Anderson, John Francisco Ariza Montoya, Joy Arnell, Sandra Barrow, Lianne Bellisario, Luis Gabriel Bernal Pulido, Shellon Bess, Irma Bois, Rafael Borda, Jennifer Breads, Leonardo Brito, Silvia Brizuela, Hazel Brown, Robin Buckland, Rodrigo Castro, Kerthney Charlemagne-Surage, Andrei Chell, Alba Consuelo Flores, Alberto Cosme Lopes de Souza, Hernando Cubides, Natalie Cueppens, Lervan da Silva, Gaye Davies, Carolina de Bass, Gina Dean, Marcos del Risco del Rio, Nester Edwards, Fulvia Elizondo Sibaja, Juliana Ferreira Lima Costa, Evelin Flores de Nieto, Janett Flynn, Mireye Fuentes, Luis Felipe García Ruano, Rosa George, Claudia Godoy, Cristian González Opelt, Zaila González Vivo, Stacie Goring, Ivette Catalina Grijalva Sáenz, Norka Rocío Guillén Ponce, Jascinth Hannibal, Sharon Harper, Carla Harry, Gustavo Hoff, Gail Hudson, Brenda Jeffers, Linda Johnson, Claudia Leija Hernández, Lisa Little, Javier César Loayza Altamirano, Howard Lynch, Marcelo Marques, Diana Isabel Martínez Changuan, Ithinia Martínez Mora, Jacqueline Matthew-Fevrier, Ann Matute, Lynn McNeely, Thameswar Merai, Fernando Munar Jiménez, Karen Nelson, Kerry Nesselser, Mirna Nobrega, Susan Orsega, Bete Paz, Emiliana Peña, Juan Lucas Pereyra, Walter Pérez Lázaro, Pauline Peters, Betty Ann Pilgrim, Enma Porras Marroquin, Jorge Ramanho, Jason Roffenbender, Desreen Silcott, Margaret Smith, Tiago Souza, Delores Stapleton Harris, Jackurlyn Sutton, Aldira Samantha Teixeira, Silvia Tejada, Roody Thermidor, Camille Thomas-Gerald, Kc Dianne Torres Quintero, Pedro Diaz Urteaga, Carlos Valli, Alessandro Vasconcelos, Auristela Vázquez, Jeaneth Vega Chavez.

Región de Asia Sudoriental

Leela Adhikari, Kimat Adhikari, Sabina Alam, Ahlaam Ali, Nan Nan Aung, Hla Hla Aye, Rathi Balachandran, Alam Ara Begum, Norberta Belo, K. S. Bharati, Vinay Bothra, Jermias da Cruz, Atul Dahal, Dileep De Silva, Padmal De Silva, Apriyanti Shinta Dewi, María Dolores Castelló, Aminath Fariha Mohamed, Horacio Fernandes Ribeiro, Harindarjeet Goyal, Nalika Gunawardena, Anil Kumar Gupta, Htay Htay Hlaing, Fathimath Hudha, Aneega Ibrahim, Sugeng Eko Irianto, Aishath Irufa, Uraiporn Janta-um-mou, Shivangini Kar Dave, RADC Karunaratne, Daw Nwe Nwe Khin, Thitapat Kuha, Daw Khin Ma Ma Kyaw, Khin Mar Kyi, Sirima Leelawong, Buddhika Loku Balasuriyaga, Hussain Maani, Dilip Mairembam, Daw Yin Mya, Kavita Narayan, Thinkorn Noree, Md Nuruzzaman, Kyaw Soe Nyunt, Tandin Pemo, Wichavee Ploysongsri, Pooja Pradhan, Ms Rahmath, Mariyam Rasheed, Tomasía Ana Maria do Rosario e Souza, Joao Noronha Roy, Bhim Prasad Sapkota, Teeraporn Sathira-Angkura, Tini Setiawan, Mariyam Shafeeq, Mohammad Shahjajan, Jayendra Sharma, May Thwel Hla Shwe Alaka Singh, Sasamon Srisuthisak, Rattanaporn Tangthanaseth, Roshani Tui Tui, Fikru Tesfaye Tullu, Liviu Vedrasco, Nani Hidayanti Widodo, Panarut Wisawatapnimit, Sonam Yangchen.

Región de Europa

Aizat Asanova, Ángel Abad Bassols, Zaza Bokhua, Ayşe Boysan, Matt Edwards, Anastasia Gazheva, Shoshi Goldberg, Rivka Hazan Hazoref, Jacques Huguenin, Natalia Kamynina, Kristin Klein, Sergiu Otgon, Marija Palibrk, Cecilija Rotim, Vasos Scoutellas, Jesmond Sharples, Artūras Šimkus.

Región del Mediterráneo Oriental

Annal Abu Awad, Alawia Ahmad, Mohammad Alghamdy, Mohamed Bahadi, Kamran Baig, Omar Cherkaoui, Ishraga Elbasher, Kawther Mahmoud, Fouzia Mushtaq, Nathalie Richa, Anmal Swaid Salim, Mohammed Tarawneh, Nasir Yama, Lubna Yaqoob.

Región del Pacífico Occidental

Amelia Afuha'amango, Lele Ah Mu, Thelma Ali, Carter Apaisam, Jasmin Mohamed Ariff, Margaret Brookkoorn, Moralene Capelle, Teofila Cruz, Eryna Hj Emran, Louisa Helgenberger, Seungyeong Hong, Mary Kata, Asena Kauyaca, Mary Kililo Samor, Virya Koy, Hillia Langrine, Michael Larui, Margaret Leong, Fuatai Maiava, Antonnette Merur, Helen Murdoch, Amanda Neill, Quoc Huy Nguyen, Jane O'Malley, Lay Tin Ong, Daphne Ringi, Michael Roche, Michele Rumsey, Filoiala Sakaio, Yuuko Shimada, Bo Yee Shu, Bertha Tarileo, Pwasina Tamuy, Alaita Taulima, Khampasong Theppanya, Lisa Townsend, Uchaa Tuvshin, Ben Ung, Hang Zhou.

COORDINACIÓN EDITORIAL, DISEÑO Y PRODUCCIÓN

Sharad Agarwal, Prographics Inc, John Dawson, departamentos de la OMS de traducción, publicaciones e impresión. Nuestro agradecimiento especial a Su Alteza Real la Princesa Muna de Jordania, así como a varias enfermeras y organismos asociados, por su contribución a las fotografías. La OMS desea rendir un homenaje especial a Salome Karwah, enfermera liberiana que sobrevivió a la enfermedad por el virus del Ébola, pero sucumbió a complicaciones en el parto cuando se le negó la atención que necesitaba.

JHPIEGO Y LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD

JOHNS HOPKINS reciben nuestro más sincero reconocimiento por contribuir al examen de los datos científicos y a los procesos de notificación de datos para la confección del presente informe. Peter Johnson, Nancy Reynolds, Jennifer Breads, Anna Bryant, Patricia Davidson, Lisa DiAndreth, Judith Fullerton, Leah Hart, Mark Kubue, Semakaleng Phafoli, Timothy Robertson, Elizabeth Thompson.

El mercado de trabajo es la estructura que permite solicitar y ofrecer servicios laborales (esto es, la demanda y la oferta, respectivamente). Los salarios y las condiciones de empleo (por ejemplo, una infraestructura adecuada, un personal directivo que tenga en cuenta las necesidades de los trabajadores, y oportunidades de desarrollo y ascenso profesionales) desempeñan un papel determinante en las elecciones que hacen los trabajadores y los empleadores del ámbito de la atención de la salud (1).

La demanda se refiere a los puestos de trabajo que se ofrecen en el mercado. La demanda es el número de trabajadores sanitarios que un sistema de salud puede sustentar en cuanto a puestos financiados o demanda económica de servicios. Está relacionada con el gasto sanitario del gobierno, los seguros privados y los pagos directos (2).

La oferta de trabajadores sanitarios es el conjunto de trabajadores sanitarios cualificados dispuestos a trabajar en el sector de la atención de la salud. Es una función de la capacidad de formación y de la migración neta, las muertes y las jubilaciones de los trabajadores sanitarios (2).

La necesidad es el número de trabajadores sanitarios necesarios para alcanzar los objetivos de prestación de servicios de un sistema de salud. Los mercados de trabajo en el sector de la salud están conformados principalmente por la oferta y la demanda y solo indirectamente por la necesidad (1).

La capacidad de absorción de trabajadores sanitarios por parte del mercado de trabajo del sector de la salud es la capacidad del sistema de salud (que incluye tanto el sector público como el privado) para emplear plena y productivamente al conjunto de trabajadores sanitarios cualificados disponibles (generado principalmente a través de

la educación y la inmigración). En la capacidad de absorción influyen la eficiencia y puntualidad a la hora de plasmar la demanda económica en la creación y provisión de puestos de trabajo.

La formación previa al empleo es el programa de aprendizaje formal que precede, en cuanto requisito previo, al empleo en un entorno de servicios (3).

La autorización es el proceso por el cual se certifica que una persona puede desempeñar unas funciones y tareas dentro de un ámbito definido de prácticas al nivel requerido y por el que se le otorga una licencia que la autoriza legalmente a ejercer una determinada profesión dentro de una jurisdicción determinada.

La acreditación es el proceso de evaluación de las instituciones de enseñanza con respecto a las normas predefinidas que deben cumplir para impartir enseñanza. El resultado del proceso es la certificación de la idoneidad de los programas educativos y de la competencia de las instituciones educativas para impartir enseñanza.

El reconocimiento de credenciales es el proceso de obtención, verificación y evaluación de las cualificaciones de un profesional para prestar atención o servicios en o para una organización de atención de la salud. Las credenciales son pruebas documentadas de la certificación, la formación teórica y práctica, la experiencia u otras cualificaciones (4).

La certificación profesional es el proceso voluntario por el que una entidad concede, por un tiempo limitado, un reconocimiento y el uso de una credencial a una persona tras verificar que ha cumplido una serie de criterios predeterminados y normalizados (5).

REFERENCIAS DEL GLOSARIO

1. McPake B, Maeda A, Araujo EC, Lemiere C, El Maghraby A, Cometto G. Why do health labour market forces matter? Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2013;91:841–6. doi:10.2471/BLT.13.118794.
2. Scheffler RM, Campbell J, Cometto G, Maeda A, Liu J, Bruckner TA et al. Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. Human Resources for Health. 2018;16:5. doi:10.1186/s12960-017-0264-6.
3. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): planning, implementing and evaluating pre-service training. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
4. Ambulatory Care Program: the who, what, when, and where's of credentialing and privileging. Joint Commission (https://www.jointcommission.org/assets/1/6/AHC_who_what_when_and_where_credentiaing_booklet.pdf, consultado el 5 de marzo de 2020).
5. Credentialing definitions. American Nurses Credentialing Center (<https://www.nursingworld.org/education-events/faculty-resources/research-grants/styles-credentialing-research-grants/credentialing-definitions/>, consultado el 5 de marzo de 2020).

RESUMEN DE ORIENTACIÓN 2020



Imágenes superiores:
© AKDN/Christopher Wilton-Steer, © OMS/Yoshi Shimizu, © OMS/Conor Ashleigh

Función decisiva del personal de enfermería en el logro de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

El personal de enfermería es crucial para cumplir la promesa de «no dejar a nadie rezagado» y el afán conjunto por lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Su contribución es decisiva para lograr, entre otras, las metas nacionales y mundiales relacionadas con una serie de prioridades sanitarias, por ejemplo, la cobertura sanitaria universal, la salud mental y las enfermedades no transmisibles, la preparación y respuesta ante emergencias, la seguridad del paciente y la prestación de atención integrada centrada en la persona.

Ningún programa mundial de salud puede lograrse sin esfuerzos concertados y sostenidos para potenciar al máximo las contribuciones del personal de enfermería y sus funciones en el seno de equipos de salud interprofesionales. Para ello se requieren intervenciones normativas que les permitan fomentar al máximo su repercusión y eficacia optimizando el ámbito de actuación y el liderazgo del personal de enfermería, de la mano de inversiones aceleradas en su formación, competencias y puestos de trabajo. Dichas inversiones contribuirán también al logro de las metas de los ODS relacionadas con la educación, la igualdad de género, el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo.

El presente informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con el Consejo Internacional de Enfermeras y la campaña mundial *Nursing Now*, y con el apoyo de gobiernos y otros asociados, presenta de forma convincente argumentos que demuestran la valía del personal de enfermería en el ámbito mundial.

© Shapecharge/Getty Images

La enfermería es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el

59%

de las profesiones sanitarias.



Situación de los datos disponibles en 2020

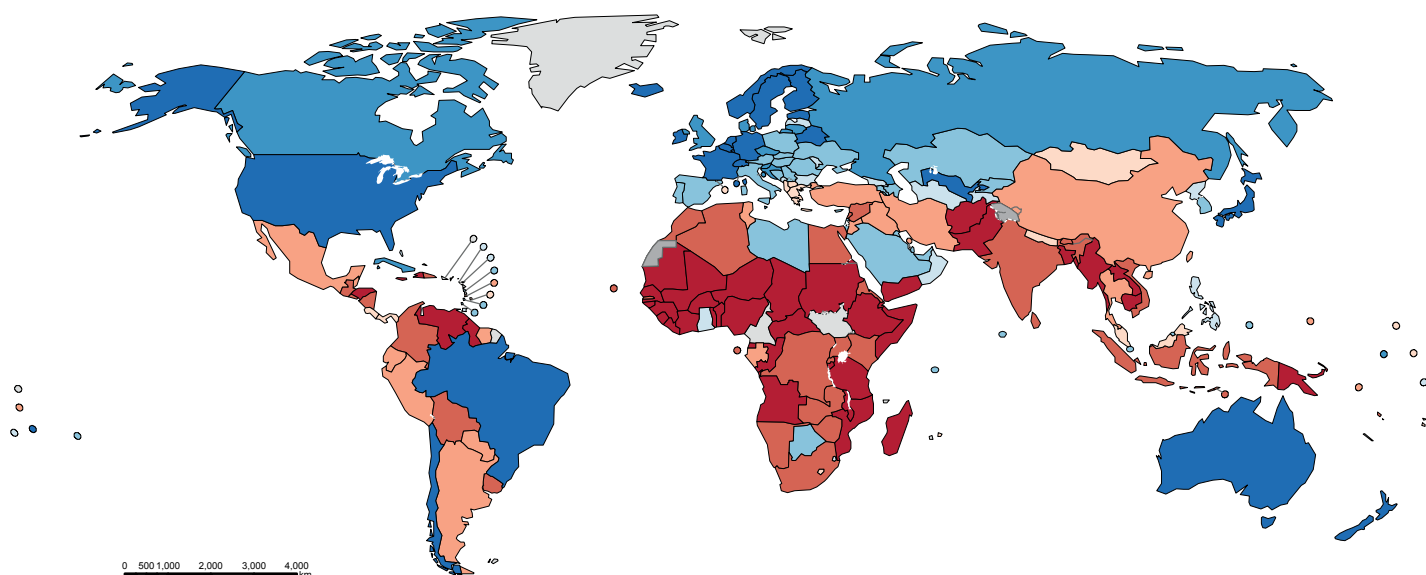
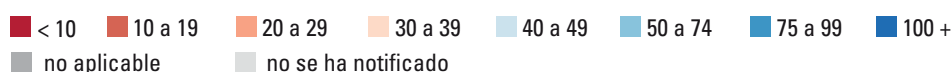
El personal de enfermería se expande en número y en ámbito de actuación profesional. Ahora bien, esta expansión no es equitativa ni suficiente para satisfacer la creciente demanda, y deja rezagadas a algunas poblaciones.

191 países aportaron datos para la confección del informe, la cifra más alta jamás alcanzada y un 53% superior frente a los datos disponibles en 2018. En torno al 80% de los países aportaron datos sobre 15 indicadores o más. Ahora bien, existen importantes lagunas en los datos sobre capacidad de formación, financiación, sueldos y retribuciones, y flujos del mercado laboral del sector de la salud. Ello perturba la capacidad de efectuar análisis de dicho mercado que orienten las políticas y las decisiones de inversión en relación con el personal de enfermería.

En todo el mundo el personal de enfermería suma 27,9 millones de personas, de las que 19,3 millones son enfermeros y enfermeras profesionales. Ello revela un aumento de 4,7 millones en el contingente total durante el periodo 2013-2018, y confirma que la enfermería es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el 59% de las profesiones sanitarias. Los 27,9 millones contabilizados como personal de enfermería incluyen 19,3 millones (69%) de enfermeros y enfermeras profesionales, seis millones (22%) de auxiliares de enfermería y 2,6 millones (9%) que no se clasifican en ninguno de los dos grupos mencionados.

El personal de enfermería en todo el mundo no guarda proporción con el necesario para lograr la cobertura sanitaria universal y las metas de los ODS. Más del 80% de los profesionales de la enfermería se encuentran en países que suman la mitad de la población mundial. La escasez mundial de profesionales de la enfermería, estimada en 6,6 millones en 2016, se había reducido ligeramente, hasta los 5,9 millones, en 2018. Se calcula que el 89% (5,3 millones) de esa escasez se concentra en los países de ingresos bajos y medianos-bajos, donde el crecimiento en el número de profesionales de la enfermería apenas sigue el ritmo del crecimiento demográfico, por lo que los niveles de densidad de personal de enfermería en relación con el número de habitantes solo mejoran marginalmente. En la figura 1 se muestra la amplia variación en la densidad del personal de enfermería en relación con la población; las mayores diferencias se muestran en países de las Regiones de África, Asia Sudoriental y Mediterráneo Oriental y en algunos países de América Latina.

Figura 1 Densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes en 2018

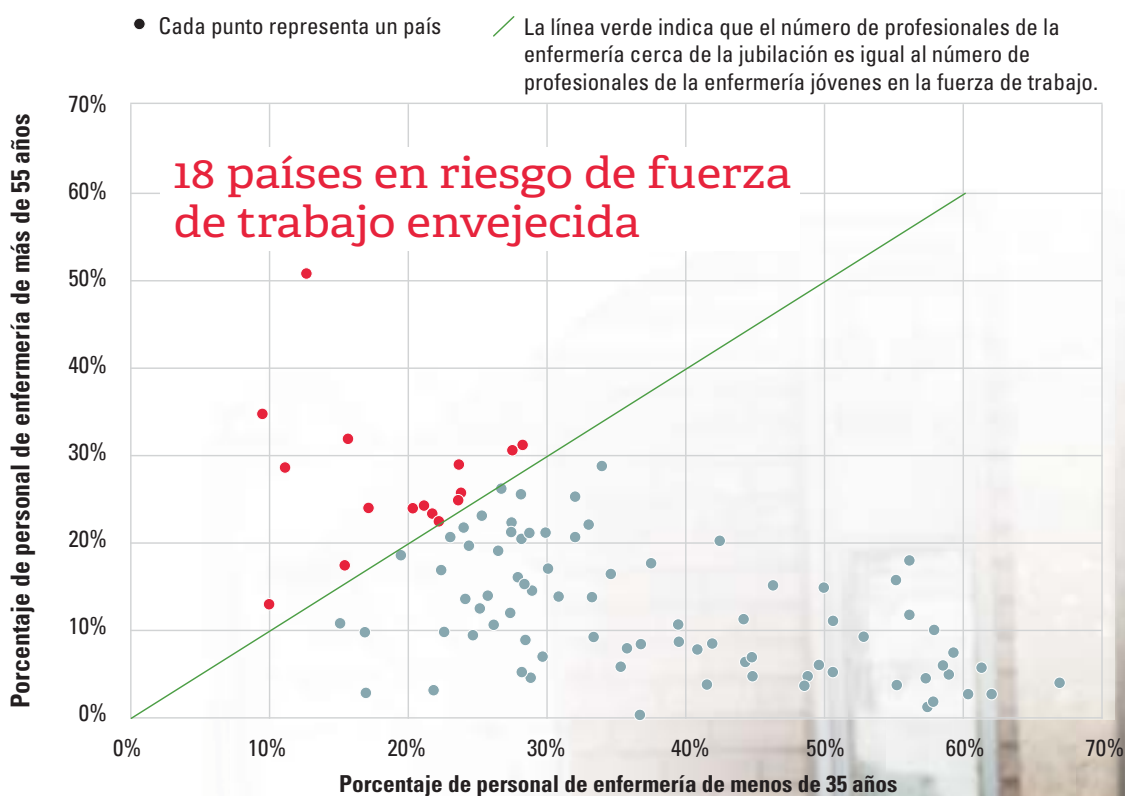


*Se incluyen los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Fuente de datos: Cuentas nacionales del personal de salud, Organización Mundial de la Salud, 2019. Últimos datos disponibles para el periodo 2013-2018.

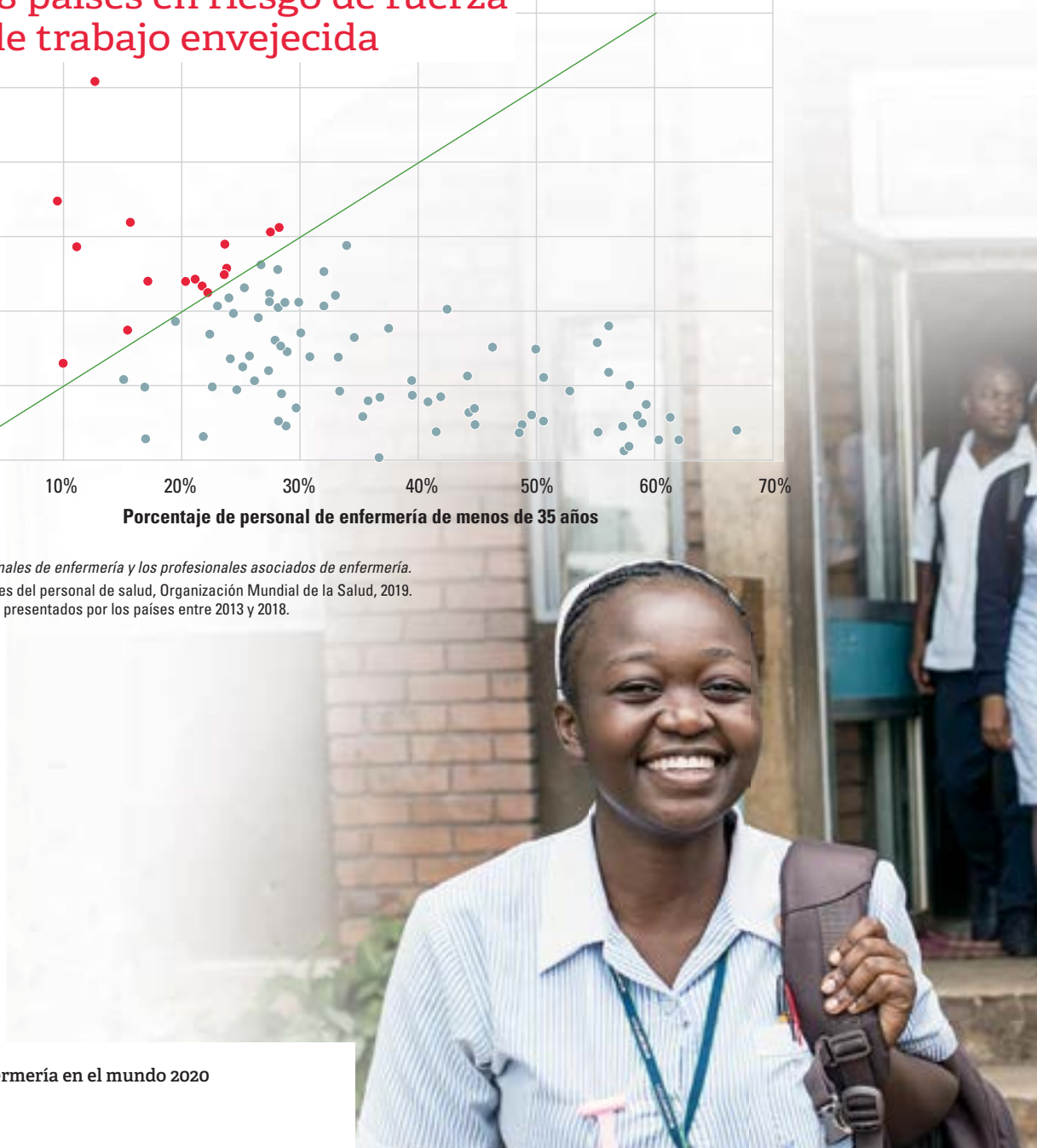
Las pautas de envejecimiento del personal sanitario en algunas regiones amenazan la estabilidad del contingente de personal de enfermería. En el ámbito mundial, el personal de enfermería es relativamente joven, pero hay disparidades entre regiones, con estructuras en las que dominan considerablemente las edades más avanzadas, como en las Regiones de Europa y las Américas. Los países con números inferiores de profesionales de la enfermería en las primeras etapas de su carrera (menores de 35 años) como proporción de los profesionales que se acercan a la edad de jubilación (edad igual o superior a 55 años) tendrán que incrementar el número de graduados y reforzar los incentivos de fidelización para mantener el acceso a los servicios de salud. Los países con personal de enfermería joven deberían mejorar su distribución equitativa por todo el territorio. Como se muestra en la figura 2, los países con mayor proporción de personal de enfermería cerca de la jubilación en relación con el personal de enfermería joven (los países por encima de la línea verde) tendrán problemas para mantener su fuerza de trabajo en ese ámbito.

Figura 2 Proporción relativa entre el personal de enfermería de más de 55 años y el de menos de 35 años (países seleccionados)



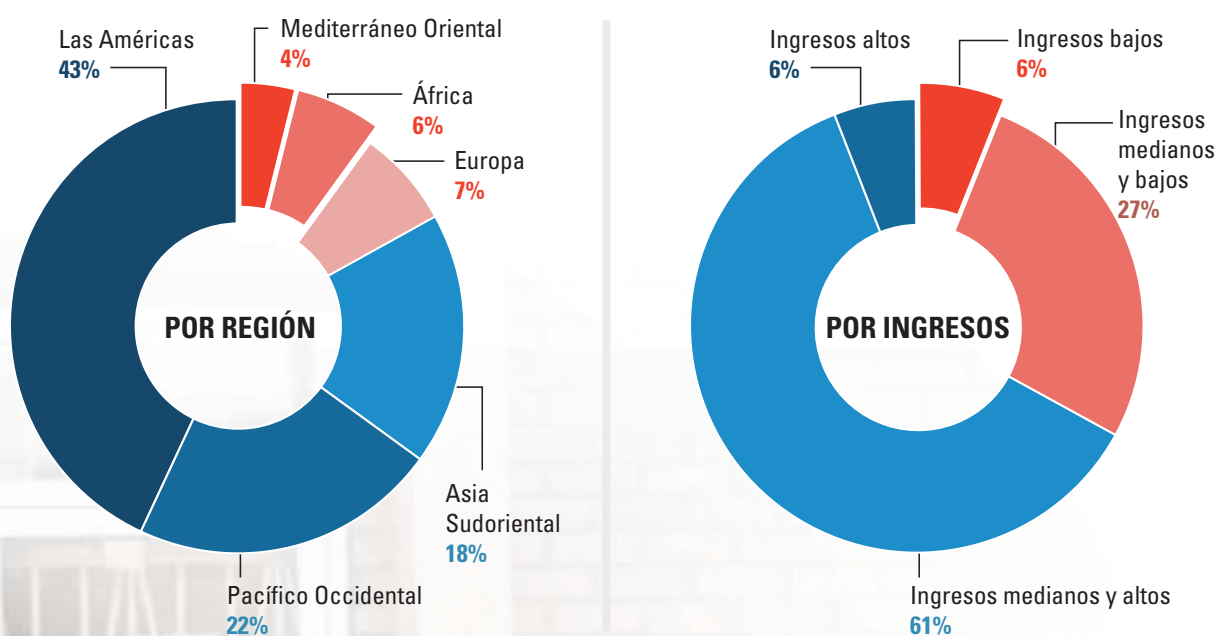
*Se incluyen los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Fuente: Cuentas nacionales del personal de salud, Organización Mundial de la Salud, 2019. Últimos datos disponibles presentados por los países entre 2013 y 2018.



Para subsanar la escasez de personal de aquí a 2030 en todos los países, el número total de graduados en enfermería tendría que incrementarse de media en un 8% anual, y tendría que mejorarse la capacidad para emplear y fidelizar a esos graduados. Sin ese incremento, las tendencias actuales indican que en 2030 habrá 36 millones de profesionales de la enfermería, lo que supone un déficit previsto en función de las necesidades de 5,7 millones de profesionales, principalmente en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental. En paralelo, algunos países de las Regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental seguirían teniendo dificultades, con limitaciones definidas según el país. En la figura 3 se muestra el aumento previsto en el número de profesionales de la enfermería por región de la OMS y por grupo de países en función de sus ingresos.

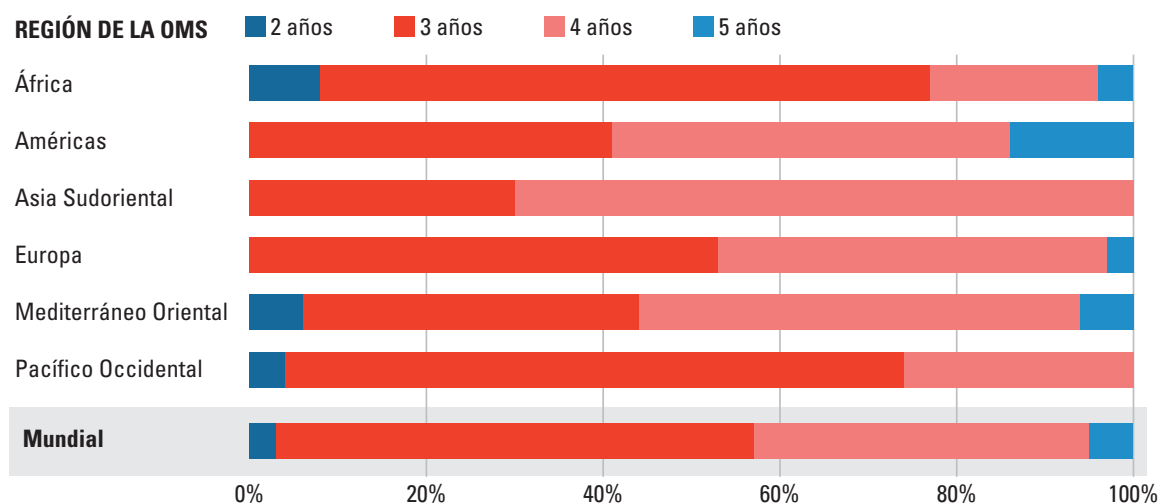
Figura 3 Aumento previsto (para 2030) en el número de profesionales de la enfermería, por regiones de la OMS y grupos de países en función de sus ingresos



*Se incluyen los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Si bien las pautas evolucionan, la distribución equitativa y la fidelización del personal de enfermería es un **PROBLEMA CASI UNIVERSAL.**

Figura 4 Duración media (en años) de la formación en enfermería, por regiones de la OMS



Fuente: Cuentas nacionales del personal de salud, 2019, de 99 países y base de datos Sigma de 58 países. Últimos datos disponibles presentados por los países entre 2013 y 2018.

La mayoría de los países (152 de los 157 que respondieron: 97%) señalaron que la duración mínima de la formación del personal de enfermería es un programa de tres años. La gran mayoría de los países declararon contar con normas sobre contenidos didácticos y duración (91%), mecanismos de acreditación (89%), y normas nacionales sobre las cualificaciones del profesorado (77%) y la formación interprofesional (67%). Ahora bien, poco se sabe sobre la eficacia de tales políticas y mecanismos. Es más, sigue habiendo una considerable variedad en los niveles mínimos de formación teórica y práctica del personal de enfermería, junto con restricciones de capacidad, como falta de profesorado, limitaciones en las infraestructuras y disponibilidad de lugares para realizar prácticas clínicas. Como se muestra en la figura 4, la formación en enfermería suele durar entre tres y cuatro años en todo el mundo.

Un total de 78 países (el 53% de los que respondieron) declararon contar con funciones especializadas para el personal de enfermería. Está perfectamente demostrado que el personal de enfermería especializado puede mejorar el acceso a la atención primaria de salud en las comunidades rurales y subsanar las disparidades en el acceso a la atención para las poblaciones vulnerables en los entornos urbanos. Los profesionales de la enfermería de todos los niveles, si cuentan con instrumentos adecuados y apoyo para trabajar aprovechando plenamente las competencias recibidas en su formación teórica y práctica, pueden ofrecer con eficacia atención primaria de salud y servicios de prevención, entre otros muchos servicios que son esenciales para lograr la cobertura sanitaria universal.

Un profesional de cada ocho ejerce su actividad en un país diferente al de su nacimiento o formación. La movilidad internacional del personal de enfermería va en aumento. Si bien las pautas evolucionan, la distribución equitativa y la fidelización del personal de enfermería es un problema casi universal. La migración no controlada puede exacerbar la falta de personal y contribuir al acceso no equitativo a los servicios de salud. Muchos países de ingresos altos de diferentes regiones parecen

@Nazeer Al-Khatib/AFP a través de Getty



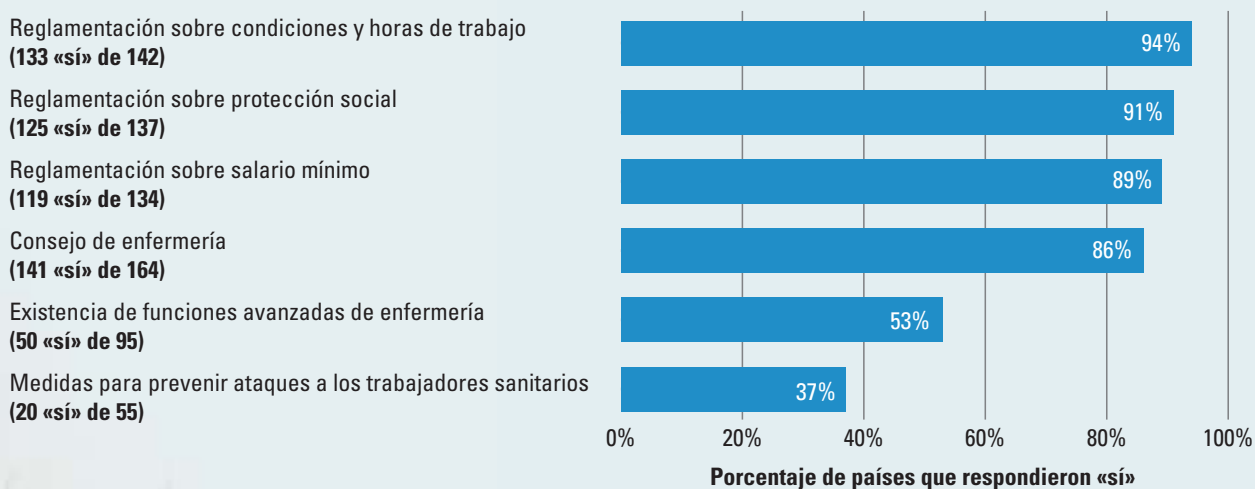
depender excesivamente de la movilidad internacional del personal de enfermería debido al bajo número de graduados en enfermería o a su escasez en relación con el número de puestos de trabajo disponibles y la capacidad de emplear en el sistema de salud a nuevos profesionales recientemente graduados.

La mayoría de los países (86%) cuentan con un organismo encargado de la reglamentación del ejercicio de la enfermería. En casi dos tercios (64%) de los países se requiere una evaluación inicial de las competencias para iniciarse en el ejercicio de la enfermería y en casi tres cuartos (73%) se requiere que el personal de enfermería se siga formando continuamente para poder seguir en la profesión. Ahora bien, la reglamentación de la formación teórica y el ejercicio de la enfermería no están armonizados, excepto en unos pocos acuerdos subregionales de reconocimiento mutuo. Los organismos de reglamentación tienen dificultades para mantener actualizados los reglamentos de formación teórica y para el ejercicio de la enfermería, así como los registros del personal de enfermería, en una época digital de gran movilidad en la que domina el trabajo en equipo. En la figura 5 se muestra la proporción de los países notificantes con disposiciones reglamentarias vigentes sobre condiciones de trabajo.

La enfermería sigue siendo una profesión con gran predominio de un solo sexo, con sesgos conexos en el lugar de trabajo. Aproximadamente el 90% del personal de enfermería son mujeres, pero muy pocos puestos directivos están ocupados por profesionales de la enfermería o por mujeres. Algunos datos apuntan a la existencia de una brecha salarial entre hombres y mujeres, y a otras formas de discriminación de género en el entorno laboral. La mayoría de los países declaran haber establecido protecciones jurídicas, como horarios y condiciones laborales, sueldo mínimo y protección social, pero no equitativamente en diferentes regiones. Algo más de un tercio de los países (37%) declararon haber establecido medidas para impedir ataques contra el personal de salud.

Un total de 82 países de los 115 que respondieron (71%) declararon contar con un puesto directivo nacional en el sector de la enfermería que se encarga de hacer aportaciones a las políticas de enfermería y de salud. En 78 países (el 53% de los que respondieron) se dispone de un programa nacional de fomento del liderazgo en la enfermería. La presencia de un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería (o equivalente) y la existencia de un programa de liderazgo en la enfermería están asociadas con un entorno regulatorio más sólido en el sector.

Figura 5 Porcentaje de países con disposiciones reglamentarias vigentes sobre condiciones de trabajo



Fuente: Cuentas nacionales del personal de salud, Organización Mundial de la Salud, 2019.

Direcciones futuras en las políticas para el personal de enfermería



© John W. Poole/NPR

1 Los países afectados por la escasez de personal tendrán que incrementar la financiación para formar y emplear al menos a 5,9 millones más de profesionales de la enfermería.

Se estima que las inversiones adicionales en formación del personal de enfermería se sitúan en la franja de US\$ 10 per cápita en los países de ingresos bajos y medianos. Para emplear a los profesionales tras graduarse sería necesario incrementar las inversiones. En la mayoría de los países ello puede lograrse con fondos internos. Entre las medidas que deben adoptarse se incluyen el examen y gestión del gasto salarial nacional y, en algunos países, la eliminación de las restricciones al número de profesionales que pueden acceder a la profesión. Si los recursos internos son limitados a medio y largo plazo, como en los países de ingresos bajos y en contextos vulnerables o afectados por conflictos, debería examinarse la posibilidad de introducir mecanismos como los arreglos institucionales de mancomunación de fondos. Los asociados para el desarrollo y las instituciones internacionales de financiación pueden ayudar transfiriendo las inversiones en capital humano para la formación, el empleo, la igualdad de género, la salud y el fomento de competencias a estrategias nacionales para el personal de salud con el fin de impulsar la atención primaria de salud y lograr la cobertura sanitaria universal. Las inversiones en el personal de enfermería pueden además contribuir a fomentar la creación de puestos de trabajo, la igualdad de género y la participación de la juventud.

2

Los países deberían fortalecer la capacidad de recopilación, análisis y uso de los datos sobre el personal de salud. Entre las medidas necesarias se incluyen las siguientes: acelerar la aplicación de las cuentas nacionales del personal de salud y utilizar los datos para analizar el mercado laboral del sector a fin de orientar la formulación de políticas y las decisiones de inversión. El cotejo de datos sobre la enfermería exigirá la participación de diferentes órganos de la Administración pública, así como la colaboración de importantes partes interesadas, como los consejos de reglamentación, las instituciones dedicadas a la enseñanza de la enfermería, los prestadores de servicios de salud y las asociaciones profesionales.

3

La movilidad y migración del personal de enfermería debe supervisarse con eficacia y responsabilidad y gestionarse de forma ética. Entre las medidas necesarias cabe citar el fortalecimiento de la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud por parte de los países, los responsables de las contrataciones y las partes interesadas internacionales. Las alianzas y la colaboración con los organismos de reglamentación, los sistemas de información sobre el personal de salud, los empleadores, los ministerios gubernamentales y otras partes interesadas pueden mejorar la capacidad de supervisar, gobernar o regular la movilidad internacional del personal de enfermería. Los países que dependen excesivamente de personal de enfermería migrado deberían tratar de conseguir mayor autosuficiencia invirtiendo más en la formación de profesionales del país. Los países que experimentan pérdidas excesivas de personal de enfermería a causa de la emigración, deberían considerar la posibilidad de introducir medidas de mitigación e incentivos de fidelización, como la mejora de los sueldos (e igualdad salarial) y de las condiciones de trabajo, crear oportunidades de desarrollo profesional y permitir que el personal de enfermería trabaje aprovechando plenamente las competencias recibidas en su formación teórica y práctica.

4

Los programas de formación teórica y práctica en la enfermería deben graduar a los profesionales que impulsan los progresos hacia la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal. Entre las medidas necesarias cabe citar la inversión en el profesorado de enfermería, la disponibilidad de lugares para realizar prácticas clínicas y la accesibilidad de los programas ofrecidos para atraer a un estudiantado variado. La enfermería debería emerger como una opción profesional que hunde sus raíces en la ciencia, la tecnología, el trabajo en equipo y la equidad sanitaria. Los jefes de los servicios públicos de enfermería y otras partes interesadas nacionales pueden dirigir el diálogo nacional sobre los programas adecuados de incorporación a la profesión y de especialización para el personal de enfermería a fin de que haya una oferta adecuada que satisfaga la demanda de graduados en el sistema de salud. Los planes de estudio deben estar armonizados con las prioridades del país en materia de salud, así como con las cuestiones mundiales emergentes, a fin de preparar a los profesionales para que trabajen eficazmente en equipos interprofesionales y aprovechar al máximo las competencias en tecnología sanitaria de los graduados.

5

El liderazgo y la gobernanza en la enfermería son cruciales para el fortalecimiento de los profesionales del sector. Entre las medidas necesarias se incluyen el establecimiento y apoyo de una función de coordinador de enfermería en los servicios públicos que se ocupe de fortalecer el personal de enfermería nacional y de contribuir a las decisiones sobre política de salud. Los jefes de los servicios públicos de enfermería deberían impulsar iniciativas para reforzar los datos sobre el personal de enfermería y dirigir un diálogo normativo que desemboque en la adopción de decisiones de base científica sobre las inversiones en el personal de enfermería. Deberían establecerse u organizarse programas de liderazgo para fomentar la formación de líderes entre los profesionales jóvenes de la enfermería. En entornos frágiles y afectados por conflictos se requerirá normalmente prestar una atención especial para (re)construir los cimientos institucionales y la capacidad individual de gobernanza y gestión eficaces del personal de enfermería.

6

Los responsables de la planificación y la reglamentación deberían optimizar las contribuciones del ejercicio de la enfermería.

Entre las medidas necesarias se incluye la siguiente: velar por que el personal de enfermería de los equipos de atención primaria de salud trabaje aprovechando plenamente su ámbito de actuación. Deberían ampliarse según proceda los modelos de atención dirigidos por personal de enfermería a fin de atender las necesidades de la población en materia de salud y mejorar el acceso a la atención primaria de salud, en particular la creciente demanda en relación con las enfermedades no transmisibles y la integración de la atención sociosanitaria. En las políticas relativas al lugar de trabajo deben abordarse las cuestiones que se sabe que afectan a la fidelización del personal de enfermería en entornos del ejercicio de la profesión; ello incluye prestar el apoyo necesario a los modelos de atención basados en el personal de enfermería y a las funciones especializadas de la profesión, aprovechando las oportunidades que ofrece la tecnología de salud digital y teniendo en cuenta las pautas de envejecimiento en el personal de enfermería.

7

Los responsables de formular políticas, los empleadores y las instancias de reglamentación deberían coordinar las acciones en apoyo del trabajo decente.

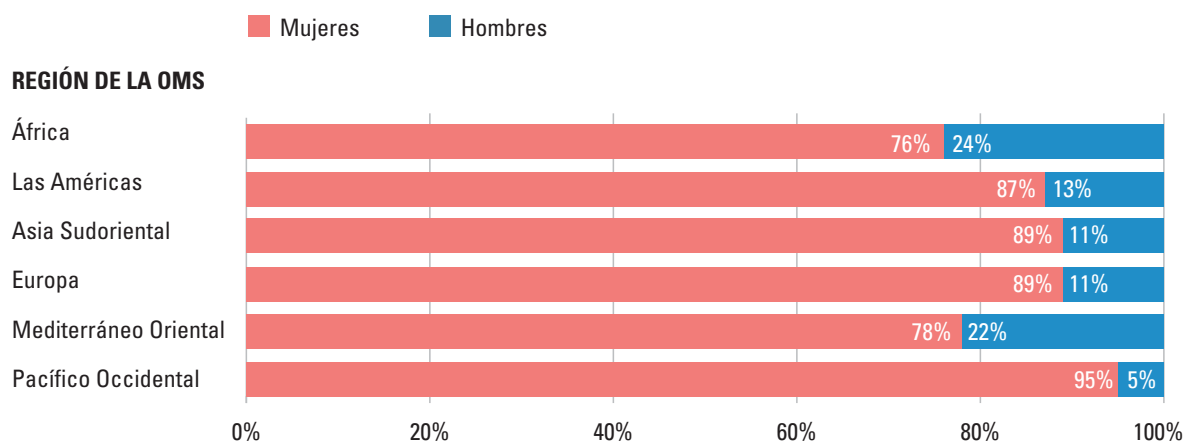
Los países deben ofrecer un entorno propicio para el ejercicio de la enfermería a fin de mejorar el atractivo, movilización, fidelización y motivación del personal de enfermería. Deben priorizarse y aplicarse los niveles adecuados de dotación de personal y la salud y seguridad ocupacional y en el lugar de trabajo, prestando una atención especial al personal de enfermería que trabaja en entornos frágiles, vulnerables y afectados por conflictos. La remuneración debería ser justa y adecuada para atraer, fidelizar y motivar al personal de enfermería. Además, los países deberían priorizar y aplicar políticas para abordar y responder al acoso sexual, la violencia y la discriminación en el seno de la profesión.

8

Los países deberían planificar específicamente políticas para el personal de enfermería que tengan en cuenta los aspectos de género.

Entre las medidas se incluyen las siguientes: aplicar un sistema equitativo de remuneración neutro desde el punto de vista del género entre el personal de salud, y velar por que las políticas y leyes que abordan la brecha salarial entre hombres y mujeres se apliquen también en el sector privado. Las consideraciones de género deberían orientar las políticas de enfermería en la formación, el ejercicio de la profesión, y las funciones de reglamentación y liderazgo; teniendo en cuenta el hecho de que la fuerza de trabajo de enfermería sigue siendo mayoritariamente femenina (figura 6). Las consideraciones políticas deberían propiciar entornos laborales para las mujeres, por ejemplo mediante horarios de trabajo flexibles y fáciles de gestionar que se adapten a las necesidades cambiantes de las enfermeras, y oportunidades de liderazgo para mujeres que permitan transformar las relaciones de género en el personal de enfermería.

Figura 6 Porcentaje de mujeres y hombres en el personal de enfermería, por Región de la OMS



Fuente: Cuentas nacionales del personal de salud, Organización Mundial de la Salud, 2019. Últimos datos disponibles presentados por los países entre 2013 y 2018.

En las políticas relativas al lugar de trabajo deben abordarse las cuestiones que se sabe que afectan a la fidelización del personal de enfermería en entornos del ejercicio de la profesión; ello incluye prestar el apoyo necesario a los modelos de atención basados en el personal de enfermería y a las funciones especializadas de la profesión.

9

Los reglamentos sobre el ejercicio profesional de la enfermería deben modernizarse.

Entre las medidas necesarias se incluyen las siguientes: armonizar las normas de formación del personal de enfermería y de verificación de titulaciones, instaurar el reconocimiento mutuo de la formación y las titulaciones profesionales, y elaborar sistemas compatibles que permitan a los responsables de la reglamentación verificar rápida y fácilmente las titulaciones y el expediente disciplinario del personal de enfermería. Los marcos de reglamentación, en particular el ámbito del ejercicio de la profesión, las evaluaciones iniciales de las competencias y los requisitos para el desarrollo profesional continuo, deben facilitar que el personal de enfermería trabaje aprovechando plenamente su formación teórica y práctica en equipos interprofesionales dinámicos.

10

La colaboración es fundamental. Entre las medidas se incluyen las siguientes: el diálogo intersectorial dirigido por los ministerios de salud y los jefes de los servicios públicos de enfermería, y la colaboración de otros ministerios pertinentes (como el de educación, inmigración, finanzas o trabajo) y otras partes interesadas de los sectores público y privado. Un elemento fundamental es el fortalecimiento de la capacidad para la gestión eficaz de las políticas públicas de modo que las inversiones del sector privado, la capacidad formativa y las funciones del personal de enfermería en la prestación de servicios de salud puedan mejorarse y alinearse con los objetivos de las políticas públicas. Las asociaciones profesionales de la enfermería, las instituciones de enseñanza y los educadores, los organismos de reglamentación y los sindicatos de enfermería, los estudiantes de enfermería y los grupos juveniles, los grupos de base, y campañas mundiales como *Nursing Now* contribuyen de forma muy valiosa al fortalecimiento de la función de la enfermería en equipos de atención que trabajan para atender las prioridades de las poblaciones en materia de salud.

©Yoshinobu Oka a través de la Fundación Sasakawa para la Salud



Invertir en educación, empleo y liderazgo

El informe ha permitido recabar pruebas y datos sólidos sobre el personal de enfermería, que es necesario conocer para apoyar el diálogo normativo y facilitar la adopción de decisiones de inversión en la enfermería a fin de fortalecer la atención primaria de salud, lograr la cobertura sanitaria universal y avanzar hacia los ODS.

Pese a haber signos de progreso, el informe también ha puesto de relieve importantes ámbitos preocupantes. En muchos países de ingresos bajos y medianos-bajos de las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental será necesario acelerar los progresos para solventar las principales deficiencias. Ahora bien, tampoco en los países de ingresos medianos-altos y altos hay margen para la autocomplacencia, ya que las restricciones en la capacidad de oferta, una estructura en la que dominan las edades más avanzadas entre el personal de enfermería y una excesiva dependencia de la contratación internacional representan conjuntamente una amenaza para lograr el personal de enfermería necesario en el ámbito nacional.



Los gobiernos nacionales, con el apoyo pertinente de sus asociados nacionales e internacionales, deberían catalizar y promover una aceleración de esfuerzos con el fin de:

- ▶ **reforzar las capacidades de liderazgo, buena gobernanza y gestión del personal de enfermería** con el fin de fomentar los programas pertinentes en formación teórica, salud, empleo y cuestiones de género;
- ▶ **optimizar el retorno de las inversiones actuales en enfermería mediante la adopción de las opciones normativas necesarias con respecto a la formación** teórica, el trabajo decente, la remuneración justa, la movilización, el ejercicio de la profesión, la productividad, la reglamentación y la fidelización del personal de enfermería;
- ▶ **acelerar y mantener inversiones adicionales en formación teórica, competencias y puestos de trabajo del sector de la enfermería.**

Para las inversiones necesarias se requerirán recursos financieros adicionales. Si se consiguen estos recursos el retorno para las sociedades y las economías puede medirse con la mejora de los resultados sanitarios para miles de millones de personas, la creación de millones de oportunidades de empleo cualificado, especialmente para las mujeres y los jóvenes, y la mejora de la seguridad sanitaria mundial. Los argumentos a favor de la inversión en formación, puestos de trabajo y liderazgo en la enfermería son claros: las partes interesadas pertinentes deben comprometerse a actuar.



A woman with braided hair, wearing a yellow top and a denim jacket, is smiling and holding a white sign. The sign has the text 'I AM A TB NURSE, AND I LOVE MY JOB !!' written in blue and red marker. The background is an outdoor setting with trees and a lamp post.

I AM A
TB NURSE,
AND I LOVE MY
JOB !!

Introducción

1. El personal de enfermería, integrado por profesionales de enfermería y profesionales asociados de enfermería (de nivel medio),¹ constituye el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud y es uno de los pilares de los equipos de salud interprofesionales encargados de hacer realidad la promesa de salud para todos.
2. Las responsabilidades y funciones que desempeñan los miembros del personal de enfermería en calidad de expertos, técnicos, líderes, responsables de la formulación de políticas, investigadores, científicos y profesores son fundamentales para el eficaz funcionamiento de la formación y el ejercicio profesional de los profesionales de la salud. Las mejoras en la salud y el bienestar de la población se han logrado hasta ahora, y seguirán lográndose en el futuro, gracias a la competente labor, la innovación y la inspiración de los profesionales de la enfermería.
3. La enfermería es una profesión que existe desde hace siglos y que ha experimentado una evolución considerable desde el nacimiento, hace 200 años, de Florence Nightingale, considerada la fundadora de la enfermería moderna. A lo largo del siglo XIX surgieron un sistema educativo estructurado, un conjunto de normas clínicas y distintas asociaciones profesionales de enfermería, que elevaron progresivamente la calidad, las competencias y las condiciones de trabajo de la profesión. El siglo XX asistió al aumento de la especialización y de la autonomía, así como al desarrollo de una reglamentación profesional más estricta para garantizar la responsabilización y la seguridad públicas (1). La primera organización internacional de profesionales de la salud, fundada en 1899, fue el Consejo Internacional de Enfermeras. Cuando llega a su 121º año de existencia, el Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de personal de enfermería, que representan a más de 20 millones de profesionales de la enfermería en todo el mundo (2).
4. Desde sus primeros años de existencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la enorme y valiosa contribución

¹ De acuerdo con la definición de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de la Organización Internacional del Trabajo (<https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/isco08/>).

del personal de enfermería y partería (3). A lo largo de los años, han participado en los grandes hitos de la salud mundial, como la erradicación de la viruela, la lucha contra las enfermedades transmisibles y la drástica reducción de la mortalidad y morbilidad de la madre, el recién nacido y el niño en todo el mundo (4, 5). Este papel tan destacado se ha traducido en un nivel de atención sin precedentes por parte de la Asamblea Mundial de la Salud, que en un periodo de 70 años ha aprobado 10 resoluciones dirigidas a promover la adopción de normas internacionales relativas a la formación, contratación y retención del personal de enfermería y partería, en el marco de un conjunto más amplio de prioridades en materia de desarrollo del personal (3, 6).

5. El presente informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, elaborado por la OMS en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras y la campaña mundial *Nursing Now*, examina los datos actualmente disponibles con el fin de ofrecer una visión y un programa de futuro a nivel normativo para el personal de enfermería. Mientras el mundo celebra en 2020 el Año

Internacional del Personal de Enfermería y de Partería, de acuerdo con la designación de la Asamblea Mundial de la Salud (7), este informe histórico pretende orientar, a lo largo de la década que queda para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las medidas que se adopten a nivel nacional, regional y mundial en relación con el personal de enfermería.

6. En el informe se presentan datos exhaustivos y actualizados sobre el personal de enfermería existente en todo el mundo; se hace un balance de las principales cuestiones, problemas y datos objetivos conocidos sobre el papel de la enfermería en el logro de los objetivos de salud; y se proponen opciones normativas concretas para promover la profesión como parte de un enfoque integral dirigido a fortalecer el personal de salud, la atención primaria de salud y los sistemas de salud.
7. En una sección en línea que se puede consultar en el sitio web de la OMS² se presentan los perfiles de los distintos países de acuerdo con los datos facilitados por estos para la elaboración del presente informe.

² <http://apps.who.int/nhwportal>.



Temas tratados en cada capítulo

CAPÍTULO 2 La enfermería en el contexto de las prioridades generales en materia de personal y salud

En el capítulo se muestran las contribuciones del personal sanitario a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y, en particular, al logro del ODS 3 sobre salud y bienestar (8).

CAPÍTULO 3 Funciones de la enfermería en los sistemas de salud del siglo XXI

En el capítulo se resumen las funciones y contribuciones del personal de enfermería en el marco de la ejecución de las intervenciones prioritarias de salud relacionadas con las metas de los «tres mil millones» fijadas por la OMS para lograr la cobertura sanitaria universal, hacer frente a las emergencias de salud y mejorar la salud y el bienestar de todos (9).

CAPÍTULO 4 Estímulos de política para potenciar al personal de enfermería

El capítulo ofrece una descripción general de los estímulos de política en materia de personal y mercado laboral sanitario y de los factores determinantes a nivel de gobernanza para hacer frente a las dificultades que impiden al personal de enfermería desplegar todo su potencial en los centros de salud y en las comunidades, tanto a nivel nacional como mundial.

CAPÍTULO 5 Datos probatorios e informaciones actualmente disponibles sobre el personal de enfermería

El capítulo ofrece un panorama general analítico del personal de enfermería en la actualidad, teniendo en cuenta los ámbitos de mayor interés para la elaboración de políticas a nivel nacional, regional y mundial, a saber: dotación, composición y distribución; capacidad de producción; entorno educativo, regulatorio, práctico, normativo y de gobernanza; liderazgo; y factores ligados al mercado de trabajo. También se ponen de relieve los progresos realizados y los problemas que se plantean en relación con la contribución de la enfermería para hacer frente al déficit previsto de 18 millones de trabajadores de la salud para 2030.

CAPÍTULO 6 Direcciones futuras en las políticas relativas al personal de enfermería

En el capítulo se esboza un programa de cara al futuro que incluye diversas opciones de políticas y se hace un llamamiento a los Estados Miembros, las instituciones de enseñanza, los organismos de reglamentación, las asociaciones profesionales, los asociados para el desarrollo, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas para que adopten medidas al respecto.



© Cecile Arcurs/ Getty Image

La enfermería en el contexto de las prioridades generales en materia de personal y salud

2.1 Función del personal de salud en el logro de la Agenda para 2030

8. En 2015, el mundo puso en marcha la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, con 17 ambiciosos objetivos interrelacionados en esferas de importancia crítica para la humanidad y el planeta (8). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 incluyen erradicar la pobreza (ODS 1), lograr la salud y el bienestar para todos (ODS 3), garantizar una educación inclusiva y equitativa (ODS 4), lograr la igualdad de género (ODS 5) y promover el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo y sostenible (ODS 8).
9. La OMS encabeza los esfuerzos de la comunidad sanitaria mundial para acelerar los progresos en relación con el ODS 3, que se basa en el concepto de cobertura sanitaria universal. El logro progresivo de la cobertura sanitaria universal es un objetivo con el que se han comprometido explícita y unánimemente todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, en particular

mediante la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas de la declaración política de la Reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal (10) y mediante la resolución de la Unión Internacional Parlamentaria (11).

10. La atención primaria de salud es la piedra angular de la cobertura sanitaria universal. Los dirigentes mundiales celebraron el cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud de 1978 con la Declaración de Astaná³ (12), que establece firmemente la atención primaria de salud como principal enfoque para lograr la cobertura sanitaria universal. La OMS ha integrado los ODS y la lógica de la atención primaria de salud en la elaboración y aplicación de su 13.º Programa General de Trabajo, algo que se refleja en las «metas de los tres mil millones»: cobertura sanitaria universal para 1000 millones más de personas, mejor protección frente a emergencias sanitarias para 1000 millones más de personas, y mejor salud y bienestar para 1000 millones más de personas (9).

³ Declaración de Astaná sobre atención primaria de salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

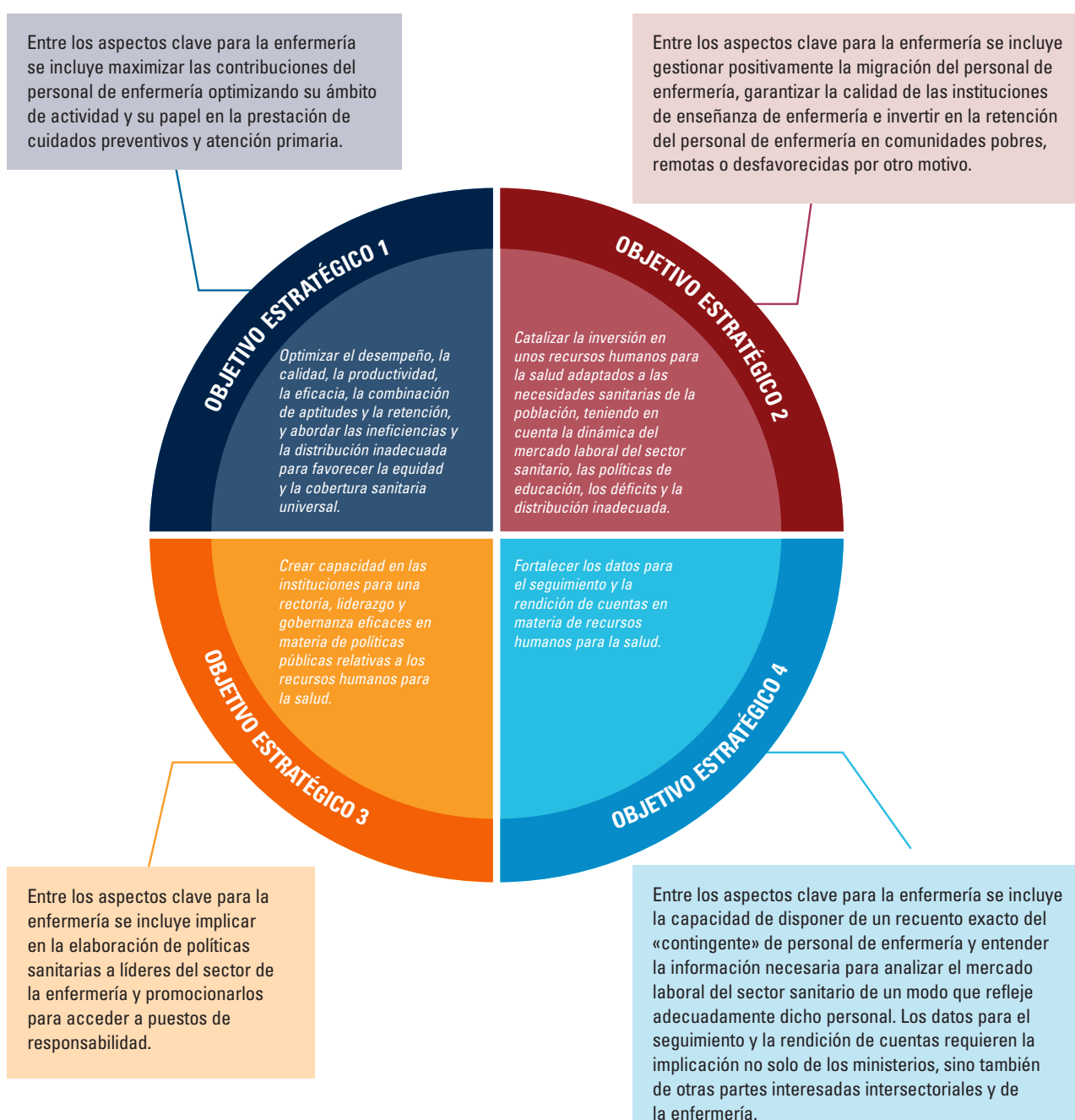
11. El informe mundial de seguimiento de la OMS de 2019 (*La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal*) presentó datos que demuestran un notable avance hacia una mayor cobertura de los servicios, a medida que cada vez más países establecen como mandato legal en sus marcos jurídicos nacionales el acceso universal a los servicios y productos sanitarios (13). Sin embargo, los progresos han sido desiguales entre los distintos países y dentro de ellos, y la protección económica para los más vulnerables sigue suponiendo un reto. Los avances se ven frenados por la debilidad de algunos sistemas sanitarios y por factores socioeconómicos, y se necesitan mejores datos e información para determinar las prioridades de inversión y hacer un seguimiento de los progresos. Existen oportunidades para eliminar la rigidez en los modelos de prestación de servicios y en las funciones adoptando unos sistemas más ágiles, más accesibles y mejor articulados.
12. La OMS estima que la inversión total necesaria para alcanzar hasta 2030 las metas del ODS 3 relativas a la salud asciende a US\$ 3,9 billones (10). A lo largo del periodo de 12 años considerado, más del 40% de esa inversión corresponde a la remuneración y los sueldos y salarios del personal sanitario necesario para responder al déficit pronosticado de 18 millones de profesionales sanitarios en 2030 (14-16). Las estimaciones que consideran también las inversiones necesarias para cubrir las necesidades de formación y aprendizaje a lo largo de la vida del personal sanitario indican que, en promedio, más del 50% de las inversiones relacionadas con la salud deberán destinarse a desarrollar profesionalmente, remunerar y mantener al personal sanitario.
13. En contra de la idea equivocada, mantenida durante mucho tiempo, de que el personal sanitario suponía un gasto que debía contenerse (17, 18), la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas (en adelante, «Comisión») publicó en 2016 datos que demostraban que los puestos de trabajo y el empleo en el sector de la salud promueven el crecimiento económico y aumentan la productividad de otros sectores (17, 18). La inversión en el sector sanitario y en su personal contribuye de forma sustancial a un crecimiento económico inclusivo (ODS 8), especialmente al emplear y empoderar a las mujeres (ODS 5) y a los jóvenes (19, 20). Las mujeres constituyen en todo el mundo un 70% del personal social y sanitario (21), y casi el 90% del personal de enfermería y partería (22, 23).
14. La Comisión aportó un argumento para justificar la inversión en los sectores sanitario y social y un marco que explica cómo esa inversión puede ampliar la capacidad educativa para garantizar un aporte sostenible de profesionales sanitarios y transformar sus competencias para responder a las necesidades, con miras a lograr un personal sanitario con las competencias adecuadas que ocupe puestos de trabajo decentes en los lugares adecuados para una mejor prestación de servicios sanitarios, y en número suficiente para evitar el déficit previsto de 18 millones de profesionales sanitarios.
15. En 2017, los Estados Miembros de la OMS adoptaron un plan quinquenal para poner en práctica las recomendaciones de la Comisión, reflejado en el programa Trabajar para la salud y en el correspondiente Fondo Fiduciario Multipartito de la OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (15, 17). La OMS aplica dichas recomendaciones en consonancia con los enfoques de fortalecimiento del personal sanitario expuestos en la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 (figura 2.1) (16).
16. Es posible acelerar los progresos hacia la cobertura sanitaria universal y el logro del ODS 3 si se concentra la atención en las necesidades de inversión en personal sanitario. Esto exige una comprensión y cuantificación exhaustivas de la oferta, la

demanda y las necesidades para realizar análisis del mercado laboral del sector sanitario que puedan servir de base para estrategias y planes integrados en relación con el personal sanitario.

17. El personal de enfermería se enfrenta a desafíos comunes a todas las profesiones sanitarias, a saber: número de profesionales adecuado, distribución y retención equitativas,

enseñanza de calidad, reglamentación eficaz, condiciones de trabajo propicias, y calidad y eficiencia en el marco de la cobertura sanitaria universal (24-26). Sin embargo, algunos desafíos afectan específicamente al personal de enfermería, en particular los relacionados con el sesgo de género, el liderazgo en materia de políticas, la reglamentación y la diversidad de niveles en cuanto a la formación y el ejercicio profesional (25).

Figura 2.1 Estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud: objetivos estratégicos y pertinencia para la enfermería



Una comprensión clara de estos problemas y prioridades puede facilitar la adopción de decisiones adecuadas en materia de políticas e inversión.

2.2 ¿A quién incluye el personal de enfermería?

18. El presente informe pretende presentar los mejores datos e información internacionalmente comparables de que se dispone en relación con el personal de enfermería. A tal fin es necesario especificar claramente a quiénes se considera incluidos en ese personal. Los datos sintetizados en los capítulos 3 y 4 corresponden a la interpretación amplia de la enfermería que se emplea en la bibliografía publicada. En el capítulo 5, que presenta los datos recopilados y los análisis realizados específicamente para este informe, la terminología se refiere de modo específico y singular a dos grupos ocupacionales definidos en la Clasificación

Internacional Uniforme de Ocupaciones de 2008 (CIUO-08): «profesionales de enfermería» (código CIUO 2221) y «profesionales de nivel medio de enfermería» (código CIUO 3221).

19. Los países notificaron los datos relativos a aquellas personas que, según determinaron, se ajustaban a las definiciones de estas dos ocupaciones; no se pidió a los países que proporcionaran información sobre otros grupos ocupacionales (como los profesionales de partería o los auxiliares de enfermería y otros trabajadores sanitarios auxiliares). Algunos países clasifican a parte de su personal sanitario como «enfermeras-parteras» y «enfermeros-parteros», con una formación y función híbridas. Dado que esta categoría no existe en la clasificación internacional de grupos ocupacionales, el informe solo ha incluido datos referidos a aquellos profesionales sanitarios que los países han incluido en las categorías de «profesionales de la

© AKDN/Christopher Wilton-Steer



enfermería» o «profesionales de nivel medio de enfermería». En el capítulo 5 de este informe, así como en el anexo 1, figura más información sobre estas definiciones y sobre el apoyo prestado a los países para presentar datos sobre su personal de enfermería.

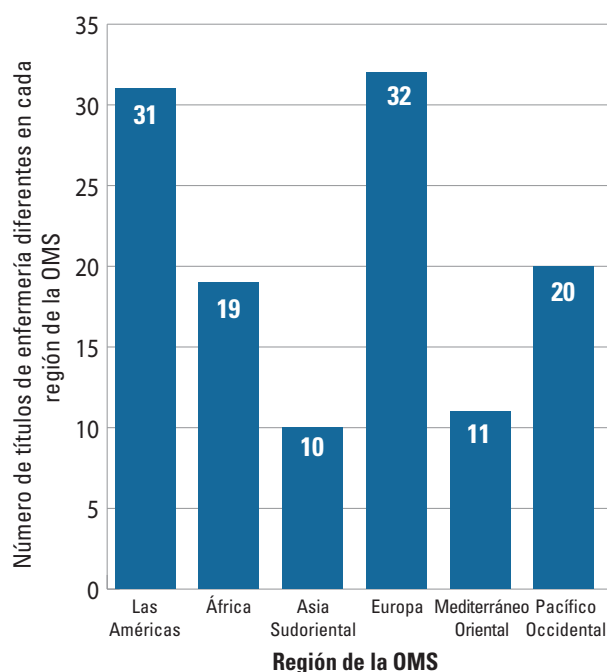
20. La enfermería abarca la prestación de atención, de forma autónoma o en colaboración con otros profesionales, a personas de cualquier edad, familias, grupos y comunidades, tanto enfermos como sanos y en todos los contextos; incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los cuidados a personas enfermas, discapacitadas y moribundas (7, 27). Otras funciones clave de la enfermería son la sensibilización, la promoción de un entorno seguro, la participación en la gestión de los pacientes y los servicios de salud, la elaboración de políticas sanitarias, la educación y la investigación (27, 28). El personal de enfermería presta una amplia variedad de servicios sanitarios a personas en todos los entornos de atención de salud, desde hospitales terciarios hasta puestos de salud en comunidades remotas. La denominación de «enfermero» o «enfermera», en sus distintas formas, debe emplearse para personas que cumplan los requisitos legales, educativos y administrativos para ejercer la enfermería.

21. Existen diversos itinerarios educativos para obtener un título de enfermería y ejercer la profesión. Una vez superado un programa de enseñanza de enfermería de nivel inicial, a menudo también existe la posibilidad de acceder a la enseñanza superior y a la especialización, lo que generalmente implica títulos y funciones diferentes. El resultado es una gran diversidad de títulos, funciones y competencias en el ámbito de la enfermería, incluso dentro de un mismo país. Lógicamente, esta variedad es aún mayor en las distintas regiones de la OMS y en el mundo en su conjunto (figura 2.2). Los datos del atlas mundial de reglamentación (29) indican que en todo el mundo existen al menos 144 títulos de enfermería diferentes

—incluidos los títulos especializados y avanzados— en los que se exige un examen para obtener la certificación. La diversidad en la tipología del personal de enfermería va desde 10 títulos diferentes en la Región de Asia Sudoriental hasta más de 30 en las Regiones de las Américas y de Europa.

22. La función de un titulado en enfermería en un país puede diferir de la función de un profesional con el mismo título en otro país. Esto subraya la importancia de unas definiciones internacionalmente normalizadas para debatir a quiénes puede considerarse enfermeras y enfermeros, comprender las funciones de la enfermería y planificar unos servicios sanitarios en los que se optimicen las contribuciones del personal de enfermería con miras a lograr los objetivos de salud poblacionales.

Figura 2.2 Número de títulos de enfermería diferentes en cada región de la OMS



Nota: Las cifras se refieren a los títulos de enfermería para cuya obtención se requiere un examen en cada país, agrupados por región.

Fuente: Atlas mundial de reglamentación del NCSBN (29).



Funciones de la enfermería en los sistemas de salud del siglo XXI

23. Este capítulo ofrece un resumen de la base de pruebas científicas actuales (para una síntesis detallada véase el apéndice publicado en la web) en lo que respecta al papel y los cometidos de los profesionales de enfermería que contribuyen a la consecución del ODS 3, y más específicamente en relación con la misión de la OMS de «promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables» y con las metas de los «tres mil millones» de su 13.º Programa General de Trabajo.

3.1 Función de la enfermería en el logro de la cobertura sanitaria universal

24. Una revisión Cochrane señaló la eficacia del personal de enfermería para prestar atención primaria de salud en una amplia gama de servicios relativos a enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluso en relación con funciones decisorias sobre aspectos clínicos de algunas enfermedades y servicios de educación sanitaria y prevención (30). La revisión revela que en algunos entornos y en circunstancias adecuadas, los servicios de atención primaria dirigidos por personal de enfermería pueden arrojar

resultados de salud similares, e incluso en algunos casos mejores, así como una mayor satisfacción de los pacientes en comparación con otros modelos de atención de salud; además, es probable que el personal de enfermería mantenga consultas más largas con los pacientes (30). Otras revisiones Cochrane mostraron que el personal de enfermería es eficaz para iniciar y hacer el seguimiento de la terapia contra el VIH (31), y que las intervenciones de enfermería relacionadas con el abandono del tabaco aumentan las probabilidades de éxito (32). Otra revisión Cochrane señala que los profesionales sanitarios no especializados, en particular el personal de enfermería, pueden mejorar los resultados en pacientes con depresión general y perinatal, trastornos de estrés postraumático y trastornos derivados del consumo de alcohol, así como los resultados en casos de pacientes con demencia y sus cuidadores (33). Un estudio sistemático Campbell reveló que los profesionales de enfermería que examinan casos de agresión sexual o realizan exámenes forenses son eficaces para efectuar esos exámenes y documentarlos, que podrían dispensar atención profiláctica relacionada con infecciones de transmisión sexual y

embarazos, y esa atención supondría costos muy razonables (34).

25. El personal de enfermería es importante para asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, prevenir y controlar infecciones y luchar contra la resistencia a los antimicrobianos (35). Esto se consigue con el desempeño de múltiples funciones, entre ellas el seguimiento del deterioro clínico de los pacientes, la detección de errores y cuasieventos (36), la realización de intervenciones de prevención, control, seguimiento y orientación en lo concerniente a infecciones (37), y el mantenimiento de buenas prácticas relativas al agua, el saneamiento y la higiene de manos (38). En brotes como el de la COVID-19, en que la higiene de manos, el distanciamiento físico y la desinfección de superficies son fundamentales para la contención, la función del personal de enfermería en la prevención y el control de las infecciones es crucial (recuadro 3.1).
26. Asimismo, están bien documentadas las contribuciones históricas del personal de enfermería para prevenir, tratar y controlar

enfermedades transmisibles o infecciosas (4, 49). Por ejemplo, intervenciones dirigidas por profesionales de enfermería pueden propiciar un aumento de las tasas de vacunación (50). Estos profesionales han participado activamente en todo el mundo en la gestión y prevención de la tuberculosis, y pueden asumir con idoneidad tareas clínicas y de otra índole, entre ellas las de promover la salud y prestar apoyo psicosocial (51-54), realizar la circuncisión masculina voluntaria de carácter médico (55-61), y elaborar y ejecutar programas de profilaxis preventiva de la exposición al VIH (62). Por otra parte, el personal de enfermería puede participar eficazmente en la lucha contra enfermedades tropicales desatendidas mediante la educación comunitaria, la quimioprofilaxis generalizada, la identificación y el diagnóstico de casos de enfermedades, la determinación de la prevalencia de enfermedades, el cribado y la confirmación de casos sospechosos identificados y derivados por agentes de salud comunitarios, la administración de fármacos, la realización de ciertos tipos de cirugía (por ejemplo, para el tracoma), y la educación de pacientes sobre el tratamiento de enfermedades, por ejemplo,

Recuadro 3.1 Contribución de la enfermería a la seguridad del paciente

En los países de ingresos bajos y medianos se producen más de ocho millones de defunciones anuales a raíz de deficiencias en la calidad de la atención (39). Los profesionales de enfermería pueden ayudar a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente mediante la prevención de eventos adversos, si bien esto requiere el despliegue de sus máximas capacidades en el marco de equipos sólidos y en un buen entorno de trabajo. El personal de enfermería desempeña una función especial para velar por la seguridad del paciente a través del seguimiento del deterioro clínico, la detección de errores y cuasieventos, la comprensión de procesos y deficiencias en la atención inherentes a algunos sistemas, y el desempeño de muchas otras funciones con miras a asegurar que los pacientes reciban atención de alta calidad (36). El agotamiento del personal médico y de enfermería debido a una alta carga de trabajo, largas jornadas y relaciones interpersonales ineficientes se ha relacionado con el deterioro de la seguridad del paciente (40), mientras que los buenos entornos de trabajo, la adecuada dotación de profesionales de enfermería y la capacitación en equipos multidisciplinarios se asocian a una hospitalización más corta, una menor incidencia de eventos adversos tales como neumonía, gastritis, hemorragia gastrointestinal alta, úlceras de decúbito e infecciones de las vías urinarias asociadas a cateterismos, y una mortalidad general reducida (41-48).

la autoasistencia en casos de linfedema (63). Además, en algunas zonas de África, el personal de enfermería contribuye a mejorar la calidad de la atención de enfermedades no transmisibles mediante la capacitación, el asesoramiento y la supervisión de agentes de salud comunitarios (63-65).

27. El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la promoción de la salud, la divulgación de conocimientos básicos sobre salud y la gestión de enfermedades no transmisibles (ENT) (66-72). Con los conocimientos, destrezas, oportunidades y apoyo financiero adecuados, el personal de enfermería está en situación inmejorable para actuar como profesionales idóneos, instructores sanitarios, portavoces y transmisores de conocimientos para los pacientes y las familias durante todo el ciclo de vida (73). El éxito del personal de enfermería en la atención y prevención de ENT se ha demostrado reiteradamente (66-72) en una serie de tareas que incluyen el cribado y la prestación de servicios de atención primaria de salud para múltiples ENT, entre ellas, hipertensión, enfermedad

cardiovascular, diabetes, trastornos de salud mental, trastornos neurológicos, enfermedades respiratorias y cáncer (70). Con el cumplimiento de esas tareas los profesionales de enfermería han mejorado los resultados de salud, lo que se refleja en reducciones de la tensión arterial y disminución del número de casos de depresión, y han dispensado una atención equivalente a pacientes con insuficiencia cardíaca o diabetes (30, 70). Además, el personal de enfermería ha propiciado un cambio comportamental que incluye una mejor observancia de la toma de medicamentos, y es más probable que los pacientes tratados por ese personal acudan a las consultas de seguimiento (30, 70). Una función ampliada del personal de enfermería en los equipos de atención de salud, favorecida por una orientación apropiada en la capacitación y el ámbito de la práctica de ese personal, podría apuntalar la integración de las ENT en la atención primaria (74, 75). Esa función ampliada del personal de enfermería podría ser apropiada en diversos entornos y, al mismo tiempo, podría promover la equidad en materia de salud, en contextos



caracterizados por la escasez de médicos especialistas (73, 76).

28. El personal de enfermería dispensa atención durante todo el ciclo de vida. Este personal trabaja con parteras, obstetras y otros médicos especialistas, presta atención antes, durante y después del parto a mujeres en edad fecunda (77). El personal de enfermería neonatal con capacitación especializada en atención de recién nacidos es idóneo para prestar asistencia especial y atención hospitalaria oportuna y de alta calidad, con el apoyo de otros especialistas en neonatología. En la mayoría de los países, los profesionales de enfermería constituyen la columna vertebral de los servicios de salud escolar que atienden a niños y adolescentes (78-81). El personal de enfermería ofrece servicios

en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva; por ejemplo, administran con seguridad y eficacia anticonceptivos orales e inyectables, implantes y dispositivos intrauterinos (82). Asimismo, datos fidedignos avalan la eficacia de los profesionales de enfermería en el cribado del cáncer cervicouterino y la prestación de servicios contra el VIH para mujeres en edad fecunda y más allá (83, 84). El suministro de información y la promoción entre adolescentes de determinadas edades y sus progenitores o cuidadores es un elemento central de la función del personal de enfermería para ampliar los servicios de vacunación contra el virus del papiloma humano (83, 85, 86). Este personal desempeña un papel crucial en la atención de adultos mayores y puede contribuir a la prestación de servicios

Recuadro 3.2 Modelo de atención comunitaria de las personas mayores dirigido por profesionales de enfermería

Motivada por la condición del Japón como sociedad «súper senescente», la Fundación Conmemorativa Sasakawa para la Salud inició en 2014 un programa que permite a los profesionales de enfermería establecer y operar centros comunitarios de enfermería para atención domiciliaria (88). Estos centros funcionan como dispensarios comunitarios desde los cuales los profesionales de enfermería prestan servicios que permiten a los adultos mayores vivir dignamente en sus hogares, y mejoran la calidad de vida de las personas de la comunidad. Además, la Fundación Conmemorativa Sasakawa para la Salud presta apoyo a una red destinada a fortalecer la cooperación entre centros, recopilar datos y promover el establecimiento de centros comunitarios de enfermería para atención domiciliaria (89).

Un programa de ocho meses de duración centrado en el cuidado de personas mayores y la atención domiciliaria de enfermería prepara a los profesionales de enfermería para realizar evaluaciones físicas, satisfacer las necesidades de atención primaria de salud de los miembros de la comunidad, y ayudar a las familias a dispensar cuidados paliativos y terminales en el hogar. Otros cursos se centran en la iniciativa empresarial, la gestión y los planes de negocios para desarrollar y operar un centro de atención de enfermería domiciliaria (89).

Para marzo de 2019 habían finalizado el programa 67 profesionales de enfermería, de los cuales más de 56 estaban operando centros de atención domiciliaria de enfermería en 23 distritos de todo el Japón. La dotación de personal en estos centros registra una media del 70% de profesionales de enfermería y 30% de otras especialidades, lo que refleja el enfoque de colaboración interprofesional aplicado para satisfacer las necesidades de atención primaria de salud de las comunidades a las que prestan servicios en los centros y en los hogares. La red de centros recibe una media de 25 000 visitas por mes. El apoyo a las familias en la prestación de cuidados terminales ha contribuido a reducir los costos de atención sanitaria relacionados con la admisión hospitalaria y los procedimientos médicos (90).



© Comisión Nacional de Salud de la República Popular China

integrales de atención que arrojen mejores resultados para las personas mayores (recuadro 3.2) (87). Como principales dispensadores de cuidados paliativos, los profesionales de enfermería hacen posible un final de la vida con dignidad y compasión.

3.2 Función de la enfermería ante emergencias, epidemias y desastres

29. El personal de enfermería participa en la atención de emergencias clínicas (por ejemplo, accidentes o ataque cardíaco), actividades de prevención y respuesta ante brotes epidémicos, así como actividades de respuesta a desastres y crisis humanitarias. Los profesionales de enfermería suelen ser los primeros prestadores de asistencia que ve un paciente en un centro de salud; sus cometidos pueden variar en función del contexto, pero con frecuencia incluyen la selección, el reconocimiento temprano de afecciones que puedan ser mortales, la administración de medicamentos, la realización de procedimientos que permitan salvar vidas, y la temprana puesta en marcha del envío de pacientes.
30. El personal de enfermería ha desempeñado un papel crucial como parte de equipos de lucha contra epidemias que amenazan la salud en todo el planeta, en particular las

epidemias de síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003 (91), el brote de síndrome respiratorio de Oriente Medio causado por coronavirus (MERS-CoV) en 2015 (92), la enfermedad por el virus de Zika en 2016 (93, 94), la enfermedad por el virus del Ebola en 2014 (95, 96) y el brote de COVID-19 que se inició en 2019. En el marco de la iniciativa de la OMS relativa a los equipos médicos de emergencia, el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios se forman para reforzar de la mejor manera posible la capacidad de respuesta de sus países ante futuros desastres y situaciones de emergencia (97). Esto puede ser particularmente importante para aumentar la resiliencia de los sistemas de salud, que se han vuelto más vulnerables como consecuencia de desastres y conflictos (98).

31. En entornos afectados por fragilidad y conflictos, los profesionales sanitarios, incluidos los de enfermería, afrontan una serie de dificultades personales y profesionales, incluida la amenaza de secuestro, y tienen que afrontar la muerte de colegas, el miedo por su propia vida, una mayor carga de trabajo y una complejidad acrecentada de sus cometidos (por ejemplo, tratar heridas por armas de fuego) así como la erosión de normas éticas y profesionales (99). A pesar de estas condiciones, el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios

han mostrado su capacidad de recuperación y su compromiso frente a esos retos, y ha continuado prestando servicios esenciales (99). Gracias al apoyo recibido, el personal de enfermería que trabaja en situaciones de conflicto o atiende a poblaciones de refugiados ha conseguido tratar con éxito una serie de enfermedades tales como la tuberculosis pulmonar (100) y otras infecciones de las vías respiratorias, caries dentales y trastorno de estrés postraumático (101).

3.3 Función de la enfermería en el logro de la salud y el bienestar de la población

32. El fortalecimiento de la salud y el bienestar de las poblaciones exige que el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios aborden los determinantes sociales de la salud y, de esa forma, contribuyan a la consecución de los ODS. La prevención de enfermedades diarreicas mediante la promoción de la higiene de manos, la nutrición y el saneamiento (102, 103) representa un ámbito en el que las pruebas científicas recientes revelan la eficacia del personal de enfermería para hacer frente a

los determinantes sociales de la salud (4). Los profesionales de enfermería pueden estar entre los primeros en afrontar los efectos del cambio climático (104-106), que incluirá esfuerzos orientados a fortalecer la resiliencia de las personas pobres y las vulnerables ante eventos relacionados con el clima, y reducir la mortalidad por enfermedades sensibles al clima, entre ellas las enfermedades diarreicas, el paludismo, la tripanosomiasis africana, la esquistosomiasis, las infecciones intestinales por nematodos y el dengue.

33. Para propiciar y mantener una mejor salud de las poblaciones es preciso asegurar la salud de los jóvenes mediante el acceso equitativo a la cobertura sanitaria universal, y velar por que sean sanos y estén dispuestos a continuar la labor de desarrollo sostenible en la próxima generación. Los profesionales de enfermería conocen y pueden adoptar los enfoques necesarios para satisfacer las expectativas de los jóvenes, inspirándoles confianza, sin juzgarlos y con la atención centrada en ellos; conociéndolos según sus propias visiones y siendo accesibles a ellos (107-110).

© OMS/Yoshi Shimizu



34. El personal de enfermería ha obtenido resultados positivos en áreas que plantean un reto particular para las mujeres, entre ellas la de planificación familiar y asistencia en caso de aborto (111, 112). La optimización de sus funciones en la prestación de esos servicios puede mejorar el acceso de muchas mujeres a la atención de salud reproductiva. El personal de enfermería ofrece asistencia social a mujeres en lo relativo a la atención de salud materna en circunstancias críticas de la vida (por ejemplo, periodos prenatal y puerperal (113) y cáncer de mama) y es esencial para asegurar que las mujeres

reciban atención respetuosa en los servicios de salud (114, 115). Los profesionales de enfermería también son fundamentales para luchar contra la violencia sexista: estudios sobre investigación de la violencia de pareja revelan que el personal de enfermería y las parteras son los profesionales sanitarios que con mayor frecuencia (45% y 24% respectivamente) realizan identificaciones personales (116). Para concluir este capítulo, en la figura 3.1 se resume la contribución del personal de enfermería al logro de las metas de los «tres mil millones».

Figura 3.1 Contribución del personal de enfermería al logro de las metas de los «tres mil millones»





© OMS/ Yoshi Shimizu

Estímulos de política para potenciar al personal de enfermería

35. Optimizar la contribución de los profesionales de la enfermería, tal como se ha descrito en el capítulo anterior, requiere un entorno favorable desde el punto de vista de las políticas y las prácticas. Muchos de los factores que influyen en la disponibilidad, la distribución, la capacidad y el desempeño del personal de enfermería, así como en la existencia de un entorno laboral propicio, pueden analizarse desde una perspectiva de políticas públicas utilizando el marco general de la OMS sobre el mercado laboral del sector sanitario (117) (figura 4.1).

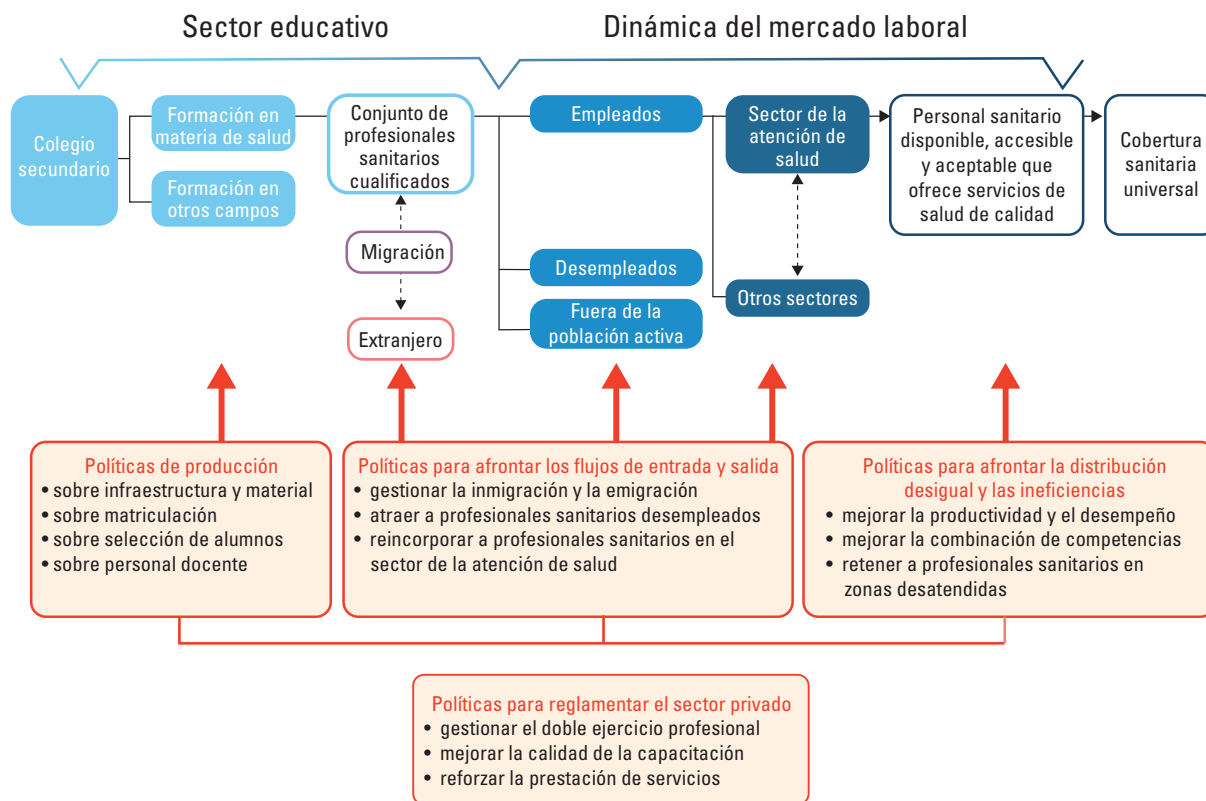
36. Partiendo de ese marco, el informe considera cuatro dimensiones que caracterizan el discurso sobre la enfermería en la esfera de las políticas sobre personal de salud, y presenta de forma agrupada los datos empíricos al respecto procedentes de publicaciones revisadas por homólogos. Estas cuatro dimensiones son: *a)* formación teórica y práctica previa al servicio; *b)* flujos de entrada y salida de personal; *c)* distribución equitativa y eficiencia; y *d)* reglamentación (con inclusión del sector privado). En el marco también se hace referencia a factores sociales, económicos y poblacionales que afectan al mercado laboral sanitario.

Algunos de ellos (sesgo de género, nivel de ingresos de los países) se abordan pormenorizadamente en el presente informe, mientras que otros, como las tendencias demográficas (envejecimiento, patrones de crecimiento) y el cambio climático, deben tenerse en cuenta más directamente en el contexto de cada país al diseñar y aplicar las políticas pertinentes en materia de personal de enfermería.

4.1 Formación teórica y práctica previa al empleo

37. El objetivo de la enseñanza de enfermería es formar a un personal de enfermería capaz de satisfacer las necesidades de salud de la población desde el punto de vista cuantitativo, cualitativo y distributivo. Por consiguiente, los volúmenes de matriculación y egreso de alumnado en las instituciones de enseñanza de enfermería deben ajustarse a las necesidades del sector sanitario y a su capacidad de absorción. El diálogo y coordinación periódicos entre los sectores sanitario, educativo, laboral y financiero puede ayudar a evitar desequilibrios en ese sentido.

Figura 4.1 Estímulos en las políticas públicas para modelar el mercado laboral del sector sanitario



Fuente: Adaptado de Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2013;91:892-4.

38. El número de estudiantes que se matriculan en programas de enseñanza de enfermería y los completan depende en primer lugar de los niveles educativos básicos de la población y de los requisitos educativos previos para matricularse (118, 119). La matriculación en los estudios de enfermería depende de la ubicación, costo y capacidad de estos, de su vinculación a instituciones clínicas y del nivel de enseñanza ofrecido. Cada uno de estos factores, a su vez, depende de las cifras de profesorado calificado para cumplir la misión y los objetivos del programa de enseñanza, así como de la infraestructura y capacidad de formación clínica (120). Squires y cols. han señalado que factores «macroscópicos» como la capacidad del sistema sanitario para absorber profesionales de la salud (camas de hospital por habitante) y el empoderamiento de género también afectan al volumen de nuevos profesionales de la enfermería en cada país (121).

39. Las cuestiones de género pueden afectar a la matriculación de estudiantes de enfermería y por ende a la oferta de personal de enfermería. La infravaloración social y económica del trabajo de enfermería limita las oportunidades de los enfermeros y enfermeras para participar en la toma de decisiones y acceder a cargos directivos en los sistemas de salud (22, 23, 122), lo que puede socavar los esfuerzos de captación de alumnos calificados para los programas de enseñanza de enfermería. Las percepciones sesgadas del papel de la mujer en la prestación de cuidados y las normas sociales de género hacen que la captación de alumnos varones siga siendo difícil: mientras que una formación de enfermería puede considerarse un ascenso social para las mujeres, esto no ocurre necesariamente en el caso de los hombres (123-125). Además, las oportunidades para las mujeres en otros grupos ocupacionales pueden estar limitadas por factores culturales

o sistémicos, algo que convertiría los estudios de enfermería en la vía única o más conspicua para que las mujeres accedan a una carrera profesional en el ámbito de la salud, en lugar de ser una opción atractiva para personas de cualquier sexo interesadas en trabajar en dicho ámbito.

40. En algunos entornos, determinados grupos raciales o étnicos u otros grupos vulnerables pueden estar infrarrepresentados en la enseñanza de la enfermería (126). Esto puede perjudicar a la afinidad cultural entre los profesionales de la enfermería y las comunidades a las que prestan servicio. Aunque en toda la profesión se concede cada vez más importancia a que la formación teórica y práctica en enfermería incorpore competencias culturales, se necesita un mayor esfuerzo para aumentar la selección y captación de alumnado procedente de grupos de población infrarrepresentados (recuadro 4.1).

41. La ubicación de las escuelas de enfermería y de los correspondientes programas de capacitación también afecta a la composición del alumnado calificado potencial. Los programas de enseñanza de enfermería se ofrecen principalmente en núcleos urbanos en los que existen universidades y hospitales, con lo que los estudiantes potenciales de zonas rurales y remotas disponen de muchas menos opciones educativas (129). A medida que aumenta la atención concedida a la distribución geográfica del personal de salud y a la responsabilidad social de las

instituciones de formación, algunos programas están incorporando centros de formación rurales o captando y apoyando activamente a estudiantes procedentes de comunidades históricamente infrarrepresentadas en la enseñanza post-secundaria. Los programas de enseñanza a distancia en línea, junto con unas oportunidades de formación clínica adecuadas, pueden ser opciones útiles para los estudiantes potenciales de zonas rurales (130); aunque en todo momento se debe prestar atención a vigilar y preservar la calidad de la enseñanza, el planteamiento citado puede aumentar la diversidad de los estudiantes de enfermería en algunos entornos (131).

42. Los costos (tanto las tasas académicas como los gastos de alojamiento y manutención) pueden afectar a la capacidad del alumnado para acceder a los estudios de enfermería y completarlos. Aunque los costos de los estudios de enfermería presentan grandes variaciones (recuadro 4.2), los programas de enseñanza públicos están más subvencionados y a menudo son menos caros que los programas privados, que dependen de las tasas abonadas por los alumnos y de aportaciones privadas. Los gastos de alojamiento y manutención, junto con la escasez o ausencia de ingresos de los estudiantes a tiempo completo, incrementan el costo personal de la enseñanza. Los distintos países cuentan con diferentes mecanismos de financiación, que pueden incluir opciones o incentivos para los estudiantes que procedan de grupos

Recuadro 4.1 Australia: captación de grupos de población infrarrepresentados para su incorporación al personal de enfermería

En Australia, los habitantes indígenas vienen pidiendo que los atiendan en mayor medida profesionales también indígenas a fin de acceder no solo a los cuidados, sino a unos cuidados culturalmente seguros (127). Sin embargo, la solución no ha sido tan sencilla como aumentar el número de estudiantes indígenas, aborígenes e isleños del Estrecho de Torres, sino que también ha implicado responder a las dificultades a las que se enfrentan dichos estudiantes; por ejemplo, creando un entorno propicio, recurriendo a profesorado de enfermería indígena, incorporando contenidos indígenas al plan de estudios y abordando las necesidades financieras del alumnado (127, 128).

infrarrepresentados o que estén dispuestos a ejercer su profesión en zonas desatendidas tras graduarse.

43. Existen diversos programas de enseñanza de nivel inicial, que forman personal de enfermería con diferentes calificaciones y funciones profesionales, pero cumplen los criterios de clasificación de los profesionales y las asociaciones de enfermería (CIUO-08). Los programas de nivel inicial pueden formar profesionales de enfermería con certificado de estudios, diploma o título de grado universitario; los requisitos académicos para los estudios de enfermería de nivel inicial pueden variar desde haber finalizado el noveno grado o incluso grados inferiores y tener 17 años —en el caso de los programas que conceden un certificado de estudios— hasta haber completado los 12 años de enseñanza secundaria y dos años de educación de nivel universitario para algunos programas conducentes a la obtención de un grado universitario (135, 136). Aunque la variedad de estudios y requisitos de entrada permite el acceso a la profesión de un abanico de personas más amplio, los empleadores a menudo no diferencian según el nivel educativo las funciones profesionales

desempeñadas, lo que crea un desajuste entre un sistema educativo que produce generalistas y los empleadores que han estructurado sus servicios en un contexto de cuidados especializados o diferenciados.

44. En todo el mundo, algunos países forman a una proporción importante de su personal de enfermería al nivel de certificado de estudios o diplomatura, a menudo en instituciones de enseñanza independientes que ponen énfasis en destrezas clínicas orientadas a tareas concretas (137). Por su parte, los estudios de grado universitario suelen incluir asignaturas adicionales sobre liderazgo, gestión de casos clínicos, y factores socioeconómicos que afectan a la salud y a los resultados para el paciente en distintos contextos intra y extrahospitalarios; en ocasiones también se incluye un elemento de investigación. Estos programas de enseñanza también ponen énfasis en «habilidades de reflexión crítica» que pueden contribuir a juicios clínicos más avanzados y a fomentar la seguridad de la prestación de atención. Hay estudios que indican que los pacientes atendidos por una proporción mayor de enfermeros o enfermeras con grado universitario

Recuadro 4.2 Costo de la enseñanza de enfermería

En todo el mundo se estima un gasto anual de US\$ 27 200 millones en la enseñanza de enfermería y partería (132). Aunque los profesionales de la enfermería y la partería suponen más de la mitad del personal de salud en todo el mundo, el correspondiente gasto en enseñanza supone aproximadamente una cuarta parte del gasto total en enseñanza sanitaria. Según estimaciones publicadas en 2010, el costo medio por graduado en enfermería era de US\$ 50 000 en todo el mundo, con un abanico que iba desde unos US\$ 3000 medios por graduado en China hasta más de US\$ 100 000 en América del Norte (132). Esta variabilidad puede atribuirse al diferente peso de los sectores público y privado en la financiación, propiedad y gestión de las instituciones de enseñanza, como consecuencia de los diferentes modelos de financiación de la enseñanza de enfermería que existen según los países y dentro de cada país (133). Otro factor que propicia la variabilidad del costo de la enseñanza de enfermería es la coexistencia de diferentes niveles de calificación y la diversidad en la duración de los programas de enseñanza y la calificación previa requerida (134). Se necesitan más y mejores datos sobre los graduados en enfermería y partería y sobre el costo de su formación teórica y práctica para orientar las inversiones tendentes a cubrir el déficit de personal estimado para 2030.

presentan una menor probabilidad de fallecer, permanecen ingresados menos tiempo, y afrontan un menor gasto sanitario (46, 138, 139). Sin embargo, la mayoría de los estudios que han hallado este tipo de resultados se han realizado en hospitales y no se han replicado en el ámbito de la atención ambulatoria y comunitaria, por lo que los resultados no pueden generalizarse (140). Otros datos sugieren que el personal de enfermería de grado universitario podría no aplicar plenamente sus conocimientos y destrezas en su actividad profesional (141).

45. El personal de enfermería también puede recibir formación especializada de posgrado o a nivel de máster para la práctica profesional especializada o avanzada, u obtener un doctorado en enfermería, ya sea orientado a la práctica o a la investigación (142). Para aumentar la calificación educativa de los profesionales de la enfermería se necesita una coordinación entre los distintos niveles de estudios en la que se tome como base la enseñanza anteriormente recibida y se convalide esta (143). En países en los que existe demanda de profesionales de enfermería con grado universitario, los programas académicos de tipo «puente» o similares que reconocen un título previo de enfermería para la obtención de un título de mayor nivel pueden ser un mecanismo importante de desarrollo profesional y ofrecer una elevada rentabilidad personal. Hay que tener en cuenta que el personal de enfermería debe contar con un grado universitario para acceder a formación de posgrado, ya sea de máster o de doctorado, algo que a su vez puede afectar a la cantidad y calidad del profesorado de los programas de enseñanza de enfermería de nivel inicial.
46. Un aspecto crucial de la enseñanza de la enfermería que a menudo plantea dificultades es conseguir que los estudiantes estén expuestos a entornos de práctica clínica durante el tiempo suficiente y en condiciones adecuadas. Durante las prácticas clínicas, los estudiantes aplican e integran las competencias de reflexión crítica, evaluación clínica y cuidados de

enfermería aprendidas en la educación teórica. El profesorado clínico debe llevar a cabo una supervisión adecuada y evaluar las destrezas clínicas. Como muchos programas de enseñanza de enfermería se imparten en zonas urbanas, puede ser difícil proporcionar experiencias clínicas adecuadas en centros rurales o remotos. La exposición a este tipo de entornos puede ser determinante en la decisión ulterior de los estudiantes sobre el lugar en que ejercer la profesión (144). Se ha demostrado que algunos programas en línea o a distancia aumentan el acceso a centros clínicos rurales y remotos no asociados anteriormente con instituciones de enseñanza presenciales (145, 146). Alternativamente, la tecnología de telesanidad y los laboratorios de simulación pueden proporcionar experiencias clínicas adecuadas y complementarias en atención primaria (147-150). Los programas de educación a distancia deben estar sujetos a supervisión, y se les deben exigir los mismos criterios de acreditación y calidad que a otras instituciones de enseñanza.

47. Muchos países han experimentado un crecimiento sustancial de las instituciones de enseñanza sanitaria del sector privado, tanto de carácter no lucrativo como lucrativo (151, 152). Estas últimas están asociadas con mayor frecuencia a tasas académicas más onerosas y pueden estar sujetas a unos requisitos y una acreditación diferentes por parte de las autoridades de reglamentación (152). Pueden estar desconectadas de los objetivos de políticas públicas en materia de salud y educación, y por ello no estar siempre en consonancia con las prioridades de salud poblacional, especialmente si su intención es formar a personal de enfermería para el creciente mercado laboral internacional del sector sanitario. Si no existen mecanismos de garantía de calidad, el contenido y las modalidades lectivas del programa pueden no cumplir los criterios de exigencia nacionales, entre ellos los relativos a la experiencia clínica necesaria, y producir así titulados que no dispongan de los conocimientos, destrezas y hábitos de conducta necesarios para prestar

unos cuidados seguros y de calidad (153). La proliferación de centros de enseñanza privados no vinculados a hospitales o centros médicos académicos puede generar presiones sobre los centros de prácticas clínicas y poner en cuestión la calidad de la formación práctica recibida.

48. Uno de los mayores desafíos en la enseñanza de enfermería es la captación y retención de un número suficiente de docentes de enfermería calificados (19, 20, 154). Entre las dificultades figura el entorno laboral (instituciones educativas frente a entidades clínicas), que puede implicar diferencias salariales y horarios reservados para la docencia. Un informe de la Asociación Estadounidense de Colegios de Enfermería ha propuesto fusionar las funciones docentes y clínicas del profesorado de enfermería (puestos

combinados) para aumentar el prestigio, la remuneración y la implicación de profesionales clínicos expertos en la enseñanza de la enfermería (155). Otras estrategias pueden ser colaboraciones académico-clínicas en las que los profesionales clínicos reciben una formación académica que los prepare para tutelar estudiantes en sus entornos clínicos, así como incentivos para ampliar la formación de los profesionales clínicos, tales como exención de tasas académicas y acceso a oportunidades de formación adicionales. El éxito de estas colaboraciones depende muchas veces de que los centros clínicos reserven suficiente tiempo para que los profesionales clínicos de enfermería experimentados supervisen a los estudiantes o interactúen con ellos en el centro. En el recuadro 4.3 se muestran algunos ejemplos nacionales e internacionales.

Recuadro 4.3 Actuación ante el déficit de docentes de enfermería

El desafío que supone el déficit de docentes de enfermería que se registra en distintos lugares del mundo podría aliviarse a través de enfoques más colaborativos, como la puesta en común de recursos entre instituciones y quizás incluso entre países (156).

En Tailandia, un enfoque colaborativo para mejorar la titulación académica de los profesores de enfermería es el Programa de Desarrollo de la Enseñanza Superior de Enfermería que se lleva a cabo en la Universidad de Chiang Mai con la financiación del Consejo Médico de China (157). Este programa, iniciado en 1994, se centra en la formación de docentes de enfermería con titulación de máster o doctorado para los cada vez más numerosos programas de enfermería de grado universitario que existen en toda China. Posteriormente, el programa se ha ampliado a 10 países de Asia oriental y sudoriental y ha permitido así la expansión de los programas de enseñanza de enfermería y el reconocimiento mutuo de las titulaciones de enfermería en la región (157).

En los Estados Unidos, el programa de Colaboración Académica en Enfermería de la Administración de Veteranos financia el pago de los salarios de profesionales de enfermería expertos y su formación como profesores de las instituciones académicas asociadas, a fin de aumentar el número de titulados preparados para afrontar las singulares necesidades de los veteranos en atención primaria y cuidados intensivos (158).

En Rwanda, la capacidad del profesorado de enfermería se ha fortalecido mediante una formación continua centrada en metodologías didácticas avanzadas y en el desarrollo de planes de estudio, entre otros enfoques (159). Esta iniciativa contó con el apoyo de una colaboración académica internacional, que reconocía que la titularidad del programa debía corresponder a Rwanda y que en el curso de la colaboración debía mantenerse una actitud de humildad cultural (159).

49. El déficit de docentes con titulación de máster y doctorado constituye un impedimento para la creación de programas de enseñanza de enfermería de nivel académico superior, especialmente cuando los criterios de acreditación o autorización establecen requisitos específicos para el profesorado. La falta de docentes con doctorado también afecta a la capacidad de la profesión para realizar investigaciones tendentes a obtener datos probatorios en los que basar las prácticas profesionales, así como para asumir puestos de dirección en los sectores académico y sanitario (20, 154, 160).
50. De todas las disciplinas sanitarias, se ha demostrado que la enfermería es la que hace un mayor uso de la educación interprofesional (161). Este enfoque de la educación también es valorado por los alumnos de enfermería, que consideran que les facilita la adquisición de competencias de colaboración interprofesional (149, 162). Además, la integración en la enseñanza de la enfermería de docentes de otras disciplinas puede aportar conocimientos especializados de dichas disciplinas y mejorar las competencias que los profesionales de la enfermería necesitan para proporcionar a los pacientes unos cuidados basados en la labor de equipo (163). Actualmente, este enfoque docente se utiliza más en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medianos (159), pero el uso cada vez mayor de la tecnología, incluso en entornos de bajos recursos, genera una oportunidad real de mejorar el aprendizaje interdisciplinario (162).

4.2 Flujos de entrada y salida de personal

51. El número de profesionales de enfermería en activo (o «contingente» de personal de enfermería) se ve determinado por numerosos elementos. Las «entradas» comprenden los graduados de programas nacionales de enseñanza de enfermería que se incorporan por primera vez a la actividad profesional, los profesionales de la enfermería que inmigran de otros países y aquellos que retoman la actividad profesional después de una interrupción. Las «salidas» abarcan los graduados que no consiguen mantener un empleo en el sector sanitario nacional, los profesionales de enfermería que eligen trabajar en otro sector, los que se jubilan y los que emigran al extranjero.
52. Un determinante fundamental de la entrada de profesionales de la salud al mercado laboral sanitario es la capacidad económica de los países para crear puestos de trabajo remunerados (en el sector público o privado) u oportunidades de ingresos asociadas a la prestación de servicios sanitarios. Por consiguiente, la creación de empleo guarda una correlación directa con el nivel socioeconómico del país y, para un mismo nivel, con la prioridad otorgada por los responsables de la elaboración de políticas públicas a las inversiones en el sector sanitario, y en particular en el personal de salud. Otros factores que afectan a la demanda son: cambios demográficos como el envejecimiento de la población; cambios en los perfiles de morbilidad, como el aumento de las enfermedades crónicas y de la coexistencia de múltiples enfermedades; número elevado de profesionales de enfermería que dejan su empleo o escasez de otros profesionales sanitarios; incremento de los centros sanitarios (por ejemplo, por la construcción de hospitales) o cambio de las políticas de contratación de los hospitales; o cambios legislativos como la exigencia de una determinada proporción entre el número de profesionales de enfermería y el número de pacientes (140, 164). Algunos factores que pueden reducir la demanda de profesionales sanitarios son las nuevas tecnologías que disminuyen la necesidad de prestación de cuidados en hospitales y centros médicos, los índices elevados de permanencia en el empleo, una mayor productividad (por ejemplo, por el uso de prácticas basadas en datos probatorios o por una mayor utilización de la tecnología) y la delegación en otros grupos ocupacionales de funciones anteriormente ejercidas por profesionales de enfermería (164).
53. La movilidad internacional del personal de enfermería está aumentando, lo que tiene efectos significativos sobre el volumen de profesionales sanitarios en cada país. Entre las causas de la migración de los profesionales

de enfermería figuran la existencia de mejores empleos, salarios, condiciones laborales, infraestructuras sanitarias, recursos clínicos u hospitalarios y oportunidades educativas. Además de estos factores de atracción, la concesión de visados a los familiares por los países de destino también puede ser un incentivo a la migración. Los factores de expulsión abarcan la ausencia de oportunidades laborales, las malas condiciones de trabajo y contratación, y la inseguridad en los países de origen. Las remesas enviadas por los profesionales de

enfermería que trabajan en el extranjero pueden constituir una fuente de ingresos sustancial para las familias y ser una contribución importante a las economías de algunos países de origen. Las soluciones de política, como los acuerdos entre países (acuerdos bilaterales), deben ser mutuamente beneficiosas para los países de origen y de destino, en consonancia con las disposiciones normativas del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (165) en materia de apoyo y protección (véase el recuadro 4.4

Recuadro 4.4 Alianzas internacionales de colaboración sobre aptitudes

La adopción del Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular por 152 Estados Miembros de las Naciones Unidas en diciembre de 2018 impulsó un planteamiento integral para abordar la migración internacional. Un postulado central del Pacto Mundial es el establecimiento de alianzas internacionales de colaboración sobre aptitudes, esto es, acuerdos bilaterales para beneficiarse de las oportunidades derivadas de la migración adaptando la demanda y la oferta de trabajadores mediante un apoyo educativo específico en los países de origen (166). El formato de estas alianzas de colaboración está diseñado para canalizar las presiones migratorias de modo que se generen beneficios tangibles, mutuos y equitativamente compartidos para los países de origen y de destino, de conformidad con los principios del Código de prácticas mundial de la OMS.

En virtud de este tipo de acuerdos, el país de destino proporciona tecnología y financiación para formar en determinadas aptitudes a los migrantes potenciales en el país de origen antes de la migración, mientras que el país de origen proporciona dicha formación y recibe apoyo para la formación de otros profesionales que no vayan a emigrar (166). En el marco de esta colaboración, los profesionales de la enfermería pueden por ejemplo recibir formación con dos itinerarios educativos diferentes: los del «itinerario nacional» adquieren aptitudes adecuadas a las necesidades del país de origen mientras que a los del «itinerario extranjero» se los prepara para trabajar en el país de destino. En función de las necesidades de cada parte, la colaboración puede no limitarse a una única categoría ocupacional. La colaboración entre el organismo educativo inglés Health Education England (del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido) y el Gobierno de Jamaica tiene por objeto la mejora del personal de enfermería especializado de Jamaica. Profesionales de enfermería jamaicanos se forman en cuidados críticos en hospitales británicos durante dos años, tras lo cual vuelven a su país para incorporarse a puestos especializados. En paralelo, profesionales de enfermería británicos se desplazan temporalmente a Jamaica para respaldar actividades de fortalecimiento del sistema de salud que abarcan la prestación de servicios, la mejora de la calidad y la formación. Este programa de intercambio se inició en 2019.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) cuenta con proyectos similares en todo el mundo, que vinculan a los países de origen y de destino mediante programas que promueven la gestión eficaz de la migración de profesionales sanitarios, la creación de capacidad en los sistemas de salud de los países de origen, y la transferencia de aptitudes y conocimientos por los profesionales emigrados (167). Para ello, la OIM colabora con los gobiernos nacionales y otras partes interesadas. La OIM es un asociado clave para los esfuerzos de la OMS, y respalda el Código de prácticas de la OMS y las políticas y resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud pertinentes (167).

relativo a las alianzas internacionales de colaboración sobre aptitudes).

54. El número de profesionales de enfermería formados en el extranjero que trabaja en los países de la OCDE aumentó un 20% en el quinquenio 2011-2016 —un crecimiento mayor que el experimentado por los médicos— y se aproximó a los 550 000 enfermeros y enfermeras (168). La notable mejora de los datos permite observar que se están difuminando las divisiones tradicionales entre países de origen y destino (169). Aunque sigue existiendo una elevada demanda económica de profesionales de enfermería en los países de ingresos altos (véanse algunos ejemplos en el recuadro 4.5), están apareciendo nuevos patrones de migración desde Asia, África y el Caribe hacia otras regiones y países (como los Estados del Golfo Pérsico) (170), así como una migración Sur-Sur entre países de una misma región.

4.3 Distribución equitativa y eficiencia

55. Cuando se incorpora al ejercicio de la profesión, el personal de enfermería ocupa puestos en distintas áreas correspondientes a servicios de todo el proceso asistencial, tanto públicos como privados (175-178).

Aunque la distribución de este personal en los distintos tipos de centros y la titularidad de estos no se registra de forma sistemática, estos profesionales suelen preferir los hospitales y los cuidados intensivos a la atención primaria y, en algunos lugares, elige trabajar en el sector privado porque se le remunera mejor que en los centros públicos (175, 177).

56. Los modelos asistenciales deben procurar una combinación adecuada de competencias en los trabajadores que forman parte de sus equipos integrados de atención primaria (179) y facilitar que el personal de enfermería aplique la totalidad de los conocimientos adquiridos durante su instrucción (180, 181). Este personal es una piedra angular de los equipos asistenciales integrados y, a menudo, dirige la prestación de atención y asume funciones ampliadas que incluyen, cuando procede, la colaboración con agentes de salud comunitarios y la supervisión de estos (182-193). Si el personal de enfermería puede poner en práctica toda su formación y su experiencia, su satisfacción con el trabajo será probablemente mayor y ello redundará en una mayor satisfacción de los pacientes con la atención recibida (194). Hay factores que favorecen este objetivo, como la capacitación en atención primaria, las directrices clínicas normalizadas y la

Recuadro 4.5 Ejemplos de demanda económica de personal de enfermería en países de ingresos altos

Los cambios demográficos, epidemiológicos y de política sanitaria apuntan a un aumento de la demanda de personal de enfermería en los países de ingresos altos. A continuación se exponen algunos ejemplos:

- La fundación británica Health Foundation estima que de aquí a 2024 el Reino Unido necesitará captar anualmente a un mínimo de 5000 profesionales de enfermería procedentes del extranjero (171).
- En el Japón se ha promulgado un nuevo programa de visados para atraer a hasta 245 000 trabajadores extranjeros, entre ellos 60 000 auxiliares de enfermería (172).
- El Gobierno alemán informó de que existían unas 36 000 vacantes en el ámbito de los cuidados a las personas ancianas y enfermas (173), y señaló que sería necesario contratar a personal extranjero (174).

delegación de funciones, y los sistemas de gestión de datos para hacer un seguimiento de la evolución de los pacientes (195, 196).

57. En muchos países, la prescripción entra dentro de las funciones del personal de enfermería profesional o titulado (197, 198). Esta prescripción se puede limitar a los grupos de medicamentos y las pautas terapéuticas establecidos en la legislación o el marco normativo para el ejercicio profesional (199). En otras circunstancias, la prescripción de medicamentos se adapta a las necesidades sanitarias de la población; por ejemplo, estas circunstancias pueden ser el uso de antirretrovíricos de primera línea en los países del África subsahariana con alta carga de infección por el VIH, la resistencia a los antimicrobianos y la necesidad de tratar enfermedades crónicas (200-202) (consúltase el recuadro 4.6 sobre la prescripción en Polonia). Además, el personal de enfermería es importante para fomentar el cumplimiento de las pautas terapéuticas,

verificar los medicamentos recetados y reducir los errores de prescripción (203, 204).

58. La función del personal de enfermería titulado especializado se estableció para aumentar el acceso de los grupos poblacionales más desatendidos o residentes en lugares remotos y para solventar la falta de personal en los centros de atención primaria (192, 207). El tipo más habitual de función especializada es el de personal de enfermería de atención directa, entre cuyas competencias está solicitar por decisión propia pruebas diagnósticas, realizar diagnósticos y prescribir tratamientos y medicamentos (207). Por lo general, para ejercer esta función es necesario haber obtenido una certificación otorgada por una organización profesional y haber estudiado una maestría (208). En un número reducido de países de ingresos altos se ha demostrado de forma concluyente que el personal de enfermería de atención directa y el personal de enfermería especializado que han cursado la formación adecuada prestan

Recuadro 4.6 La función prescriptora del personal de enfermería en Polonia como solución para ampliar el acceso

Polonia estableció entre sus prioridades sanitarias nacionales la mejora del manejo de las enfermedades crónicas fuera de los centros de salud y el aumento del acceso a los tratamientos y los medicamentos en los centros de atención primaria. A tal efecto, se adoptaron decisiones políticas relativas a los sistemas de reglamentación y a la formación del personal de enfermería, con objeto de ampliar sus funciones en el seno del sistema de salud y el acceso de los pacientes a los servicios sanitarios (205).

En 2016, se concedió a los enfermeros y enfermeras que habían cursado una formación específica competencia para prescribir medicamentos en determinadas condiciones. Con el fin de preparar a los estudiantes de enfermería para esta función, se incorporó a todos los planes de estudio básicos de enfermería y de partería y se promulgó legislación que habilitaba a toda persona que obtuviera un grado en enfermería a prescribir una serie de medicamentos recogidos en una lista (206). Paralelamente, se puso en marcha una nueva estrategia nacional de desarrollo de la enfermería y la partería que incorporaba normas para organizar las distintas funciones y competencias profesionales del personal de enfermería y que mejoraba sus condiciones laborales.

Desde 2016, 10 287 enfermeras y enfermeros y 4799 parteras y parteros han completado la formación que les habilita para prescribir. Hasta diciembre de 2018, el personal de enfermería y partería prescribió por propia iniciativa 2538 tratamientos y autorizó la continuación de 363 288 tratamientos previos.

servicios de calidad, mejoran el acceso a la atención y aumentan la satisfacción de los pacientes con la atención recibida (208, 209), si bien se dispone de pocos datos sobre costoeficacia (208-210). En otros países también se está incrementando el número de maestrías en enfermería y en enfermería de atención directa (159, 211-214), pero las normativas que regulan la formación y la certificación o autorización difieren considerablemente (192). También son grandes las diferencias entre países en cuanto al reconocimiento de la definición de personal de enfermería especializado y de sus competencias (192, 215), aunque la experiencia acumulada en los países demuestra que este perfil profesional aumenta el atractivo de la enfermería como carrera (211, 214). Además, tras cursar un grado en enfermería y adquirir experiencia en la atención a determinados tipos de

pacientes, se puede optar a un certificado de especialización (en el recuadro 4.7 se muestra un ejemplo de las funciones de este perfil profesional), si bien no se trata de un título para ejercer funciones especializadas de enfermería.

59. La desigual distribución geográfica del personal sanitario entre las zonas urbanas y rurales es un problema universal. A fin de contratar y fidelizar de forma equitativa a estos trabajadores de las zonas rurales o remotas, los países emplean distintos tipos de medidas normativas en materia de formación, reglamentación, financiación y profesionalización (217) (véase el recuadro 4.8 sobre la fidelización en el medio rural). Debido a que se trata de un problema que presenta múltiples facetas, se debe abordar desde distintos ángulos, reflexionando sobre los efectos de cada

Recuadro 4.7 Un ejemplo de función especializada de enfermería en la Región de África

Cada vez son más los gobiernos de las regiones oriental y meridional de África que invierten en personal de enfermería especializado en salud infantil como parte de las estrategias de reducción de la mortalidad en este grupo de edad. Los enfermeros y enfermeras especialistas en salud infantil, además de ser titulados en enfermería, han cursado una formación de posgrado que da derecho a un título adicional de enfermería con especialización pediátrica o en salud infantil.

La vía más común, tras completar la formación básica (un diploma especializado o un grado en enfermería), es cursar un diploma de posgrado de duración en enfermería pediátrica de 12 meses de duración. Los títulos y las certificaciones obtenidos varían en función del país, si bien los perfiles más habituales son los de enfermero/a titulado o enfermero/a profesional con especialización en pediatría.

En la Región de África hay aproximadamente 3650 enfermeros y enfermeras pediátricos registrados, entre ellos unos 750 en Kenya, Malawi, Uganda y Zambia, y 2900 en Sudáfrica (216). Se pueden cursar 12 programas docentes distintos, la mayoría de ellos en Sudáfrica, en los que cada año se gradúan unos 205 especialistas en enfermería infantil. Además, se están preparando otros tres programas similares en Botswana, República Unida de Tanzania y Zimbabwe (216).

Pocos países de la región disponen de sistemas de información que desglosen al personal de enfermería en función de su especialidad. El Observatorio sobre el personal de enfermería pediátrica ayuda a los países a planificar la combinación correcta de profesionales necesaria para satisfacer las necesidades específicas de los niños de la región. Desde 2015, investigadores, profesores de enfermería y otras partes interesadas colaboran para conocer las funciones del personal de enfermería pediátrica en África oriental y meridional, así como para informar al respecto.

intervención, antes de extender y reproducir las estrategias adoptadas en lugares y en entornos sanitarios distintos (144). En un estudio realizado en un país se determinó que el personal que trabaja en las zonas rurales valora las medidas adicionales que pueden adoptar los ministerios de salud en materia de equidad, transparencia y previsibilidad de la gestión del personal, y que la situación contractual (contrato fijo o temporal) también reviste importancia (218). En estudios realizados en países de ingresos medianos y altos se ha comprobado que el compromiso de las organizaciones y el apoyo intensivo de los jefes de enfermería aumenta la fidelización en los centros de salud rurales (219, 220). También puede resultar ventajoso contratar a estudiantes de enfermería procedentes de comunidades de difícil acceso, si regresan a trabajar en sus comunidades (146, 221).

60. Fidelizar al personal de enfermería en su lugar de trabajo puede ser difícil. El funcionamiento del mercado da lugar inevitablemente a la rotación de estos profesionales, lo cual tiene efectos tanto positivos como negativos en las organizaciones sanitarias, los pacientes y el propio personal de enfermería (220, 222). El recambio del personal, si es medido, puede facilitar el desarrollo de competencias profesionales y también el ajuste del personal, como ocurre, por ejemplo, cuando un trabajador deja su puesto y se promociona profesionalmente dentro de su organización o sistema de salud (223). No obstante, las bajas voluntarias y la rotación del personal entrañan casi siempre costos para la organización y pueden afectar negativamente a la atención a los pacientes.
61. El personal de enfermería basa sus decisiones relativas al mantenimiento y el abandono de su puesto de trabajo en factores tanto personales como relativos a la organización que los contrata. Entre los primeros, se encuentran cuestiones como la salud, los cambios en la situación personal o familiar, los objetivos de formación, el estrés laboral y la insatisfacción con el trabajo o, por el contrario, la sensación de haber

adquirido capacidad para tomar decisiones (224, 225). Los factores relacionados con las organizaciones que influyen en la fidelización del personal son el ambiente de trabajo, la relación entre los trabajadores, las condiciones laborales, el salario, el estilo gerencial y la eficacia de la supervisión (226). En estudios realizados en Australia, Egipto, Filipinas, Jordania y República Islámica del Irán se ha observado que el modelo de dirección de los responsables de los centros de salud y la cultura de las organizaciones repercuten de forma directa en la satisfacción con el trabajo y en la rotación del personal de enfermería y pueden influir en la calidad de la atención, tanto en los hospitales (227-229) como en las zonas rurales (219, 220).

Trabajo decente

62. De acuerdo con la OIT, el trabajo decente «significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres» (230). A este respecto, hay cuestiones relacionadas con el género, el riesgo de violencia, la excesiva duración de las jornadas de trabajo y el trato injusto con el personal migrante que afectan a la profesión de la enfermería.
63. Las enfermeras, al igual que otras profesionales de la salud, deben hacer frente a más obstáculos que sus colegas varones (21, 231), entre ellos: la percepción sesgada del papel de la mujer en la prestación de atención, las normas sociales relativas al género y los prejuicios y estereotipos a este respecto, problemas todos ellos que menoscaban la capacidad de las enfermeras para conseguir buenas condiciones laborales, recibir un trato y un salario equitativos, participar en la toma de decisiones y asumir cargos de responsabilidad (21, 22, 122). De

acuerdo con el informe *Delivered by women, led by men* publicado por la OMS en 2019, en los empleos en los que las mujeres son mayoría suele haber más discriminación. Por ejemplo, en un entorno de trabajo, el 36% de las enfermeras refirieron que sus superiores no les respetaban, mientras que el 32% manifestó que les gustaría que se las escuchara (21). Estos obstáculos van en detrimento del bienestar y los medios de subsistencia de las trabajadoras sanitarias y frenan los avances en materia de igualdad entre hombres y mujeres (21). Asimismo, la discriminación por motivos de género perjudica directamente la atención, que mejora con el apoyo institucional y el respeto por las enfermeras (232). Otro problema que enfrentan las trabajadoras sanitarias, entre ellas el 25% de las enfermeras (233) y el 37% de las parteras (21), es el acoso sexual.

64. El riesgo de sufrir episodios de violencia es también uno de los riesgos que corre el personal sanitario y de enfermería en determinados lugares. Entre el 1 de enero de 2019 y el 1 de enero de 2020, el sistema de vigilancia de ataques contra centros y trabajadores sanitarios de la OMS tuvo conocimiento de 1005 ataques a centros de salud perpetrados en 11 países donde se respondía a emergencias complejas, en los que fallecieron 198 personas y resultaron

heridas 626, entre trabajadores sanitarios y pacientes (234).

65. La necesidad de atender permanentemente a los pacientes, que es inherente a la asistencia sanitaria, obliga a trabajar jornadas prolongadas y a horas inhabituales y puede causar agotamiento en el personal de enfermería, entre otros efectos negativos, y dar lugar a una mayor frecuencia de errores médicos que repercute en los pacientes (235). En 1977 se firmó el Convenio núm. 149 de la OIT sobre el personal de enfermería, en virtud del cual sus signatarios deben velar por que estos profesionales disfruten de jornadas laborales similares a las de los demás trabajadores y por que se les regulen y compensen las horas extraordinarias, los horarios poco convenientes y el trabajo por turnos.

66. El personal migrante del sector de la enfermería también puede verse más afectado por la falta de condiciones de trabajo decentes. Se ha observado que, tanto los profesionales migrantes del sector como los que pertenecen a minorías étnicas, sufren más lesiones en el trabajo y son más discriminados que los de la etnia mayoritaria o los nacionales del país donde trabajan (236). Aunque la discriminación es el factor que más perjudica la salud del personal de

Recuadro 4.8 Recomendaciones para fidelizar al personal en el medio rural

En muchos países, atraer, contratar y fidelizar al personal de enfermería en las zonas rurales y remotas son problemas cada vez más importantes. En 2010, la OMS elaboró las recomendaciones mundiales sobre las políticas encaminadas a aumentar el acceso a los trabajadores sanitarios en zonas remotas y rurales mediante una mayor permanencia (217).⁴

Estas recomendaciones abarcan cuatro esferas básicas de intervención: formación, reglamentación, incentivos económicos y apoyo personal y profesional. Hay pocos estudios sobre la enfermería en el medio rural, aunque recientemente su número está aumentando. Estos estudios, realizados en su mayor parte en países de ingresos altos —Australia, Canadá y Estados Unidos— indican que los incentivos económicos, el apoyo personal y profesional y las facilidades para impulsar más directamente la trayectoria profesional ayudan a fidelizar este personal en las zonas rurales.

4 Obsérvese que estas directrices se están actualizando.

enfermería migrante o de minorías étnicas (236), la falta de condiciones laborales decentes en su propio país también puede empujarles a emigrar (237-240).

4.4 Reglamentación

67. La reglamentación permite establecer y obligar a aplicar normas de conducta, formación y práctica profesional con el fin de proteger a los usuarios. Además, también es beneficiosa para las organizaciones y ayuda a mejorar la calidad de la instrucción (241, 242) y de la práctica de la enfermería, tanto en el sector público como en el privado. Por otro lado, los organismos de reglamentación están generando y manteniendo cada vez más datos y pruebas sobre el personal sanitario (243), como demuestra el marcado aumento registrado en los últimos 15 años en los datos procedentes de estudios sobre la reglamentación de distintas disciplinas, sobre todo de la enfermería (244, 245).
68. Además de las medidas encaminadas a establecer normas nacionales sobre la enseñanza de la enfermería, la reglamentación permite que los órganos reguladores del sector aprueben programas de formación y capacitación y que los organismos externos acrediten a las instituciones. La acreditación, es decir, la evaluación del grado en que las instituciones cumplen las normas en materia de la prestación de la enseñanza, incentiva a estas para que los graduados mejoren la calidad, la equidad, la pertinencia y la eficacia para los usuarios de los servicios de salud (246). Sin embargo, los ciclos y las normas de acreditación deben adaptarse a los nuevos conocimientos y los nuevos modelos de prestación del sector sanitario, además de ser asequibles y no acarrear costos para las instituciones. Es necesario hacer cumplir las normas para solventar las deficiencias de los programas o, como medida extrema que en ocasiones resulta necesaria, cancelar aquellos que no tengan un nivel aceptable. En un estudio realizado en 2013 en 17 países subsaharianos se comprobó el firme mandato legal de acreditar los programas formativos del personal de enfermería, si bien los niveles de acreditación en la mayoría de los programas que capacitaban a la mayor parte de este personal en la región eran bajos, sobre todo en los centros privados (247). En algunos casos, el sector privado ha impugnado los resultados de la acreditación alegando que las instancias decisorias incurren en conflictos de intereses y, por esta razón, las autoridades están modificando la composición de los organismos competentes para incorporar a personas que no sean especialistas en la materia (248).
69. Cada país establece distintos modelos de acreditación en función de las características de los programas (249). En algunos países, las autoridades establecen y supervisan universidades públicas y requieren acreditaciones a los centros privados, mientras que, en otros, no hay mandato legal que obligue a estos a acreditarse. La acreditación puede ser una condición exigida directamente por la legislación o una prescripción indirecta para que los graduados, como condición para solicitar la inscripción o la certificación al Consejo pertinente o para presentarse a los exámenes de certificación, hayan cursado una formación aprobada por el Consejo de enfermería o acreditada por el organismo competente.
70. La mayor parte de las normas en materia de enseñanza de la enfermería especifican el número de horas de práctica clínica y las competencias que, como mínimo, se exigen para garantizar la exhaustividad y la amplitud de los currículos. A menudo, estas normas son específicas de una determinada jurisdicción (por ejemplo, de un país, un estado u otra zona en cuyo territorio se deben cumplir una serie de normas o reglamentos), un fenómeno que dificulta la movilidad de los graduados en enfermería. Con todo, los acuerdos de convalidación y la armonización de los requisitos educativos están permitiendo aumentar la normalización y la movilidad segura y eficaz de los profesionales. A este respecto, destacan el Nurse Licensure Compact

de los Estados Unidos de América (250, 251), el Examen regional del Caribe para la certificación del personal de enfermería (252), la Directiva de la Unión Europea relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (253, 254), el acuerdo de la Asociación de Naciones del Sureste Asiático (255) y el Acuerdo transtasmánico entre Australia y Nueva Zelandia (256). En el recuadro 4.9 se presentan ejemplos de armonización de las normativas de enseñanza de la enfermería y sobre los exámenes de certificación.

71. En cuanto al ejercicio de la enfermería, la reglamentación de la profesión comprende:
- a) establecer requisitos para el reconocimiento inicial del título de «enfermero o enfermera» (es decir, titulado/a o titulado/a y autorizado/a), lo cual podría entrañar un examen de certificación;
 - b) establecer requisitos de reincorporación, inscripción y certificación, incluso para el proceso continuo de desarrollo profesional;
 - c) definir las funciones y el código deontológico y de conducta de los profesionales; y
 - d) facilitar la investigación sobre este personal

y las medidas disciplinarias que se le pueden aplicar (259). Por otro lado, los organismos de reglamentación tienen cada vez más el cometido y la responsabilidad de mantener un registro actualizado del personal de enfermería en activo.

72. Más del 60% de los países organizan exámenes de certificación para evaluar y para hacer cumplir un nivel mínimo de conocimientos iniciales o de la «aptitud para el ejercicio profesional» de los graduados en enfermería antes de autorizarles a ejercer la profesión (29). También se puede evaluar esta aptitud inicial para el ejercicio profesional mediante un examen clínico estructurado y objetivo en el que se observe de forma directa la competencia en una situación clínica simulada; sin embargo, la realización de este examen puede consumir recursos humanos y económicos importantes (260-262). Actualmente se debate si los exámenes de aptitud para el ejercicio profesional se deben utilizar para la recertificación, la reincorporación al ejercicio o la certificación del personal formado en el extranjero.

Recuadro 4.9 Ejemplos de armonización de las normativas sobre la enseñanza de la enfermería y sobre los exámenes de certificación

En 1972, los territorios de la Comunidad del Caribe establecieron el Organismo Regional de Enfermería, cuya función inicial fue crear una lista compartida de profesores cualificados para solventar los retrasos en la realización de exámenes de certificación del personal graduado en enfermería (252). Se analizaron los objetivos, los currículos y los métodos de los programas de enseñanza de la enfermería de la subregión y se comprobó que eran similares. En consecuencia, los países acordaron que los estudiantes se sometieran a la misma prueba, una medida que se empezó a aplicar en 1990. El citado organismo se ocupa de las tareas de coordinación del examen, que se basa en las competencias que, según acuerdan los países, los titulados en enfermería necesitan para ejercer su profesión. En cuanto a la gestión, es compartida entre coordinadores y supervisores, tutores de prácticas y el consejo de enfermería de cada país, y también participan en ella profesores de las universidades de la subregión (257). El examen permite uniformizar y mejorar la enseñanza de la enfermería y facilita la reciprocidad y la movilidad de los titulados entre los países de la subregión.

En la Unión Europea, la uniformización de los complejos y diversos programas curriculares y las estructuras de las titulaciones de enfermería se inició con las directivas específicas del sector promulgadas a finales de la década de 1970 y se agilizó gracias a las revisiones realizadas en 2005 (Directiva 36) y las actualizaciones posteriores que introdujeron un conjunto normalizado de competencias (Directiva 55) (253, 254). Estas modificaciones, junto con el Plan Bolonia de 1999, estructuraron la enseñanza en tres ciclos (grado, maestría y doctorado) y fijaron títulos académicos armonizados en todas las disciplinas (258).



© OMS/Sergey Volkov

Datos probatorios e informaciones actualmente disponibles sobre el personal de enfermería

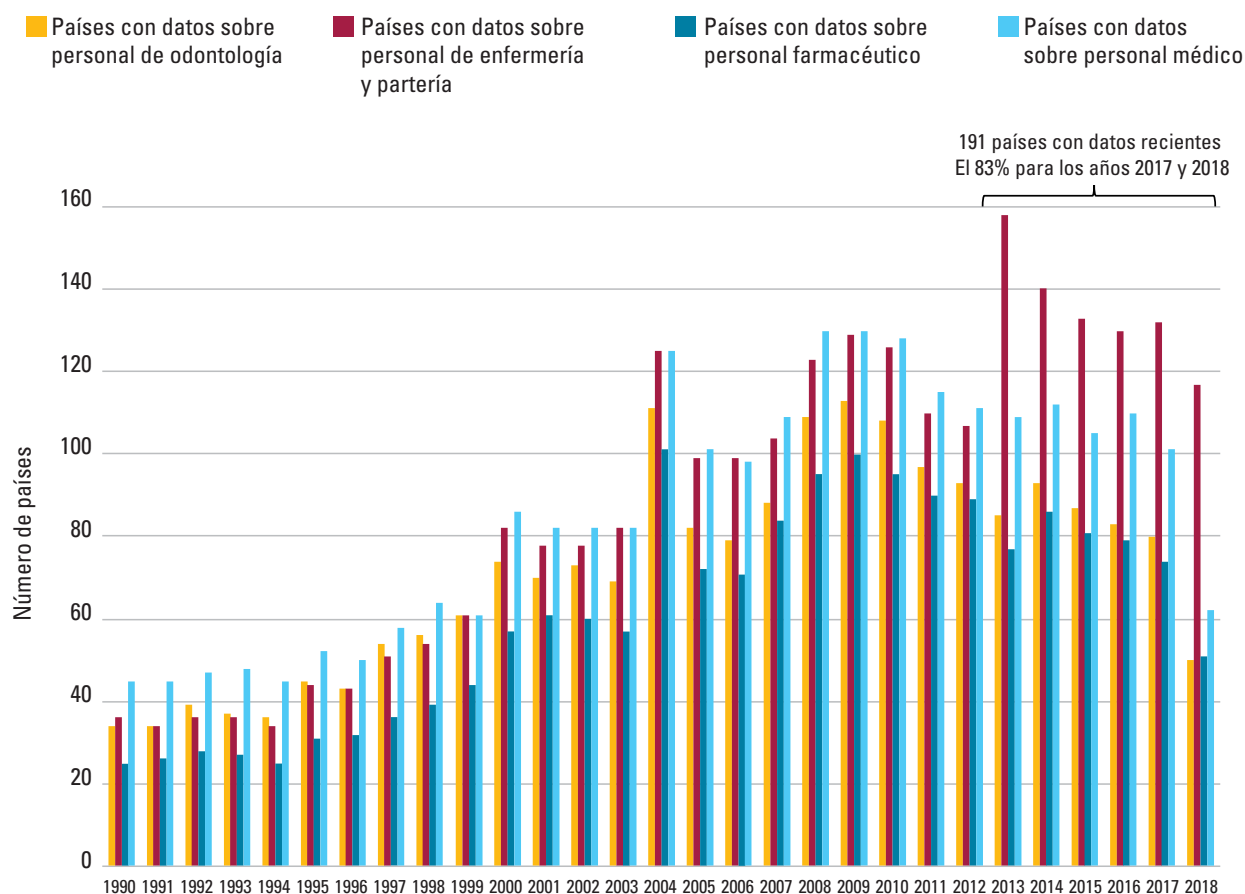
73. En este capítulo se presentan, por primera vez en la historia de la OMS, datos sobre el personal de enfermería procedentes de 190 países, basados en un conjunto de indicadores normalizados y un proceso de notificación de datos con arreglo al enfoque de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS).
74. Se recogieron datos sobre la disponibilidad, composición, distribución, formación teórica y práctica, reglamentación, financiación y liderazgo del personal de enfermería.⁵ En total, se compilaron y analizaron datos de más de 30 indicadores. La compilación de datos aunó los esfuerzos de varias partes interesadas, como ministros de salud; otros ministros, como los de trabajo y educación; recursos humanos de los observatorios de la salud; institutos nacionales de salud pública; organizaciones profesionales de enfermería; funcionarios jefes de los servicios públicos de enfermería y partería, y otras organizaciones nacionales, regionales e internacionales. Los datos se recogieron a través de la plataforma de las CNPS, un sencillo sistema de definición y notificación de datos que sirve de repositorio en línea para que los Estados Miembros notifiquen, controlen y utilicen sus recursos humanos para obtener datos sobre la salud. En el anexo 2 se presentan pormenores sobre los métodos utilizados.
75. El análisis se centró en el contingente de personal de enfermería actual, pero en la última parte del presente capítulo se plantean posibles situaciones futuras del personal de enfermería, partiendo de diversas hipótesis, con el fin de analizar el avance hacia los objetivos fijados en la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, y en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 y los programas mundiales de cobertura sanitaria (16).
76. El número de países que han presentado datos sobre el contingente de personal de enfermería no tiene precedentes, por lo que estamos ante el conjunto de datos más exhaustivo y actualizado que se ha reunido jamás sobre este colectivo (figura 5.1). La información sobre el personal de enfermería se ha incrementado de forma

5 Según la definición de personal de enfermería de la OIT: véase el anexo 1.

especial durante el periodo 2013-2018 en comparación con otras ocupaciones, gracias al impulso que ha supuesto la designación de 2020 como Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería. Los datos sobre el personal sanitario han aumentado en los últimos años no solo en lo que respecta a la cantidad de información, sino también en la puntualidad a la hora de notificarlos, ya que en el último lustro la mayoría de los países han presentado datos sobre las cinco ocupaciones que se incluyen en el indicador 3.c.1 de los ODS (médicos, personal de enfermería y de partería, dentistas y farmacéuticos). La posibilidad de disponer de datos actuales y retrospectivos ha permitido actualizar las estimaciones anteriores de forma retrospectiva y corregir la limitación de datos que presentaban los análisis e informes anteriores.

77. Casi todos los Estados Miembros de la OMS pudieron presentar datos sobre el contingente de personal de enfermería a través de los 36 indicadores que se han utilizado en el presente informe (véase el cuadro A2.1 del anexo 2) y la mayoría presentaron datos sobre otros indicadores importantes como la distribución por grupos de edad, composición por género y duración de la formación práctica. Alrededor del 80% de los países proporcionaron datos sobre 15 indicadores como mínimo, y el 23% de los países lo hicieron sobre 25 indicadores al menos. En este capítulo se presenta información sobre una selección de indicadores que contaron con un índice de respuesta elevado por parte de los Estados Miembros (puede consultar la lista completa en el anexo 2).

Figura 5.1 Número de países que disponen de datos sobre la fuerza de trabajo en las CNPS de la OMS (1990-2018)



Notas: a) Se recogieron datos procedentes de 191 países sobre el contingente de personal de enfermería, teniendo en cuenta los cinco últimos años. Los últimos datos pueden corresponder a distintos años; la mayoría de los países (el 83%) ofrecieron datos de plantilla correspondientes a los años 2017 o 2018. b) La demora en la disponibilidad y notificación de los datos explica la aparente tendencia descendente de los últimos años. Se espera poder disponer de más datos correspondientes al periodo 2014-2018 manteniendo así la tendencia ascendente en el número de datos sobre el contingente de personal de enfermería.

Fuente: CNPS, 2019.

5.1 Disponibilidad, composición y distribución del personal de enfermería

5.1.1 Resultados principales

- Según los datos procedentes de 191 países, el contingente mundial de personal de enfermería en 2018 es de aproximadamente 28 millones de personas, con un predominio (69%) de enfermeras o enfermeros profesionales.
- Entre 2013 y 2018 hubo un incremento real de 4,7 millones de profesionales de enfermería, incluso después de tener en cuenta la mejora en la disponibilidad y calidad de los datos.
- En 172 países de los que se disponen datos, los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería representan aproximadamente el 59% de todos los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, personal de partería, dentistas y farmacéuticos).
- A nivel mundial, nueve de cada 10 profesionales de la enfermería son mujeres, aunque hay diferencias importantes entre regiones: en la Región de África, la proporción entre mujeres y hombres es de 3:1. En 13 países el número de enfermeros supera al de enfermeras.
- También hay grandes diferencias en la distribución dentro de las regiones. En la Región de las Américas, más de ocho de cada 10 profesionales de enfermería trabajan en tres países (Brasil, Canadá y Estados Unidos), que suman el 57% de la población. En las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental la diferencia en la densidad de profesionales de enfermería en relación con el total de la población se multiplica por 100 entre los distintos países.
- Se espera que uno de cada seis profesionales de enfermería se jubile en los próximos 10 años. En la Región de las Américas este porcentaje es bastante superior (24%), lo que plantea un problema de reposición.

5.1.2 Contingente de personal de enfermería mundial y regional

78. Según indican los datos procedentes de 191 países, hay un contingente mundial de personal de enfermería de casi 28 millones que comprende tanto al sector público como al privado (cuadro 5.1). Esto se traduce en una densidad mundial de 36,9 profesionales por cada 10 000 habitantes. Esta cifra mundial enmascara, no obstante, grandes diferencias entre las regiones.⁶

79. Aunque las Regiones de África y las Américas tienen cifras de población similares, hay casi 10 veces más profesionales de enfermería en la Región de las Américas que en la de África (83,4 frente a 8,7 por cada 10 000 habitantes, respectivamente). Las Regiones del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental son la segunda y tercera regiones con menor densidad (15,6 y 16,5 profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes, respectivamente), y aún así, casi duplican la densidad observada en la Región de África.

6 Véase la sección 5.2 sobre la equidad.

80. Aproximadamente el 81% del personal de enfermería de todo el mundo trabaja en tres Regiones (las Américas, Europa y el Pacífico Occidental), que en conjunto suponen el 51% de la población mundial.
81. Es necesario ser cauto a la hora de comparar esta estimación total de 27,9 millones de enfermeros y enfermeras en 2018 con la que figura en la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud, que calculaba

20,7 millones de profesionales de enfermería y partería (de los cuales 18,8 millones eran profesionales de enfermería) utilizando datos de 2013. Parte del aumento en el número de profesionales de enfermería entre 2013 y 2018 se debe a la mejora en la disponibilidad de los datos (lo que daría cuenta de 4,4 millones de profesionales de enfermería), si bien el incremento real se estima en 4,7 millones (cuadro 5.2), de los cuales 3,6 millones serían enfermeras y enfermeros profesionales,

Cuadro 5.1 Número de profesionales de enfermería a escala mundial y densidad por cada 10 000 habitantes, por regiones de la OMS, 2018

REGIÓN DE LA OMS	Número de países que han presentado datos del personal/total	Número de profesionales de enfermería ^a (millones) (%)	Densidad por cada 10 000 habitantes
África	44/47	0,9 (3%)	8,7
Las Américas	35/35	8,4 (30%)	83,4
Asia Sudoriental	11/11	3,3 (12%)	16,5
Europa	53/53	7,3 (26%)	79,3
Mediterráneo Oriental	21/21	1,1 (4%)	15,6
Pacífico Occidental	27/27	6,9 (25%)	36,0
Mundial	191/194	27,9 (100%)	36,9

^a Se incluyen los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Nota: no se dispone de datos sobre el contingente de personal de enfermería en el Camerún, las Comoras y Sudán del Sur.

Fuente: CNPS 2019. Últimos datos disponibles presentados por los países entre 2013 y 2018. En los países que presentaron datos sobre el volumen de personal entre 2013 y 2017, el recuento de personal se declaró aplicando la densidad más reciente disponible al número de habitantes de 2018 para poder equipararlos a todos con respecto a 2018.

Los tamaños poblacionales por país y año empleados para calcular la densidad de personal se extrajeron de la actualización de 2019 del informe *Perspectivas de la población Mundial* publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (263).

Cuadro 5.2 Variación en el contingente de personal de enfermería debida a la mejora de los datos y a un incremento real entre 2013 y 2018

FUENTE	Contingente de personal de enfermería en 2013		Contingente de personal de enfermería en 2018		Variación debida a un aumento real del contingente (millones)
	Número de países con datos para 2009-2013	Contingente (millones)	Número de países con datos para 2013-2018	Contingente (millones)	
Estimación de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud, 2016	102	18,8 ^a			
Estimación del informe sobre la <i>Situación de la enfermería en el mundo 2020</i>	174	23,2	191	27,9	4,7
Variación debida a la mejora de los datos (millones)		4,4			

^a En la publicación original se incluye al personal de partería: 20,7 millones de profesionales de enfermería y de partería. Ello corresponde a 18,8 millones de profesionales de enfermería cuando se corrige por la proporción de profesionales de enfermería.

Fuente: CNPS 2019.

si se supone una proporción regular entre los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería (figura 5.2).

82. El contingente total de 27,9 millones de profesionales de enfermería notificado en 2018 pone de manifiesto dos tendencias positivas independientes:
- una mejora en la disponibilidad de datos sobre el contingente de enfermería que facilita la interpretación y reevaluación de análisis anteriores;
 - un incremento real en el contingente de personal de enfermería a nivel mundial que se hace eco de la creciente demanda en el mercado laboral y de las inversiones de los Estados Miembros en este colectivo.
83. Cuando se compara el contingente de profesionales de enfermería con el contingente total de médicos, personal de partería, dentistas y farmacéuticos de los 172 países de los que se disponen datos, el colectivo representa una media del 59% de todos los profesionales sanitarios, en un rango que oscila entre el 49% de la Región

del Mediterráneo Oriental y el 68% de la Región del Pacífico Occidental (cuadro 5.3).

84. Sesenta y seis países pudieron notificar datos recientes sobre el contingente de personal sanitario para al menos 10 ocupaciones. Cuando se analiza al personal de enfermería para compararlo con todos los posibles trabajadores sanitarios, el personal de enfermería supone una proporción de entre el 40% y el 50% del personal sanitario.

5.1.3 Composición

85. De los 27,9 millones de profesionales de enfermería que hay en el mundo, 19,3 millones (69%) forman parte de la categoría de profesionales de enfermería (código 2221 de la CIUO) y 6 millones (22%) son profesionales asociados (de nivel medio de enfermería (código 3221 de la CIUO). Esto deja una cifra de 2,6 millones de profesionales (9%) que no están dentro de ninguna categoría, lo que puede reflejar dificultades de armonización entre los sistemas de datos nacionales y los de la CIUO. Esos profesionales son profesionales de enfermería o profesionales asociados de enfermería y en esta categoría no se

Cuadro 5.3 Porcentaje de profesionales de enfermería dentro del total de profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería y partería, dentistas y farmacéuticos), por regiones de la OMS

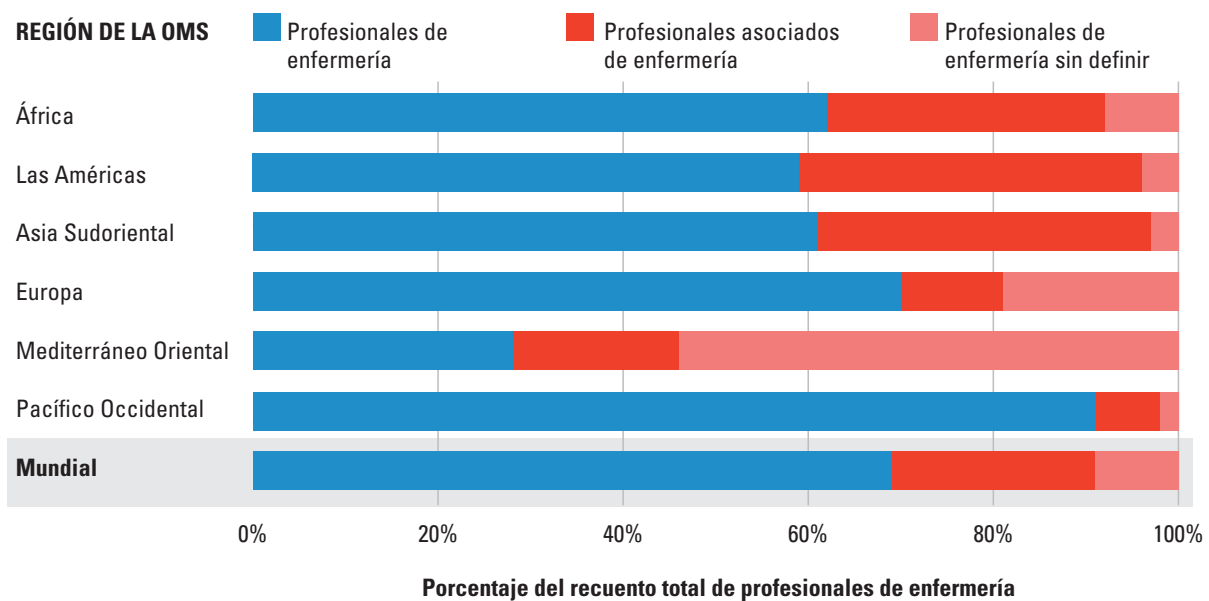
REGIÓN DE LA OMS	Contingente de profesionales de enfermería ^a respecto del contingente de personal sanitario del indicador 3.c.1 de los ODS	
	Número de países informantes/total	Proporción media de profesionales de enfermería
África	45/47	66%
Las Américas	24/35	56%
Asia Sudoriental	11/11	53%
Europa	50/53	57%
Mediterráneo Oriental	20/21	49%
Pacífico Occidental	22/27	68%
Mundial	172/194	59%

^a Se incluyen los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Nota: el indicador 3.c.1 de los ODS es el utilizado para analizar el avance en el objetivo 3.c de los ODS.

Fuente: CNPS 2019.

Figura 5.2 Proporción de profesionales de enfermería dentro de cada categoría ocupacional, por regiones de la OMS



incluye a los auxiliares de enfermería ni a los trabajadores sanitarios auxiliares. Las proporciones relativas de personal de las distintas categorías profesionales varían enormemente dependiendo de la región, como se muestra en la figura 5.2.

aproximadamente nueve de cada 10 profesionales de enfermería son mujeres (89%), aunque hay diferencias significativas entre regiones. La proporción mayor de mujeres se encuentra en la Región del Pacífico Occidental (95%) y la menor (76%) en la de África. Trece países declararon tener más hombres que mujeres en la profesión de enfermería (cuadro 5.4).

5.1.4 Aspectos demográficos del personal de enfermería: distribución por edad y sexo

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

86. Es necesario incorporar la perspectiva de género en las estrategias del personal sanitario para velar por que, en la planificación y gestión del personal sanitario, se lleven a cabo planteamientos con enfoque de género respaldados científicamente. Durante mucho tiempo se han pasado por alto cuestiones como la composición por sexo y el envejecimiento del personal de enfermería por varias razones, entre las que cabe citar la escasez de datos de calidad para la planificación nacional y la comparación a nivel regional y mundial. De los 194 Estados Miembros de la OMS, 132 presentaron datos desglosados por sexo y 106 presentaron datos sobre la edad. En estos 132 países,

DISTRIBUCIÓN POR EDAD

87. Los patrones mundiales demográficos y de envejecimiento de la población y la fuerza de trabajo hacen necesario que en las previsiones se tenga en cuenta la estructura por edades del personal. En muchos países los responsables de planificación se basan en una edad de jubilación de referencia, pero este enfoque tiene limitaciones, dadas las diferencias vigentes en la edad de jubilación entre distintas ocupaciones, sexos y escalafones. Para tener un panorama de la tendencia actual de los datos demográficos del personal de enfermería se han utilizado datos del perfil de edades procedentes de 106 países. La información disponible refleja, en líneas generales, un contingente de enfermería relativamente joven: el 38% del personal de enfermería tienen menos

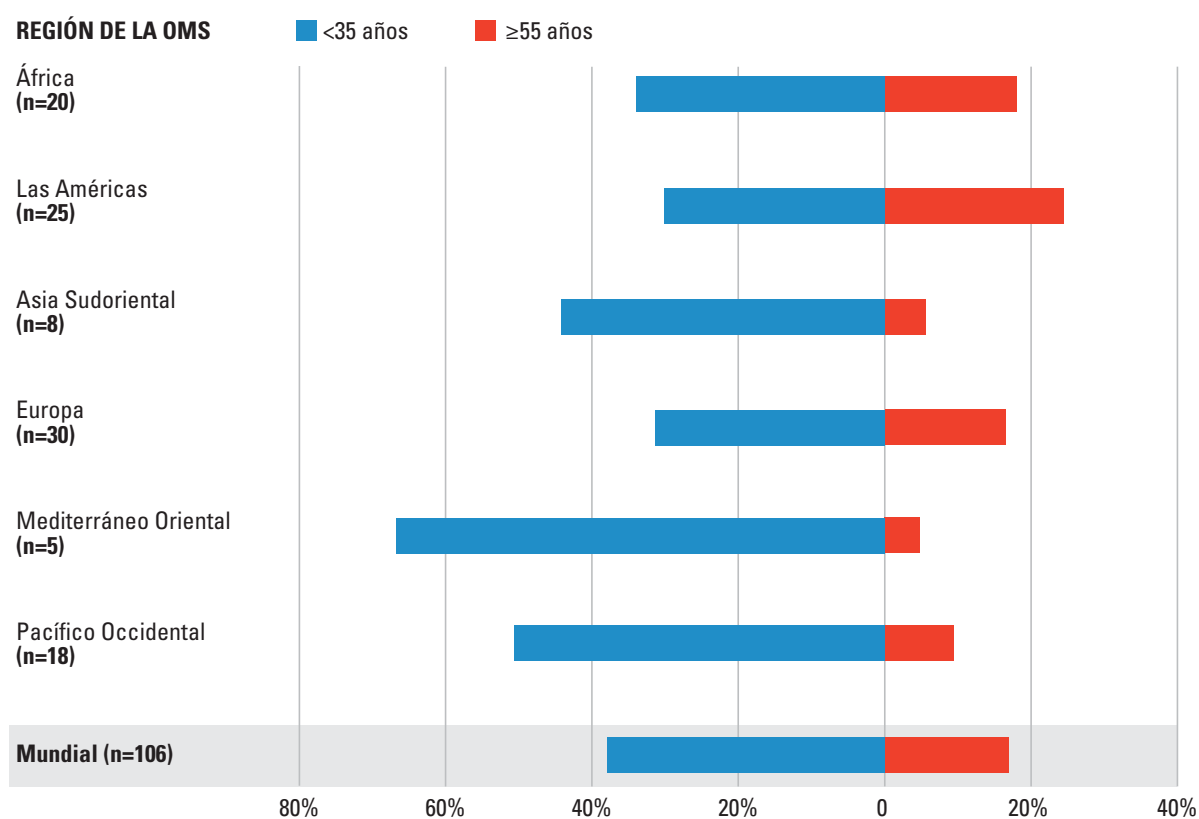
Cuadro 5.4 Porcentaje de personal de enfermería femenino, por regiones de la OMS

REGIÓN DE LA OMS	Número de países informantes/total	% mujeres	% hombres
África	30/47	76%	24%
Las Américas	26/35	87%	13%
Asia Sudoriental	9/11	89%	11%
Europa	32/53	89%	11%
Mediterráneo Oriental	11/21	78%	22%
Pacífico Occidental	24/27	95%	5%
Mundial	132/194	89%	11%

Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Fuente: CNPS 2019. Últimos datos disponibles del recuento de personal presentados por los países entre 2013 y 2018.

Figura 5.3 Porcentaje de profesionales de enfermería con menos de 35 años y 55 años o más, por regiones de la OMS



Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

de 35 años⁷ frente al 17% que tienen 55 años o más (se tiene en cuenta que las personas de este grupo se jubilarán en la próxima década) (figura 5.3). No obstante, las diferencias entre las regiones son importantes: en la Región del Mediterráneo Oriental hay 14 profesionales de enfermería jóvenes por cada uno que se acerca a la edad de jubilación; en cambio en las Américas esta proporción es 1,2:1, y en Europa y África es 1,9:1, lo que indica un fondo de reemplazo mucho menor.

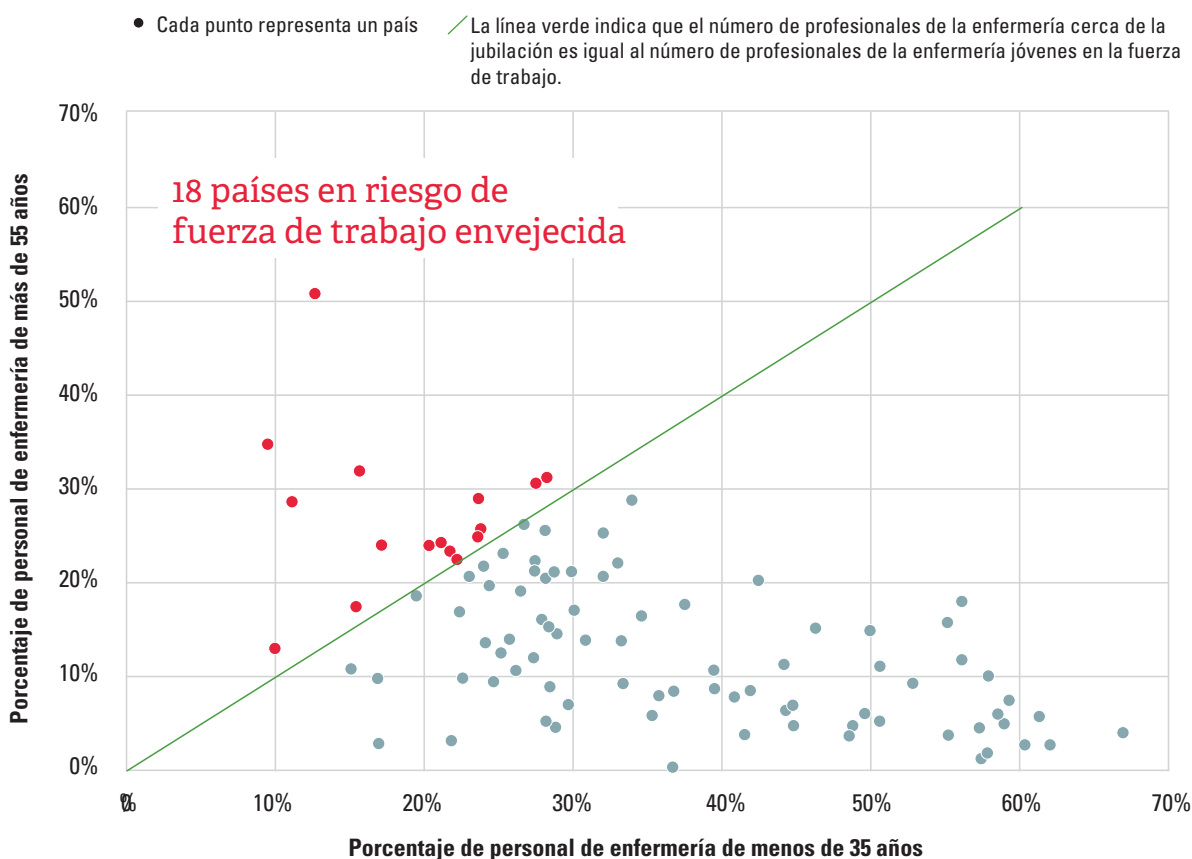
88. Dado que el 17% del personal de enfermería a nivel mundial tiene 55 años o más (con lo que se espera que se jubilen en los próximos 10 años), en la próxima década se tendrá que formar y emplear a 4,7 millones de nuevos profesionales de enfermería para mantener la situación actual. Se necesitarán todavía más para poder seguir el ritmo del crecimiento

demográfico y eliminar la escasez de personal de enfermería (véase la sección 5.8).

En la figura 5.4 se presenta la proporción entre el personal de enfermería joven y el de mayor edad para ilustrar el envejecimiento de este colectivo. Algunos países cuentan con una proporción elevada de personal de enfermería joven, pero otros apenas consiguen el equilibrio (misma proporción de personal con menos de 35 años que mayor de 55 años, como lo refleja la línea verde de la figura 5.4), y 18 países (uno de cada seis de los que se disponen datos) se enfrentan a una situación especialmente complicada, ya que cuentan con una fuerza de trabajo envejecida con menos personal de enfermería joven que cercano a la edad de jubilación.

7 Aquí denominado personal joven.

Figura 5.4 Proporción relativa entre el personal de enfermería de más de 55 años y el de menos de 35 años



Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería de 106 países con datos desglosados por edad.
Fuente: CNPS 2019. Últimos datos disponibles del recuento de personal presentados por los países entre 2013 y 2018.

5.2 Equidad en la disponibilidad y acceso a la fuerza de trabajo del personal de enfermería

5.2.1 Resultados principales

- Alrededor del 81% del personal mundial de enfermería se encuentra en las Regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental, que suponen el 51% de la población mundial.
- Los países con una densidad baja de profesionales de la enfermería se encuentran mayoritariamente en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, y en algunas partes de América Latina.
- Las desigualdades a nivel mundial en disponibilidad de personal de enfermería vienen determinadas en gran parte por los ingresos; en los países de ingresos bajos, la densidad de personal de enfermería es de 9,1 profesionales por cada 10 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos esa proporción sube a 107,7 por cada 10 000 habitantes.
- Dentro de los países también existen disparidades importantes: en 35 países con datos desglosados por zonas rurales y urbanas, el 36% del personal de enfermería se concentra en las zonas rurales, donde vive el 49% de la población. En 76 países que disponen de datos, el 75% del personal de enfermería trabaja en el sector público y el 25% restante en el sector privado.

90. Para conseguir una cobertura sanitaria universal es necesario combatir las desigualdades demográficas, geográficas y de capacitación en la disponibilidad y acceso al personal sanitario.

5.2.2 Equidad en las distintas regiones

91. En la figura 5.5 se muestran las diferencias mundiales en densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes. Las brechas más grandes se concentran en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, y en algunos países de América Latina.

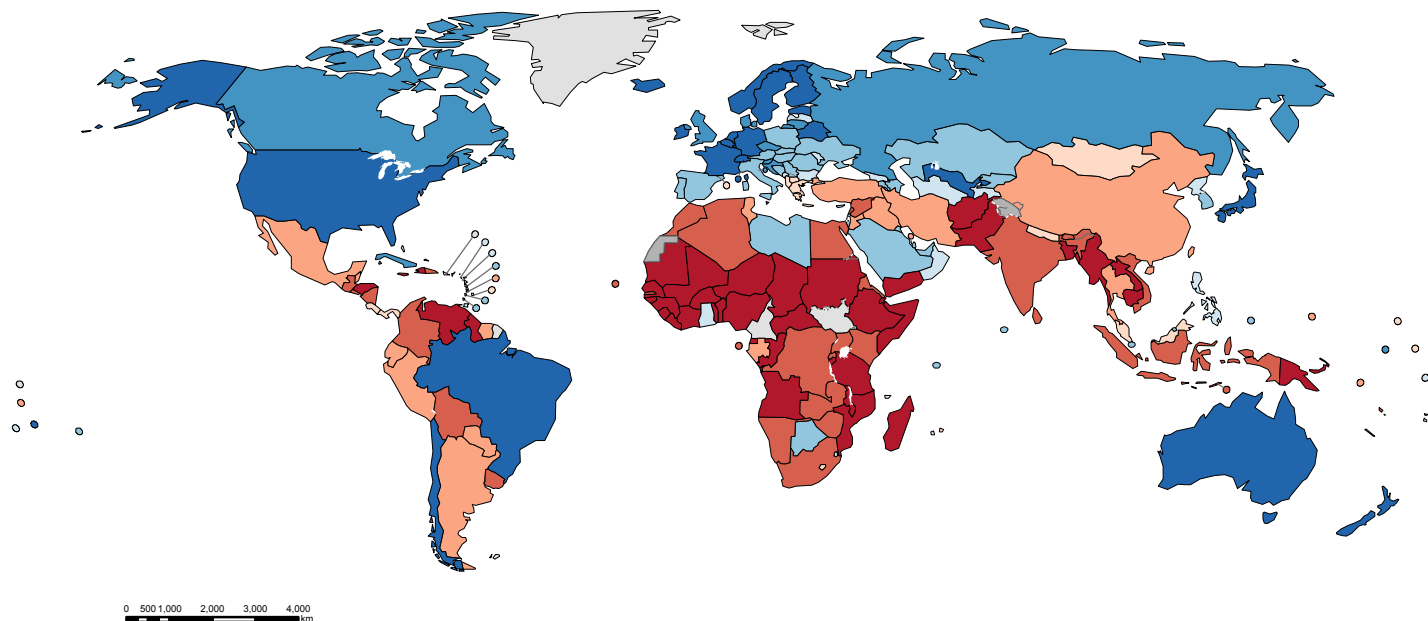
5.2.3 Equidad en la disponibilidad de personal de enfermería dentro de las regiones

92. En la figura 5.6 se reflejan las diferencias en la densidad de personal de enfermería dentro de las regiones; cada punto representa un país. Todas las regiones presentan

variaciones importantes en la densidad de personal de enfermería, pero la disparidad es mayor en el Mediterráneo Oriental, con una razón de 100 a 1. Asimismo, en la Región de las Américas unos pocos países grandes cuentan con densidades altas de personal de enfermería mientras que la mayoría del resto de países presentan densidades bajas: el 87% del personal de enfermería de esta región se encuentra en el Brasil, el Canadá y los Estados Unidos de América, que engloban en torno al 57% de la población. En la Región de Europa se observan las diferencias de densidad más bajas —10 a 1—. En la parte inferior de la columna se agrupan los países de la Región de África; esto significa que solo unos pocos países africanos tienen una densidad de profesionales de la enfermería superior a 25 por cada 10 000 habitantes. En las Regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental se aprecian pautas similares. La varianza de la densidad se ve influida en gran medida por el nivel de ingresos, observándose diferencias de

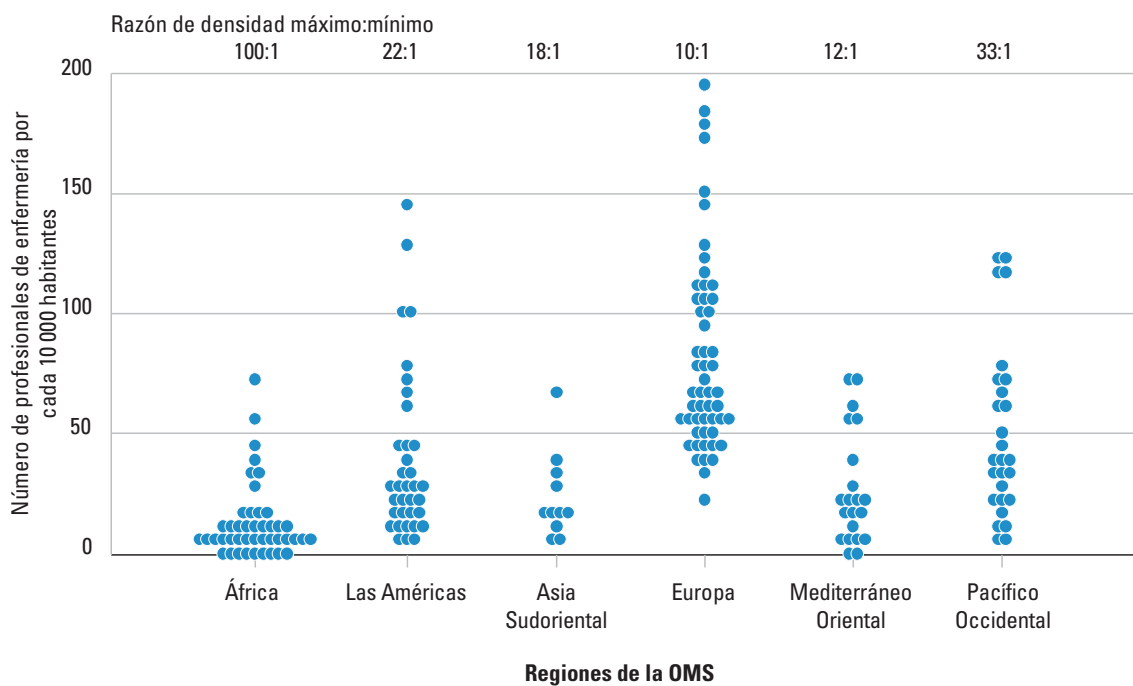
Figura 5.5 Densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes en 2018

■ < 10
 ■ 10 a 19
 ■ 20 a 29
 ■ 30 a 39
 ■ 40 a 49
 ■ 50 a 74
 ■ 75 a 99
 ■ 100 +
■ no aplicable
■ no se ha notificado



Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.
Fuente: CNPS 2019. Últimos datos disponibles para el periodo 2013-2018.

Figura 5.6 Disparidades regionales en la densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes (2018)



Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.
Fuente: CNPS 2019. Últimos datos disponibles del recuento de personal presentados por los países entre 2013 y 2018.

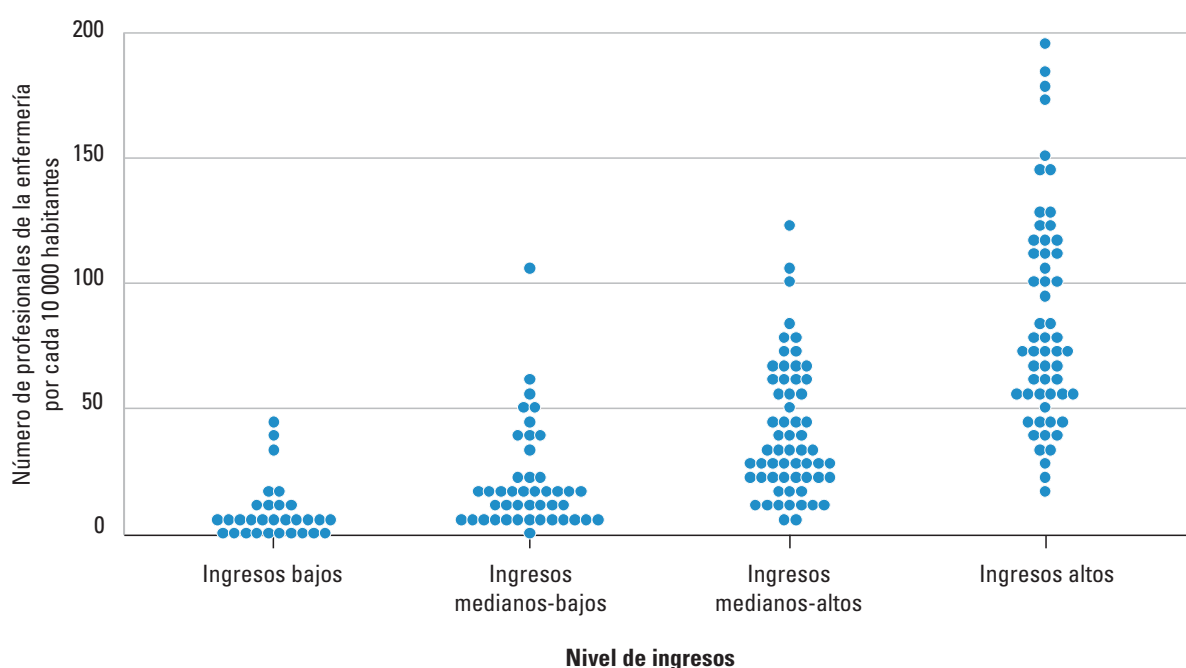
9,1 frente a 107,7 profesionales de la enfermería por cada 10 000 habitantes en países con ingresos bajos y altos, respectivamente (cuadro 5.5 y figura 5.7).

93. Al examinar los 46 países clasificados como los menos desarrollados por el Comité de Políticas de Desarrollo de las Naciones Unidas en diciembre de 2018 se observa que la densidad de personal de enfermería

es de 6,4 por cada 10 000 habitantes, cifra seis veces inferior a la media de otros países y mucho menor que la media de los países de ingresos bajos. Según el Índice de Estados frágiles, la gran mayoría de estos países son también considerados como vulnerables (pertenecientes a las categorías «alta alerta» o «alerta»)⁸. En el recuadro 5.1 se presenta más información sobre la equidad dentro de los países.

⁸ Países con un Índice de Estados frágiles de 80+. Fuente: <https://fragilestatesindex.org/>.

Figura 5.7 Densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes, por grupo de ingresos (2018)



Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Fuente: CNPS 2019. Últimos datos disponibles del recuento del personal de enfermería presentados por los países entre 2013 y 2018. La agrupación por ingresos está extraída de la clasificación del Banco Mundial para 2018.

Cuadro 5.5 Densidad de personal de enfermería por grupo de ingresos (2018)

GRUPO DE INGRESOS	Número de países informantes/total	Densidad por cada 10 000 habitantes			Razón mayor a menor
		General	Baja	Alta	
Ingresos bajos	30/31	9,1	0,6	42,0	68:1
Ingresos medianos-bajos	44/46	16,7	1,8	104,6	57:1
Ingresos medianos-altos	60/60	35,6	5,0	124,2	25:1
Ingresos altos	57/57	107,7	19,4	196,1	10:1
Mundial	191/194	36,9	0,6	196,1	319:1

Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

Fuente: CNPS 2019. Últimos datos disponibles sobre el contingente de personal notificados por los países entre 2013 y 2018.

No se dispone de la clasificación por grupo de ingresos de las Islas Cook ni de Niue, por lo que se clasificaron como países de ingresos medianos-altos al igual que otros países de la misma zona. La agrupación por ingresos está extraída de la clasificación del Banco Mundial para 2018.

Recuadro 5.1 Equidad dentro de los países

Disponibilidad de personal de enfermería en las zonas rurales

La distribución del personal de enfermería dentro de los países es igualmente importante en relación con la equidad en el acceso. Un total de 35 países (mayoritariamente en América Latina y África)⁹ presentaron datos sobre la proporción del personal de enfermería en las zonas rurales. En esos países, alrededor del 36% del personal de enfermería trabaja en zonas rurales, en las que reside el 50% de la población.

Disponibilidad de personal de enfermería en los sectores público y privado

Otra de las posibles fuentes de desigualdad entre países es la distribución en los sectores público y privado. En 76 países que han presentado datos, una media del 75% del personal de enfermería trabaja en el sector público y la variabilidad entre regiones es relativamente baja.

⁹ Antigua y Barbuda, Belice, Brasil, Brunei Darussalam, Camboya, Ecuador, Egipto, El Salvador, Eswatini, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Guyana, Honduras, Islandia, Islas Marshall, Kenya, Madagascar, Mongolia, Myanmar, Pakistán, Paraguay, Perú, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Samoa, Serbia, Sierra Leona, Uganda.

5.3 Migración y movilidad internacional del personal de enfermería

5.3.1 Resultados principales

- Según los datos de 86 países, uno de cada ocho profesionales de la enfermería (13%) ha nacido o se ha formado en un país distinto a donde ejerce la profesión.
- Entre los países que presentaron datos se aprecia una dependencia importante de profesionales de la enfermería extranjeros en países con ingresos altos, donde se notificó que el 15,2% del personal de enfermería había nacido o se había formado en otro país.
- A pesar de haber mejorado la disponibilidad, los datos sobre migración y movilidad son todavía insuficientes para permitir un análisis minucioso de la complejidad de los patrones migratorios.

5.3.2 Problemas en el cálculo de la movilidad internacional del personal de enfermería

94. Las tendencias demográficas, epidemiológicas, económicas y sanitarias han conducido en las últimas décadas a una aceleración de la movilidad internacional de los trabajadores sanitarios, que se espera que aumente (18). El Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010 es un instrumento jurídico internacional determinante para reforzar la gestión ética de la movilidad internacional del personal sanitario.
95. El desplazamiento de trabajadores sanitarios desde países de ingresos bajos a otros de ingresos altos es un hecho conocido y debatido desde hace tiempo. Sin embargo, los datos para guiar decisiones políticas se ha limitado en gran medida a determinados países de ingresos altos. Las recientes mejoras en la disponibilidad de los datos, especialmente a través del sistema de las CNPS, sugieren una diferencia menos clara de lo que se pensaba entre los países de

origen (del Sur global) y los de destino (del Norte global).

96. Desde 2018, 86 países en total habían aportado datos sobre la proporción de profesionales de enfermería nacidos o formados en un país extranjero como indicador indirecto de la magnitud del fenómeno migratorio (cuadro 5.6), a través de los sistemas de notificación de datos de las CNPS y la OCDE, Eurostat y la Oficina Regional de la OMS para Europa. Dentro de los países informantes, uno de cada ocho profesionales de enfermería (13%) había nacido o se había formado en un país distinto a donde trabajaba en ese momento. Si se aplica esta proporción al contingente de personal de enfermería, se obtiene una proporción estimada de 3,7 millones de enfermeras y enfermeros en todo el mundo que han nacido o se han formado en un país distinto al suyo. Los profesionales de enfermería que han nacido o se han formado en un país extranjero se encuentran principalmente en los países de ingresos altos, donde hay una proporción del 15,2%, frente a menos del 2% en los países de otros grupos de ingresos.

Cuadro 5.6 Porcentaje de personal de enfermería nacido (o formado) en el extranjero, por grupo de ingresos

GRUPO DE INGRESOS	Número de países informantes/total	% de personal de enfermería nacido o formado en el extranjero
Ingresos bajos	3/31	NN
Ingresos medianos-bajos	18/46	0,4%
Ingresos medianos-altos	27/60	0,7%
Ingresos altos	38/57	15,2%
Total	86/194	13,2%

Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería. «Formado en el extranjero» se utilizó como indicador indirecto para 30 países que no pudieron aportar datos sobre el porcentaje de personal de enfermería nacido en un país extranjero.

Fuente: CNPS 2019. Últimos datos disponibles sobre el contingente presentados por los países entre 2013 y 2018. La agrupación por ingresos está extraída de la clasificación del Banco Mundial para 2018.

NN = No se ha notificado debido al reducido número de países.

© Ian Miles-Flashpoint Pictures/Alamy



5.4 Reglamentación de la formación y el ejercicio de la enfermería

5.4.1 Resultados principales

- Casi todos los países presentaron información vinculada a indicadores sobre la formación en enfermería, y más del 50% de los países respondieron afirmativamente a los nueve indicadores relacionados.
- En las Regiones de África, las Américas y Europa se informó de una elevada existencia de mecanismos y procesos reguladores.
- Se presta más atención a la reglamentación de los contenidos de la formación (como normas sobre duración y contenido o mecanismos de acreditación de la institución educativa) que al liderazgo y gobernanza de la formación.
- El sistema de formación en enfermería parece estar más regulado en la Región de Europa y menos en las Regiones de Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, sobre todo en relación con el examen de aptitud para la práctica profesional y las normas sobre la calificación del profesorado.

5.4.2 Análisis de los resultados

97. En la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 se incluye una meta importante para el año 2020 al establecer que los países deberían contar con mecanismos de reglamentación y acreditación para la formación del personal sanitario. En la presente sección se resume la información notificada por los países sobre nueve indicadores relacionados con la reglamentación de la formación teórica y práctica de la enfermería (figura 5.8).
98. La gran mayoría de los países declararon que contaban con normas sobre la duración y el contenido de la formación en enfermería, mecanismos de acreditación para instituciones de enseñanza y una lista principal de instituciones acreditadas de enseñanza (91%, 89% y 81% de los países que respondieron, respectivamente). El 77% de los países informantes señalaron que contaban con normas sobre la

calificación del profesorado y el 73% con sistemas de desarrollo profesional continuo. Aproximadamente dos tercios de los países informantes tenían normas sobre educación interprofesional, exámenes de aptitud para la práctica profesional y una asociación internacional para estudiantes pregraduados (67%, 64% y 62% respectivamente). El 53% de los 95 países informantes declararon tener funciones especializadas de enfermería. Ahora bien, la existencia de estos procesos o sistemas de reglamentación no implica necesariamente que funcionen de forma correcta.

99. En el cuadro 5.7 se muestran datos sobre la existencia de mecanismos regulatorios y sistemas de formación teórica y práctica en las distintas regiones de la OMS. Los países de las Regiones de África, las Américas y Europa declararon con mayor frecuencia que los de otras regiones la existencia de reglamentación sobre formación. Los países de la Región del Mediterráneo Oriental declararon contar

Figura 5.8 Porcentaje de países notificantes que declararon contar con normas y reglamentación sobre enfermería



Cuadro 5.7 Porcentaje de países informantes que declaran contar con reglamentación sobre formación teórica y práctica en enfermería, por región de la OMS

REGIÓN DE LA OMS	Lista principal de instituciones de educación acreditadas	Normas sobre duración y contenido de la educación	Mecanismos de acreditación para instituciones de educación	Normas sobre formación interprofesional	Desarrollo profesional continuo	Existencia de funciones especializadas de enfermería	Examen de aptitud para la práctica profesional	Normas sobre la calificación del profesorado	Asociación nacional de estudiantes de enfermería pregraduados
África	91%	100%	90%	81%	68%	74%	68%	78%	66%
Las Américas	77%	91%	94%	49%	71%	55%	57%	75%	91%
Asia Sudoriental	69%	85%	78%	60%	61%	75%	72%	64%	38%
Europa	85%	94%	98%	87%	91%	30%	64%	94%	67%
Mediterráneo Oriental	80%	80%	70%	20%	50%	50%	70%	80%	30%
Pacífico Occidental	70%	77%	78%	52%	63%	52%	56%	71%	35%
Mundial	81%	91%	89%	67%	73%	53%	64%	77%	62%

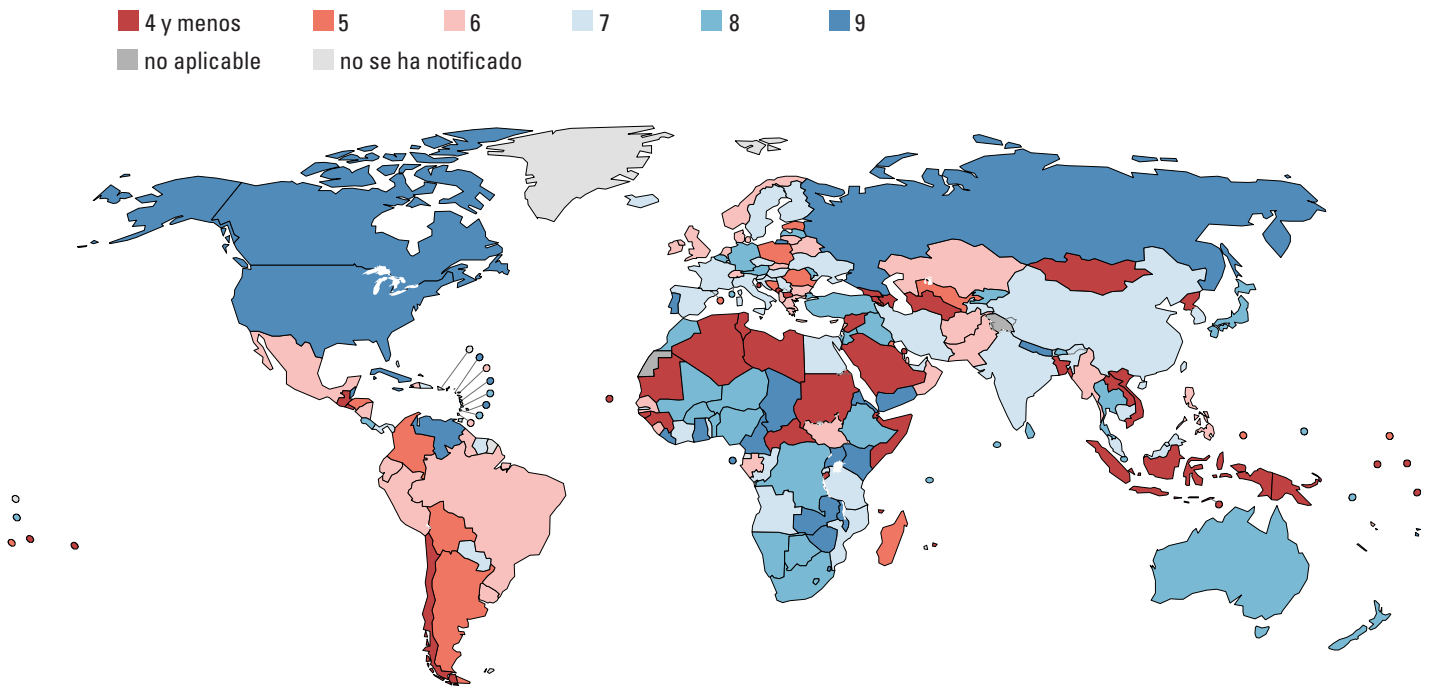
Fuente: CNPS 2019 e indicadores específicos del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* para los últimos tres factores. Últimos datos disponibles presentados por los países entre 2013 y 2018.

con mayor disponibilidad para la realización de exámenes de aptitud para la práctica profesional y la existencia de funciones especializadas de enfermería. Hubo menos países en Asia Sudoriental, en comparación con otras regiones, que declararon tener sistemas de desarrollo profesional continuo, asociaciones nacionales de estudiantes pregraduados o normativas sobre formación interdisciplinaria. Estas diferencias entre regiones pueden, hasta cierto punto, reflejar diferentes interpretaciones de estos indicadores.

100. Se utilizaron datos de los nueve indicadores para obtener una puntuación compuesta sobre la «reglamentación de la formación teórica y el ejercicio de la enfermería» para cada país (véase el anexo 2). Cada indicador

podría puntuarse entre 0 (ausencia) y 1 (presencia), y el parcial tendría un valor de 0,5; a las respuestas ausentes se les dio un valor de 0. Estas puntuaciones se sumaron hasta un máximo de 9. Como en el análisis se considera implícitamente que las respuestas ausentes para un indicador puntúan 0, se llevó a cabo un análisis de sensibilidad para estudiar qué implicaciones tendría clasificar los valores ausentes de otra forma, y esta medida no alteró la interpretación de los resultados. En la figura 5.9 se reafirma la conclusión de que la declaración de la existencia de mecanismos de reglamentación analizados en el presente informe apunta a que en América del Norte, Europa occidental y el África subsahariana existe un entorno regulatorio en materia de formación algo más sólido.

Figura 5.9 Mapa de puntuaciones de la reglamentación sobre formación en enfermería, por país



Nota: Combinando preguntas sobre competencias educativas, puntuación bruta de 0 a 9
Fuente: CNPS 2019.

5.5 Formación y oferta laboral de personal de enfermería

5.5.1 Resultados principales

- Un total de 88 países, principalmente de Asia Sudoriental y Europa, aportaron datos sobre el número de graduados del personal de enfermería por año.
- Las regiones con menor densidad de personal de enfermería (África, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental) también presentaban las tasas de graduados más bajas (7,7, 7,1 y 12,2 por cada 100 000 habitantes, respectivamente).
- Con respecto al número de habitantes, la Región de las Américas presentaba un número de graduados 10 veces mayor que en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental.
- La duración media de la formación del personal de enfermería en el 75% de los países de las Regiones de África y el Pacífico Occidental que aportaron datos era de dos a tres años, y entre cuatro y cinco en más de la mitad de los países de las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Mediterráneo Oriental.

5.5.2 Cadena de abastecimiento educativa

101. Para poder adaptarse a las demandas actuales de los sistemas de salud, anticiparse a las futuras y satisfacer las necesidades nacionales y subnacionales se necesita una inversión importante en formación teórica y práctica.
102. Para evaluar la idoneidad de la cadena de abastecimiento educativa se pidió a los países que proporcionaran el número de graduados en enfermería del último año del que tuvieran datos. En total, 88 países aportaron datos sobre este indicador, de los que casi la mitad (41) eran europeos. Las cifras «totales» que figuran en el cuadro 5.8 se deben interpretar con mucha cautela ya que están sesgadas por los datos del Sudeste Asiático y Europa, y no son representativas de la situación de otras regiones.
103. Al igual que ocurre con la densidad de personal de enfermería, el nivel de ingresos

fue un factor asociado a un número mayor de graduados por cada 100 000 habitantes.

104. Si se hiciera una simulación basada en los datos disponibles y aplicando a la población mundial una densidad general de 22,6 graduados por cada 100 000 habitantes, el resultado sería una estimación de 1,72 millones de graduados en enfermería por año. Este análisis debe verse como una mera representación, puesto que se deriva de un número reducido de países de cada región, a excepción de Europa. Ahora bien, los datos, aunque limitados en cobertura, no mostraron una gran diferencia en la razón de graduados respecto al contingente de personal de enfermería. Además, estos resultados estimados sobre el contingente de personal se compararon con la proporción del grupo de edad de menos de 35 años, que es a grandes rasgos el personal que comenzó a trabajar en los 10 años anteriores. Si se utiliza una décima parte de esta categoría más joven como indicador indirecto del contingente que entra en el mercado anualmente, coincidiría con una reserva

Cuadro 5.8 Producción de graduados en enfermería, por región de la OMS y grupo de ingresos

POR REGIÓN DE LA OMS	Número de países informantes/total	Promedio de graduados en enfermería por cada 100 profesionales en activo			Número de graduados por cada 100 000 habitantes
		General	Bajos	Altos	
África	14/47	8,8	2,8	23,7	7,7
Las Américas	14/35	9,8	0,8	30,8	81,2
Asia Sudoriental	8/11	7,5	3,9	13,8	12,2
Europa	41/53	4,0	1,0	31,9	31,9
Mediterráneo Oriental	5/21	4,6	0,6	16,5	7,1
Pacífico Occidental	6/27	5,7	3,4	12,0	20,6
POR GRUPO DE INGRESOS					
Ingresos bajos	8/31	13,8	4,1	31,9	10,4
Ingresos medianos-bajos	15/46	7,7	2,8	13,8	12,8
Ingresos medianos-altos	26/60	6,4	0,6	30,8	22,7
Ingresos altos	40/57	3,6	1,5	7,6	38,7
Total	88/194	6,2	0,6	31,9	22,6

Fuente: CNPS 2019. La agrupación por ingresos está extraída de la clasificación del Banco Mundial para 2018.



© OMS/Yoshi Shimizu

de 1,06 millones de profesionales en comparación con la estimación actual de 1,7 millones de graduados. Como no todos los trabajadores están empleados, esta cifra parece verosímil en términos de magnitud.

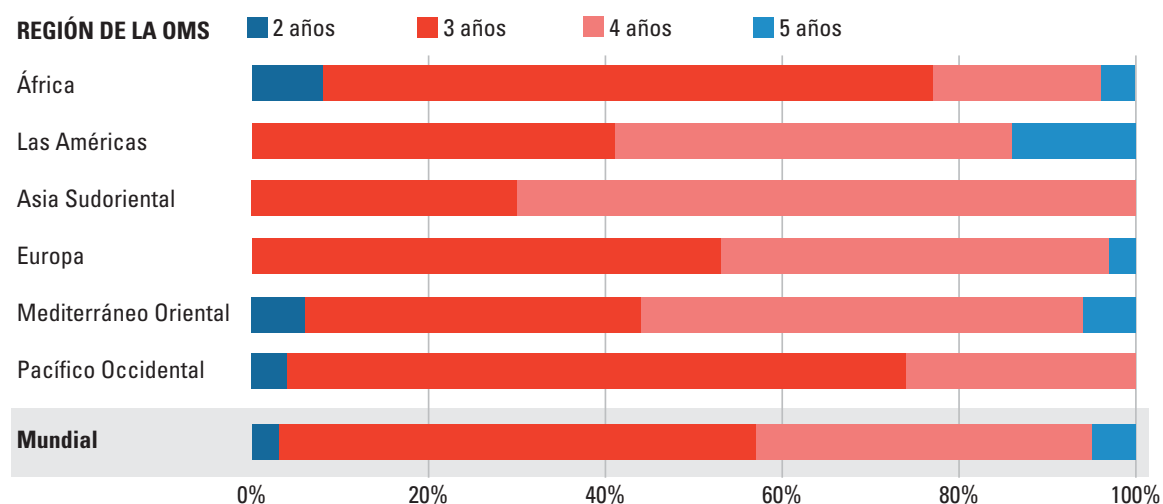
Occidental tres cuartas partes de los países aproximadamente tienen programas de tres años de duración, y en la región de Asia Sudoriental esta misma proporción de países tienen programas de cuatro años.

5.5.3 Duración de la formación previa al empleo

105. Se recogieron datos sobre la duración de los programas de formación en enfermería previa al empleo en 157 países a partir de diversas fuentes. Algunos de estos países, principalmente en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, cuentan con programas de dos años de duración, mientras que en la mayoría de los países de todas las regiones la duración de los programas es de tres o cuatro años; los de cinco son poco frecuentes en general (figura 5.10). En las Regiones de África y el Pacífico

106. En una era de expansión de las competencias en el ejercicio de la profesión, es importante tener en cuenta la formación en la enfermería (no solo la previa al empleo) y las distintas vías de inscripción a través de itinerarios de acceso directo (con requisitos previamente definidos). La notificación de la duración del programa de formación previa al empleo se ve afectada por estas limitaciones inherentes que hacen que los datos presentados tengan menos capacidad de describir la rica variedad de la formación en enfermería a nivel mundial, especialmente para las funciones especializadas.

Figura 5.10 Duración media (en años) de la formación en enfermería, por regiones de la OMS



Fuente: CNPS 2019 para 99 países y base de datos Sigma para 58 países. Últimos datos disponibles presentados por los países entre 2013 y 2018.

5.6 Reglamentación del empleo y las condiciones de trabajo

5.6.1 Resultados principales

- Las Regiones de África, las Américas, Europa y el Mediterráneo Oriental declararon niveles elevados de existencia de mecanismos reguladores relacionados con las condiciones de trabajo del personal de enfermería.
- Algunos países, principalmente en las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, pero también en África y América del Sur, notificaron niveles menores de estas regulaciones.
- Poco más de un tercio de los países (37%), sobre todo en las Regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, declararon haber aplicado medidas para la prevención de ataques a los trabajadores sanitarios.
- En países con baja densidad de médicos es más frecuente la existencia de personal de enfermería con funciones especializadas (declarada por el 53% de los 95 países informantes), lo que indica que conceder mayor autonomía profesional al personal de enfermería podría ser una respuesta política para paliar la escasez de médicos.

5.6.2 Análisis de los resultados

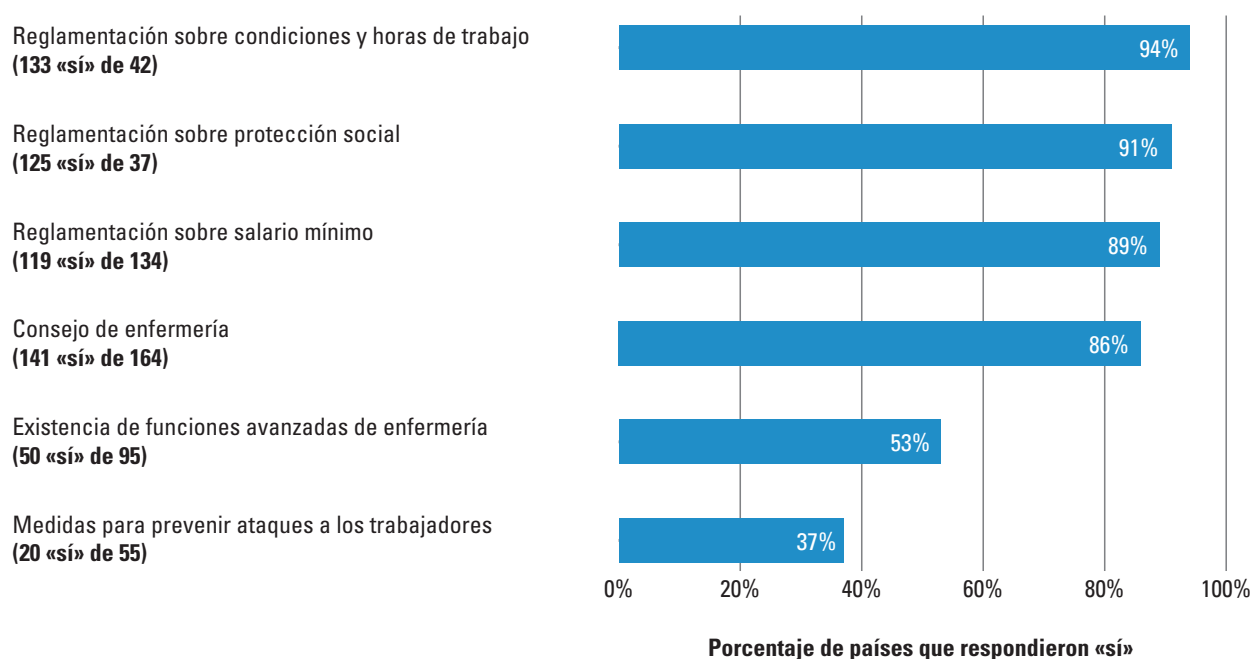
107. Las características y las condiciones laborales son los principales elementos que determinan la atracción del empleo, el rendimiento y la productividad, así como la fidelización del personal sanitario. La Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 exige defender «los derechos personales, laborales y profesionales de todo el personal de salud, en particular los entornos de trabajo seguros y dignos, y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación, coacciones ni violencia». Para evaluar esta dimensión se analizaron seis indicadores relacionados con la reglamentación de las características y las condiciones laborales (figura 5.11). Cabe señalar que tres de los indicadores (reglamentación sobre horarios y condiciones de trabajo, consejo de enfermería y existencia de funciones especializadas de enfermería) son específicos de la enfermería, mientras

que el resto se aplican a los trabajadores sanitarios en general, incluido el personal de enfermería.

108. De los países que respondieron, más del 80% declararon tener reglamentación sobre horarios y condiciones de trabajo, protección social y salario mínimo, así como un consejo de enfermería o institución equivalente, pero un porcentaje menor (53%) contaban con funciones especializadas de enfermería. Un total de 55 países respondieron al indicador sobre la existencia de medidas para prevenir ataques contra el personal sanitario, de los cuales, poco más de un tercio (37%) confirmaron que estas medidas estaban en vigor.

109. En el cuadro 5.9 se muestra que los países de la Región del Mediterráneo Oriental declararon tener un número mayor de las reglamentaciones laborales para el personal de enfermería analizadas en este informe: más del 70% de los países respondieron

Figura 5.11 Porcentaje de países con disposiciones reglamentarias vigentes sobre condiciones del trabajo



Fuente: CNPS 2019.

Cuadro 5.9 Porcentaje de países informantes que declaran contar con reglamentación sobre condiciones de trabajo en enfermería, por región de la OMS

REGIÓN DE LA OMS	Reglamentación sobre condiciones y horas de trabajo	Reglamentación sobre salario mínimo	Reglamentación sobre protección social	Medidas para prevenir ataques a los trabajadores sanitarios	Existencia de funciones avanzadas de enfermería	Consejo de enfermería
África	90%	90%	85%	41%	74%	78%
Las Américas	97%	85%	94%	37%	55%	91%
Asia Sudoriental	75%	50%	50%	67%	50%	80%
Europa	98%	92%	100%	26%	30%	96%
Mediterráneo Oriental	85%	100%	92%	73%	75%	85%
Pacífico Occidental	100%	86%	57%	30%	52%	78%
Mundial	94%	89%	91%	37%	53%	86%

Fuente: CNPS 2019 e indicadores específicos del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, para el último factor. Últimos datos disponibles presentados por los países entre 2013 y 2018.

afirmativamente a los seis indicadores. Las Regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental fueron las dos únicas en las que la mayoría de los países declararon contar con medidas para prevenir ataques al personal sanitario, hecho que probablemente refleje la incidencia relativamente alta de dichos ataques en estas regiones.¹⁰ Las Regiones de África, las Américas y Europa también respondieron afirmativamente a la mayoría de los indicadores analizados; sin embargo, solo el 30% de los países europeos que respondieron declararon contar con funciones especializadas de enfermería y el 26% comunicaron que tenían medidas vigentes para prevenir ataques a los trabajadores sanitarios.

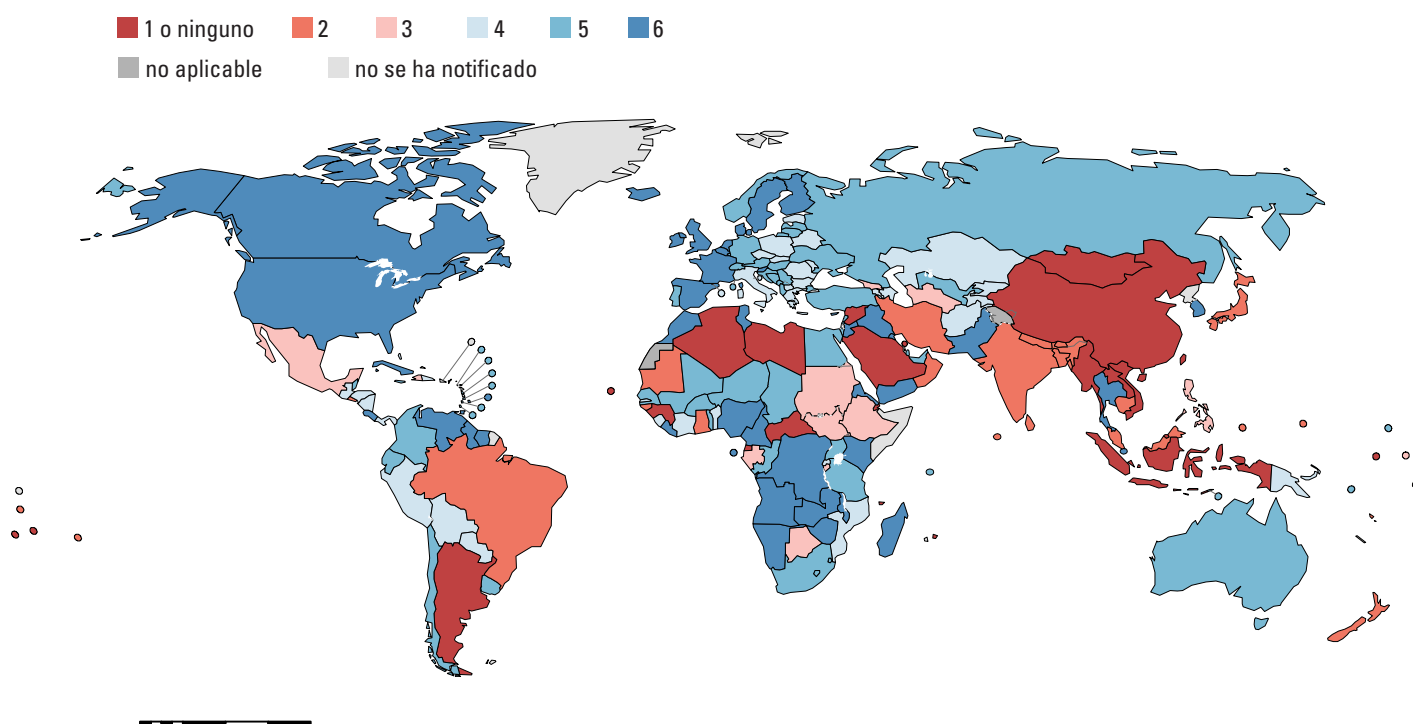
o equivalente. Ahora bien, también comunicaron niveles menores en los otros tres mecanismos de reglamentación. La Región de Asia Sudoriental comunicó la tasa más baja de respuestas afirmativas a los indicadores que analizan el entorno regulatorio, aunque la mitad de los países de esta región respondieron afirmativamente a los seis indicadores. Como ya se señaló en la sección 5.4, estas diferencias regionales pueden reflejar hasta cierto punto que hay diferentes formas de interpretar el significado de estos indicadores, y también las diferencias en las tasas de notificación entre regiones. Los datos recopilados no proporcionan información sobre la idoneidad de las reglamentaciones o el grado de aplicación de las disposiciones pertinentes.

110. En la Región del Pacífico Occidental, una gran proporción de países señalaron que cuentan con reglamentación sobre condiciones y horas de trabajo, salario mínimo y un consejo de enfermería

111. Se utilizaron datos de los seis indicadores para obtener una puntuación compuesta sobre la «reglamentación sobre condiciones del trabajo» para cada país, empleando una metodología similar a la utilizada en la

10 Sistema de vigilancia de ataques a la asistencia de salud: <https://publicspace.who.int/sites/ssa/SitePages/PublicDashboard.aspx>.

Figura 5.12 Mapa de puntuación de la reglamentación sobre condiciones de trabajo

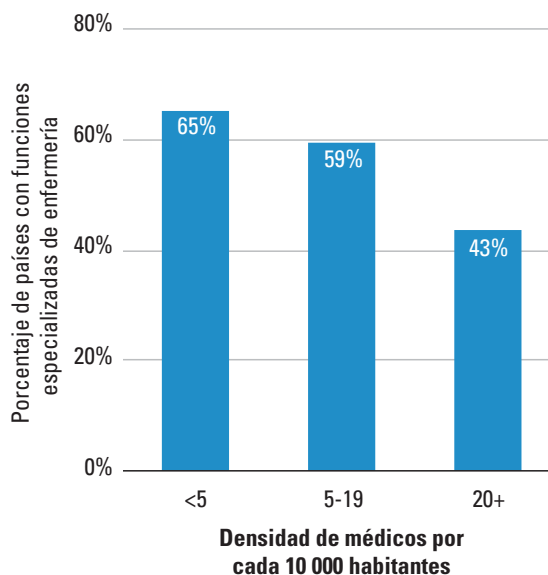


Nota: combinando preguntas sobre competencias en condiciones laborales; puntuación bruta de 0 a 6.
Fuente: CNPS 2019.

sección 5.4 y con los métodos descritos en el anexo 2. En la figura 5.12 se refuerza la conclusión de que, al igual que ocurrió con el sistema educativo analizado en la sección 5.4, se declaró que el entorno regulatorio era relativamente más sólido en América del Norte, el África subsahariana y la Región de Europa.

112. Se ha constatado que las funciones especializadas de enfermería son más frecuentes en países con menor densidad de médicos, como se muestra en la figura 5.13.

Figura 5.13 Porcentaje de países con funciones especializadas de enfermería por nivel de densidad de médicos, por cada 10 000 habitantes



Fuente: CNPS 2019.



© AKDN/Christopher Wilton-Steer

5.7 Gobernanza y liderazgo

5.7.1 Resultados principales

- De los 115 y 76 países que respondieron, respectivamente, el 71% declaró contar con un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería y/o partería y el 53%, programas de desarrollo del liderazgo en la enfermería, respectivamente.
- Tanto la presencia de un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería como la existencia de programas de desarrollo del liderazgo en la enfermería están relacionados con un entorno regulatorio más fuerte en esta profesión.
- Ahora bien, ninguna de estas medidas está asociada a índices mayores de producción de enfermeras y enfermeros.

5.7.2 Análisis de resultados

113. El desarrollo futuro de la profesión de enfermería requiere liderazgo y gobernanza sólidos (264, 265). Para analizar el estado del liderazgo y la gobernanza en la enfermería se emplearon dos indicadores del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*: la existencia de un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería y de programas para el fomento de habilidades de liderazgo en enfermería, investigación o formación política respaldados a nivel nacional (respondieron 115 y 76 países, respectivamente).

114. El 71% de los 115 países que respondieron declaró tener un puesto de funcionario jefe de enfermería, con un rango de porcentajes entre el 54% en la Región del Mediterráneo Oriental y el 86% en la Región de Europa (cuadro 5.10). Un menor número de países (el 53% de los 76 que respondieron) informaron contar con un programa de fomento del liderazgo en enfermería, con diferencias regionales que van desde el 40% en la Región de Asia Sudoriental al 64% de la Región de África.

115. Existen correlaciones importantes entre la notificación de un entorno regulatorio sólido y un entorno de liderazgo y gobernanza en

enfermería. En la figura 5.14 se muestra que, de media, los países que contaban con un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería y un programa de liderazgo en enfermería obtuvieron puntuaciones más altas en la reglamentación sobre condiciones laborales para el personal de enfermería y en reglamentación sobre educación en enfermería.

116. Aunque la presencia de un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería y la existencia de un programa de fomento del liderazgo están asociadas con un entorno regulatorio más sólido en el sector, esta relación es algo más fuerte en el caso de la primera medida que de la segunda. En otras palabras, la existencia de un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería no conduce necesariamente a acciones como la introducción de programas de liderazgo: de hecho, el 37% de los países con un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería no contaban con un programa de fomento del liderazgo.

117. Para comprobar la hipótesis de que el liderazgo y la gobernanza en enfermería se traducen también en mayores inversiones, como demuestra la aceleración de la graduación en enfermería y la posterior

contratación para afrontar el déficit, se comparó la razón de graduados en países que cuentan con medidas de liderazgo y gobernanza con la de otros que carecen de ellas. No se identificó ninguna relación

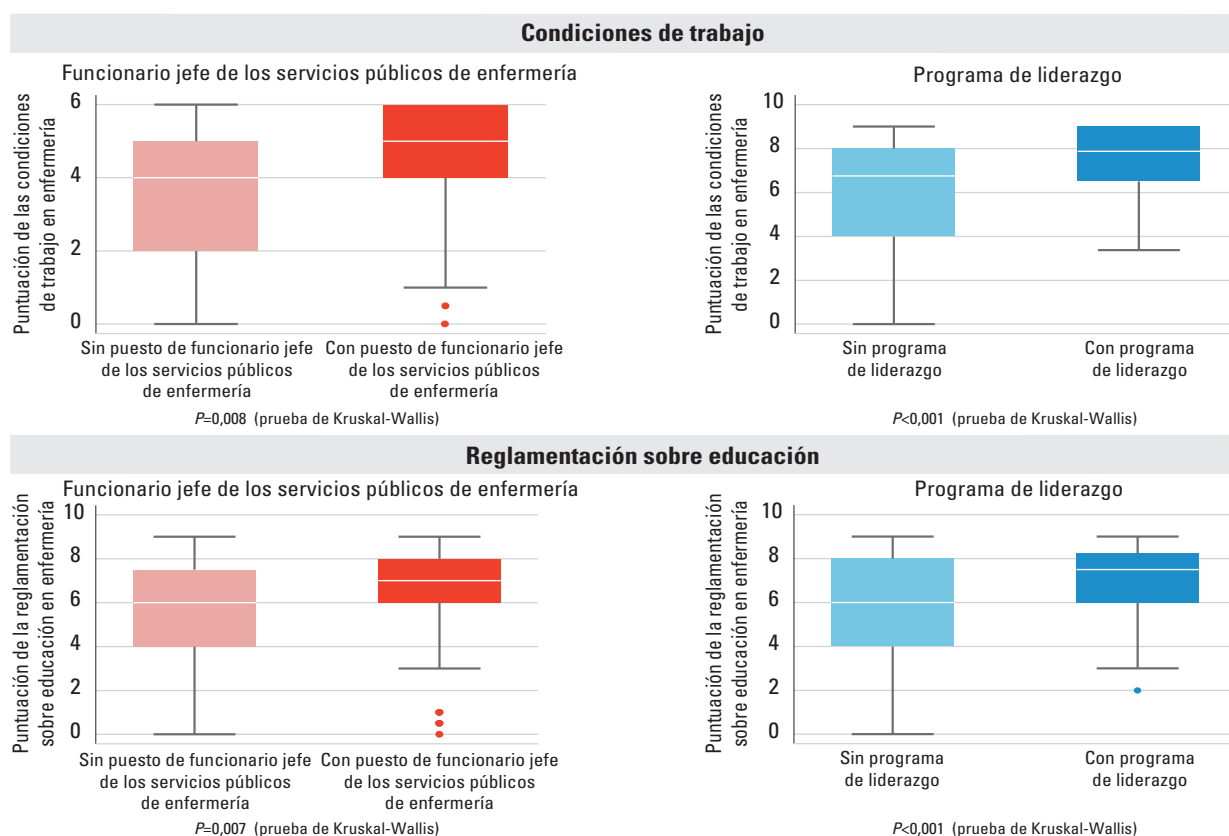
estadísticamente significativa, lo que sugiere que contar con un sólido entorno de liderazgo y gobernanza en el sector no necesariamente se traduce en la producción acelerada de graduados en enfermería.

Cuadro 5.10 Indicadores de liderazgo y gobernanza: porcentaje de países con un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería y un programa de fomento del liderazgo en enfermería, por región de la OMS

REGIÓN DE LA OMS	Puesto de jefe de los servicios públicos de enfermería		Programa de fomento del liderazgo en enfermería	
	Número de países informantes/total	% sí	Número de países informantes/total	% sí
África	26/47	60%	28/47	64%
Las Américas	26/35	79%	16/35	46%
Asia Sudoriental	6/11	60%	4/11	40%
Europa	30/53	86%	10/53	56%
Mediterráneo Oriental	7/21	54%	8/21	62%
Pacífico Occidental	20/27	74%	10/27	43%
Mundial	115/194	71%	76/194	53%

Fuente: Indicadores específicos del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, 2019. Últimos datos disponibles presentados por los países entre 2013 y 2018.

Figura 5.14 Relación entre la existencia de un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería y de un programa de liderazgo en enfermería y el entorno de reglamentación



Fuente: Indicadores específicos del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, 2019.

5.8 Análisis de la trayectoria actual hacia los logros de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2030

5.8.1 Resultados principales

- Al comparar los datos de 2018 con los valores de referencia definidos en la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud, se estima una escasez de 5,9 millones de profesionales de enfermería. Los déficits se concentran principalmente (89%) en los países de ingresos bajos y medianos-bajos.
- Si todos los países mantienen su nivel actual de producción de graduados en enfermería, se prevé que el número de profesionales aumente de los casi 28 millones en 2018 a aproximadamente 36 millones en 2030. Ahora bien, se espera que el 70% de este aumento previsto se dé en países de ingresos medianos-altos y altos, y no donde la escasez es mayor.
- Teniendo en cuenta el crecimiento de la población proyectado y el envejecimiento del personal de enfermería, se estima que en 2030 las Regiones de África, Asia Sudoriental y Mediterráneo Oriental mantendrán una densidad inferior a 25 profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes. Se prevé que en la Región de África la densidad mejore solo de forma marginal.
- Para abordar el déficit de personal de enfermería en los países con baja densidad se necesitaría aumentar un 8,8% de media el número anual de graduados entre 2018 y 2030 (intervalo: 0,2-13,4%) y mejorar la capacidad de absorción al menos un 70%.
- Formar a más personal de enfermería para solucionar el déficit puede costar aproximadamente US\$ 10 per cápita durante el periodo 2018-2030 en los países afectados de ingresos bajos y medianos-bajos.

118. Para el logro de los ODS relacionados con la salud, los Estados Miembros de la OMS tendrán que formar a personal de enfermería suficiente para a) compensar las pérdidas de profesionales (por fallecimiento, migración o jubilación, por ejemplo); b) satisfacer el aumento de la demanda en muchas partes del mundo debido al crecimiento y envejecimiento de la población y a las necesidades cambiantes de atención sanitaria; y c) eliminar el déficit mundial.

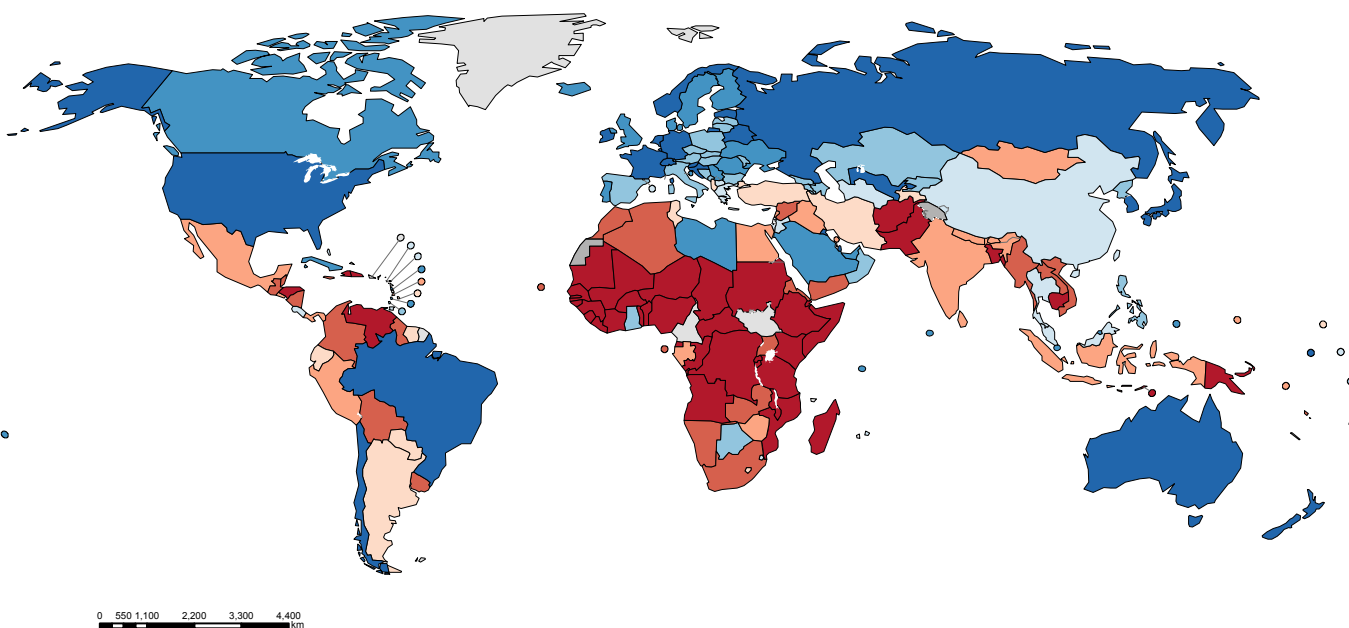
5.8.2 Proyección del contingente y densidad del personal de enfermería hasta 2030

119. Se elaboró un modelo básico de «existencias y flujos» para cada país en el que se tuvo en cuenta el personal de enfermería actual,

la tasa de jubilación estimada (basada en la distribución por edad del contingente de enfermería), el crecimiento de la población y las hipótesis de entrada en el mercado laboral (véase en el anexo 2 la descripción de las hipótesis). Según las tendencias actuales, se prevé que el contingente de personal de enfermería aumente de 27,9 millones en 2018 a 35,9 millones en 2030.

120. Este aumento del contingente de enfermería para 2030 se concentrará en los países de ingresos altos, mientras que en los países de ingresos bajos se producirá un crecimiento muy escaso (figura 5.15). Se prevé que las disparidades documentadas en 2018 (véase la sección 5.2) se mantengan en gran medida hasta 2030.

Figura 5.15 Proyección de la densidad de personal de enfermería por cada 10 000 habitantes en 2030 (distribución mundial)



Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería.

121. La trayectoria ascendente del contingente previsto no es suficiente para hacer frente a las necesidades, sobre todo en la Región de África, donde se espera que la población crezca un 34%. Además, en el Mediterráneo Oriental solo se prevén aumentos marginales en el contingente de personal de enfermería (cuadro 5.11).

122. Se hicieron proyecciones utilizando diferentes supuestos e hipótesis en función de la disponibilidad y calidad de los datos para los factores utilizados en el análisis. En el anexo 2 se analizan las posibles limitaciones.

123. En contraposición, se prevé que el contingente de enfermería aumente de forma importante en las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Cuando se tiene en cuenta el nivel de ingresos, se prevé que el 88% del incremento del contingente se produzca en los países de ingresos medianos (figura 5.16).

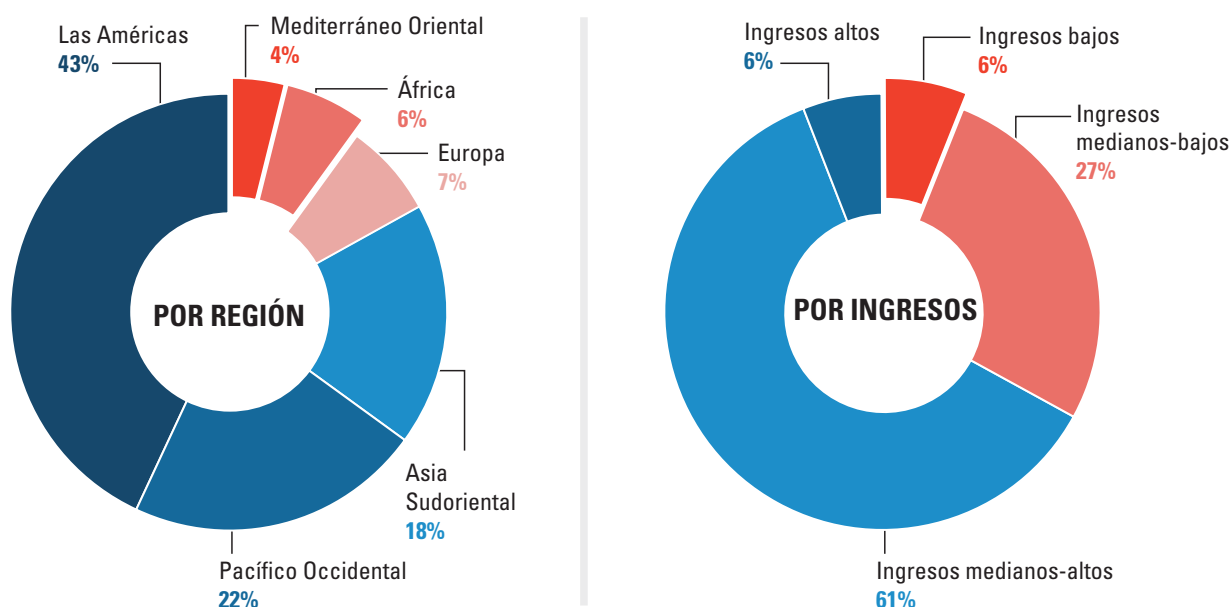
5.8.3 Escasez de personal de enfermería

124. En la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud de la OMS se estimó en 2016 que en el año 2030 habría un déficit de 7,6 millones de profesionales de la enfermería y partería a nivel mundial en países con una densidad inferior al valor de referencia de 4,45 profesionales médicos, de enfermería y partería por cada 1000 habitantes. Este valor umbral excluía a la mayoría de los países de ingresos altos. Al adoptar la misma metodología y valores de referencia, pero empleando datos más recientes, se estimó un déficit de 5,9 millones de profesionales de enfermería para 2018 y de 5,7 millones para 2030. Entre los países que en 2018 presentaban un déficit mayor (en términos numéricos) estaban Bangladesh, la India, Indonesia, Nigeria y el Pakistán. Existe una estrecha relación entre el nivel de ingresos y la escasez de personal de enfermería (anexo 2, cuadro A2.2), y en 2018 el 89% del déficit se concentraba en países de ingresos bajos y medianos-bajos.

Cuadro 5.11 Simulación del contingente de personal de enfermería previsto entre 2018 y 2030 en tres supuestos hipotéticos, por región de la OMS

REGIÓN DE LA OMS	Contingente observado en 2018 (millones)	Contingente estimado para 2030 (millones)		
		HIPÓTESIS 1: envejecimiento con grupo etario joven estable	HIPÓTESIS 2: envejecimiento y graduación igual a la de los últimos años	HIPÓTESIS 3: envejecimiento y graduación un 50% superior de aquí a 2030
África	0,9	1,2	1,5	2,0
Las Américas	8,4	9,2	12,4	17,7
Asia Sudoriental	3,3	4,7	5,0	6,1
Europa	7,3	8,6	8,0	10,4
Mediterráneo Oriental	1,1	1,9	1,5	1,7
Pacífico Occidental	6,9	10,3	9,0	11,2
Mundial	27,9	35,9	37,4	49,3

Figura 5.16 Aumento previsto (para 2030) en el número de profesionales de la enfermería, por regiones de la OMS y por grupos de países en función de sus ingresos



Nota: La agrupación por ingresos está extraída de la clasificación del Banco Mundial para 2018.

125. Esta estimación puede compararse con los resultados de la Estrategia mundial de 2016 si se corrige la estimación anterior para mostrar solo el déficit de personal de enfermería (es decir, excluyendo a las parteras) y representar la mejora de los datos (figura 5.17).
126. El déficit se estimó teniendo en cuenta el valor de referencia utilizado en la Estrategia mundial. Así, todos los países que están por encima del valor de referencia están excluidos de esta estimación. Ello no quiere decir que estos países no tengan un déficit de personal de enfermería. La mayoría tienen en realidad un déficit importante definido con arreglo a los objetivos nacionales de prestación de servicios y la configuración del sistema de salud. En estos países se deben realizar estimaciones específicas del déficit y emplear para ello metodologías que

tengan en cuenta el envejecimiento de la población y del personal, los cambios en las pautas epidemiológicas, la aplicación de estrategias de fidelización y otras dinámicas del mercado laboral. Por ejemplo, en un análisis basado en las necesidades de población definidas a nivel nacional y los requisitos del sistema de salud se identificó un déficit potencial de hasta 3,2 millones de profesionales de enfermería en 31 países de ingresos altos de la OCDE para 2030 (266). También se han notificado estimaciones similares de déficits futuros de personal de enfermería en el Japón (270 000 profesionales de enfermería para 2025) (267), Alemania (aproximadamente 500 000 trabajadores sanitarios para 2030, sobre todo personal de geriatría y de enfermería) (268) y el Reino Unido (déficit de más de 108 000 profesionales de enfermería para 2030) (269), entre otros países.

Figura 5.17 Estimación del déficit de personal de enfermería en 2013, 2018 y 2030



Factores de corrección aplicados:

¹ Restar el personal de partería de las reservas combinadas de personal de enfermería y partería que figuran en la Estrategia mundial de recursos para la salud, utilizando para ello los datos más recientes sobre la proporción que supone el personal de enfermería (90% del personal total de enfermería y partería).

² Corregir las cifras para tener en cuenta los datos mejorados, lo cual da lugar a unas estimaciones más altas de las reservas y a un menor déficit: de los 27,8 millones de profesionales de enfermería de 2018, 4,4 millones corresponden a la mejora de los datos respecto a la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud.

Nota: El déficit se estima comparando el contingente de personal de enfermería de cada año y en cada país con un valor de densidad de referencia.

Fuente: Estrategia mundial de recursos humanos para la salud 2016 e informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* en el ámbito mundial.

La estimación recogida en el informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* del déficit de personal de enfermería para 2030, si se mantienen las tendencias actuales, es coherente con la estimación de la Estrategia mundial (5,7 millones de profesionales de enfermería frente a 5,6 millones).

5.8.4 Producción y costos necesarios para afrontar el déficit de personal de enfermería en 2030

127. Para estimar el incremento necesario en el número de graduados y puestos de trabajo para poder abordar plenamente el déficit en 2030 se utilizaron distintas hipótesis.

- Según las tendencias actuales, el número de graduados necesitaría aumentar de media en torno a un 10% (entre el 1,5% y el 14,9%).
- Si mejorara la capacidad de incorporación al mercado laboral de los graduados en enfermería, utilizando una tasa de incorporación al mercado laboral del 70%, el incremento anual medio en el número de graduados necesario para resolver el déficit sería del 8,8% (entre el 0,2% y el 13,4%).
- En una hipótesis en la que hubiera mayor capacidad de incorporación al mercado laboral (el 80% de los graduados), el incremento medio necesario en la tasa de graduación para resolver el déficit de personal de enfermería para 2030

sería del 8,1% anual (entre el 0,03% y el 12,2%).

128. Para estimar la inversión necesaria para abolir el déficit de aquí a 2030 se multiplicó para cada país el número adicional de profesionales de enfermería entre 2018 y 2030 (proyectado para una hipótesis de empleo del 80% de los graduados) por el costo medio de formar a un profesional de enfermería (270). Se utilizaron tres supuestos diferentes sobre el costo medio de formar a un profesional de enfermería en los países de ingresos bajos y medianos-bajos: US\$ 5000, US\$ 10 000 y US\$ 20 000, basándose en estudios publicados y en «literatura gris» (271). Las inversiones necesarias para formar a más profesionales de enfermería con el objetivo de paliar el déficit ascendían a US\$ 5,2, US\$ 10,5 y US\$ 21 de media per cápita, respectivamente.¹¹ Teniendo en cuenta la sensibilidad del análisis a las hipótesis realizadas y la escasez de datos probatorios, parece razonable adoptar una estimación central de unos US\$ 10 por persona para elaborar simulaciones representativas.

11 Las cifras que se mencionan representan una inversión única en los países con déficit para cubrir la formación de todos los graduados.



© OMS/Yoshi Shimizu

Direcciones futuras en las políticas relativas al personal de enfermería

129. Los datos presentados en este informe, basados tanto en los marcos existentes como en la documentación publicada (capítulos 2, 3 y 4) y en el análisis de la situación actual del personal de enfermería (capítulo 5), constituyen un argumento convincente a favor de un cambio radical en la forma de formar, movilizar, gestionar y apoyar al personal de enfermería, en el contexto de políticas más amplias sobre el personal sanitario y el sistema de salud.
130. Las inversiones necesarias serán considerables, pero aún mayor será el retorno para las sociedades y las economías con la mejora de los resultados sanitarios para cientos de millones de personas, la creación de millones de oportunidades de empleo cualificado, especialmente para las mujeres y los jóvenes, y la mejora de la seguridad sanitaria mundial.
131. Para aprovechar ese potencial son precisas iniciativas concertadas que abarquen diferentes sectores a nivel local, nacional y mundial. En el presente capítulo se examinan a su vez las principales conclusiones que se desprenden del discurso mundial y de los datos concretos recopilados para este

informe; a partir de esa información, se describen a grandes rasgos las medidas necesarias para estimular las inversiones sostenibles, fomentar la capacidad institucional y catalizar la acción de políticas en apoyo de un personal de enfermería adecuado y competente.

132. Las opciones de política se dirigen tanto a los Estados Miembros como, cuando proceda, a otras partes interesadas. Los países deberían examinar su aplicabilidad y pertinencia en cada caso, en función de los objetivos de su sistema de salud, las condiciones subyacentes y la capacidad de ejecución.

6.1 Consolidación de los datos en relación con la planificación, el seguimiento y la rendición de cuentas

Resumen de los resultados

133. El informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* incluye los datos mundiales más completos sobre la enfermería. Si bien el 80% de los países facilitó información al menos sobre 15 indicadores, las deficiencias de datos detectadas reflejan la diversa

capacidad de los sistemas de información sobre el personal sanitario de los países y representan valiosas oportunidades con miras a decidir en qué ámbitos debería fijarse la atención en el futuro.

134. La disponibilidad de datos fue mayor en el caso de indicadores como el contingente de personal de enfermería en activo y su desglose por edades (191 y 132 países, respectivamente); sin embargo, la información facilitada sobre los indicadores relativos a la enseñanza, la financiación y los flujos del mercado laboral del sector de la salud fue sustancialmente menor, lo que obstaculizó la capacidad de realizar análisis minuciosos del mercado laboral del sector. Por ejemplo, si solo se dispone de datos sobre el contingente sin que se conozcan en valores cuantitativos la capacidad de producción, las tasas de vacantes, el desempleo y la deserción, es posible que las instancias normativas no sepan con seguridad si la producción debería ampliarse

o si ya es adecuada. Las instancias normativas y los responsables de la planificación deberían saber si la producción del sector de la enseñanza y la absorción en el mercado laboral del sector de la salud coinciden o dan lugar a alguna forma de desequilibrio (escasez o desempleo) (véase el recuadro 6.1 sobre el mercado laboral del sector de la salud de Escocia).

135. Entre los factores que influyen en la disponibilidad de datos y en la capacidad de los países para comunicar esos indicadores cabe citar el nivel de coordinación entre los ministerios de salud, trabajo, educación y finanzas, así como la colaboración con otras partes interesadas, como las asociaciones profesionales, los consejos y las instituciones educativas.

Opciones de política

136. Los países deberían agilizar la aplicación de sus cuentas nacionales del personal

Recuadro 6.1 Análisis del mercado laboral del sector de la salud de Escocia

En diciembre de 2019, el Gobierno de Escocia dio a conocer un plan integrado para el personal sociosanitario de Escocia (272). El plan incluye la idea de permitir que las personas se queden en casa en lugar de ser hospitalizadas. Sin embargo, para su aplicación es necesario aumentar el personal de enfermería en los distritos.

El Gobierno de Escocia utilizó datos de la División de Servicios de Información del Servicio Nacional de Salud de Escocia para crear modelos en los que se indicara el número de estudiantes de enfermería adicionales que serían necesarios. El Gobierno también tuvo en cuenta la oferta y la escasez en otras profesiones sanitarias, la incidencia de la escasez en la atención que debe prestarse y las posibles soluciones al respecto.

Los datos y las conclusiones se trasladaron al Grupo de Referencia para Estudiantes de Enfermería y Partería y a otras partes interesadas. Ese diálogo se tradujo en la decisión de aplicar un enfoque proactivo para la formación del personal de enfermería de distrito, aumentar la inversión en la formación teórica y práctica del personal de enfermería de distrito y considerar la posibilidad de adoptar disposiciones en materia de dotación de personal que permitan que el personal de enfermería que ya está en servicio reciba esa formación.

Se trata del primer intento del Gobierno de abordar las cuestiones relativas al personal sociosanitario de manera integrada a nivel nacional y de pasar de planificar una sola profesión a planificar la atención multidisciplinaria en equipo.

de salud, incluida la presentación de informes desglosados sobre el personal de enfermería. Es especialmente urgente corregir las deficiencias en los elementos de datos esenciales para llevar a cabo los análisis de los mercados laborales nacionales del sector de la salud, objetivo que debería lograrse mediante un amplio esfuerzo de fortalecimiento y fomento de la capacidad del sistema de información sobre recursos humanos para la salud (273). La descripción del personal de enfermería en todo el mundo fue posible gracias a las iniciativas mundiales para aplicar las cuentas nacionales del personal de salud y al compromiso de diversificar las fuentes de datos. El fomento de la capacidad institucional en materia de recursos humanos de los sistemas de información sanitaria puede entorpecer el establecimiento de mecanismos permanentes para convocar a las partes interesadas, incluido el personal directivo de enfermería, con miras a establecer mecanismos claros para el cotejo e intercambio de datos, examinar la disponibilidad, la calidad y los problemas de los datos e implantar sistemas de datos interoperables. La coordinación entre los diferentes sectores y partes interesadas también puede ofrecer oportunidades para que se formalice el mandato político de la recopilación y el intercambio de datos, y para que el diálogo intersectorial sobre políticas convierta los datos en cambios significativos en ellas. Los países deberían aprovechar el mayor número de datos sobre personal de enfermería y personal sanitario que se incluirá en los análisis del mercado laboral del sector de la salud para orientar las decisiones de política e inversión a nivel nacional (véase el recuadro 6.2 sobre los equipos directivos de enfermería que utilizan los indicadores de las cuentas nacionales del personal de salud para analizar el mercado laboral de la enfermería).

6.2 Movilidad y migración

Resumen de los resultados

137. Aproximadamente 3,7 millones de enfermeras y enfermeros (es decir, uno de cada ocho) ejercen en un país distinto al de su nacimiento o formación. Los resultados indican una gran movilidad internacional del personal de enfermería, propiciada por la enorme dependencia de los países con una baja producción nacional de las enfermeras y enfermeros migrantes. La demanda de los países de ingresos altos (en los que, según las informaciones disponibles, más del 15% del personal de enfermería ha nacido o se ha formado en el extranjero) puede atraer al personal de enfermería más cualificado de los países de ingresos bajos y acentuar las brechas de calidad y distribución que redundan en perjuicio de la salud de la población (véase el recuadro 6.3 sobre el enfoque de Alemania para la gestión de la migración).
138. Los niveles sumamente elevados de emigración (en los casos en que no son el resultado de una política deliberada de exportación de personal de enfermería al extranjero) pueden interpretarse como un síntoma de que las condiciones laborales son poco atractivas en el país de origen. Por consiguiente, la receta normativa debería centrarse en el tratamiento de las causas subyacentes (por lo que respecta a la mejora del entorno laboral, los sistemas de apoyo y la remuneración), y no en intentar dar respuesta de manera aislada al fenómeno migratorio. Del mismo modo, en la preparación del personal de enfermería debe lograrse un equilibrio adecuado entre las capacidades y las competencias necesarias para preparar a un enfermero o enfermera con miras a que trabaje en su contexto local y en la atención primaria, por un lado, y los intereses de los estudiantes de adquirir capacidades que les permitan aumentar al máximo las oportunidades de obtener ingresos y emigrar para trabajar en un entorno profesional más especializado o mundial, por otro.
139. A raíz del enorme aumento de personal de enfermería que emigra, el enfoque habitual de las soluciones a nivel nacional para la protección pública no es apropiado, y los sistemas reformados deben proporcionar soluciones regionales y mundiales y reforzarlas (245, 278, 279). Además, dado que muchos países son países de origen y

Recuadro 6.2 Comunidad de Salud de África Oriental, Central y Meridional: colaboración nacional en materia de comunicación de datos de enfermería mediante los indicadores de las cuentas nacionales del personal de salud

La Comunidad de Salud de África Oriental, Central y Meridional es una organización intergubernamental de salud que fomenta y promueve la cooperación regional en materia de salud (274). La escasez de personal de enfermería es común en la subregión. Las deficientes condiciones de trabajo y el elevado número de casos agravan la falta de incentivos para la incorporación de las enfermeras y enfermeros a la fuerza de trabajo y favorecen los altos niveles de emigración. Los sistemas educativos, que suelen estar fragmentados, trabajan con escasos recursos docentes y de reglamentación, de modo que su capacidad para formar a un número suficiente de enfermeros y enfermeras cualificados es limitada.

El Grupo del Banco Mundial colaboró con Jhpiego, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Escuela de Enfermería de África Oriental, Central y Meridional en un estudio para evaluar los mercados laborales y de enseñanza de la enfermería. El objetivo era estimar la magnitud de los desafíos en esos sistemas y definir las políticas para ampliar la enseñanza de la enfermería en la región mediante inversiones públicas y privadas específicas. En el estudio se examinó el papel del mercado laboral de enfermería como mediador entre el sistema educativo y el sistema de salud, teniendo en cuenta los problemas de gobernanza y reglamentación. Los datos recopilados fueron los indicadores de las cuentas nacionales del personal de salud elaboradas por la OMS (273), así como otros datos cualitativos adicionales reunidos durante las consultas regionales. Los equipos de los países que coordinaron la presentación de los datos para el estudio fueron «cuadrillas» de personal directivo nacional de enfermería con el apoyo complementario de la OMS en el proceso de examen (véase también la subsección 6.3.3).

Los resultados pusieron de manifiesto un mercado desequilibrado y un grave desajuste entre la demanda y la oferta de personal de enfermería en la subregión. La oferta de personal de enfermería, aunque ha crecido con más rapidez que la población en los últimos 10 años, coexiste en muchos países con bajas tasas de absorción de enfermeras y enfermeros en la función pública (a menudo debido a la ineficacia de la contratación o a condiciones de trabajo indeseables), así como con grandes déficits en función de las necesidades. En el análisis de las previsiones se estimó que la demanda efectiva crecería en un 33% entre 2019 y 2039; a pesar de ese aumento, habría un excedente de más de 220 000 enfermeras y enfermeros que los sectores público y privado no podrían o no querían contratar. En cambio, se estima que los déficits en función de las necesidades aumentarán hasta los 841 000 enfermeros y enfermeras para 2030, lo que agravará los actuales desequilibrios del mercado laboral de la enfermería.

En el estudio se llegó a la conclusión de que para aumentar la oferta de personal de enfermería a fin de responder a los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países de África oriental, central y meridional sería necesario ampliar la enseñanza de la enfermería, mejorar la calidad de las escuelas de enfermería (incluida la aplicación de mecanismos de garantía de la calidad) y aumentar los recursos necesarios para absorber a las enfermeras y enfermeros en los mercados laborales locales y regionales. Esa labor puede verse facilitada mediante inversiones apropiadas en recursos físicos y humanos, gobernanza de la enfermería y reglamentación, y en la producción de datos y en capacidades analíticas para que los países puedan seguir de cerca los efectos de las inversiones.

Recuadro 6.3 Enfoque de Alemania para la gestión de la migración

El 9 de noviembre de 2018, el Parlamento de Alemania aprobó la Ley de Fortalecimiento de la Atención, que tiene por objeto aumentar los alicientes de la atención de salud y la atención crónica para los empleados y el personal de atención de los hospitales y las residencias (275). Mejorar la dotación de personal de esas instalaciones era el eje central de la política de salud del nuevo Gobierno. Durante muchos años, la atención de la salud y la atención crónica habían sufrido una acusada escasez de personal de enfermería, en particular una insuficiencia de personal generalizada en los hospitales y las residencias. El número de profesionales que dejaban el servicio de salud debido a la jubilación y a la insatisfacción era mayor que el número de los que se incorporaban a la fuerza de trabajo tras concluir la formación profesional. Además, se consideraba que la insuficiencia de personal daba lugar a un deterioro de las condiciones de trabajo y a una mala calidad de la atención. En 2012 se preveía que, para 2030, Alemania tendría una escasez de atención de enfermería de 263 000 a 500 000 personas (276). En su intento por reducir la escasez de personal, Alemania adoptó una estrategia multidimensional que comprendía la ampliación de la formación, la creación de nuevos empleos de enfermería y la optimización de la contratación internacional de profesionales sanitarios migrantes, como personal de enfermería de Europa central y sudoriental (277). En relación con este último elemento, Alemania ha adoptado varias medidas para aprovechar las oportunidades de lograr beneficios mutuos juntamente con los países de origen gracias a la movilidad internacional del personal sanitario internacional, en particular mediante la cooperación técnica y acuerdos bilaterales que creen oportunidades de formación y de inversión en el país de origen (168).

de destino al mismo tiempo, es esencial comprender mejor la configuración de los desplazamientos para gestionar de manera eficaz la movilidad y planificar las futuras necesidades de personal sanitario. Sin embargo, solo 86 Estados Miembros comunicaron el porcentaje de personal de enfermería nacido o formado en el extranjero de su fuerza de trabajo, uno de los requisitos básicos de suministro de información previstos en el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

Opciones de política

140. **Los países y las instancias de reglamentación deberían reforzar la aplicación de las normas que rigen la movilidad internacional del personal sanitario, incluido el personal de enfermería.** Las instancias de reglamentación de las jurisdicciones de destino deberían establecer que la preparación, las cualificaciones y los antecedentes disciplinarios del personal

de enfermería satisfacen las normas de certificación, de capacitación y de ética y los códigos de conducta exigidos, para salvaguardar los intereses de la protección pública. La mejora de los modelos de reglamentación puede facilitar la movilidad mediante la armonización de los requisitos para acceder a un programa de enfermería y del contenido educativo necesario para obtener y mantener la titulación de enfermería. Las experiencias regionales de acuerdos relativos al reconocimiento mutuo de las cualificaciones profesionales de enfermería podrían servir de base para acuerdos más amplios en el futuro.

141. **Los países y las partes interesadas internacionales deberían reforzar la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS.** Para supervisar, gobernar o regular de manera efectiva la movilidad internacional del personal de enfermería puede hacer falta que se fomente la capacidad, que se saque partido de las alianzas y que haya colaboración entre los organismos de reglamentación,

los sistemas de información sobre el personal de salud, los empleadores, los ministerios gubernamentales y otras partes interesadas, como las asociaciones profesionales. Los países que experimentan una pérdida excesiva de su personal de enfermería a causa de la emigración deberían considerar la posibilidad de implantar medidas de mitigación, como mejorar los sueldos (e igualdad salarial) y las condiciones de trabajo, garantizar el trabajo decente y ofrecer paquetes de incentivos de fidelización adaptados cuando se justifique.

6.3 Fomento y apoyo del personal de enfermería

6.3.1 EDUCACIÓN

Resumen de los resultados

142. Las conclusiones del presente informe ilustran una situación compleja con respecto a la producción de graduados en los programas de enfermería. La proporción más baja de graduados en relación con el contingente existente se registró en las Regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental y en los países de ingresos altos. A menos que los países de ingresos medianos y altos puedan aumentar la producción, los datos parecen indicar que los países de ingresos altos tendrían que seguir dependiendo de la contratación internacional, lo que podría agravar la escasez existente y plantear problemas asociados en materia de acceso y equidad.

143. La duración de los programas de formación teórica y práctica en enfermería en las diferentes regiones del mundo varía considerablemente. Sin embargo, la abrumadora mayoría de los países (154 de los 169 países que respondieron) señalaron la existencia de normas sobre el contenido y la duración de la formación teórica y práctica. Una de las consideraciones fundamentales al elaborar esas normas consiste en tratar de determinar si ayudan a los docentes a dotar a los estudiantes de las competencias necesarias para satisfacer las necesidades de salud de la población,

incluida la preparación para los servicios de atención primaria y preventiva; competencias en materia de desastres, emergencias y conflictos, cuando proceda; capacidades de liderazgo; y destrezas para el uso apropiado de la tecnología (véase el recuadro 6.4 sobre la tecnología en la formación y el ejercicio profesional de la enfermería).

144. La mayoría de los países (un 89%) también señalaron que contaban con mecanismos de acreditación en vigor de las instituciones de enseñanza y que mantenían una lista principal de instituciones acreditadas, lo que supone, para esos países, la oportunidad de centrarse en fortalecer las principales esferas de la acreditación, por ejemplo, los modelos eficientes y asequibles, y en garantizar la responsabilidad social y la pertinencia de los programas para las prioridades de salud de la población. Los mecanismos de acreditación sólidos pueden abarcar los contenidos, el plan de estudios, las experiencias clínicas de los estudiantes, la calificación del profesorado y el aprendizaje interprofesional. Según los resultados de este informe, el 67% de los países que respondieron tienen normas establecidas para el aprendizaje interprofesional, pero en algunas regiones ese dato fue inferior a la mitad o llegó tan solo a un 20%.

145. Para que el personal sanitario sea representativo, con una composición que refleje la de la población a la que se ha de prestar servicio, es necesario que haya diversidad entre las personas que entran y se gradúan en los programas de enfermería. En las conclusiones del presente informe se indica que el personal de enfermería sigue siendo predominantemente femenino, sobre todo en las Regiones de las Américas y del Pacífico Occidental. Para fomentar una composición adecuada del personal de enfermería no solo será necesario aumentar la matrícula de los diversos grupos de estudiantes, sino también resolver los problemas estructurales y de organización que excluyen a algunas personas de los estudios de enfermería (por ejemplo, la finalización de la enseñanza secundaria) o les

impiden terminar su formación (por ejemplo, los costos excesivos) (126). La demanda de programas de enfermería también puede verse afectada por la segregación ocupacional por motivos de género y el escaso prestigio de la enfermería en algunos países. Es necesario resolver esos problemas para que la enfermería se convierta en una opción profesional atractiva, especialmente en Regiones como las Américas, donde el

número de graduados es menor en relación con la población.

Opciones de política

- 146. Los países deberían garantizar que los programas de formación teórica y práctica en enfermería doten a las enfermeras y enfermeros de las competencias necesarias para prestar**

Recuadro 6.4 Tecnología en la formación y el ejercicio profesional de la enfermería

La tecnología está desempeñando un papel cada vez más importante tanto en la formación como en el ejercicio profesional del personal de enfermería. Puede aprovecharse para acceder a apoyo a las decisiones clínicas, llevar a cabo la telemedicina de proveedor a cliente y recibir capacitación y consultas entre proveedores (280) de manera que se puede potenciar el acceso, posibilitar la atención a distancia, mejorar la prestación de servicios de atención primaria de la salud y empoderar a los pacientes. El personal de enfermería debería estar equipado y familiarizado con los determinantes digitales de la salud, entre los que cabe citar su nivel de conocimientos digitales, el acceso al equipo tecnológico y la infraestructura de internet, incluida la banda ancha cuando esté disponible (281).

Las tecnologías digitales de la salud, bien sea la inteligencia artificial u otras formas, como la realidad aumentada y el empleo de la robótica, ya están transformando la enfermería y la atención al paciente (282). La medicina personalizada y la genómica tienen la capacidad de mejorar la atención específica al paciente (283). Una de las posibilidades más interesantes de la salud digital radica en las oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida. Las tecnologías como la inteligencia artificial pueden permitir que el aprendizaje sea personalizado, pertinente y actualizado.

En las conclusiones de una revisión sistemática Cochrane de las experiencias de los profesionales sanitarios de la atención primaria de salud se señala que los profesionales sanitarios, incluido el personal de enfermería, han apreciado los beneficios de utilizar la tecnología móvil a la hora de trabajar, pero también se han topado con dificultades (284). Entre los beneficios descritos se mencionaron el aumento de la conexión mutua, la asunción de nuevas tareas, mejoras en la coordinación y la calidad de la atención, mejoras en la comunicación con los clientes y el acceso a clientes que viven en zonas remotas (284). Al mismo tiempo, los profesionales sanitarios describieron varios problemas complejos, que podían ser de índole personal (como la escasa alfabetización digital), relacional (preferencia por el contacto en persona con los clientes y colegas), profesional (percepción de que las herramientas digitales de apoyo clínico son una amenaza para sus aptitudes clínicas), contextual (imposibilidad de costearse los teléfonos móviles) o relacionados con la infraestructura (falta de electricidad) (284). Si bien los avances tecnológicos ofrecen muchos beneficios, en la información facilitada por los profesionales sanitarios que se analizó en esa revisión sistemática se indica que las instancias decisorias del sistema de salud deberían pensar con detenimiento en la forma de aplicar esos avances en su contexto a fin de reducir al mínimo las dificultades que experimentarían los profesionales sanitarios, incluido el personal de enfermería.

servicios de alta calidad, integrados y centrados en las personas. Una cuestión prioritaria es evaluar con sentido crítico la combinación de capacidades de la profesión de enfermería y decidir si los niveles de personal de enfermería y los tipos de especialización son pertinentes para los objetivos del sistema de salud, además de garantizar la disponibilidad de un número suficiente de plazas de formación de acuerdo con las necesidades del sistema de salud y la capacidad de absorción. La creación o el aumento del número de niveles superiores de enseñanza de enfermería —por ejemplo, programas de licenciatura o maestría, o de doctorado— tiene consecuencias estructurales, como la elaboración de nuevos programas educativos, la dotación adecuada de profesorado y la garantía de que las enfermeras y enfermeros que siguen ese tipo de itinerario educativo tendrán una función definida en el sistema de salud.

147. **Los países deberían considerar mecanismos para aumentar la diversidad demográfica y geográfica de los estudiantes en las escuelas de enfermería.** Para ello puede ser necesario que se dé respuesta a los prejuicios que repercuten negativamente en la enfermería como opción profesional para los hombres, los jóvenes o determinados grupos étnicos, y que se dé cabida a las personas que desean acceder a la enfermería como segunda opción profesional o elección posterior. En algunos contextos puede ser necesario crear una «cadena de abastecimiento rural» para fomentar una composición de acceso equilibrada entre hombres y mujeres y un número apropiado de estudiantes de zonas y comunidades rurales, remotas o desatendidas. También se puede recurrir al apoyo financiero específico y a los mecanismos de incentivos para aumentar las oportunidades de enseñanza formal de las minorías y los grupos vulnerables y de los grupos de población desfavorecidos, o para atraer a profesorado que sea representativo de los grupos de población de los estudiantes y de la comunidad. Los criterios de acreditación que refuerzan las medidas

de responsabilidad social son uno de esos mecanismos.

148. **Las instituciones de formación sanitaria y las instancias de reglamentación deberían adoptar planes de estudios basados en las competencias y aprovechar la tecnología apropiada.**

La calidad del ejercicio profesional de la enfermería debería estar reflejada en todos los planes de estudio. Además de los conocimientos técnicos y las capacidades de procedimiento para las distintas intervenciones clínicas, el personal de enfermería debe estar preparado para trabajar en equipos interprofesionales, demostrar empatía y compasión con los pacientes, tomar decisiones bajo presión y adquirir los recursos necesarios para seguir aprendiendo a lo largo de una carrera de varios decenios de duración. Los planes de estudio deberían ajustarse tanto al alcance del ejercicio profesional de los estudiantes que se gradúan como a las necesidades de salud de la población. El suministro digital de contenidos teóricos y prácticos puede complementar de manera útil los métodos tradicionales. Para que esas iniciativas de «aprendizaje distribuido» sean satisfactorias será preciso que los estudiantes adquieran un nivel mínimo de conocimientos de salud digital como parte de su formación, que el diseño del plan de estudios utilice el aprendizaje digital y de telemedicina pertinente para las competencias necesarias con el apoyo y la supervisión de la formación clínica (285) y que se disponga de los recursos institucionales y de infraestructura necesarios para posibilitar la superación de la brecha digital (286).

149. **Los gobiernos y las partes interesadas deberían establecer y aprovechar las alianzas y la cooperación intersectoriales para promover la agenda de enseñanza de la enfermería.** La cooperación con los órganos de reglamentación puede facilitar el examen de los requisitos de acceso a los programas de enfermería y de las normas mínimas de formación de las enfermeras y enfermeros (habida cuenta de sus funciones

profesionales actuales y futuras en el sistema de salud), y puede promover la armonización de las normas a nivel regional. El diálogo intersectorial con los órganos de acreditación puede ayudar a definir mecanismos que promuevan los aspectos de responsabilidad social de la acreditación, por ejemplo, garantizando que las instituciones de enseñanza de la enfermería prioricen la producción de graduados capaces de prestar servicios de salud de calidad, en lugar de su prestigio e ingresos institucionales, mediante el pago de derechos de matrícula y subvenciones públicas. Los ministerios competentes (educación, salud) pueden reforzar la coordinación oficial para promover la ciencia y la tecnología como fundamentos de la profesión de la enfermería, comercializar la enfermería como un campo CTIM (ciencia, tecnología, ingeniería, matemáticas) y establecer mecanismos que atraigan a una gama diversa de estudiantes de secundaria a la enfermería. Las alianzas público-privadas pueden ser de ayuda a la hora de encontrar centros de la capacitación clínica en entornos de atención primaria de salud; la participación en otros programas de formación profesional sanitaria puede contribuir a que esas prácticas clínicas sean interprofesionales.

150. **Las instituciones de enseñanza de la enfermería deberían fortalecer su capacidad y, para ello, dar respuesta a la falta de profesorado o de competencias, las limitaciones de infraestructura y la disponibilidad de lugares apropiados para la práctica clínica** (véase el recuadro 6.5 sobre los compromisos del Pakistán en cuanto a la producción de más personal de enfermería). Para aumentar las plazas de formación, sin comprometer la calidad, tal vez sea necesario invertir en programas de desarrollo del profesorado. Los países de ingresos altos o los países que dependen de la contratación internacional deberían aumentar la producción nacional y la movilización de personal de enfermería.

151. **Los países deberían considerar la posibilidad de aplicar las palancas de financiación pertinentes para ampliar (cuando sea necesario) o fortalecer la calidad de la formación del personal de enfermería a fin de hacer frente a las deficiencias del mercado laboral de la salud.** Los mecanismos de financiación poseen un gran potencial para aumentar la diversidad del alumnado o del profesorado o incrementar el número de plazas en los programas de enfermería, y para

Recuadro 6.5 **Iniciativas del Pakistán para aumentar la capacidad de formación de personal de enfermería**

El Pakistán está tratando de resolver su déficit de un millón de profesionales sanitarios. En 2018 puso en marcha su Visión Nacional de Recursos Humanos para la Salud para 2030, con el objetivo de abordar la combinación de capacidades del personal sanitario y el personal de enfermería. La enfermería, considerada la columna vertebral del sector de la salud, es clave para esta visión, puesto que 2019 fue el Año de la Enfermería en el Pakistán, en el que se pusieron de relieve las contribuciones de la enfermería a la salud de la población (287). En la presentación del Año de la Enfermería, el Presidente Alvi anunció que se establecería una universidad especializada en enfermería en Islamabad, cuyo objetivo es impartir formación a 25 000 estudiantes cada año (287). El país tiene previsto duplicar el tamaño del sector de la enfermería en un plazo de dos años, para superar la escasez nacional de enfermeras y enfermeros. La escasez de personal de enfermería fue descrita por la doctora Nausheen Hamid, Secretaria Parlamentaria de los Servicios Nacionales de Salud, como un impedimento para lograr la cobertura sanitaria universal, puesto que se necesita un número suficiente de enfermeras y enfermeros competentes para que el sistema de salud sea eficaz (288).

hacer frente a algunas de las limitaciones actuales de la formación clínica. Los subsidios financieros para los programas de posgrado se utilizan a veces para promover itinerarios hacia niveles más altos del ejercicio profesional de la enfermería. No obstante, los gobiernos deberían estar en condiciones de adoptar decisiones fundamentadas para determinar si es una inversión eficaz en relación con el costo subvencionar la enseñanza de la enfermería, en qué circunstancias y de qué manera, y, por ende, destinar de forma prioritaria los escasos recursos a inversiones que pueden contribuir directamente a los objetivos de la equidad y la eficiencia (289). Por ejemplo, en un análisis del mercado laboral del sector de la salud debería determinarse en qué entornos hay sobreproducción o subproducción de enfermeras y enfermeros con respecto a las necesidades del sistema de salud. Cuando se documenta una subproducción sistemática, hay razones para que el gobierno intervenga a fin de relajar los obstáculos innecesarios al acceso y, de ser necesario, subvencionar la formación previa al empleo, en particular si se da prioridad al grupo de estudiantes desfavorecidos, con miras a facilitar itinerarios educativos que conduzcan a una carrera preferente en el ámbito de la atención primaria de salud, y a cambio de un periodo mínimo garantizado de servicio exclusivo en el sector público (140).

6.3.2 EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

Resumen de los resultados

152. Las constataciones del informe indican que la fuerza de trabajo de enfermería es mayor de lo que se había estimado anteriormente: casi 28 millones de enfermeras y enfermeros en 2018, de los que al menos un 69% eran profesionales de la enfermería y al menos un 22% eran profesionales asociados de enfermería. El crecimiento, en comparación con las anteriores estimaciones para 2016 de la Estrategia mundial de la OMS sobre recursos humanos para la salud, se debe en partes aproximadamente iguales a la disponibilidad y calidad de los datos sobre el personal de enfermería, que han mejorado considerablemente, y al crecimiento real del contingente.
153. Incluso con el aumento del contingente, la distribución geográfica desigual de los profesionales sanitarios, incluido el personal de enfermería, es un problema universal. En el presente informe se constataron diferencias significativas en la distribución del personal de enfermería entre países y regiones y dentro de ellos. Las conclusiones del informe indican además que en el 53% de los países que respondieron existen funciones especializadas de enfermería. Esas funciones se encuentran con mayor frecuencia en los países con baja densidad de médicos. Se trata de un dato que pone de relieve la flexibilidad y la capacidad de respuesta del personal de enfermería en relación con la situación general del personal sanitario de un país. Ese personal de enfermería puede estar bien posicionado para atender a los grupos de población de los entornos rurales y remotos, en caso de que la combinación de competencias existente lleve a pensar que esa medida aumentaría la eficiencia.
154. En los países, los datos apuntan a una necesidad constante de concentrar los esfuerzos en resolver la deficiente distribución del personal de enfermería en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas para mejorar la equidad del acceso. La fidelización de los profesionales sanitarios está vinculada a diversos factores complejos y relacionados entre sí, como las condiciones de trabajo, la seguridad ocupacional, los niveles de remuneración y los incentivos no monetarios. Es probable que unos resultados satisfactorios sostenidos en la mejora de la fidelización del personal de enfermería sea fruto de intervenciones adaptadas al contexto local que se hayan planificado y secuenciado y que guarden relación con distintas políticas. La retención no debería examinarse ni abordarse al margen del contexto de otras características de las condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería.

Opciones de política

155. Los países deberían permitir que el personal de enfermería trabaje al máximo nivel de su formación teórica y práctica (180). Este objetivo debería formar parte de las iniciativas nacionales más generales para adoptar modelos de atención que optimicen la división de tareas en los equipos integrados de atención primaria de salud (179). El objetivo entraña potenciar al máximo la contribución del personal de enfermería para mejorar la atención primaria de salud en las esferas prioritarias (véase el recuadro 6.6 sobre la ampliación del acceso a los servicios de salud comunitarios en Omán). Los posibles enfoques podrían incluir funciones especializadas del ejercicio de la enfermería, la ampliación de los dispensarios dirigidos por enfermeras y enfermeros y el establecimiento o la ampliación de la facultad de recetar, con la correspondiente preparación o fortalecimiento de la formación teórica y práctica necesaria. El personal de enfermería titulado con formación superior debería estar en entornos que optimicen su productividad

en la prestación de atención al paciente o en el liderazgo y la gestión de otros profesionales clínicos. El personal de enfermería que ejerce funciones especializadas o que trabaja en dispensarios dirigidos por enfermeros o enfermeras debería contar con el apoyo de tutores o de alianzas de colaboración, según sea necesario, tener acceso a suministros y medicamentos suficientes, disponer de directrices claras en materia clínica y de instalaciones para su ejercicio profesional y tener acceso a los recursos necesarios, incluidos distintos materiales de referencia en línea y la tecnología apropiada. La incorporación de las reformas necesarias en las políticas pertinentes de educación, salud, trabajo y de otro tipo exige capacidad institucional para la colaboración y coordinación eficaces; estructuras institucionales de apoyo y recursos específicos; liderazgo y voluntad política; supervisión eficaz de la gestión; y una cultura organizativa eficaz. También es importante que los papeles y las funciones del personal de enfermería, basados en el alcance de

Recuadro 6.6 Ampliación del acceso a los servicios de salud comunitarios en Omán

Omán constituye un ejemplo de reorientación de la enseñanza obstétrica y de la enfermería y de énfasis en las competencias de atención primaria, uno de los componentes del llamamiento a la acción para fortalecer el personal de enfermería aprobado por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental en su 66.ª reunión (octubre de 2019) (290).

Omán ha registrado un rápido crecimiento demográfico y de la esperanza de vida. Sin embargo, las mejoras en la situación socioeconómica han venido acompañadas de un aumento de la carga de las enfermedades crónicas. Para hacer frente a este problema de salud de la población, el Gobierno decidió invertir en personal de enfermería para la salud comunitaria (291). El Departamento de Enfermería y Obstetricia del Ministerio de Salud inició un programa de formación en el servicio de 16 semanas de duración, que se llevó a cabo de manera experimental por primera vez en la capital, Mascate, y luego se amplió a otras provincias. Los servicios de enfermería para la salud comunitaria se integraron en las estructuras de atención primaria de salud en consonancia con los servicios prestados en los centros de atención primaria de salud (292).

Con el tiempo, la formación de 16 semanas se transformó en una licenciatura en enfermería centrada en la enfermería para la salud comunitaria, y luego en una diplomatura en la especialidad de enfermería para la salud comunitaria (291). Este programa de especialización ha contribuido a mantener la oferta de personal de enfermería para la salud comunitaria cualificado para satisfacer las necesidades de servicios de atención primaria en el país.

su ejercicio profesional y competencias, se comuniquen con exactitud a otros profesionales de atención de salud y al público.

156. Los países deberían optimizar sus modalidades y mecanismos para la movilización y la gestión eficaces de su personal de enfermería. La eficiencia, la equidad y la transparencia de la contratación y la movilización son elementos clave del programa de trabajo decente (16). Las instancias normativas y los gestores deberían tener acceso a mediciones fiables que evalúen la eficiencia y la oportunidad del proceso de empleo, como el porcentaje de nuevos graduados que consiguen trabajo tres meses, seis meses o un año después de su certificación, el periodo promedio que transcurre entre la graduación y la certificación y el que transcurre entre la certificación y la contratación. Una baja tasa de empleo de los graduados puede ser síntoma de saturación del mercado laboral, pero si coincide con un lapso excesivo entre la graduación, la certificación y la contratación puede indicar, en cambio, la existencia de rigideces y obstáculos burocráticos en el sistema administrativo. Las modalidades de movilización también son importantes: a menos que el sector público pueda garantizar la absorción de todos los candidatos cualificados, la modalidad predilecta sigue siendo la contratación por concurso tras la publicación de las

vacantes y la evaluación meritocrática de las competencias de los candidatos (289). Las oportunidades de promoción profesional y de ascenso también deberían estar vinculadas a los méritos y la capacidad, en lugar de depender principalmente de la antigüedad (años de servicio). Al igual que en el caso de otros grupos ocupacionales, los límites de los sistemas de movilización y rotación obligatorios deberían tenerse en cuenta al considerar la posibilidad de implantar esos sistemas. Siempre que sea posible, la movilización del personal de enfermería debería basarse en las decisiones y preferencias profesionales de carácter voluntario en relación con el lugar de destino. Conciliar las preferencias de los enfermeros y enfermeras con las necesidades del sistema de salud, sobre todo en relación con la equidad geográfica, puede ser problemático. Cuando surgen tensiones entre esos dos factores, es preferible una serie de estrategias relacionadas entre sí y que se refuercen mutuamente para la movilización y la fidelización en las zonas rurales, tanto desde el punto de vista de la eficacia como de los derechos de los trabajadores (289).

157. Los países deberían anticiparse de manera explícita y proactiva a los desafíos que plantea la fidelización del personal de enfermería y establecer las políticas pertinentes. Entre los enfoques basados en datos probatorios para mejorar la fidelización cabe citar las oportunidades para el fomento del liderazgo, las tutorías (293, 294), la programación flexible, los incentivos no monetarios y el aprendizaje a lo largo de la vida. Una mentoría regularizada para los nuevos graduados que se incorporan a la fuerza de trabajo puede mejorar su transición al ejercicio profesional, su competencia clínica, su satisfacción en el trabajo y su socialización profesional, factores que en su conjunto pueden influir en la fidelización de los nuevos enfermeros y enfermeras en la fuerza de trabajo (295). El efecto de la mentoría en las competencias para las distintas funciones y la fidelización es similar en el caso de los nuevos enfermeros en entornos rurales o urbanos (296). Deberían establecerse políticas



© Kieran Dodds

específicas para aumentar las funciones de las mujeres en materia directiva, hacer frente a la discriminación por motivos de género y prevenir el acoso sexual, que, además de ser una violación de la dignidad y los derechos de los trabajadores, está relacionado con el aumento de la deserción (122, 297, 298).

6.3.3 REGLAMENTACIÓN

Resumen de los resultados

158. La reglamentación de la enfermería contribuye de manera esencial a proteger al público y a equipar a los sistemas de salud para dar respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes y la población. También puede servir de marco para el avance de la profesión (243, 299). Según se ha constatado en el presente informe, 164 Estados Miembros (un 86%) tienen una autoridad encargada de la reglamentación sobre la formación teórica y el ejercicio de la enfermería. Sin embargo, la solidez y la eficacia de la reglamentación promulgada deberían examinarse a nivel de cada país. Por ejemplo, el 73% de los países indicaron que tenían un requisito reglamentario para el aprendizaje a lo largo de la vida; un número menor (64%) indicó la existencia de reglamentación que exigía una certificación o un examen de aptitud para el ejercicio profesional.
159. Los reglamentos profesionales también son importantes para mantener la calidad de la atención en un contexto de creciente movilidad internacional de los profesionales, al objeto de garantizar que el personal sanitario inmigrante tiene competencias que se ajustan a las necesidades de la población y la capacidad de ejercer sin comprometer la seguridad pública. Los sistemas web en tiempo real que pueden facilitar el reconocimiento expedito de las titulaciones y proporcionar información compilada sobre la situación actual de las certificaciones y la trayectoria del profesional se están convirtiendo en instrumentos útiles a nivel regional y podrían convertirse en soluciones mundiales (168, 300-302).

Opciones de política

160. **Los países deberían elaborar y mejorar la reglamentación en materia de enfermería para apoyar una formación y un ejercicio de la profesión seguros, sostenibles y de alta calidad.** Tal vez sea necesario establecer la autoridad encargada de la reglamentación de la enfermería mediante una legislación primaria nueva o actualizada que disponga el papel y las funciones de la autoridad encargada de la reglamentación y las disposiciones y normas fundamentales para la formación y el ejercicio de la enfermería. Un problema recurrente es la necesidad de lograr el equilibrio adecuado y asegurar que la reglamentación sea lo menos restrictiva posible al tiempo que se logra el beneficio de protección pública deseado (303-306). Los países deberían considerar la posibilidad de establecer requisitos para el aprendizaje a lo largo de la vida a fin de que los enfermeros y enfermeras de diversos niveles estén expuestos a oportunidades de aprendizaje adecuadas a su función. Cada vez es más común recurrir a un examen de certificación para evaluar un nivel mínimo de conocimientos iniciales antes de que se permita que un enfermero o enfermera ejerza (255, 307). Si bien todavía se necesitan indicios más sólidos de la eficacia comparada de los diferentes enfoques, existe un amplio consenso sobre la necesidad de que la evaluación de las competencias sea válida, justa e independiente y se base en los conocimientos y las aptitudes que las enfermeras y enfermeros necesitarán en una variedad de entornos del ejercicio de la profesión.
161. **Los países deberían invertir en la capacidad de los sistemas reglamentarios para fortalecer y mejorar la calidad de la formación y el ejercicio de la enfermería.** Es fundamental asegurar que las instancias de reglamentación tengan y conserven registros vivos que sean interoperables con otras bases de datos del sistema de salud y de otras instancias de reglamentación. Una forma de mantener actualizados los registros consiste en establecer el requisito de reinscripción o de renovación de la

Recuadro 6.7 Grupo de Colaboración para la Regulación de las Profesiones Sanitarias en África

El Grupo de Colaboración para la Regulación de las Profesiones Sanitarias en África se creó para ayudar a los países a actualizar la reglamentación de la enfermería y la obstetricia a fin de facilitar modelos seguros y sostenibles dirigidos por enfermeras de atención y tratamiento de los pacientes con VIH. En el Grupo participaron 17 países, entre ellos la mayoría de los miembros del Colegio de Enfermería de África Oriental, Central y Meridional (ECSACON) (308).

El Grupo reunió a los funcionarios jefe de los servicios públicos de enfermería, a los presidentes de las asociaciones nacionales de enfermería, a los secretarios de los consejos nacionales de enfermería y obstetricia y a un destacado estudioso de cada país y apoyó el establecimiento de prioridades y la colaboración en los retos en materia de reglamentación señalados a nivel nacional. Los equipos directivos de los países, que se autodenominaron «cuadrillas», trabajaron conjuntamente en su prioridad en materia de reglamentación (por ejemplo, un ámbito de acción que integre las tareas relacionadas con el VIH, los requisitos de desarrollo profesional continuo en relación con los contenidos acerca del VIH) en ciclos anuales. Las cuadrillas se reunieron con frecuencia en el país, así como con colegas de la región que trabajaban en prioridades similares. Los progresos se evaluaron con regularidad y con diversos parámetros (309).

A lo largo de cinco años (2011-2016) se reforzó la reglamentación en materia de enfermería y obstetricia, y las cuadrillas informaron de un aumento sustancial de las competencias directivas, la capacidad organizativa y la colaboración entre las organizaciones nacionales de enfermería y obstetricia (310). Si bien el Grupo fue una iniciativa financiada por donantes, el sistema de las «cuadrillas» se ha institucionalizado en los países de la ECSACON y sirve de mecanismo permanente para movilizar la enfermería y la obstetricia con miras a atender las prioridades nacionales en materia de salud.

certificación, que también puede contribuir a incentivar el aprendizaje a lo largo de la vida, así como a generar ingresos para el organismo de reglamentación. También es necesario fortalecer la capacidad del personal de enfermería responsable en materia de reglamentación. Es posible que ese personal, como suele suceder en otras profesiones sanitarias, haya recibido poca o ninguna capacitación oficial en materia de reglamentación profesional antes de asumir esa función. Las instancias de reglamentación pueden aprender de la experiencia de otros países y de las iniciativas regionales que han logrado fortalecer los marcos reglamentarios (véase el recuadro 6.7 sobre el Grupo de Colaboración para la Regulación de las Profesiones Sanitarias en África).

6.3.4 TRABAJO DECENTE

Resumen de los resultados

162. Garantizar condiciones de trabajo decentes es pertinente y necesario para todas las profesiones sanitarias, pero la enfermería se enfrenta a retos particulares. Dado que se trata de una fuerza de trabajo mayoritariamente femenina, y teniendo en cuenta el legado negativo en algunos contextos por tratarse de una función tradicionalmente subordinada, el personal de enfermería tiende inevitablemente a experimentar sesgos de género y discriminación en el trabajo. El personal de enfermería también está sujeto a largas jornadas de trabajo, al riesgo de ataques en algunos entornos, al acoso sexual y al trato injusto como trabajadores migrantes. El 94%

de los países comunicó la existencia de reglamentación sobre las horas y condiciones de trabajo, el 91%, sobre protección social y el 89%, sobre el salario mínimo, aunque se dispone de menos información acerca de la idoneidad y el nivel real de aplicación de esas políticas. Un total de 55 países (el 36%), principalmente de las Regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, informaron de medidas para prevenir ataques a los trabajadores sanitarios.

Opciones de política

163. Los países deberían aplicar el programa de trabajo decente e invertir en la creación de condiciones de trabajo propicias para el personal de enfermería.

Entre los elementos esenciales figuran la remuneración adecuada, la protección social, las condiciones de trabajo justas, los horarios razonables, la seguridad ocupacional, los incentivos no monetarios y las oportunidades

de progresión profesional transparentes y basadas en los méritos. Esas condiciones están estrechamente relacionadas con la fidelización del personal de enfermería y deberían aplicarse a los enfermeros y enfermeras, independientemente de su género, origen social, país o región de origen, grupo étnico o idioma, y hacerse cumplir mediante mecanismos claros de rendición de cuentas. Los derechos del personal sanitario, incluida una remuneración apropiada y condiciones de trabajo adecuadas, son algunas de las razones más comunes para la acción laboral o las huelgas de los profesionales sanitarios (véase el recuadro 6.8 sobre las huelgas del personal sanitario).

164. Los países deben proteger y apoyar a las enfermeras y enfermeros que se ven directamente afectados por las crisis humanitarias. Los ministerios de salud, las organizaciones profesionales de enfermeros y enfermeras y las organizaciones no

Recuadro 6.8 Huelgas del personal sanitario

En muchos países, los trabajadores tienen reconocido legalmente el derecho a la huelga, que por lo general se considera un derecho civil (311). Sin embargo, para el personal sanitario, la práctica de este derecho es complicado porque al ejercerlo se crea una tensión con los derechos de los pacientes a la atención y con los derechos de los ciudadanos a la cobertura sanitaria universal, la cual puede o no dar lugar a un aumento de la mortalidad (311-314). Sin embargo, hay huelgas de los profesionales sanitarios, incluidas las del personal de enfermería, en todo el mundo, en países de ingresos altos, medianos y bajos (313, 314). Un análisis de las huelgas en los países de ingresos bajos puso de manifiesto que, según las informaciones disponibles, el personal sanitario estuvo en huelga durante 875 días laborables, en 23 países de ingresos bajos, entre 2009 y 2018 (311). Según el estudio, las huelgas podían durar días o meses, y también podían volverse a producir a lo largo de meses o años (311). Los principales factores causantes de esas huelgas fueron las quejas por la remuneración y los retrasos en los pagos, seguidas de las protestas contra la aplicación insatisfactoria de un acuerdo alcanzado con anterioridad, o contra la gobernanza y las políticas del sector de la salud, así como las quejas por las condiciones de trabajo y por cuestiones de seguridad. Para reducir las huelgas del personal sanitario se necesitarán enfoques multisectoriales, polifacéticos y en los que participen distintas partes interesadas (311, 314, 315). Se necesitan más investigaciones para comprender los factores causales de los distintos casos, así como los patrones de las distintas regiones, y qué actores deberían tomar parte activa para alcanzar una solución positiva (311). Sin embargo, es evidente que se necesita una acción multisectorial, con el apoyo de los dirigentes políticos, entre el sector de la salud y otros sectores para abordar los factores iniciales asociados a las huelgas del personal sanitario (314). La inversión en condiciones de trabajo decentes para los profesionales sanitarios, que les garanticen un entorno de trabajo seguro, propicio y eficaz, es fundamental para el logro y la protección del derecho a la cobertura sanitaria universal (314).

gubernamentales deberían colaborar con las autoridades competentes y las partes interesadas para garantizar la protección y el apoyo a las enfermeras y enfermeros que puedan estar trabajando en condiciones sumamente precarias o difíciles (como campamentos o refugios), o que puedan formar parte de una población desplazada a través de una frontera y que trabajen en jurisdicciones en las que no disponen de reconocimiento oficial para ejercer. Esas medidas ayudarán a garantizar la seguridad de todo el personal sanitario y de las instalaciones de salud en todos los entornos, en especial de las mujeres, que pueden correr un mayor riesgo de sufrir ataques o acoso durante las crisis.

6.3.5 GÉNERO Y DERECHOS DE LAS MUJERES

Resumen de los resultados

165. Aproximadamente el 90% de la fuerza de trabajo de enfermería a nivel mundial está compuesta por mujeres. El elevado nivel de segregación de género en la enfermería da lugar a complejos patrones de remuneración: en muchos países existe una «diferencia salarial por razón de sexo», si bien los datos probatorios proceden en gran medida de países de ingresos altos (21). Es necesario aplicar y supervisar eficazmente las políticas sobre la diferencia salarial por razón de sexo para promover deliberadamente la equidad de género en el personal sanitario y superar el legado histórico que ha infravalorado el trabajo del personal de enfermería, en particular por sesgos de género (121, 232). Según los análisis de la OMS, en los puestos directivos del sector de la salud sigue habiendo predominancia masculina: a nivel mundial, solo un 25% de esos puestos están ocupados por mujeres (21). En un estudio sobre los elementos facilitadores y los obstáculos para acceder a los puestos directivos de enfermería encargado por la campaña *Nursing Now* se describió no solo un «techo de cristal» para las mujeres, sino también un «ascensor de cristal» para los hombres, que ocupan un número desproporcionadamente alto de

puestos de personal directivo superior de enfermería (122). Esta es solo la manifestación más visible de los profundos desequilibrios de género que impregnan los sistemas de salud a todos los niveles y afectan a todas las facetas de la gestión del personal de enfermería.

Opciones de política

166. **Los países deberían subsanar la diferencia salarial por razón de sexo que afecta a las enfermeras.** En algunos países, la remuneración desigual entre los sexos puede obedecer a los altos niveles de segregación ocupacional en la enfermería en comparación con otras profesiones. Para resolver esa cuestión, se puede comenzar por un análisis de las escalas de sueldos nacionales y un compromiso de aplicar progresivamente un sistema de remuneración más equitativo e imparcial en el trato del hombre y de la mujer entre el personal sanitario. La iniciativa debe incluir políticas adecuadas y una reconsideración de las disposiciones fiscales con respecto a la remuneración del personal sanitario. Sin dejar de reconocer la necesidad de que las fuerzas de los mercados influyan en los niveles de remuneración, las políticas y leyes para resolver la diferencia de remuneración por razón de sexo deberían aplicarse también en el sector privado. El liderazgo en la enfermería debe incluirse en las evaluaciones de la equidad de la remuneración y en las políticas que se elaboren para rectificar la situación.

167. **Los países deberían priorizar y aplicar políticas para abordar y responder al acoso sexual y la discriminación en el seno de la profesión.** Esas políticas deberían incluir una política de tolerancia cero contra la violencia y el acoso verbal, físico y sexual; políticas que establezcan entornos laborales dignos para las mujeres, por ejemplo mediante horarios de trabajo flexibles y fáciles de gestionar que se adapten a las necesidades cambiantes de las enfermeras, y oportunidades de liderazgo para mujeres que tengan en cuenta las relaciones de género en el personal de enfermería.

6.4 Fomento de la capacidad institucional y de las capacidades de liderazgo para una gobernanza eficaz

Resumen de los resultados

168. Más de 80 países comunicaron que disponían de un puesto directivo de enfermería a nivel nacional encargado de hacer aportaciones a las decisiones de política relacionadas con la salud y la enfermería. Los jefes de los servicios públicos de enfermería deberían trabajar como interlocutores de pleno derecho con el resto del personal superior de salud en la adopción de decisiones estratégicas que repercutan en la planificación de los servicios de salud, la prestación de atención y las condiciones de trabajo (316). Se necesita capacidad de análisis del mercado laboral y del margen fiscal y en materia de política, planificación y gobernanza de la fuerza de trabajo para determinar las prioridades y elaborar soluciones basadas en datos demostrativos con miras a fortalecer la capacidad de enseñanza, crear puestos de trabajo y fidelizar a las enfermeras y enfermeros. Según el presente informe, de los 76 países que respondieron, el 53% contaba con programas nacionales para ofrecer oportunidades de liderazgo en la enfermería, aunque la distribución era desigual, puesto que la mayoría de los países que indicaron que disponían de esos programas se encontraban en las Regiones de la OMS de África y el Mediterráneo Oriental.

169. La capacidad de gobernanza para la elaboración y aplicación juiciosas de políticas de enfermería y de salud también impone la necesidad de disponer de instituciones, mecanismos, políticas y procedimientos que garanticen que las prioridades del personal de enfermería se tengan en cuenta y se integren en las medidas gubernamentales más amplias del sector de la salud y de otros sectores. Las conclusiones del presente informe han resaltado que el puesto de funcionario jefe de los servicios de enfermería y la existencia de programas de fomento del liderazgo en la enfermería estaban correlacionados con un entorno de

reglamentación de la enfermería más sólido. Sin embargo, la existencia de un funcionario jefe de los servicios de enfermería no estaba necesariamente relacionada con la oferta de programas de liderazgo, lo que puede deberse a que los programas de liderazgo a menudo han sido impulsados por las asociaciones profesionales como un servicio a sus miembros o como una oportunidad de generación de ingresos.

Opciones de política

170. **El liderazgo del personal de enfermería debería promoverse a nivel nacional, regional y mundial.** El personal de enfermería debe tener oportunidades para desarrollar su capacidad de liderazgo y participar en los foros de adopción de decisiones. Los enfermeros y enfermeras



© Janice Mullings-George

deberían ser considerados, a la par de otras profesiones sanitarias, para su nombramiento en puestos directivos de los gobiernos nacionales y estatales, así como de estructuras organizativas locales y de otra índole. Para ello será necesaria una asignación presupuestaria específica a fin de fomentar el liderazgo en la enfermería. Se pueden crear mecanismos de premios y reconocimientos en los países que valoren las contribuciones de la enfermería al avance de la cobertura sanitaria universal y sirvan de modelo al personal de enfermería más joven (véase el recuadro 6.9 sobre un programa de becas de liderazgo en la Región del Pacífico Occidental).

171. Los foros nacionales de formulación de políticas deberían considerar la

perspectiva de la enfermería en la adopción de decisiones relacionadas con el sistema de salud. Las políticas deberían garantizar que las enfermeras y enfermeros estén representados en todos los niveles de la adopción de decisiones y tengan voz para influir en las principales decisiones sobre el sistema de salud y en los asuntos de la política de salud pública. También se debería incluir a los enfermeros y enfermeras en la adopción de decisiones clínicas a nivel de la población, lo que implica, por ejemplo, su participación en los equipos de elaboración de directrices y en los grupos de examen de directrices para que se tengan en cuenta las investigaciones en enfermería y la perspectiva sobre la viabilidad y la aceptabilidad de las recomendaciones clínicas.

Recuadro 6.9 Becas de liderazgo en la Región del Pacífico Occidental

Los sistemas de salud de la Región del Pacífico Occidental están gestionando una doble carga de enfermedades no transmisibles y transmisibles, al tiempo que se enfrentan a importantes problemas económicos, sociales y ambientales. El personal de enfermería presta aproximadamente el 78% de la atención en la Región del Pacífico Occidental (317), por lo que es fundamental que reciba capacitación y formación a un nivel que le proporcione la influencia necesaria para mejorar los resultados sanitarios de la comunidad. Sin embargo, la Región del Pacífico Occidental ha experimentado tradicionalmente una escasez de programas de liderazgo (318, 319), en particular para los profesionales sanitarios (320-322), y los programas existentes no se han contextualizado culturalmente (317, 323, 324).

De 2009 a 2017, la Universidad Tecnológica de Sídney llevó a cabo un programa de becas de liderazgo y tutoría (Australia Awards Fellowships) en asociación con la Alianza de Funcionarios Jefes de Enfermería y Obstetricia del Pacífico Sur (318). El programa de liderazgo se centró en los recursos humanos para la salud, las culturas colectivas, las tutorías de carácter didáctico, la aplicación de las políticas y los vínculos con la cobertura sanitaria universal. En la evaluación de los efectos se tuvo en cuenta a más de 300 interesados y participantes en el programa de 14 países (318).

Según los resultados iniciales, el 85% de los participantes en el modelo de liderazgo han logrado una importante promoción profesional y han asumido funciones superiores en enfermería y obstetricia. También han ejecutado proyectos en sus países en esferas como la planificación de la sucesión, el desarrollo profesional, la reglamentación y los cursos de actualización de los conocimientos (319). Otra constatación importante es que esos profesionales participan ahora en las cumbres mundiales, de manera que influyen en la política mundial, regional y nacional (325). Nueve funcionarios de enfermería y obstetricia del programa de liderazgo asistieron a la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud. Otros seis han pasado a ser funcionarios jefes de los servicios de enfermería de sus países, y dos son ministros de salud.

6.5 Catalización de la inversión para crear puestos de trabajo de enfermería

Resumen de los resultados

172. En el presente informe se aportan datos demostrativos adicionales para prestar una mayor atención a la enfermería como parte del argumentario general a favor de las inversiones en el personal sanitario con miras a lograr la cobertura sanitaria universal. A pesar de la tendencia positiva registrada en los últimos años, a menos que la producción y la absorción de enfermeros y enfermeras aumente sustancialmente, su densidad solo mejorará de forma marginal en la mayoría de las regiones durante el próximo decenio, y en los países de ingresos bajos y de ingresos medianos-bajos seguirá registrándose un importante déficit en función de las necesidades, especialmente en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental.

173. Se necesitará un diálogo intersectorial sobre políticas a fin de definir y comprometer recursos presupuestarios suficientes para las inversiones en las políticas de enseñanza, creación de competencias y puestos de trabajo, la contratación, la movilización y la fidelización, así como para el fomento de la capacidad de las instituciones nacionales competentes, como los órganos de certificación y acreditación. La ampliación de los mercados laborales del sector de la salud crea oportunidades de empleo, sobre todo para las mujeres. La ampliación de los puestos de trabajo en el ámbito de la enfermería podría ayudar a aumentar la participación en la fuerza de trabajo femenina —de la que, a nivel mundial, solo forma parte el 48% de las mujeres; en cambio, el 75% de los hombres forma parte de la fuerza de trabajo masculina— y la tasa de empleo femenina (326, 327). El beneficio de invertir en la creación de puestos de trabajo de enfermería está respaldado por datos abrumadores que son prueba elocuente del «triple dividendo», a saber, para la salud, la igualdad de género y el desarrollo (21).



© OMS/Yoshi Shimizu

Opciones de política

174. **Los países deberían coordinar la acción intersectorial y la financiación sostenible para hacer factible una expansión de la demanda económica a fin de crear puestos de trabajo de enfermería.** Los 5,9 millones de nuevos puestos de trabajo de enfermería que se necesitan (si se concentra la atención solo en los puestos necesarios para cubrir los déficits actuales) pueden crearse en la mayoría de los países con los fondos nacionales existentes mediante una gestión eficaz del crecimiento del gasto en sueldos. Los responsables

nacionales en materia de planificación deberían tener en cuenta la eficiencia de las inversiones en enfermería en relación con las de otros grupos ocupacionales y optimizar la productividad de la fuerza de trabajo de enfermería actual y futura mediante incentivos y sistemas de gestión adecuados. Los fondos públicos pueden sufragar los gastos fijos del personal sanitario en la mayoría de los países de ingresos altos y medianos (en el supuesto de que el crecimiento fiscal sea normal y haya capacidad para priorizar la salud) (328). Algunos países de ingresos altos y medianos pueden hacer frente a la escasez y desbloquear la demanda si levantan las restricciones a la oferta de personal sanitario y reducen al mismo tiempo la dependencia excesiva de la movilidad laboral internacional y la inmigración.

175. Los asociados para el desarrollo deberían armonizar la asistencia oficial para el

desarrollo destinada a la enseñanza y el empleo de personal de enfermería con las estrategias nacionales de personal sanitario y del sector de la salud. Algunos países de ingresos bajos y medianos-bajos se enfrentarán a dificultades para crear puestos de trabajo de enfermería debido al insuficiente margen fiscal. La armonización y la alineación del apoyo de los donantes y los asociados para el desarrollo puede ampliar la financiación sostenible para fortalecer la fuerza de trabajo sociosanitaria, al tiempo que se garantiza la posibilidad de ampliar y mantener el gasto en sueldos para acelerar los avances hacia la cobertura sanitaria universal (véase el recuadro 6.10 sobre las inversiones en capital humano). Si se estima que los recursos internos son insuficientes a medio y largo plazo, como en los países de ingresos bajos y en contextos frágiles, vulnerables o afectados por conflictos, y las condiciones de gobernanza lo permiten, podría considerarse la posibilidad de

Recuadro 6.10 Inversiones en capital humano

Para aumentar el acceso a servicios de calidad de atención primaria de salud, como piedra angular para lograr la cobertura sanitaria universal, se necesitan inversiones sustanciales en infraestructura (por ejemplo, en hospitales y centros de salud) y en el capital humano correspondiente (la fuerza de trabajo sanitaria, incluidos los conocimientos y las competencias) (14, 328). Varias iniciativas de capital humano se centran en ayudar a los países a invertir más —y de manera más eficaz— en su población para mejorar los resultados en salud, nutrición, educación de calidad y capacidades.

- El Banco Mundial se comprometió a invertir US\$ 15 000 para apoyar las reformas relativas al capital humano en los países de ingresos bajos y medianos-bajos, con especial atención a África; 63 países han firmado como países con proyectos de capital humano.
- El Fondo Monetario Internacional está reforzando todos los programas con una iniciativa de gasto social como objetivo central. Los programas proporcionarán asistencia técnica adicional en las esferas del gasto social, la protección social, la educación y la salud.
- En el contexto de la cobertura sanitaria universal, el Banco Europeo de Inversiones (BEI) y la OMS están colaborando en la agenda de capital humano mediante la elaboración de un instrumento financiero que vincula las inversiones del BEI con el apoyo específico a la enseñanza, las competencias y los empleos en el sector de la salud.
- La OCDE, la OMS y la OIT establecieron un fondo fiduciario de asociados múltiples de las Naciones Unidas a fin de mancomunar los recursos para la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico relativas a la transformación de la educación, las competencias y la creación de empleo.

adoptar mecanismos como los arreglos institucionales de mancomunación de fondos.

- 176. Los países deberían tratar la cuestión de la remuneración del personal de enfermería teniendo en cuenta las condiciones predominantes en los mercados de trabajo locales, nacionales e internacionales.** Las instancias normativas y las instancias de reglamentación, como la administración pública o la comisión de servicios de salud, deberían evitar de manera deliberada algunos de los escollos habituales. Entre ellos cabe citar el mantenimiento de niveles de remuneración demasiado bajos (que pueden dar lugar a la desmotivación, a una rotación excesiva y a estrategias ilícitas de respuesta), el mantenimiento de niveles demasiado altos (que pueden dar lugar a la inflación de los salarios y a problemas de sostenibilidad del gasto en sueldos) o la perpetuación de las disparidades salariales por razón de sexo. La modalidad de remuneración también importa: en la mayoría de los entornos, las enfermeras y enfermeros suelen percibir un ingreso fijo mediante un salario, y los ingresos por el doble ejercicio profesional son menos sustanciales que en el caso de otros grupos ocupacionales. Se debería prestar atención para evitar las desventajas conocidas de los incentivos complementarios específicos para cada enfermedad o programa que distorsionan las prioridades nacionales y no suelen ser sostenibles. Las instancias normativas también deberían considerar la coherencia de la remuneración en todas las profesiones sanitarias a fin de evitar, por ejemplo, que se creen desincentivos para elegir una carrera de enfermería. A la larga, los enfermeros y las enfermeras deberían ser remunerados a un nivel que los atraiga, fidelice y motive lo suficiente para satisfacer las necesidades del país.

6.6 Programa de investigación y estudios

177. El presente informe ha proporcionado un caudal de datos sin precedentes y un panorama general de los estudios

de investigación sobre el personal de enfermería, lo que ha permitido elaborar opciones de política para su examen por los Estados Miembros y otras partes interesadas. Al mismo tiempo, la preparación del informe se ha visto afectada por varias limitaciones tanto en los datos como en los estudios sobre la eficacia. A continuación se indican las principales lagunas que se han detectado, que pueden considerarse como parte de un programa de investigación con visión de futuro.

- 178. Estudios cuantitativos y semicuantitativos específicos sobre la enfermería.** Una de las constataciones más importantes del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* no es de los datos, sino sobre los datos. Existen grandes e importantes lagunas en la información necesaria para comprender de manera cabal la fuerza de trabajo de enfermería y realizar un análisis del mercado laboral del sector de la salud, en particular con respecto a la capacidad de producción, la deserción, los niveles salariales y la absorción en el mercado laboral del sector de la salud. Es necesario fortalecer los sistemas de apoyo que contribuyen a la recogida, el análisis y la utilización de ese tipo de datos. La utilización de las cuentas nacionales del personal de salud, que depende de una intensa participación intersectorial, puede contribuir al diálogo sobre las políticas y a la adopción de decisiones sobre inversiones planificadas y sostenibles con miras a catalizar el progreso en esferas esenciales de la enfermería.
- 179. Estudios sobre la eficacia del personal de enfermería en la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal.** En el presente informe se han resumido los estudios sobre la contribución del personal de enfermería a las diferentes intervenciones clínicas y esferas de la salud pública. Los datos más sólidos proceden de una revisión sistemática de 18 ensayos aleatorizados que pusieron de manifiesto la eficacia de las intervenciones dirigidas por personal de enfermería en una serie de funciones de



© OMS/Yoshi Shimizu

atención primaria (30). Sin embargo, 17 de los 18 estudios incluidos se realizaron en países de ingresos altos, y solo uno de ellos se realizó en un país de ingresos medianos; ninguno de los estudios se realizó en países de ingresos bajos. Se llevaron a cabo otras revisiones Cochrane y Campbell sobre áreas clínicas o programáticas específicas, como los tratamientos antirretrovíricos, el abandono del tabaco, la salud mental y el examen de agresiones sexuales. Una de las revisiones incluía solo ensayos aleatorizados, mientras que las otras incluían estudios experimentales y cuasiexperimentales, como ensayos controlados (aleatorizados o no aleatorizados), estudios controlados del tipo antes y después, estudios de cohortes (prospectivos o retrospectivos) y estudios de series de tiempo interrumpido, lo que permitió comparar la intervención y el control (31, 33, 34). La revisión Campbell se centró en las prácticas en los Estados Unidos de América y el Reino Unido y, por ende, quedó restringida a estudios de esos países.

La revisión sobre el tratamiento antirretrovírico solo incluía estudios de África. Todos los estudios de la revisión sobre el abandono del tabaco procedían de países de ingresos altos, principalmente de los Estados Unidos de América. La revisión de la salud mental se centró únicamente en los países de ingresos bajos y medianos, e incluyó siete estudios de países de ingresos bajos y 15 de países de ingresos bajos y medianos (31, 33, 34). En general también cabe destacar las lagunas específicas de las pruebas sobre la eficacia, como las intervenciones de enfermería con respecto a los determinantes sociales de la salud, incluido el cambio climático, y las intervenciones de enfermería en entornos de emergencias complejas.

- 180. Aprovechamiento de los diferentes entornos y metodologías de investigación.** Si bien las revisiones sistemáticas de los estudios científicos que se han mencionado son esenciales para establecer la eficacia de las intervenciones

de enfermería, el contexto de los estudios incluidos limita su generalizabilidad y aplicabilidad mundial. Además, las investigaciones experimentales y cuasiexperimentales solían comparar casi siempre a los enfermeros y enfermeras con otros profesionales sanitarios. Si bien ese tipo de investigaciones puede ofrecer conocimientos útiles, el método no es adecuado para ilustrar y comprender plenamente el carácter de equipo de los esfuerzos y los procesos interconectados que se necesitan para prestar con éxito una atención sanitaria de calidad. Una gama más amplia de estudios, que comprenda estudios primarios cuantitativos (experimentales y no experimentales) y cualitativos, exámenes de métodos mixtos y descripciones de campo, ofrece un panorama más completo de las cuestiones de las políticas de enfermería a nivel mundial (véase el apéndice publicado en la web). Sin embargo, la mayoría de esos datos se produjeron en países de ingresos altos (30, 329), incluido el establecimiento de las prioridades en materia de investigación (330).

181. Es necesario un mayor esfuerzo para apoyar la documentación de las intervenciones de enfermería en los países de ingresos bajos y medianos y para respaldar los estudios científicos de enfermería en los países de ingresos bajos y medianos, de modo que las propias enfermeras y enfermeros impulsen su programa de investigación a partir de su propia experiencia laboral en la prestación de servicios de salud. El personal de enfermería ya hace una contribución muy sustancial a los estudios científicos de atención de salud, incluida la concepción de métodos de investigación innovadores y la utilización de esos métodos para estudiar cuestiones de importancia a fin de mejorar la salud mundial (331). Las investigaciones han demostrado que la calidad de los datos demostrativos de las estrategias eficaces para mejorar las prácticas de los profesionales sanitarios en los países de ingresos bajos y medianos es baja (332). Por lo tanto, la inversión destinada a las investigaciones en enfermería debe centrarse no solo en

el aumento de la cantidad de producción, sino también en el aumento de la calidad científica, porque contribuirá a nuestros conocimientos generales sobre el personal sanitario.

182. **Datos sobre el apoyo eficaz a las políticas y los sistemas para optimizar la función de la enfermería.** En el presente informe se han destacado distintos datos acerca de la eficacia de las opciones de política para optimizar la contribución y los efectos de la enfermería en esferas como la educación, la reglamentación, la movilización, el ejercicio de la profesión y la fidelización. Al mismo tiempo, los datos en relación con otras esferas fueron menos concluyentes. Por ejemplo, el retorno de las inversiones en la enfermería y en el personal sanitario en general se podría conocer en más profundidad, y debería estudiarse en distintos entornos y contextos de políticas, por ejemplo, mediante estudios de la costoeficacia de la atención de enfermería, sobre todo en los entornos de atención primaria de los países de ingresos bajos y medianos. También hay margen para consolidar los datos sobre la eficacia de las intervenciones normativas para fidelizar a las enfermeras y enfermeros en distintos entornos del ejercicio profesional, sobre los enfoques reglamentarios y de gobernanza para que el personal de enfermería pueda ejercer plenamente su profesión en la prestación de servicios de atención primaria de salud y sobre los mecanismos eficaces para regular la formación y el ejercicio profesional en el sector privado. Una evaluación más sólida de las políticas destinadas a hacer frente a los efectos negativos de la migración posibilitaría un mejor diseño y una orientación más realista de las respuestas normativas. En todos esos ámbitos se debería aplicar una óptica explícita de género al análisis. Dado que la mayoría de los estudios examinados suelen tener un horizonte temporal corto, los estudios longitudinales a más largo plazo podrían ayudar a generar un mayor nivel de confianza en la pertinencia de las conclusiones para las políticas de la vida real.



© AKDN/Christopher Wilton-Steer

CONCLUSIÓN

- 183. El presente informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* ha subrayado la importancia de que el personal de enfermería forme parte de equipos integrados para hacer contribuciones decisivas a la cobertura sanitaria universal y a otros objetivos de salud nacionales y mundiales.** Las enfermeras y enfermeros representan el grupo ocupacional más numeroso, con una cifra estimada en 2018 de aproximadamente 28 millones, y constituyen un elemento central de los sistemas de atención primaria de salud y de los sistemas de salud de los países de todos los niveles de desarrollo socioeconómico.
- 184. Los datos y las pruebas reunidos para el presente informe son más sólidos que nunca.** En total, 191 países informaron sobre los contingentes de personal, lo que supone un máximo histórico y un aumento del 53% con respecto a los datos sobre el personal sanitario publicados en 2018. Por primera vez, el 80% de los países proporcionaron a la OMS datos sobre al menos 15 indicadores de enfermería que abarcaban diferentes dimensiones de las políticas sobre la fuerza de trabajo. De acuerdo con un análisis

de las tendencias de las cifras de los contingentes, hay un déficit de 5,9 millones de profesionales de la enfermería en 2018, principalmente en las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental. Ese dato representa una mejora en los contingentes de enfermería en los países con déficits, en comparación con la situación de referencia señalada por la Estrategia mundial.

- 185. Pese a haber signos de progreso, el informe también ha puesto de relieve importantes ámbitos preocupantes.** En consonancia con las previsiones realizadas por la Estrategia mundial en 2016, en muchos países de ingresos bajos y medianos-bajos y en las Regiones de África y el Mediterráneo Oriental será necesario acelerar los progresos para solventar las principales deficiencias. El mayor déficit en valores absolutos se sigue registrando en la Región de Asia Sudoriental. Las Regiones de las Américas y Europa se enfrentan a una amenaza adicional a la luz del envejecimiento de su personal de enfermería. Varios países de ingresos altos de las Regiones de las Américas, Europa y el Mediterráneo Oriental parecen depender excesivamente de la movilidad internacional de la enfermería.

186. Los gobiernos nacionales, con el apoyo pertinente de sus asociados nacionales e internacionales, deberían catalizar y promover una aceleración de esfuerzos con el fin de:

- reforzar las capacidades de liderazgo, buena gobernanza y gestión del personal de enfermería con el fin de fomentar los programas pertinentes en formación teórica, salud, empleo y cuestiones de género;
- optimizar el retorno de las inversiones actuales en enfermería mediante la adopción de las opciones normativas necesarias con respecto a la formación teórica, el trabajo decente, la movilización, el ejercicio de la profesión, la productividad, la reglamentación y la fidelización del personal de enfermería;
- generar una inversión cuantiosa en la fuerza de trabajo del sector de la salud y, a su vez, en el personal de enfermería, y aprovecharla para obtener distintos

resultados de desarrollo, como la creación de empleo, las cuestiones de género y el empoderamiento de los jóvenes.

- 187. Para que los datos del presente informe, las opciones de política recomendadas y las orientaciones estratégicas mencionadas se traduzcan en decisiones concretas en materia de políticas e inversiones será necesario que haya coordinación entre los sectores gubernamentales y colaboración con las partes interesadas más importantes.** Las conclusiones y los datos presentados deberían utilizarse para generar oportunidades de diálogo sobre políticas a nivel nacional con la participación de los interesados más importantes. Esos mecanismos de diálogo sobre políticas deberían aprovecharse para lograr las decisiones necesarias en lo que respecta tanto a la adopción de políticas adecuadas y fundamentadas como a los niveles de inversión apropiados.

© OMS/Yoshi Shimizu

Aprovechemos esta oportunidad de comprometernos a un decenio de acción que empieza con **la INVERSIÓN** en educación, empleo y liderazgo **EN LA ENFERMERÍA.**



Referencias

1. Benton DC, Catizone CA, Chaudhry HJ, DeMers ST, Grace P, Hatherill WA et al. Bibliometrics: a means of visualizing occupational licensure scholarship. *Journal of Nursing Regulation*. 2018;9:31–7. doi:10.1016/s2155-8256(18)30052-8.
2. International Council of Nurses: who we are. Geneva: International Council of Nurses (<https://www.icn.ch/who-we-are>, consultado el 19 de febrero de 2020).
3. Nursing and midwifery in the history of the World Health Organization 1948–2017. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
4. Coster S, Watkins M, Norman IJ. What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78:76–83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009>.
5. WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
6. Health workforce: World Health Assembly resolutions. Geneva: World Health Organization (<http://www.emro.who.int/health-workforce/strategy/world-health-assembly-resolutions.html>, consultado el 19 de febrero de 2020).
7. 2020: International Year of the Nurse and the Midwife. A72/54 Rev.1. Geneva; World Health Organization; 2019.
8. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations; 2015.
9. Thirteenth general programme of work 2019–2023. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>, consultado el 20 de febrero de 2020).
10. Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage: moving together to build a healthier world. New York: United Nations; 2019.
11. Achieving universal health coverage by 2030: the role of parliaments in ensuring the right to health. Resolution adopted by consensus by the 141st Inter-Parliamentary Union Assembly. Belgrade, Serbia: Inter-Parliamentary Union; 2019.
12. Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. Global Conference on Primary Health Care, 25–26 October 2018. World Health Organization: Astana, Kazakhstan; 2018.
13. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
14. Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Global Health*. 2017;5:e875–87. doi:10.1016/s2214-109x(17)30263-2.
15. Five-Year Action Plan for Health Employment and Inclusive Economic Growth (2017–2021). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
16. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
17. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
18. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J. Health employment and economic growth: an evidence base. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
19. Wyte-Lake T, Tran K, Bowman CC, Needleman J, Dobalian A. A systematic review of strategies to address the clinical nursing faculty shortage. *Journal of Nursing Education*. 2013;52:245–52. doi:10.3928/01484834-20130213-02.
20. Marchi-Alves LM, Ventura CAA, Trevizan MA, Mazzo A, de Godoy S, Mendes IAC. Challenges for nursing education in Angola: the perception of nurse leaders affiliated with professional education institutions. *Human Resources for Health*. 2013;11:33. doi:10.1186/1478-4491-11-33.
21. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
22. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Human Resources for Health*. 2019;17:72. doi:10.1186/s12960-019-0406-0.
23. Devane C, Boschma G. Care and caregiving reconsidered. *Nursing History Review*. 2018;26:205–13. doi:10.1891/1062-8061.26.1.205.
24. Schweitzer MC, Zoboli EL, Vieira MM. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016;24:e2676. doi:10.1590/1518-8345.0933.2676.

25. Lord Crisp, Watkins M. The triple impact of nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78:A3–4. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.001>.
26. Assaye AM, Wiechula R, Schultz TJ, Feo RR. Impact of nurse staffing on patient and nurse workforce outcomes in acute care settings in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2018;16:2260–7. doi:10.11124/jbisrir-2017-003707.
27. Optimizing health worker roles for maternal and newborn health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
28. Nursing definitions. International Council of Nurses (<https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, consultado el 20 de febrero de 2020).
29. NCSBN's Global Regulatory Atlas. National Council of State Boards of Nursing (<https://www.regulatoryatlas.com/>, consultado el 20 de febrero de 2020).
30. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught A. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;7:CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3.
31. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;7:CD007331. doi:10.1002/14651858.CD007331.pub3.
32. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;12:CD001188. doi:10.1002/14651858.CD001188.pub5.
33. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera SM, Pian J et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;11:CD009149. doi:10.1002/14651858.CD009149.pub2.
34. Toon C, Gurusamy K. Forensic nurse examiners versus doctors for the forensic examination of rape and sexual assault complainants: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 2014;10:1–56. doi:10.4073/csr.2014.5.
35. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
36. Nursing and patient safety. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, and Patient Safety Network; 2019 (<https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety>, consultado el 20 de febrero de 2020).
37. Stone PW, Dick A, Pogorzelska M, Horan TC, Furuya EY, Larson E. Staffing and structure of infection prevention and control programs. *American Journal of Infection Control*. 2009;37:351–7. doi:10.1016/j.ajic.2008.11.001.
38. Sopirala MM, Yahle-Dunbar L, Smyer J, Wellington L, Dickman J, Zikri N et al. Infection control link nurse program: an interdisciplinary approach in targeting health care-acquired infection. *American Journal of Infection Control*. 2014;42:353–9. doi:10.1016/j.ajic.2013.10.007.
39. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018;6:e1196–252. doi:10.1016/s2214-109x(18)30386-3.
40. Garcia CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JAD et al. Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):E553. doi:10.3390/medicina55090553.
41. Needleman J, Kurtzman ET, Kizer KW. Performance measurement of nursing care: state of the science and the current consensus. *Medical Care Research and Review*. 2007;64:10s–43s. doi:10.1177/1077558707299260.
42. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health Affairs (Millwood)*. 2009;28:w625–33. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w625.
43. Frith KH, Anderson EF, Caspers B, Tseng F, Sanford K, Hoyt NG et al. Effects of nurse staffing on hospital-acquired conditions and length of stay in community hospitals. *Quality Management in Health Care*. 2010;19:147–55. doi:10.1097/QMH.0b013e3181dafa3f.
44. Harless DW, Mark BA. Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. *Medical Care*. 2010;48:659–63. doi:10.1097/MLR.0b013e3181d8be200.
45. Twigg D, Duffield C, Bremner A, Rapley P, Finn J. Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68:2710–8. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05971.x.
46. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383:1824–30. doi:10.1016/s0140-6736(13)62631-8.

47. Griffiths P, Ball J, Drennan J, Dall’Ora C, Jones J, Maruotti A et al. Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;63:213–25. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012.
48. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:732–50. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014.
49. Norful A, Martsolf G, de Jacq K, Poghosyan L. Utilization of registered nurses in primary care teams: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;74:15–23. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013.
50. Lau D, Hu J, Majumdar SR, Storie DA, Rees SE, Johnson JA. Interventions to improve influenza and pneumococcal vaccination rates among community-dwelling adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Family Medicine*. 2012;10:538–46. doi:10.1370/afm.1405.
51. Palacios E, Guerra D, Llaro K, Chalco K, Sapag R, Furin J. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003;7:343–6.
52. de Abreu Temoteo RC, de Carvalho JBL, de Carvalho Lira ALB, de Lima MA, de Sousa YG. Nursing in adherence to treatment of tuberculosis and health technologies in the context of primary care. *Escola Anna Nery*. 2019;23.
53. Escott S, Walley J. Listening to those on the frontline: lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. *Social Science and Medicine*. 2005;61:1701–10. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.040.
54. van de Berg S, Jansen-Aaldring N, de Vries G, van den Hof S. Patient support for tuberculosis patients in low-incidence countries: a systematic review. *PLoS ONE*. 2018;13:e0205433. doi:10.1371/journal.pone.0205433.
55. Ford N, Chu K, Mills EJ. Safety of task-shifting for male medical circumcision: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2012;26:559–66. doi:10.1097/QAD.0b013e32834f3264.
56. Feldblum PJ, Odoyo-June E, Obiero W, Bailey RC, Combes S, Hart C et al. Safety, effectiveness and acceptability of the PrePex device for adult male circumcision in Kenya. *PLoS ONE*. 2014;9:e95357. doi:10.1371/journal.pone.0095357.
57. Frajzyngier V, Odingo G, Barone M, Perchal P, Pavin M. Safety of adult medical male circumcision performed by non-physician clinicians in Kenya: a prospective cohort study. *Global Health: Science and Practice*. 2014;2:93–102. doi:10.9745/ghsp-d-13-00120.
58. Mutabazi V, Bitega JP, Ngeruka LM, Hategekimana T, Kaplan SA, Karema C et al. Non-surgical adult male circumcision using the PrePex device: task-shifting from physicians to nurses. *African Journal of Reproductive Health*. 2014;18:61–70.
59. Reed JB, Grund J, Liu Y, Mwandi Z, Howard AA, McNairy ML et al. Implementation and operational research: evaluation of loss-to-follow-up and postoperative adverse events in a voluntary medical male circumcision program in Nyanza province, Kenya. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;69:e13–23. doi:10.1097/qai.0000000000000535.
60. Herman-Roloff A, Otieno N, Agot K, Ndinya-Achola J, Bailey RC. Acceptability of medical male circumcision among uncircumcised men in Kenya one year after the launch of the national male circumcision program. *PLoS ONE*. 2011;6:e19814. doi:10.1371/journal.pone.0019814.
61. Galukande M, Duffy K, Bitega JP, Rackara S, Bbaale DS, Nakaggwa F et al. Adverse events profile of PrePex a non-surgical device for adult male circumcision in a Ugandan urban setting. *PLoS ONE*. 2014;9:e86631. doi:10.1371/journal.pone.0086631.
62. Nelson LE, McMahon JM, Leblanc NM, Braksmajer A, Crean HF, Smith K et al. Advancing the case for nurse practitioner-based models to accelerate scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:351–61. doi:10.1111/jocn.14675.
63. Corley AG, Thornton CP, Glass NE. The role of nurses and community health workers in confronting neglected tropical diseases in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2016;10:e0004914. doi:10.1371/journal.pntd.0004914.
64. Bosch-Capblanch X, Marceau C. Training, supervision and quality of care in selected integrated community case management (iCCM) programmes: a scoping review of programmatic evidence. *Journal of Global Health*. 2014;4:020403. doi:10.7189/jogh.04.020403.
65. Boyce SP, Nyangara F, Kamunyori J. A mixed-methods quasi-experimental evaluation of a mobile health application and quality of care in the integrated community case management program in Malawi. *Journal of Global Health*. 2019;9:010811. doi:10.7189/jogh.09.010811.

66. DeCola P, Benton D, Peterson C, Matebeni D. Nurses' potential to lead in non-communicable disease global crisis. *International Nursing Review*. 2012;59:321–30. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.01006.x.
67. Alleyne G, Hancock C, Hughes P. Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *International Nursing Review*. 2011;58:328–31. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00912.x.
68. Fairall LR, Folb N, Timmerman V, Lombard C, Steyn K, Bachmann MO et al. Educational outreach with an integrated clinical tool for nurse-led non-communicable chronic disease management in primary care in South Africa: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *PLoS Medicine*. 2016;13:e1002178. doi:10.1371/journal.pmed.1002178.
69. Coates V. Role of nurses in supporting patients to self-manage chronic conditions. *Nursing Standard*. 2017;31:42–6. doi:10.7748/ns.2017.e10742.
70. Joshi R, Alim M, Kengne AP, Jan S, Maulik PK, Peiris D et al. Task shifting for non-communicable disease management in low and middle income countries: a systematic review. *PLoS ONE*. 2014;9:e103754. doi:10.1371/journal.pone.0103754.
71. Kennedy A. Nurses play a central role in arresting and controlling NCDs. Statement of the Commissioner Annette Kennedy, President of the International Council of Nurses. WHO Independent High-level Commission on NCDs. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/statement-of-annette-kennedy.pdf?ua=1>, consultado el 20 de febrero de 2020).
72. Labhardt ND, Balo J-R, Ndam M, Grimm J-J, Manga E. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Services Research*. 2010;10:339. doi:10.1186/1472-6963-10-339.
73. Time to deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
74. Noncommunicable diseases: key facts. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, consultado el 20 de febrero de 2020).
75. Varghese C, Nongkynrih B, Onakpoya I, McCall M, Barkley S, Collins TE. Better health and wellbeing for billion more people: integrating non-communicable diseases in primary care. *BMJ*. 2019;364:l327. doi:10.1136/bmj.l327.
76. Kruk ME, Nigenda G, Knaul FM. Redesigning primary care to tackle the global epidemic of noncommunicable disease. *American Journal of Public Health*. 2015;105:431–37. doi:10.2105/ajph.2014.302392.
77. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;4:CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5.
78. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behavior and Policy Review*. 2015;2:268–83. doi:10.14485/Hbpr.2.4.4.
79. Baltag V, Saewyc E. Pairing children with health services: the changing role of school health services in the 21st century. In: Cherry AL, Baltag V, Dillon ME, editors. *International handbook on adolescent health and development: the public health response*. Switzerland; Springer International Publishing; 2017.
80. Walker JR. Wellness promotion: school nurses as models of health. *NASN School Nurse*. 2014;29:128–9. doi:10.1177/1942602x14522831.
81. American Academy of Pediatrics Council on School Health, Magalnick H, Mazyck D. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*. 2008;121:1052–6. doi:10.1542/peds.2008-0382.
82. Polus S, Lewin S, Glenton C, Lerberg PM, Rehfuess E, Gulmezoglu AM. Optimizing the delivery of contraceptives in low- and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. *Reproductive Health*. 2015;12:27. doi:10.1186/s12978-015-0002-2.
83. Phillips J, Harris J. Emotional intelligence in nurse management and nurse job satisfaction and retention: a scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2017;15:2651–8. doi:10.11124/jbisrir-2016-003300.
84. Domgue JF, Futuh B, Ngalla C, Kakute P, Manjuh F, Manga S et al. Feasibility of a community-based cervical cancer screening with “test and treat” strategy using self-sample for an HPV test: experience from rural Cameroon, Africa. *International Journal of Cancer*. 2019. doi:10.1002/ijc.32746.
85. Whelan NW, Steenbeek A, Martin-Misener R, Scott J, Smith B, D'Angelo-Scott H. Engaging parents and schools improves uptake of the human papillomavirus (HPV) vaccine: examining the role of the public health nurse. *Vaccine*. 2014;32:4665–71. doi:10.1016/j.vaccine.2014.06.026.

86. Rosen BL, Rhodes D, Visker J, Cox C, Banez JC, Lasser B. Factors associated with school nurses' and personnel's professional practice to encourage parents to vaccinate against human papillomavirus. *Journal of School Health*. 2019;89:569–77. doi:10.1111/josh.12783.
87. World report on ageing and health 2015. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
88. ACAP Bulletin: January–February 2017. Busan, Republic of Korea: Active Aging Consortium Asia Pacific; 2017.
89. Annual report 2018: better health and dignity for all. Tokyo, Japan: Sasakawa Health Foundation; 2019.
90. A visit to the United Kingdom by the Sasakawa Memorial Health Foundation Team. Sasakawa Memorial Health Foundation; 2019 (unpublished project report).
91. Shih F-J, Turale S, Lin Y-S, Gau M-L, Kao C-C, Yang C-Y et al. Surviving a life-threatening crisis: Taiwan's nurse leaders' reflections and difficulties fighting the SARS epidemic. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18:3391–400. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02521.x.
92. Choi JS, Kim KM. Crisis prevention and management by infection control nurses during the Middle East respiratory coronavirus outbreak in Korea. *American Journal of Infection Control*. 2016;44:480–1. doi:10.1016/j.ajic.2015.10.032.
93. Dran J. A unique institutional response to the Zika virus epidemic. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;131:666–70. doi:10.1097/aog.0000000000002532.
94. Wilson A, Nguyen TN. The Zika virus epidemic: public health roles for nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2017;22:4. doi:10.3912/OJIN.Vol22No01Man04.
95. Kollie ES, Winslow BJ, Pothier P, Gaede D. Deciding to work during the Ebola outbreak: the voices and experiences of nurses and midwives in Liberia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2017;7:75–81. doi:10.1016/j.ijans.2017.09.002.
96. Sagar PL. Nurses leading the fight against Ebola virus disease. *Journal of Transcultural Nursing*. 2015;26:322–6. doi:10.1177/1043659615574326.
97. Emergency medical teams. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_medical_teams/en/, consultado el 20 de febrero de 2020).
98. Martineau T, McPake B, Theobald S, Raven J, Ensor T, Fustukian S et al. Leaving no one behind: lessons on rebuilding health systems in conflict- and crisis-affected states. *BMJ Global Health*. 2017;2:e000327. doi:10.1136/bmjgh-2017-000327.
99. Witter S, Wurie H, Chandiwana P, Namakula J, So S, Alonso-Garbayo A et al. How do health workers experience and cope with shocks? Learning from four fragile and conflict-affected health systems in Uganda, Sierra Leone, Zimbabwe and Cambodia. *Health Policy and Planning*. 2017;32:iii3–13. doi:10.1093/heapol/czx112.
100. Liddle KF, Elema R, Thi SS, Greig J, Venis S. TB treatment in a chronic complex emergency: treatment outcomes and experiences in Somalia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2013;107:690–8. doi:10.1093/trstmh/trt090.
101. Cauda R, Naddour A, Drgova J, Sramkova M, Suvada J, Benca J et al. Spectrum of humanitarian assistance interventions in acute physiotherapy and nursing refugee health unit (original research). *Clinical Social Work and Health Intervention*. 2018;9:16–19. doi:10.22359/cswghi_9_4_02.
102. Squires A, Chavez FS, Hilfinger Messias DK, Narsavage GL, Oerther DB, Premji SS et al. Sustainable development & the year of the nurse & midwife – 2020. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;94:A3–4. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.008.
103. Griffiths P. Nursing, midwifery, and the sustainable development goals: an editorial series leading up to the World Health Organization's "Year of the Nurse & Midwife". *International Journal of Nursing Studies*. 2019;94:A1–2. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.009.
104. Adlong W, Dietsch E. Nursing and climate change: an emerging connection. *Collegian*. 2015;22:19–24. doi:10.1016/j.colegn.2013.10.003.
105. Griggs C, Fernandez A, Callanan M. Nursing and the barriers to sustainable health care: a literature review. *British Journal of Nursing*. 2017;26:1230–7. doi:10.12968/bjon.2017.26.22.1230.
106. Xiao J, Fan W, Deng Y, Li S, Yan P. Nurses' knowledge and attitudes regarding potential impacts of climate change on public health in central of China. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016;3:158–61. doi:10.1016/j.ijnss.2016.04.002.
107. Goicolea I, Hultstrand Ahlin C, Waenerlund AK, Marchal B, Christianson M, Wiklund M et al. Accessibility and factors associated with utilization of mental health services in youth health centers: a qualitative comparative analysis in northern Sweden. *International Journal of Mental Health Systems*. 2018;12:69. doi:10.1186/s13033-018-0249-4.
108. Saberi P, Ming K, Dawson-Rose C. What does it mean to be youth-friendly? Results from qualitative interviews with health care providers and clinic staff serving youth and young adults living with HIV. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018;9:65–75. doi:10.2147/ahmt.s158759.

109. Brittain AW, Loyola Briceno AC, Pazol K, Zapata LB, Decker E, Rollison JM et al. Youth-friendly family planning services for young people: a systematic review update. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018;55:725–35. doi:10.1016/j.amepre.2018.06.010.
110. Thomee S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services: a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reproductive Health*. 2016;13:147. doi:10.1186/s12978-016-0261-6.
111. Moayedi G, Davis C. Insights in public health: equitable access to abortion care in Hawai'i: identifying gaps and solutions. *Hawai'i Journal of Medicine and Public Health*. 2018;77:169–72.
112. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. *Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access*. New York: Guttmacher Institute; 2018.
113. Hajimiri K, Shakibazadeh E, Mehrizi AAH, Shabbidar S, Sadeghi R. The impact of general health and social support on health promoting lifestyle in the first year postpartum: the structural equation modelling. *Electron Physician*. 2018;10:6231–9. doi:10.19082/6231.
114. Altman MR, Oseguera T, McLemore MR, Kantrowitz-Gordon I, Franck LS, Lyndon A. Information and power: women of color's experiences interacting with health care providers in pregnancy and birth. *Social Science and Medicine*. 2019;238:112491. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112491.
115. Hajimiri K, Shakibazadeh E, Haeri Mehrizi AA, Shab-Bidar S, Sadeghi R. The role of perceived barrier in the postpartum women's health promoting lifestyle: a partial mediator between self-efficacy and health promoting lifestyle. *Journal of Education and Health Promotion*. 2018;7:38. doi:10.4103/jehp.jehp_70_17.
116. Sprague S, Slobogean GP, Spurr H, McKay P, Scott T, Arseneau E et al. A Scoping review of intimate partner violence screening programs for health care professionals. *PLoS ONE*. 2016;11:e0168502. doi:10.1371/journal.pone.0168502.
117. Scheffler RM, Campbell J, Cometto G, Maeda A, Liu J, Bruckner TA et al. Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. *Human Resources for Health*. 2018;16:5. doi:10.1186/s12960-017-0264-6.
118. Gunn V, Muntaner C, Ng E, Villeneuve M, Gea-Sanchez M, Chung H. Gender equality policies, nursing professionalization, and the nursing workforce: a cross-sectional, time-series analysis of 22 countries, 2000–2015. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;99:103388. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103388.
119. Nasrabadi AN, Lipson JG, Emami A. Professional nursing in Iran: an overview of its historical and sociocultural framework. *Journal of Professional Nursing*. 2004;20:396–402. doi:10.1016/j.profnurs.2004.08.004.
120. Appiagyei AA, Kiriinya RN, Gross JM, Wambua DN, Oywer EO, Kamenju AK et al. Informing the scale-up of Kenya's nursing workforce: a mixed methods study of factors affecting pre-service training capacity and production. *Human Resources for Health*. 2014;12:47. doi:10.1186/1478-4491-12-47.
121. Squires A, Uyei SJ, Beltrán-Sánchez H, Jones SA. Examining the influence of country-level and health system factors on nursing and physician personnel production. *Human Resources for Health*. 2016;14:48.
122. Newman CJ, Stilwell B, Rick S, Peterson KM. *Investing in the power of nurse leadership: what will it take?* IntraHealth International, Nursing Now, Johnson & Johnson; 2019.
123. Carnevale T, Priode K. "The good ole' girls' nursing club": the male student perspective. *Journal of Transcultural Nursing*. 2018;29:285–91. doi:10.1177/1043659617703163.
124. Harding T, Jamieson I, Withington J, Hudson D, Dixon A. Attracting men to nursing: is graduate entry an answer? *Nurse Education in Practice*. 2018;28:257–63. doi:10.1016/j.nepr.2017.07.003.
125. Ndou NP, Moloko-Phiri SS. Four-year diploma male students' experiences in a profession traditionally perceived as a female domain at a selected public college of nursing in Limpopo, South Africa. *Curationis*. 2018;41:e1–6. doi:10.4102/curationis.v41i1.1932.
126. Bleich MR, MacWilliams BR, Schmidt BJ. Advancing diversity through inclusive excellence in nursing education. *Journal of Professional Nursing*. 2015;31:89–94. doi:10.1016/j.profnurs.2014.09.003.
127. Taylor EV, Lalovic A, Thompson SC. Beyond enrolments: a systematic review exploring the factors affecting the retention of Aboriginal and Torres Strait Islander health students in the tertiary education system. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18:136. doi:10.1186/s12939-019-1038-7.
128. Cramer JH, Pugh JD, Slatyer S, Twigg DE, Robinson M. Issues impacting on enrolled nurse education for Aboriginal and Torres Strait Islander students: a discussion. *Contemporary Nurse*. 2018;1–10. doi:10.1080/10376178.2018.1493347.
129. Brownie S, Gatimu SM, Wahedna AH, Kambo I, Ndirangu EW. Assessing the impact of a partnership-based work/study nursing upgrade programme in a low- and middle-income setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:209–20. doi:10.1111/jocn.14630.

130. Roxburgh M, Conlon M, Banks D. Evaluating hub and spoke models of practice learning in Scotland, UK: a multiple case study approach. *Nurse Education Today*. 2012;32:782–9. doi:10.1016/j.nedt.2012.05.004.
131. Gagnon J, Gagnon MP, Buteau RA, Azizah GM, Jette S, Lampron A et al. Adaptation and evaluation of online self-learning modules to teach critical appraisal and evidence-based practice in nursing: an international collaboration. *Computers, Informatics, Nursing*. 2015;33:285–94; quiz E1. doi:10.1097/CIN.0000000000000156.
132. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923–58. doi:10.1016/s0140-6736(10)61854-5.
133. International Finance Corporation. The private sector and tertiary medical education. Investing in People Series, Paper 4. Washington (DC): World Bank; 2009.
134. Rai SD. Growth of nursing education sector and its effects on professionalization of nurses in Nepal. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2014;3:34–9. doi:10.9790/1959-03433439.
135. Dgedge M, Mendoza A, Necochea E, Bossemeyer D, Rajabo M, Fullerton J. Assessment of the nursing skill mix in Mozambique using a task analysis methodology. *Human Resources for Health*. 2014;12:5. doi:10.1186/1478-4491-12-5.
136. Lahtinen P, Leino-Kilpi H, Salminen L. Nursing education in the European higher education area: variations in implementation. *Nurse Education Today*. 2014;34:1040–7. doi:10.1016/j.nedt.2013.09.011.
137. Zwane ZP, Mtshali NG. Positioning public nursing colleges in South African higher education: stakeholders' perspectives. *Curationis*. 2019;42:e1–11. doi:10.4102/curationis.v42i1.1885.
138. Aiken LH, Sloane DM, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *British Medical Journal Quality and Safety*. 2017;26:559–68. doi:10.1136/bmjqs-2016-006197.
139. Yakusheva O, Lindrooth R, Weiss M. Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient-level analysis. *Medical Care*. 2014;52:864–9. doi:10.1097/MLR.0000000000000189.
140. McPake B, Squires AP, Mahat A, Araujo EC. The economics of health professional education and careers: insights from a literature review. Washington (DC): World Bank; 2015.
141. Palumbo MV, Rambur B, Hart V. Is health care payment reform impacting nurses' work settings, roles, and education preparation? *Journal of Professional Nursing*. 2017;33:400–4. doi:10.1016/j.profnurs.2016.11.005.
142. Young D, Colvin N, Seibenhener S, Johnson A. The nursing doctorate: one size does not fit all. *Creative Nursing*. 2019;25:334–7. doi:10.1891/1078-4535.25.4.334.
143. Heglund S, Simmons J, Wink D, D'Meza Leuner J. Thirteen years and counting: outcomes of a concurrent ASN/BSN enrollment program. *Journal of Professional Nursing*. 2017;33:441–6. doi:10.1016/j.profnurs.2017.02.006.
144. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Human Resources for Health*. 2019;17:99. doi:10.1186/s12960-019-0432-y.
145. Greenhill JA, Walker J, Playford D. Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum. *Rural Remote Health*. 2015;15:2991.
146. Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural Remote Health*. 2016;16:4033.
147. Aebersold M. Simulation-based learning: no longer a novelty in undergraduate education. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2018;23. doi:10.3912/OJIN.Vol23No02PPT39.
148. Cant RP, Cooper SJ. Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: an umbrella systematic review. *Nurse Education Today*. 2017;49:63–71. doi:10.1016/j.nedt.2016.11.015.
149. Walker L, Cross M, Barnett T. Mapping the interprofessional education landscape for students on rural clinical placements: an integrative literature review. *Rural Remote Health*. 2018;18:4336. doi:10.22605/rrh4336.
150. Fealy S, Jones D, Hutton A, Graham K, McNeill L, Sweet L et al. The integration of immersive virtual reality in tertiary nursing and midwifery education: a scoping review. *Nurse Education Today*. 2019;79:14–19. doi:10.1016/j.nedt.2019.05.002.
151. Idrees S, Zeenat Shah NB. Critique on private and public nursing education in Pakistan. *Journal of Health Education Research and Development*. 2017;05. doi:10.4172/2380-5439.1000227.
152. Reynolds J, Wisajohn T, Pudpong N, Watthayu N, Dalliston A, Suphanchaimat R et al. A literature review: the role of the private sector in the production of nurses in India, Kenya, South Africa and Thailand. *Human Resources for Health*. 2013;11:14. doi:10.1186/1478-4491-11-14.

153. Pittman P, Bass E, Han X, Kurtzman E. The growth and performance of nursing programs by ownership status. *Journal of Nursing Regulation*. 2019;9:5–21. doi:10.1016/s2155-8256(19)30011-0.
154. Younas A, Zeb H, Aziz SB, Sana S, Albert JS, Khan IU et al. Perceived challenges of nurse educators while teaching undergraduate nursing students in Pakistan: an exploratory mixed-methods study. *Nurse Education Today*. 2019;81:39–48. doi:10.1016/j.nedt.2019.07.002.
155. Advancing healthcare transformation: a new era for academic nursing. Washington (DC): American Association of Colleges of Nursing; 2016.
156. Nardi DA, Gyurko CC. The global nursing faculty shortage: status and solutions for change. *Journal of Nursing Scholarship*. 2013;45:317–26. doi:10.1111/jnu.12030.
157. Kunaviktikul W, Guptarak M. Networking for local and global change: the Southeast and East Asian Nursing Education and Research Network. *Nursing and Health Sciences*. 2019;21:1–3. doi:10.1111/nhs.12592.
158. Harper DC, Moore RL, Cleveland C, Miltner RS, Froelich K, McGuinness T et al. Transforming veterans health care through academic-practice partnerships. *Nursing Outlook*. 2016;64:424–30. doi:10.1016/j.outlook.2016.05.001.
159. Uwizeye G, Mukamana D, Relf M, Rosa W, Kim MJ, Uwimana P et al. Building nursing and midwifery capacity through Rwanda's Human Resources for Health Program. *Journal of Transcultural Nursing*. 2018;29:192–201. doi:10.1177/1043659617705436.
160. Gazza EA. Alleviating the nurse faculty shortage: designating and preparing the academic nurse educator as an advanced practice registered nurse. *Nursing Forum*. 2019;54:144–8. doi:10.1111/nuf.12307.
161. Herath C, Zhou Y, Gan Y, Nakandawire N, Gong Y, Lu Z. A comparative study of interprofessional education in global health care: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e7336. doi:10.1097/MD.0000000000007336.
162. Murdoch NL, Epp S, Vinek J. Teaching and learning activities to educate nursing students for interprofessional collaboration: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*. 2017;31:744–53. doi:10.1080/13561820.2017.1356807.
163. Smith S, Elias BL, Baernholdt M. The role of interdisciplinary faculty in nursing education: a national survey. *Journal of Professional Nursing*. 2019;35:393–7. doi:10.1016/j.profnurs.2019.03.001.
164. Drennan VM, Ross F. Global nurse shortages: the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*. 2019;130:25–37. doi:10.1093/bmb/ldz014.
165. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly: WHA63.16. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
166. Clemens MA, Gough K. A tool to implement the global compact for migration: ten key steps for building global skill partnerships. Center for Global Development; 2018.
167. Migration of health workers: infosheet. International Organization for Migration; 2018.
168. Lafortune G, Socha-Dietrich K, Vickstrom E. Recent trends in international mobility of doctors and nurses. In: OECD, editor. Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students. Paris: OECD Publishing; 2019.
169. A dynamic understanding of health worker migration. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
170. Migration survey data. Centre for Development Studies, Thiruvananthapuram, Kerala, India (<http://cds.edu/research/ru/migrationresearch/migration-survey-data/>, consultado el 21 de febrero de 2020).
171. Gershlick B, Charlesworth A. Health and social care workforce: priorities for the next government. United Kingdom: Health Foundation; 2019.
172. Hiona S. Japan to receive 60,000 nursing helpers in new visa program. *Nikkei Asian Review*; 2018.
173. German opposition slams government for 36,000 vacant jobs in care industry. *Deutsche Welle*; 2018.
174. Germany to recruit more elderly care workers abroad. *Deutsche Welle*; 2018.
175. Aeschbacher R, Addor V. Institutional effects on nurses' working conditions: a multi-group comparison of public and private non-profit and for-profit healthcare employers in Switzerland. *Human Resources for Health*. 2018;16:58. doi:10.1186/s12960-018-0324-6.
176. Karan A, Negandhi H, Nair R, Sharma A, Tiwari R, Zodpey S. Size, composition and distribution of human resource for health in India: new estimates using National Sample Survey and Registry data. *BMJ Open*. 2019;9:e025979. doi:10.1136/bmjopen-2018-025979.
177. Pires BSM, Oliveira LZ, Siqueira CL, Feldman LB, Oliveira RA, Gasparino RC. Nurse work environment: comparison between private and public hospitals. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018;16:eAO4322. doi:10.31744/einstein_journal/2018AO4322.
178. Tang C, Zhang Y, Chen L, Lin Y. The growth of private hospitals and their health workforce in China: a comparison with public hospitals. *Health Policy and Planning*. 2014;29:30–41. doi:10.1093/heapol/czs130.

179. Maier CB. The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health Policy*. 2015;119:1627–35. doi:10.1016/j.healthpol.2015.09.002.
180. Karimi Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor–nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;4:CD010412. doi:10.1002/14651858.CD010412.pub2.
181. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*. 2016;26:927–34. doi:10.1093/eurpub/ckw098.
182. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
183. Brown-Johnson C, Shaw JG, Safaeinili N, Chan GK, Mahoney M, Asch S et al. Role definition is key: rapid qualitative ethnography findings from a team-based primary care transformation. *Learning Health Systems*. 2019;3:e10188. doi:10.1002/lrh2.10188.
184. Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, Ong SE, Sigfrid LA, Murphy G et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy and Planning*. 2017;32:iv27–47. doi:10.1093/heapol/czw169.
185. Haldane V, Cervero-Liceras F, Chuah FL, Ong SE, Murphy G, Sigfrid L et al. Integrating HIV and substance use services: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20:21585. doi:10.7448/ias.20.1.21585.
186. Haldane V, Legido-Quigley H, Chuah FLH, Sigfrid L, Murphy G, Ong SE et al. Integrating cardiovascular diseases, hypertension, and diabetes with HIV services: a systematic review. *AIDS Care*. 2018;30:103–15. doi:10.1080/09540121.2017.1344350.
187. Hlongwa EN, Sibiyi MN. Challenges affecting the implementation of the Policy on Integration of Mental Health Care into primary healthcare in KwaZulu-Natal province. *Curationis*. 2019;42:e1–9. doi:10.4102/curationis.v42i1.1847.
188. Jin Y, Wang H, Wang D, Yuan B. Job satisfaction of the primary healthcare providers with expanded roles in the context of health service integration in rural China: a cross-sectional mixed methods study. *Human Resources for Health*. 2019;17:70. doi:10.1186/s12960-019-0403-3.
189. Mutemwa R, Mayhew S, Colombini M, Busza J, Kivunaga J, Ndwiga C. Experiences of health care providers with integrated HIV and reproductive health services in Kenya: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2013;13:18. doi:10.1186/1472-6963-13-18.
190. Newmann SJ, Zakaras JM, Tao AR, Onono M, Bukusi EA, Cohen CR et al. Integrating family planning into HIV care in western Kenya: HIV care providers' perspectives and experiences one year following integration. *AIDS Care*. 2016;28:209–13. doi:10.1080/09540121.2015.1080791.
191. Winestone LE, Bukusi EA, Cohen CR, Kwaro D, Schmidt NC, Turan JM. Acceptability and feasibility of integration of HIV care services into antenatal clinics in rural Kenya: a qualitative provider interview study. *Global Public Health*. 2012;7:149–63. doi:10.1080/17441692.2011.621964.
192. Maier CB, Buchan J. Integrating nurses in advanced roles in health systems to address the growing burden of chronic conditions. *Eurohealth*. 2018;24:24–7.
193. Randall S, Crawford T, Currie J, River J, Betihavas V. Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;73:24–33. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008.
194. Nuttall D. Nurse prescribing in primary care: a metasynthesis of the literature. *Primary Health Care Research and Development*. 2018;19:7–22. doi:10.1017/S1463423617000500.
195. Wojnar DM, Whelan EM. Preparing nursing students for enhanced roles in primary care: the current state of prelicensure and RN-to-BSN education. *Nursing Outlook*. 2017;65:222–32. doi:10.1016/j.outlook.2016.10.006.
196. Martinez-Gonzalez NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2014;14:214. doi:10.1186/1472-6963-14-214.
197. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*. 2019;17:95. doi:10.1186/s12960-019-0429-6.
198. Ling DL, Lyu CM, Liu H, Xiao X, Yu HJ. The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: an international perspective. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5:72–80. doi:10.1016/j.ijnss.2017.12.011.
199. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*. 2011;11:127. doi:10.1186/1472-6963-11-127.

200. Brink A, Van den Bergh D, Mendelson M, Richards GA. Passing the baton to pharmacists and nurses: new models of antibiotic stewardship for South Africa? *South African Medical Journal*. 2016;106:947–8. doi:10.7196/SAMJ.2016.v106i10.11448.
201. Cox JA, Vlieghe E, Mendelson M, Wertheim H, Ndegwa L, Villegas MV et al. Antibiotic stewardship in low- and middle-income countries: the same but different? *Clinical Microbiology and Infection*. 2017;23:812–8. doi:10.1016/j.cmi.2017.07.010.
202. Crowley T, Mayers P. Trends in task shifting in HIV treatment in Africa: effectiveness, challenges and acceptability to the health professions. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*. 2015;7. doi:10.4102/phcfm.v7i1.807.
203. Edwards R, Drumright L, Kiernan M, Holmes A. Covering more territory to fight resistance: considering nurses' role in antimicrobial stewardship. *Journal of Infection Prevention*. 2011;12:6–10. doi:10.1177/1757177410389627.
204. Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:824–33i. doi:10.2471/blt.13.118786.
205. Photo story: training courses help nurses in Poland take on new and expanded roles in primary care. World Health Organization Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/multimedia/photo-story-training-courses-help-nurses-in-poland-take-on-new-and-expanded-roles-in-primary-care>, consultado el 21 de febrero de 2020.
206. Kanownik G, Witczak K, Kli A, Trzcińska A, Luck P, Gonzalez Hernandez E et al. Improving access to medicines in primary care: nurse prescribing in Poland. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
207. Naylor MD, Kurtzman ET. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs (Millwood)*. 2010;29:893–9. doi:10.1377/hlthaff.2010.0440.
208. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G et al. Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: a systematic review. *Nursing Economics*. 2011;29:230–50.
209. Maier CB, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care. *OECD Health Working Papers*. 2017;98. doi:10.1787/18152015.
210. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;5:e007167. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167.
211. Maier CB, Aiken LH. Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2016;5:21. doi:10.1186/s13584-016-0079-2.
212. Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42:31–9. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x.
213. Maier CB, Barnes H, Aiken LH, Busse R. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open*. 2016;6:e011901. doi:10.1136/bmjopen-2016-011901.
214. Behrens SA. International nursing – constructing an advanced practice registered nurse practice model in the UAE: using innovation to address cultural implications and challenges in an international enterprise. *Nursing Administration Quarterly*. 2018;42:83–90. doi:10.1097/naq.0000000000000273.
215. Dury C, Hall C, Danan JL, Mondoux J, Aguiar Barbieri-Figueiredo MC, Costa MA et al. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *International Nursing Review*. 2014;61:454–62. doi:10.1111/inr.12123.
216. Children's Nursing Workforce Observatory. Child Nurse Practice Development Initiative. Cape Town, South Africa: Department of Paediatrics and Child Health, University of Cape Town; 2017.
217. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
218. Nagai M, Fujita N, Diouf IS, Salla M. Retention of qualified healthcare workers in rural Senegal: lessons learned from a qualitative study. *Rural and Remote Health*. 2017;17.
219. Lea J, Cruickshank M. The role of rural nurse managers in supporting new graduate nurses in rural practice. *Journal of Nursing Management*. 2017;25:176–83. doi:10.1111/jonm.12453.
220. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Tsaras K, Cruz JP, Colet PC, Gloe DS. Organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: implications for nursing management. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5:403–8. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.001.
221. Mbemba G, Gagnon MP, Pare G, Cote J. Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. *Human Resources for Health*. 2013;11:44. doi:10.1186/1478-4491-11-44.

222. Dewanto A, Wardhani V. Nurse turnover and perceived causes and consequences: a preliminary study at private hospitals in Indonesia. *BMC Nursing*. 2018;17:52. doi:10.1186/s12912-018-0317-8.
223. Falatah R, Salem OA. Nurse turnover in the Kingdom of Saudi Arabia: an integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2018;26:630–8. doi:10.1111/jonm.12603.
224. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J et al. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*. 2017;17:824. doi:10.1186/s12913-017-2707-0.
225. Li H, Shi Y, Li Y, Xing Z, Wang S, Ying J et al. Relationship between nurse psychological empowerment and job satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74:1264–77. doi:10.1111/jan.13549.
226. Mazurenko O, Gupte G, Shan G. Analyzing U.S. nurse turnover: are nurses leaving their jobs or the profession itself? *Journal of Hospital Administration*. 2015;4. doi:10.5430/jha.v4n4p48.
227. Abou Hashish EA. Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nursing Ethics*. 2017;24:151–66. doi:10.1177/0969733015594667.
228. AbuAlRub RF, Nasrallah MA. Leadership behaviours, organizational culture and intention to stay amongst Jordanian nurses. *International Nursing Review*. 2017;64:520–7. doi:10.1111/inr.12368.
229. Pishgooie AH, Atashzadeh-Shoorideh F, Falcó-Pegueroles A, Lotfi Z. Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*. 2019;27:527–34. doi:10.1111/jonm.12707.
230. Decent work. International Labour Organization (<https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>, consultado el 21 de febrero de 2020).
231. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS ONE*. 2016;11:e0153391. doi:10.1371/journal.pone.0153391.
232. Hay K, McDougal L, Percival V, Henry S, Klugman J, Wurie H et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*. 2019;393:2535–49. doi:10.1016/s0140-6736(19)30648-8.
233. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51:72–84. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010.
234. Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA). Geneva: World Health Organization (<https://publicspace.who.int/sites/ssa/SitePages/PublicDashboard.aspx>, consultado el 21 de febrero de 2020).
235. Decent working time for nursing personnel: critical for worker well-being and quality care. Geneva: International Labour Organization; 2018.
236. Schilgen B, Nienhaus A, Handtke O, Schulz H, Mösko M. Health situation of migrant and minority nurses: a systematic review. *PLoS ONE*. 2017;12:e0179183. doi:10.1371/journal.pone.0179183.
237. Mallett R. Decent work, migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development. London: Overseas Development Institute; 2018.
238. Ghazal LV, Ma C, Djukic M, Squires A. Transition-to-U.S. practice experiences of internationally educated nurses: an integrative review. *Western Journal of Nursing Research*. 2019;0193945919860855. doi:10.1177/0193945919860855.
239. Schilgen B, Handtke O, Nienhaus A, Mösko M. Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: a qualitative comparative study. *Applied Nursing Research*. 2019;46:57–66. doi:https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.02.008.
240. Zhong Y, McKenna L, Copnell B. What are Chinese nurses' experiences whilst working overseas? A narrative scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;74:101–11. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.009.
241. Spector N, Hooper JI, Silvestre J, Qian H. Board of nursing approval of registered nurse education programs. *Journal of Nursing Regulation*. 2018;8:22–9.
242. Bogren M, Sathyanarayanan D, Erlandsson K, Accreditation Working Group, Akhter H, Akter D et al. Development of a context specific accreditation assessment tool for affirming quality midwifery education in Bangladesh. *Midwifery*. 2018;61:74–80. doi:10.1016/j.midw.2018.02.021.
243. Benton DC, Cleghorn J, Coghlan A, Damgaard G, Doumit MAA, George JL et al. Acting in the public interest: learnings and commentary on the occupational licensure literature. *Journal of Nursing Regulation*. 2019;10:S1–40. doi:10.1016/s2155-8256(19)30120-6.
244. Benton DC, Benton AD, González-Jurado MA, Del Pulgar MG. Comparing the scholarship contributions of five disciplines to the occupational licensure literature indexed in Web of Science™. *Journal of Nursing Regulation*. 2019;10:4–13. doi:10.1016/s2155-8256(19)30142-5.
245. Benton DC, Alexander M. Regulation 2030 first steps of a journey. *Journal of Nursing Regulation*. 2017;8:S3–4. doi:10.1016/s2155-8256(17)30124-2.

246. Boelen C, Blouin D, Gibbs T, Woollard R. Accrediting excellence for a medical school's impact on population health. *Education for Health (Abingdon)*. 2019;32:41–8. doi:10.4103/efh.EfH_204_19.
247. McCarthy CF, Gross JM, Verani AR, Nkowane AM, Wheeler EL, Lipato TJ et al. Cross-sectional description of nursing and midwifery pre-service education accreditation in east, central, and southern Africa in 2013. *Human Resources for Health*. 2017;15:48. doi:10.1186/s12960-017-0224-1.
248. Rivers ED. Regulating regulators: active supervision of state regulatory boards in the wake of the North Carolina State Board of Dental Examiners v. FTC. *Florida Bar Journal*. 2016;90:43–57.
249. Flanders SA, Baker KA. Regulation and accreditation of pre-licensure education of registered nurses: a scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2019. doi:10.11124/jbisrir-d-19-00106.
250. Evans S. The Nurse Licensure Compact: a historical perspective. *Journal of Nursing Regulation*. 2015;6:11–16. doi:10.1016/s2155-8256(15)30778-x.
251. Fotsch R. The enhanced Nurse Licensure Compact goes live. *Journal of Nursing Regulation*. 2018;8:61–2. doi:10.1016/s2155-8256(17)30183-7.
252. Reid UV. Regional Examination for Nurse Registration, Commonwealth Caribbean. *International Nursing Review*. 2000;47:174–83. doi: 10.1046/j.1466-7657.2000.00012.x.
253. European Commission. Commission Regulation (EU) No 213/2011 of 3 March 2011 amending Annexes II and V to Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council on the recognition of professional qualifications. *Official Journal of the European Union*. 2011.
254. European Commission. Directive 2013/55/EU of The European Parliament and of the Council of 20 November 2013, amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System ("the IMI Regulation"). *Official Journal of the European Union*. 2013.
255. Efendi F, Nursalam N, Kurniati A, Gunawan J. Nursing qualification and workforce for the Association of Southeast Asian Nations Economic Community. *Nursing Forum*. 2018;53:197–203. doi:10.1111/nuf.12243.
256. Trans-Tasman Mutual Recognition Act 1997, reprint as at 1 October 2018. New Zealand Parliamentary Counsel Office; 2018.
257. The Regional Nursing Body Strategic Plan for Nursing and Midwifery 2020–2024. Greater Georgetown, Guyana: Caricom; 2020.
258. Palese A, Zabalegui A, Sigurdardottir AK, Bergin M, Dobrowolska B, Gasser C et al. Bologna process, more or less: nursing education in the European economic area – a discussion paper. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2014;11. doi:10.1515/ijnes-2013-0022.
259. Benton DC, González-Jurado MA, Benoit-Montesinos JV. Defining nurse regulation and regulatory body performance: a policy Delphi study. *International Nursing Review*. 2013;60(3):303–12.
260. Majumder MAA, Kumar A, Krishnamurthy K, Ojeh N, Adams OP, Sa B. An evaluative study of objective structured clinical examination (OSCE): students and examiners perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*. 2019;10:387–97. doi:10.2147/AMEP.S197275.
261. Onwudiegwu U. OSCE: design, development and deployment. *Journal of the West African College of Surgeons*. 2018;8:1–22.
262. Shen L, Zeng H, Jin X, Yang J, Shang S, Zhang Y. An innovative evaluation in fundamental nursing curriculum for novice nursing students: an observational research. *Journal of Professional Nursing*. 2018;34:412–6. doi:10.1016/j.profnurs.2018.05.002.
263. World population prospects 2019. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019.
264. Scully NJ. Leadership in nursing: the importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian*. 2015;22(4):439–44.
265. Tomblin-Murphy G, Elliott Rose A. Nursing leadership in primary health care for the achievement of Sustainable Development Goals and human resources for health global strategies. ICN policy brief (https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolBrief2NsgLeadershipPHC.pdf, consultado el 24 de febrero de 2020).
266. Tomblin-Murphy G, Birch S, MacKenzie A, Bradish S, Elliott Rose A. A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries. *Human Resources for Health*. 2016;14:59. doi:10.1186/s12960-016-0155-2.
267. Japan could face a shortage of up to 270,000 nurses by 2025, according to the Health, Labor and Welfare Ministry. *Japan Times*.
268. Project triple win: recruiting nurses from abroad sustainably. GIZ; 2019 (<https://www.giz.de/en/downloads/giz2019-en-triplewin.pdf>, consultado el 28 de marzo de 2020).
269. Beech J, Bottery S, Charlesworth A, Evans H, Gershlick B, Hemmings N et al. Closing the gap: key areas for action on the health and care workforce. London: Health Foundation, King's Fund, and Nuffield Trust; 2019.

270. Beciu HA, Preker AS, Ayettey S, Antwi J, Lawson A, Adjey A. Scaling up education of health workers in Ghana. Washington (DC): World Bank; 2009.
271. Araujo EC, Zuber A, Garcia-Meza AM. The education and labor markets for nurses in the Eastern, Central and Southern (ECSA) Region: challenges and opportunities. Washington (DC): World Bank; 2020.
272. NHS Scotland, Scottish Government, and Convention of Scottish Local Authorities (COSLA). Health and social care: integrated workforce plan. Edinburgh: Government of Scotland; 2019.
273. National Health Workforce Accounts: implementation guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
274. East, Central and Southern African Health Community (<https://ecsahc.org/>, consultado el 24 de febrero de 2020).
275. Gerlinger T. Germany: improving staffing and workforce availability in healthcare and long-term care. ESPN Flash Report 2018/71. European Social Policy Network, European Commission; 2018.
276. Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport "Pflege 2030": Was ist zu erwarten – was ist zu tun? [Topic report "Nursing 2030": What to expect – what to do?] Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2012.
277. Arbutina Z. With a rapidly aging population, Germany looks to Balkans for care workers. DW; 2018 (<https://www.dw.com/en/with-a-rapidly-aging-population-germany-looks-to-balkans-for-care-workers/a-46545370>, consultado el 24 de febrero de 2020).
278. Lunt N, Smith R, Exworthy M, Green ST, Horsfall D, Mannion R. Medical tourism: treatments, markets and health system implications – a scoping review. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>, consultado el 24 de febrero de 2020).
279. Herrick DM. Medical tourism: global competition in health care. NCPA Policy Report No. 304. National Center for Policy Analysis; 2007 (<http://www.ncpathinktank.org/pdfs/st304.pdf>, consultado el 24 de febrero de 2020).
280. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
281. Draft global strategy on digital health 2020–2024. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
282. Maalouf N, Sidaoui A, Elhadj IH, Asmar D. Robotics in nursing: a scoping review. *Journal of Nursing Scholarship*. 2018;50:590–600. doi:10.1111/jnu.12424.
283. Topol E. The Topol review: preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. Leeds, United Kingdom: NHS, Health Education England; 2019.
284. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M et al. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2020 (forthcoming).
285. Bracq MS, Michinov E, Arnaldi B, Caillaud B, Gibaud B, Gouranton V et al. Learning procedural skills with a virtual reality simulator: an acceptability study. *Nurse Education Today*. 2019;79:153–60. doi:10.1016/j.nedt.2019.05.026.
286. Harerimana A, Mtshali NG. Implementing e-learning in resource-constrained nursing education institutions in Rwanda. *Research and Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*. 2018;4:1–14.
287. President declares 2019 as year of nursing. *The News International*; 2019 (<https://www.thenews.com.pk/latest/416268-president-declares-2019-as-year-of-nursing>, consultado el 25 de febrero de 2020).
288. Qualified nursing workforce pivotal for achieving UHC. *The News International*; 2019 (<https://www.thenews.com.pk/print/510595-qualified-nursing-workforce-pivotal-for-achieving-uhc>, consultado el 25 de febrero de 2020).
289. Cometto G, Buchan J, Dussault G. Developing the health workforce for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98:109–16. doi:10.2471/blt.19.234138.
290. Regional Committee for the Eastern Mediterranean, 66th session. Provisional agenda item 3(b): strengthening the nursing workforce to advance universal health coverage in the Eastern Mediterranean Region. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2019.
291. Kamanyire JK, Achora S. A call for more diploma nurses to attain a baccalaureate degree: advancing the nursing profession in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2015;15:e322–6. doi:10.18295/squmj.2015.15.03.004.
292. Al Maqbali MR, Al Omari O, Slimane SBA, Balushi NA. The nursing profession in Oman: an overview. *Nursing Science Quarterly*. 2019;32:322–5. doi:10.1177/0894318419864346.
293. Van Camp J, Chappy S. The effectiveness of nurse residency programs on retention: a systematic review. *AORN Journal*. 2017;106:128–44. doi:10.1016/j.aorn.2017.06.003.
294. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2014;22:1027–41. doi:10.1111/jonm.12105.

295. Ke YT, Kuo CC, Hung CH. The effects of nursing preceptorship on new nurses' competence, professional socialization, job satisfaction and retention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73:2296–305. doi:10.1111/jan.13317.
296. Bratt MM, Baernholdt M, Pruszyński J. Are rural and urban newly licensed nurses different? A longitudinal study of a nurse residency programme. *Journal of Nursing Management*. 2014;22:779–91. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01483.x.
297. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50:143–53. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.
298. Brook J, Aitken L, Webb R, MacLaren J, Salmon D. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;91:47–59. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.003.
299. Stahlke Wall S. The impact of regulatory perspectives and practices on professional innovation in nursing. *Nursing Inquiry*. 2018;25. doi:10.1111/nin.12212.
300. Benton DC, Fernandez-Fernandez MP, Gonzalez-Jurado MA, Beneit-Montesinos JV. Analysis of a global random stratified sample of nurse legislation. *International Nursing Review*. 2015;62:207–17. doi:10.1111/inr.12171.
301. Paun C. Work passports offer ease of access. *Nursing Standard*. 2013;27:62–3. doi:10.7748/ns2013.07.27.46.62.s50.
302. Benton D, Rajwany N. Protecting the public through the national practitioner data bank and Nursys® compliance: an exploratory analysis. *Journal of Nursing Regulation*. 2017;7:46–51. doi:10.1016/s2155-8256(17)30021-2.
303. Right-touch regulation: revised. Professional Standards Authority; 2015 (<https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/thought-paper/right-touch-regulation-2015.pdf>, consultado el 25 de febrero de 2020).
304. Regulatory impact analysis: a tool for policy coherence. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2009 (<https://dx.doi.org/10.1787/9789264067110-en>, consultado el 25 de febrero de 2020).
305. Carpenter DM II, Knepper L, Sweetland K, McDonald J. License to work: a national study of burdens from occupational licensing. Institute for Justice; 2017 (https://ij.org/wp-content/themes/ijorg/images/ltw2/License_to_Work_2nd_Edition.pdf, consultado el 25 de febrero de 2020).
306. Ross JK. The inverted pyramid: 10 less restrictive alternatives to occupational licensing. Institute for Justice; 2017 (https://ij.org/wp-content/uploads/2017/11/Inverted-Pyramid_FINAL_cover.pdf, consultado el 25 de febrero de 2020).
307. Hou J, Chen S, Sabharwal S, Fan V, Yan M, Wang W. Comparison of RN licensure examination: China and the United States. *International Journal of Nursing Sciences*. 2019;6:111–6. doi:10.1016/j.ijnss.2018.11.002.
308. McCarthy CF, Riley PL. The African Health Profession Regulatory Collaborative for Nurses and Midwives. *Human Resources for Health*. 2012;10:26. doi:10.1186/1478-4491-10-26.
309. Dynes M, Tison L, Johnson C, Verani A, Zuber A, Riley PL. Regulatory advances in 11 sub-Saharan countries in year 3 of the African Health Profession Regulatory Collaborative for Nurses and Midwives (ARC). *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2016;27:285–96. doi:10.1016/j.jana.2015.11.004.
310. Gross JM, McCarthy CF, Verani AR, Iliffe J, Kelley MA, Hepburn KW et al. Evaluation of the impact of the ARC program on national nursing and midwifery regulations, leadership, and organizational capacity in east, central, and southern Africa. *BMC Health Services Research*. 2018;18:406. doi:10.1186/s12913-018-3233-4.
311. Russo G, Xu L, Mclsaac M, Matsika-Claquin MD, Dhillon I, McPake B et al. Health workers' strikes in low-income countries: the available evidence. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019;97:460–7. doi:10.2471/BLT.18.225755.
312. Gruber J, Kleiner SA. Do strikes kill? Evidence from New York State. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2012;4:127–57. doi:10.1257/pol.4.1.127.
313. Ong'ayo G, Ooko M, Wang'ondy R, Bottomley C, Nyaguara A, Tsofa BK et al. Effect of strikes by health workers on mortality between 2010 and 2016 in Kilifi, Kenya: a population-based cohort analysis. *Lancet Global Health*. 2019;7:e961–7. doi:10.1016/s2214-109x(19)30188-3.
314. Salama P, Mclsaac M, Campbell J. Health workers' strikes: a plea for multisectoral action. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019;97:443. doi:10.2471/BLT.19.238279.
315. Muma Nyagetuba JK, Adam MB. Health worker strikes: are we asking the right questions? *Lancet Global Health*. 2019;7:e831–2. doi:10.1016/s2214-109x(19)30222-0.
316. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
317. Fung P, Montague R. A qualitative evaluation of leadership development workshops for mental health workers from four Pacific island countries. *Australasian Psychiatry*. 2015;23:218–21.

318. Homer C, Copeland F, Rumsey M. Papua New Guinea Maternal and Child Health Initiative: monitoring and evaluation report. Sydney, Australia: DFAT and World Health Organization; 2012.
319. Apia outcome: Tenth Pacific Health Ministers Meeting, 2–4 July 2013. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2013.
320. Asante A, Roberts G, Hall JJ. A review of health leadership and management capacity in Solomon Islands. Sydney, Australia: Human Resources for Health Knowledge Hub; 2011.
321. Roberts G, Dewdney J. Future trends for human resources for health in the Asia Pacific region. *Health Professions Education in the Pacific*. 2012;138.
322. Homer CS, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. *Women and Birth*. 2017;30(3):193–9. doi:10.1016/j.wombi.2017.02.012.
323. Hayward-Jones J. The future of Papua New Guinea: old challenges for new leaders. Lowy Institute; 2016 (<https://www.lowyinstitute.org/publications/future-papua-new-guinea-old-challenges-new-leaders>, consultado el 25 de febrero de 2020).
324. Stewart S. Leadership and mentoring for Pacific island midwives. *Australian Midwifery News*. 2016;16:17.
325. Rumsey M, Rhodes D. An innovative approach to supporting health service delivery in the Pacific appears to be ticking health policy and development boxes. *Health Systems and Policy Research*. 2016;3:1–6.
326. Tasa de población activa, mujeres (% de la población femenina mayor de 15 años) (estimación modelado OIT). Washington (DC): World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.FE.ZS>, consultado el 27 de febrero de 2020).
327. Tasa de población activa, hombres (% de la población masculina mayor de 15 años) (estimación modelado OIT). Washington (DC): World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.MA.ZSm>, consultado el 27 de febrero de 2020).
328. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Global Health*. 2019;7:e1500–10. doi:10.1016/s2214-109x(19)30416-4.
329. Griffiths P, Norman I. The impact of nursing: a self-evident truth? *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78:A1–2. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.016>.
330. Bassalobre Garcia A, De Bortoli Cassiani SH, Reveiz L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015;37:162–71.
331. Baltzell K, McLemore M, Shattell M, Rankin S. Impacts on global health from nursing research. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2017;96:765–6. doi:10.4269/ajtmh.16-0918.
332. Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Global Health*. 2018;6:e1163–75. doi:10.1016/s2214-109x(18)30398-x.

Anexo 1. ¿A quién incluye el personal de enfermería?

Los profesionales de enfermería una amplia variedad de servicios a las personas en todos los entornos de atención de la salud, desde hospitales especializados hasta puestos de atención de la salud y comunidades. Tienen diversos títulos profesionales, funciones y trayectorias formativas. Los seis títulos profesionales más comunes en el ámbito de la enfermería son: enfermero/a titulado/a, enfermero/a, enfermero/a autorizado/a, enfermero/a especializado/a, enfermero/a de atención directa y auxiliar de enfermería. Sin embargo, las funciones de un enfermero o enfermera en un país pueden ser diferentes de las desempeñadas por un enfermero o enfermera en otro país, aunque su título profesional sea el mismo. Por esta razón no es apropiado utilizar el título profesional como método de clasificación y análisis a nivel internacional.

La finalidad del presente informe es ofrecer los mejores datos comparables internacionalmente —notificados y validados por los Estados Miembros de la OMS— de que se dispone acerca del personal de enfermería, según la definición de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de 2008 de la OIT (CIUO-08). Con el fin de contribuir al logro de este objetivo, las cuentas nacionales del personal de salud utilizan el sistema de la CIUO-08 para clasificar al personal sanitario. Se pidió a los países que clasificaran a su personal de enfermería con arreglo a uno de los dos códigos principales de la CIUO-08: profesionales de

enfermería (código 2221 de la CIUO) y profesionales de nivel medio de enfermería (código 3221 de la CIUO). Cabe decir que en la presente sección se informa sobre el personal de enfermería con arreglo al grupo ocupacional definido anteriormente, pero conviene señalar que la expresión «atención de enfermería», que sitúa al personal de enfermería dentro de un sistema de salud multidisciplinario, abarca otras ocupaciones no descritas en la presente sección. Por ejemplo, en la CIUO y en cualquier sistema nacional basado en la CIUO, los «auxiliares de enfermería» serían clasificados como auxiliares de atención de la salud, que constituyen un grupo ocupacional de apoyo más amplio.¹²

En las orientaciones de la CIUO se ofrecen descripciones detalladas de los trabajadores sanitarios que deben contabilizarse en cada categoría (recuadro A1.1). En resumen, los profesionales de enfermería asumen la responsabilidad de planificar y gestionar la atención de enfermería de los pacientes, trabajando de forma autónoma o en equipos integrados también por médicos y otras personas. Los profesionales asociados de enfermería (de nivel medio) proporcionan cuidados básicos de enfermería y atención personal y, por lo general, trabajan bajo la supervisión o en apoyo de profesionales médicos o de enfermería u otros profesionales de la salud.

Sin embargo, en algunos países, la distinción entre los profesionales de enfermería y profesionales asociados de enfermería es borrosa. Del mismo modo, la distinción entre profesionales asociados de enfermería y auxiliares de enfermería no siempre es clara. Por consiguiente, en estos casos se requiere un elemento de juicio de los interesados nacionales. Se aconsejó a los países que tuvieran en cuenta tanto las funciones y responsabilidades como la duración de la formación previa al empleo al decidir clasificar a un grupo ocupacional como profesionales de enfermería, como profesionales asociados de enfermería o como profesionales no pertenecientes al ámbito de la enfermería. Por ejemplo, por regla general, un enfermero o enfermera profesional habrá completado una formación previa al empleo de al menos tres años. En caso de que un país no pueda decidir qué categoría utilizar, las cuentas nacionales del personal de salud incluyen la opción de «enfermeros o enfermeras: sin definir», y algunos países optaron por incluir una parte o a la totalidad de su personal de enfermería en esta categoría. Esta categoría se corresponde con los profesionales de enfermería o con los profesionales asociados de enfermería, pero excluye a los auxiliares de enfermería, que pertenecen al grupo ocupacional de los auxiliares de atención de la salud, no analizados en el presente informe.

¹² Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de la OIT: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/dcomm/-/publ/documents/publication/wcms_172572.pdf.

Recuadro A1.1 Definiciones del personal de enfermería de la CIUO

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DESEMPEÑAN LAS SIGUIENTES TAREAS:

- Planificar, proporcionar y evaluar la atención de enfermería a los pacientes
- Coordinar la atención que se presta a los pacientes en consulta con otros profesionales de la salud
- Elaborar y aplicar planes asistenciales para el tratamiento de pacientes en colaboración con otros profesionales de la salud
- Planificar y proporcionar cuidados personales, tratamientos y terapias, con inclusión de la administración de medicamentos y el seguimiento de las respuestas a los tratamientos o a la atención
- Limpiar heridas y aplicar apósitos
- Vigilar el dolor y las molestias de los pacientes y aliviar el dolor mediante terapias, en particular analgésicos
- Planificar programas de formación sanitaria y actividades de promoción de la salud y formación de enfermeros/as, y participar en ellos
- Responder a las preguntas de los pacientes y las familias y proporcionar información sobre la prevención de la mala salud, el tratamiento y la atención
- Supervisar y coordinar el trabajo de otros trabajadores de la salud
- Realizar investigaciones sobre prácticas y procedimientos de enfermería

LOS PROFESIONALES DE NIVEL MEDIO DE ENFERMERÍA (PROFESIONALES ASOCIADOS DE ENFERMERÍA) DESEMPEÑAN LAS SIGUIENTES TAREAS:

- Proporcionar atención de enfermería y cuidados personales y tratamiento y asesoramiento sanitario a los pacientes según los planes de atención establecidos por los profesionales de la salud
- Administrar medicamentos y otros tratamientos a los pacientes, vigilar el estado de los pacientes y su respuesta al tratamiento, y remitir a los pacientes y a sus familiares a un profesional de la salud para que reciba atención especializada, según sea necesario
- Limpiar heridas y aplicar apósitos
- Actualizar la información sobre las afecciones de los pacientes y los tratamientos recibidos en los sistemas de registro
- Prestar asistencia en la planificación y gestión de la atención de pacientes individuales
- Ayudar a proporcionar tratamiento de primeros auxilios en emergencias

Nota: La distinción entre enfermeros/as profesionales y profesionales asociados de enfermería debe hacerse sobre la base de la naturaleza del trabajo realizado en relación con las tareas especificadas más arriba. Las cualificaciones que tienen las personas o que predominan en el país no son el factor principal para hacer esta distinción, ya que los planes de formación del personal de enfermería varían ampliamente entre los países y han variado a lo largo del tiempo dentro de los países.

Fuente: Texto adaptado de la CIUO-08.

Anexo 2. Métodos

Indicadores utilizados en el informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*

Se invitó a los Estados Miembros de la OMS a presentar entre julio y noviembre de 2019 los datos más recientes sobre el personal de enfermería de que dispusieran, a través de 36 indicadores: 30 incluidos en las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS) y otros seis indicadores específicos (véase la lista del cuadro A2.1). Los 30 indicadores de las CNPS se definen en el *Manual de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud*,¹³ donde también figuran definiciones detalladas y metadatos para cada indicador.

Proceso de recogida de datos

Las cuentas nacionales del personal de salud son un proceso continuo en el que la disponibilidad, la calidad y el uso de los datos sobre el personal de salud mejoran de forma continua. En el marco de este proceso se alentó a los países a establecer grupos de trabajo de múltiples interesados en relación con todos los aspectos relacionados con los datos sobre el personal sanitario a fin de llevar a cabo una validación interna antes de enviar los datos, algo que se hizo en un elevado número de países. La preparación del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* aceleró este esfuerzo mundial para mejorar el seguimiento y la notificación de datos normalizados. Se pidió a los países que designasen centros de enlace, a los cuales se dio acceso a la plataforma CNPS en línea para que introdujesen o validasen los datos. Además, se preintrodujeron los datos correspondientes a países de la OCDE derivados del cuestionario conjunto de recogida de datos de la OCDE, Eurostat y la Oficina Regional de la OMS para Europa a fin de evitar duplicaciones

en la notificación a organizaciones internacionales, y se indicó a los centros de enlace que revisasen y validasen dichos datos. El número de habitantes para cada país y año se derivó de la revisión de 2019 de las *Perspectivas de la Población Mundial* del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.¹⁴ En un número reducido de países, a fin de completar la información también se recurrió a las bases de datos de la sociedad honorífica internacional de enfermería Sigma y del Consejo Nacional de Colegios Estatales de Enfermería estadounidense (NCBSN)¹⁵ para obtener datos relativos a indicadores que evalúan el entorno de gobernanza y de políticas mediante preguntas binarias (con respuesta sí/no) sobre la existencia de mecanismos y procesos conexos y sobre la duración de la formación teórica y práctica.

Como apoyo a la recogida de datos, la OMS organizó talleres regionales sobre las CNPS en sus seis regiones y proporcionó instrumentos e información en varios idiomas. En total, más de 250 representantes procedentes de unos 80 países asistieron a estas actividades de creación de capacidad. Los datos se enviaron entre julio y noviembre de 2019 y se depuraron y analizaron entre octubre y diciembre de 2019. El presente informe se basa en el conjunto de datos de la plataforma CNPS en línea a 17 de diciembre de 2019.

Se recomendó a los centros de enlace para las CNPS que implicasen en el proceso a líderes del sector de la enfermería y otras partes interesadas nacionales. Las oficinas regionales y en los países de la OMS respaldaron el proceso de elaboración y notificación de las

CNPS, en particular la recogida, notificación y validación de los datos pertinentes.

Datos notificados

De los 194 Estados Miembros de la OMS, 193 notificaron datos (191 de ellos informaron sobre el contingente de personal). La notificación tuvo lugar directamente mediante la plataforma CNPS o a través de las oficinas regionales y de otros procesos internacionales, como la recogida conjunta de datos sobre estadísticas sanitarias no monetarias realizada por la OCDE, Eurostat y la Oficina Regional de la OMS para Europa. La figura A2.1 ilustra que el 80% de los países aportaron datos sobre al menos 15 de los 36 indicadores empleados, y un 23% lo hicieron sobre 25 indicadores o más.

Los indicadores en los que hubo mayores carencias de datos fueron los relativos a los salarios, al gasto educativo en enfermería y a otras cuestiones relacionadas con la enseñanza. En algunos casos se buscaron fuentes alternativas que complementasen los datos de las CNPS, en particular para los indicadores sobre duración de la formación teórica y práctica, sobre salarios y sobre capacidad. Por ejemplo, la sociedad honorífica internacional de enfermería Sigma gestiona una base de datos sobre la situación mundial de la enseñanza de enfermería que incluye indicadores sobre los salarios iniciales y la duración del programa educativo para unos 50 países. En relación con los indicadores binarios relativos a las políticas y la reglamentación sobre formación teórica y el ejercicio de la enfermería se utilizó el atlas mundial de reglamentación del NCSBN para determinar en qué países se exigen exámenes para la obtención de la certificación y

13 Cuentas Nacionales del Personal de Salud: un manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.

14 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas de la Población Mundial 2019*, edición en línea, revisión 1. Nueva York (EE.UU.), Naciones Unidas, 2019.

15 Datos de Sigma obtenidos de: <https://www.sigmanursing.org/advance-elevate/research/research-resources>. Datos del NCSBN obtenidos de: <https://www.ncsbn.org/national-nursing-database.htm>.

Cuadro A2.1 Lista de los 36 indicadores empleados para el informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*

Treinta indicadores se derivaron del *Manual de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud* y seis se diseñaron específicamente para el presente informe.

	Nombre del indicador (nombre abreviado de las CNPS)	Código en las CNPS	Tasa de respuesta a 17 de diciembre de 2019
CONTINGENTE Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	Densidad de personal de enfermería por tipo/nivel de profesional	1-01	98%
	Densidad de personal de enfermería a nivel subnacional	1-02	31%
	Distribución del personal de enfermería por grupo de edad	1-03	55%
	Personal de enfermería femenino	1-04	68%
	Distribución del personal de enfermería por titularidad de los establecimientos	1-05	47%
	Distribución del personal de enfermería por tipo de establecimiento	1-06	34%
	Proporción de profesionales de enfermería nacidos en el extranjero	1-07	35%
	Proporción de profesionales de enfermería capacitados en el extranjero	1-08	46%
FORMACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA	Lista principal de instituciones acreditadas de enseñanza	2-01	88%
	Duración de la formación teórica y práctica	2-02	56%
	Número de solicitudes de formación teórica y práctica	2-03	12%
	Proporción de alumnos de enfermería con respecto al número de educadores calificados	2-05	10%
REGLAMENTACIÓN Y ACREDITACIÓN PARA LA FORMACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA	Normas sobre duración y contenido de la educación	3-01	87%
	Mecanismos de acreditación para instituciones de educación	3-02	84%
	Normas sobre educación interprofesional	3-06	80%
	Desarrollo profesional continuo	3-08	82%
FINANCIACIÓN DE LA EDUCACIÓN	Gasto por graduado en la educación de personal de enfermería	4-05	7%
FLUJOS DEL MERCADO LABORAL DEL SECTOR SANITARIO	Personas que empiezan a ejercer durante el año posterior a su graduación	5-01	14%
	Tasa de reposición con personal procedente de actividades nacionales	5-02	45%
	Tasa de entrada de personal de enfermería extranjero	5-03	11%
	Tasa de salida voluntaria del mercado laboral del sector sanitario	5-04	9%
	Tasa de desempleo	5-06	8%
CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO Y CONDICIONES DEL TRABAJO	Personal de salud contratado a tiempo parcial	6-02	6%
	Reglamentación sobre horarios y condiciones de trabajo	6-03	86%
	Reglamentación sobre salario mínimo	6-04	86%
	Reglamentación sobre protección social	6-05	86%
	Medidas para prevenir ataques contra el personal de salud	6-09	80%
GASTO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA Y REMUNERACIÓN DE ESTE	Salarios y sueldos iniciales	7-05	42%
	Brecha salarial entre los géneros	7-07	3%
COMBINACIÓN DE COMPETENCIAS PARA MODELOS DE ATENCIÓN	Existencia de funciones especializadas de enfermería	8-06	79%
INDICADORES ADICIONALES ESPECÍFICOS PARA EL INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL MUNDO 2020	Función de jefe de los servicios públicos de enfermería o partería (o equivalente)	–	84%
	Programas de desarrollo del liderazgo en enfermería	–	76%
	Asociación nacional de profesionales de enfermería jóvenes y noveles	–	76%
	Autoridad de reglamentación de la enfermería	–	98%
	Normas sobre la calificación del profesorado	–	68%
	Examen de aptitud para la práctica profesional	–	92%

Nota: en el manual de las *Cuentas Nacionales del Personal de Salud* (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330361/9789243513119-spa.pdf>) se puede consultar información detallada y metadatos sobre los indicadores de las CNPS.

Los metadatos para los seis indicadores adicionales no incluidos en las CNPS pueden solicitarse a SOWN2020@who.int.

en cuáles existen organismos de reglamentación.

De los 191 países, el 83% proporcionaron datos sobre el volumen de personal de enfermería correspondientes a 2017 o 2018. Otros solo pudieron aportar datos de años anteriores (entre 2013 y 2016). En esos casos se estimó el volumen de personal en 2018 aplicando la densidad de profesionales más reciente conocida a la población de 2018. En los cuatro países en los que no se notificó un volumen de personal, se aplicó a la población de 2018 la correspondiente densidad regional.

El hecho de que muchos países —especialmente en África occidental y central y en Asia central— no pudieran proporcionar datos para varios indicadores ilustra una necesidad crítica de seguir fortaleciendo los recursos humanos en el ámbito de los sistemas de información sanitaria en esas regiones.

En este informe no se presentan todos los datos recogidos: solo se han analizado y presentado aquellos

indicadores para los que un número significativo de países notificó estadísticas. Gradualmente se irán ofreciendo más datos a través de un portal público de acceso a los datos de las cuentas nacionales del personal de salud.

Puntuación compuesta para la reglamentación sobre educación y las condiciones de trabajo en las secciones 5.4 y 5.6

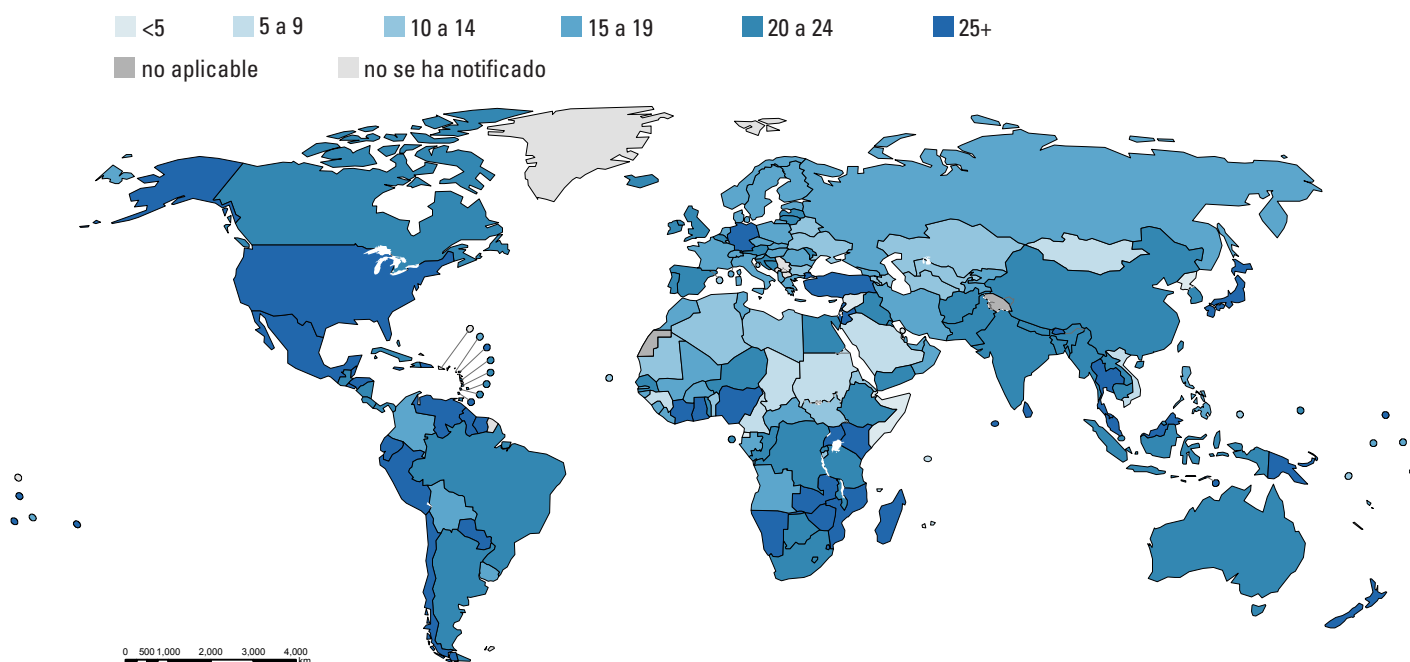
Aunque la mayoría de los análisis fueron de naturaleza meramente descriptiva y se centraron fundamentalmente en los porcentajes, se utilizaron puntuaciones compuestas para resumir los indicadores relativos a la reglamentación sobre educación y a las condiciones de trabajo. En ambos casos, se atribuyó a los países 1 punto por cada indicador en el que la respuesta fuera «sí», 0,5 puntos si la respuesta era «parcialmente» y 0 puntos si la respuesta era «no», tras lo cual se sumaron todos los puntos para obtener una puntuación compuesta. Por consiguiente, la máxima puntuación posible era de 9 y la mínima de 0. En los indicadores para los que no se proporcionó

información, la respuesta se consideró como «no», por lo que no se otorgó ningún punto.

Análisis de correspondencias múltiples en los ámbitos de la reglamentación sobre educación y las condiciones de trabajo (secciones 5.4 y 5.6)

Los indicadores relativos a la reglamentación de la educación y el ejercicio profesional presentan un elevado grado de correlación: si se responde afirmativamente en uno de los indicadores, es probable que ocurra lo mismo en otros. Para comprender mejor estos patrones se realizó un análisis de correspondencias múltiples, que permite presentar de forma simplificada la correlación entre varias variables en un único gráfico bidimensional (figura A2.2). El análisis permitió extraer dos dimensiones (ejes x e y): la primera de ellas (eje x) puede interpretarse como los factores asociados a una menor reglamentación (a la derecha) o una mayor reglamentación (a la izquierda). Esta primera dimensión explica un 79,7% de la variación de las variables. La segunda dimensión (eje y) puede interpretarse como

Figura A2.1 Número de indicadores notificados en todo el mundo para el informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*



Nota: incluye 30 indicadores de las CNPS y seis preguntas relativas a la capacidad.

Fuente: Cuentas nacionales del personal de salud, 2019.

una menor presencia de mecanismos de acreditación (arriba) o una menor presencia de reglamentación en materia educativa (abajo). Esta dimensión explica el 2,1% de la variación entre los indicadores. En el gráfico también aparecen las regiones para mostrar con qué indicadores están más estrechamente correlacionadas. El análisis confirmó que las Regiones de Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, situadas en la parte derecha del gráfico, se asocian con mayor probabilidad a un menor grado de reglamentación de la enseñanza de enfermería.

Los indicadores relativos a las condiciones de trabajo presentaron una elevada correlación, como muestra el análisis de correspondencias múltiples

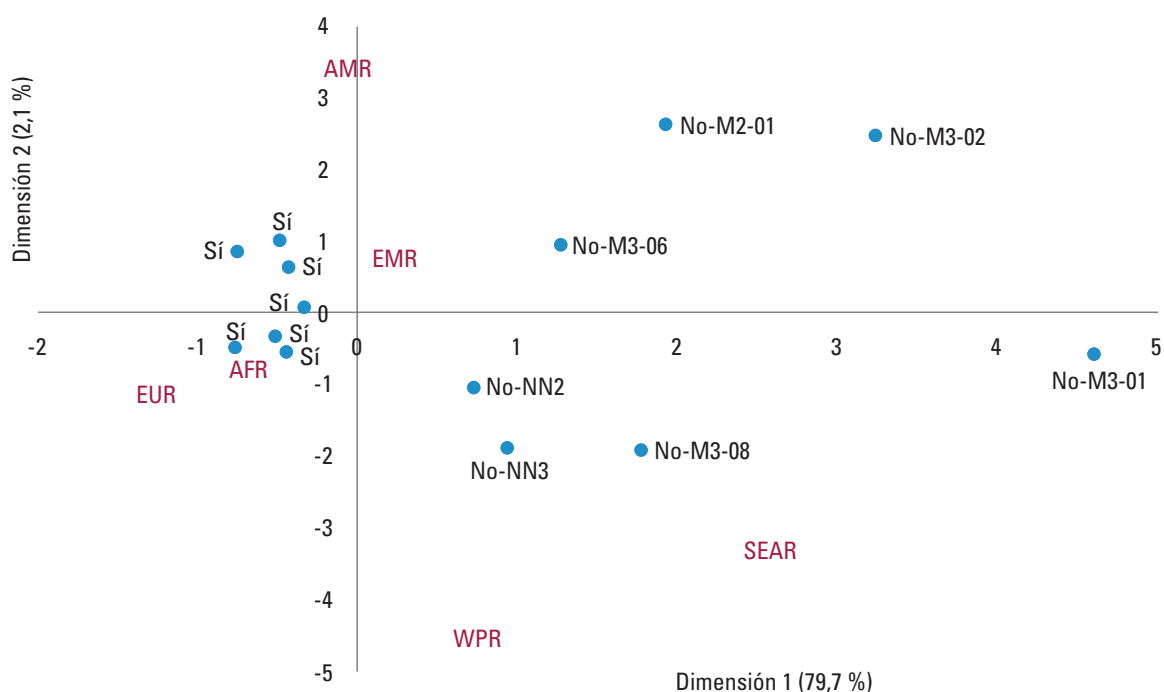
(figura A2.3). Dos indicadores fuertemente correlacionados fueron las medidas para prevenir ataques y la existencia de funciones de enfermería avanzada: esto podría indicar que, en los entornos con mayor riesgo, podría concederse un mayor grado de autonomía profesional al personal de enfermería para seguir garantizando la atención a los pacientes en circunstancias difíciles. La Región de Europa presentó un patrón distinto al de las demás regiones, con menos medidas para prevenir ataques contra el personal y también menos funciones de enfermería avanzada.

Proyección del contingente de personal en 2030

Para evaluar el contingente de personal de enfermería que habrá en 2030 se plantearon las tres hipótesis siguientes.

- **Hipótesis 1: envejecimiento** (solo se tiene en cuenta el efecto del envejecimiento del personal de enfermería). La proyección se basó en la distribución etaria por países y en un grupo etario de profesionales menores de 35 años de tamaño estable, con un volumen de reposición igual a una décima parte del tamaño de esta categoría más joven. Para tener en cuenta el envejecimiento del personal se supuso un volumen de jubilaciones igual a una décima parte del grupo etario de mayores de 55 años. Esta hipótesis no tiene en cuenta las estadísticas de graduación y considera que el grupo etario más joven supondrá una proporción constante del total en los próximos años.

Figura A2.2 Correlación entre los indicadores referidos a la educación (análisis de correspondencias múltiples)



Tipo de análisis: análisis de correspondencias múltiples entre las variables relativas a la reglamentación del sistema de enseñanza de enfermería; las regiones se muestran como variables independientes.

Variables resumidas en el gráfico: M2-01: lista principal de instituciones acreditadas de educación; M3-01: normas sobre educación y contenido de la educación; M3-02: mecanismos de acreditación para instituciones de educación; M3-06: normas sobre educación interprofesional; M3-08: desarrollo profesional continuo; NN2: examen de aptitud para la práctica profesional; NN3: normas sobre la calificación del profesorado.

AFR = Región de África; AMR = Región de las Américas; SEAR = Región de Asia Sudoriental; EUR = Región de Europa; EMR = Región del Mediterráneo Oriental; WPR = Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Cuentas nacionales del personal de salud, 2019. Datos disponibles más recientes notificados por los países entre 2013 y 2018.

- Hipótesis 2: reposición.**
 Esta hipótesis parte del mismo envejecimiento que la hipótesis 1, pero utiliza las tasas regionales de graduación más recientes calculadas en la sección 5.5, a las que se aplica un factor de corrección de 0,6 que implica suponer que el 60% de los recién graduados encuentra trabajo en el sector sanitario. Este porcentaje refleja la diferencia entre la graduación y la incorporación a la actividad laboral observada en los países de la OCDE.
- Hipótesis 3: reposición acelerada.** La hipótesis es similar a la hipótesis 2, pero con una aceleración de las tasas de graduación e incorporación que implica un aumento del 50% en la capacidad de graduación por año de los países entre 2018 y 2030 (equivalente a un aumento anual del 3,44%). En esta hipótesis también se

supone una incorporación al mercado laboral del 60% de los graduados.

A partir de estas hipótesis se calcularon las densidades proyectadas para 2030 utilizando las estimaciones de población para 2030 de las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas.

Para evaluar el efecto de la hipótesis 3 se efectuaron distintas simulaciones considerando un aumento en el número de graduados del 25%, el 50% y el 100% (figura A2.4). Las simulaciones mostraron que la tasa de aumento del número anual de graduados en enfermería no afecta drásticamente al contingente de personal estimado para 2030, que sería de 38,0 millones, 39,7 millones y 42,8 millones de enfermeros y enfermeras si el aumento total del número anual

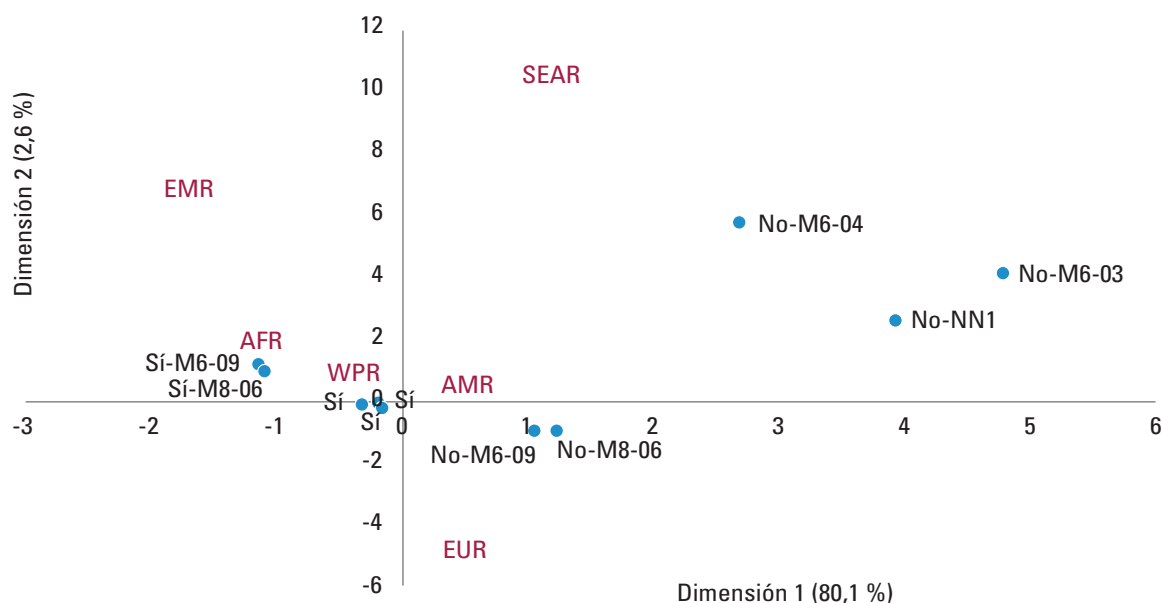
de graduados fuera del 25%, el 50% y el 100% respectivamente.

Cautelas a la hora de interpretar las proyecciones

Al interpretar las proyecciones deben tenerse en cuenta algunas limitaciones.

- En cuanto a la disponibilidad de datos, no todos los países presentaron información sobre la distribución etaria (utilizada en la hipótesis 1) y la tasa de graduación (utilizada en la hipótesis 2). El análisis mostró resultados similares para las hipótesis 1 y 2, lo que genera confianza en relación con la tasa de acceso al mercado laboral de los nuevos graduados.
- Se utilizaron varias suposiciones en cuanto a la tasa de salida de profesionales de más de 55 años. Dicha tasa podría variar de una región a otra, y tal vez sea optimista considerar una

Figura A2.3 Correlación entre los indicadores relativos a las condiciones de trabajo (análisis de correspondencias múltiples)



Tipo de análisis: análisis de correspondencias múltiples entre las variables relativas a la reglamentación de las condiciones de trabajo; las regiones se muestran como variables independientes.

Variables resumidas en el gráfico: M6-03: reglamentación sobre horario y condiciones de trabajo; M6-04: reglamentación sobre salario mínimo; M6-09: medidas para prevenir ataques; M8-06: existencia de funciones de enfermería avanzada; NN1: consejo de enfermería.

AFR = Región de África; AMR = Región de las Américas; SEAR = Región de Asia Sudoriental; EUR = Región de Europa; EMR = Región del Mediterráneo Oriental; WPR = Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Cuentas nacionales del personal de salud, 2019. Datos disponibles más recientes notificados por los países entre 2013 y 2018.

edad de jubilación de hasta 65 años. De igual modo, en el análisis se aplicó una razón de 0,6 para sumar los graduados que se incorporaban al ejercicio de la profesión, con arreglo a la razón entre el personal de enfermería en activo y el graduado, según la OCDE. Ahora bien, esto podría variar de una región a otra. Para valorar el efecto de las suposiciones en las que se basan las hipótesis 1-3 se realizaron varios análisis de sensibilidad sin que apenas variasen los resultados y las conclusiones.

- Las proyecciones solo reflejan las tendencias recientes y proporcionan una idea general de la evolución del contingente de personal de enfermería. En el futuro deberán ser revisadas a medida que se disponga de más datos. Asimismo, estas proyecciones no sustituyen a las conclusiones derivadas de la modelización en el ámbito nacional, que tienen

en cuenta un abanico más amplio de indicadores relativos al personal de salud y a otros indicadores del mercado laboral sanitario, así como estadísticas económicas y de gasto público más detalladas.

Estimación del déficit de personal

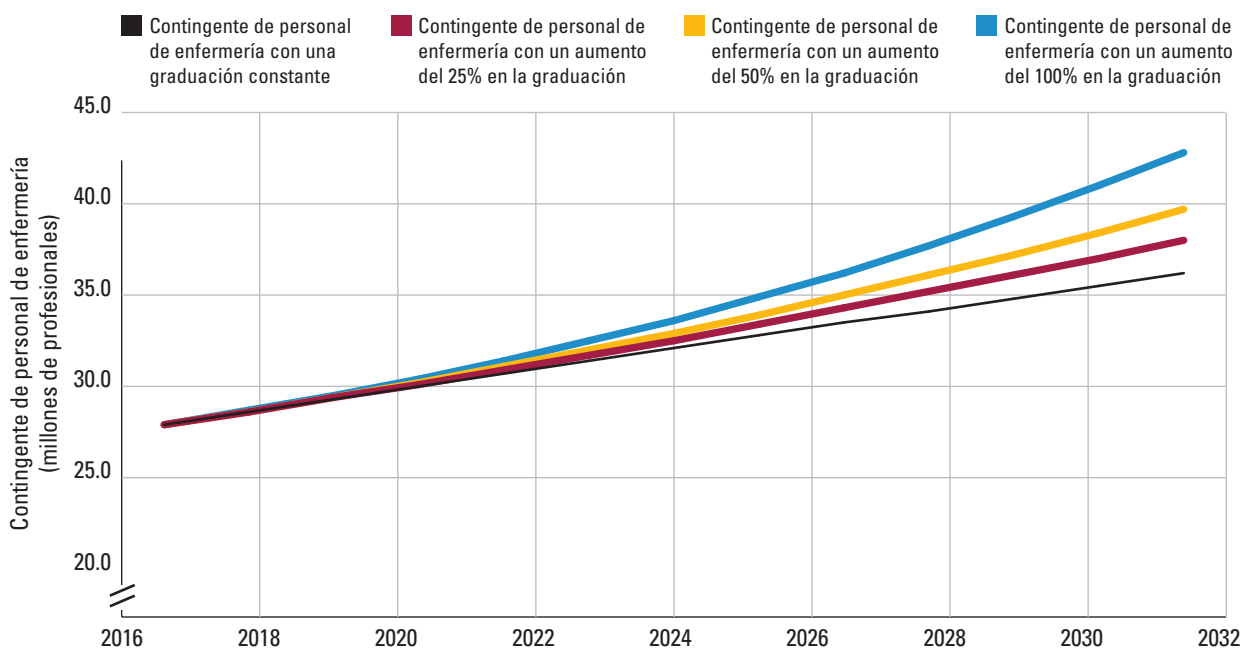
Para estimar el déficit de personal de enfermería se siguió un método similar al descrito en la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud. Sin embargo, como los datos se han actualizado, los valores del déficit no pueden compararse directamente con los estimados en dicha Estrategia mundial.

El análisis muestra que la estimación de la Estrategia mundial se basó en la información de 102 países para los que existían datos sobre el contingente de personal para el periodo 2009-2013, mientras que para el resto de países se utilizaron datos más antiguos o imputados. Según los datos recientes disponibles

para el informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, 174 países contaban con datos sobre el contingente de personal correspondientes a 2013 (130 países) o al lustro anterior, por lo que la estimación revisada del contingente de personal de enfermería en 2013 es de 23,2 millones de enfermeros y enfermeras. El contingente de 2018 se basa en datos de 191 países para el periodo 2013-2018, de los que el 89% tenían datos para 2017 y 2018. Por consiguiente, el contingente indicado para 2018 en el informe sobre la *Situación de la enfermería 2020* también puede considerarse una estimación muy sólida.

Para estimar el déficit se compararon las densidades de personal de 2018 y 2030 con el valor umbral utilizado en la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud. Para ello, a partir de dicho valor (4,45 profesionales médicos, de enfermería y de partería por cada 1000 habitantes) se derivó un

Figura A2.4 Evolución entre 2018 y 2030 del contingente mundial de personal de enfermería (millones de profesionales) con una hipótesis en la que se mantiene la situación actual y tres hipótesis en las que aumenta la graduación de profesionales de enfermería



Nota: El «contingente de personal de enfermería» incluye los profesionales de la enfermería y los profesionales asociados de enfermería. Se emplearon los siguientes factores de corrección específicos para cada región: envejecimiento (jubilación anual de una décima parte del grupo etario de mayores de 55 años en 2018), tasa de graduación tomada del análisis de la sección 5.5, con un factor de corrección de 0,6 (correspondiente a la razón entre el personal de enfermería en activo y el graduado, según la OCDE), a fin de dar cuenta de las actividades ajenas al ejercicio de la enfermería.

valor umbral específico para el personal de enfermería según se explica a continuación.

- En primer lugar, se multiplicó dicho valor por la proporción del personal de enfermería y partería respecto al total de profesiones sanitarias que figura en la Estrategia mundial: puesto que en 2013 había 20,7 profesionales de enfermería y partería y 9,8 médicos por cada 10 000 habitantes, se obtiene un valor umbral para el personal de enfermería y partería de 3,02 profesionales por cada 1000 habitantes ($4,45 \times (20,7/(9,8+20,7))$).
- Después, para calcular el valor umbral referido únicamente al personal de enfermería, se multiplicó el valor anterior por la proporción de dicho personal respecto al personal total de enfermería y partería (un 90,7% en el año más reciente para

el que se dispone del dato). Esto arroja un valor umbral de 2,74 profesionales de enfermería por cada 1000 habitantes.

- Como las densidades de personal sanitario se expresan por cada 10 000 habitantes, el umbral resultante es de 27,4 profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes.
- Este valor se comparó con la densidad observada en 2018 y con las densidades proyectadas para 2030 en cada una de las tres hipótesis consideradas.

Tras estimar el déficit de personal en 2030 para las tres hipótesis descritas anteriormente se observó que, en las tres proyecciones, el déficit seguiría siendo elevado en los países de ingresos bajos y medianos-bajos (cuadro A2.2).

Costo por graduado

En los países de ingresos bajos y medianos-bajos, donde existe el mayor déficit de personal, se obtuvieron cifras muy diferentes sobre el costo por graduado. Este va desde US\$ 5180 en Madagascar, US\$ 5589 según el análisis del Banco Mundial en África oriental, central y austral¹⁶ y US\$5656 en Mozambique hasta US\$ 19 794 en Ghana.¹⁷ Por ello, el cálculo de los costos se realizó con una hipótesis de costo bajo de US\$ 5000 por graduado, una hipótesis de costo intermedio de US\$ 10 000 por graduado y una hipótesis de costo elevado de US\$ 20 000 por graduado. Debe tenerse en cuenta que los datos disponibles sobre estos costos proceden de países africanos y no pueden aplicarse a los países de ingresos altos, donde los datos publicados muestran un costo por graduado muy superior.

Cuadro A2.2 Estimaciones del déficit de personal de enfermería (millones de profesionales) en los países situados por debajo del umbral de la Estrategia mundial, desglosadas por nivel de ingresos: 2018 y 2030 (tres hipótesis)

GRUPO DE INGRESOS	2018	2030		
		Envejecimiento y grupo etario joven estable	Envejecimiento y graduación igual a la de los últimos años	Envejecimiento y graduación un 50% superior de aquí a 2030
Ingresos bajos	1,34	1,80	1,54	1,26
Ingresos medianos-bajos	3,91	3,44	2,81	1,54
Ingresos medianos-altos	0,67	0,45	0,25	0,12
Ingresos altos (utilizados como referencia: en todos los países de este grupo la densidad supera el umbral)	–	–	–	–
Cifras mundiales	5,91	5,69	4,60	2,92

Nota: El «personal de enfermería» incluye los profesionales de enfermería y los profesionales asociados de enfermería. La agrupación por ingresos está extraída de la clasificación del Banco Mundial para 2018.

16 Araujo EC, García-Meza AM. Nurse labour market analysis in 16 countries in east, central, and southern Africa (resultados preliminares, no publicado). Washington (DC), Banco Mundial, 2020.

17 Beciu HA, Preker AS, Ayettey S, Antwi J, Lawson A, Adjei A. Scaling up education of health workers in Ghana. Washington (DC), Banco Mundial, 2009.

En colaboración con:



THE AGA KHAN UNIVERSITY



Australian Government
Department of Health



UNITED ARAB EMIRATES
MINISTRY OF HEALTH & PREVENTION



WORLD BANK GROUP

