

# La enfermería en Mauricio

## Estudio de un caso

Preparado por Carmen Anazor

para el Centro internacional para los recursos humanos de enfermería



Consejo internacional de enfermeras



Fundación Internacional Florence Nightingale

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Ninguna parte de la presente publicación puede reproducirse por impresión, medios fotostáticos o de cualquier otra manera, ni almacenarse en sistemas de recuperación ni transmitirse de ninguna forma, ni venderse sin autorización expresa y por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se indique la fuente.

---

Copyright © 2010 by ICN – Consejo internacional de enfermeras  
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra. Suiza

ISBN: 978-92-95094-42-0

# Índice

---

La autora	4
Agradecimiento	4
Resumen	5
<b>Introducción</b>	7
El estado de la salud en Mauricio	8
Problemas del futuro	8
<b>Capítulo 1: Prestación de servicios de salud en Mauricio</b>	11
Hospitales regionales	11
Servicios de salud para la región y la comunidad	12
Infraestructura	12
<b>Capítulo 2: Los recursos humanos de enfermería en Mauricio</b>	15
Administración de la enfermería	16
Estructuras de la titulación y desarrollo de la carrera profesional	19
Capítulo 3: La migración de las enfermeras	21
<b>Capítulo 4: Escasez, contratación y retención</b>	23
Estrategias de retención	24
Mejorar el entorno de la práctica profesional	25
Contratación	26
Capítulo 5: Formación y capacitación	29
<b>Conclusión</b>	31
<b>Referencias</b>	33

## La autora

---

**La Sra. Carmen Anazor**, RN, se unió a la enfermería en agosto de 1976. Trabajó en hospitales generales y psiquiátricos, en Mauricio, desde 1976 hasta 1992. La Sra. Anazor entró a formar parte del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA en 1992. Es enfermera especialista en VIH/SIDA y tiene un Diploma en VIH/SIDA por la Universidad Xavier Bichat, de París, Francia. También es la Presidenta de la Sección de Mujeres de la Asociación de Enfermería de Mauricio (AEM).

## Agradecimiento

---

Me siento muy agradecida a las siguientes personas por su apoyo logístico.

Sr. Francis Supparayen, Administrador de Enfermería, Brown Sequard Hospital, Mauricio;  
Consultor del CIE y Coordinador de la Campaña para los Entornos positivos para la práctica.

Sr. Indrassen Mahadoo, Coordinador del Proyecto, Unidad contra el SIDA, Mauricio.

Sr. José Larhubarbe, Estadístico principal, Unidad de Estadística, Ministerio de Sanidad y Calidad de la Vida, Mauricio.

Sra. Linda Lyacootee, Secretaria, mecanógrafa, Mauricio.

**Carmen Anazor**

# Resumen

---

Se reconoce que la creciente diferencia entre el número de profesionales de los cuidados de salud y la demanda de sus servicios es el principal problema para la salud y el desarrollo en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) comunica que hay una escasez mundial de 4,3 millones de trabajadores de salud entre los que se incluyen aproximadamente tres millones de profesionales de la salud (OMS 2006). Mauricio, pequeña isla del Océano Índico con recursos naturales limitados, también ha experimentado el problema de la escasez de trabajadores de salud y de la migración de las enfermeras. Las enfermeras de Mauricio, con su conjunto de capacidades y sus conocimientos polivalentes, están bien valoradas en muchos países europeos, especialmente en el Reino Unido. A falta de un mecanismo adecuado de acopio de datos para vigilar la movilidad de los recursos humanos de salud, resultó difícil establecer el índice exacto de disminución de las enfermeras durante el periodo de la migración de 2000 a 2005. Sin embargo, las estimaciones oscilan entre 450 - 700 enfermeras. Resultó muy difícil sustituir rápidamente a estas enfermeras, muy cualificadas y experimentadas, especialmente en los sectores especializados y en los centros de tratamiento de las enfermedades cardíacas, los quirófanos, las unidades de cuidados intensivos y las salas de maternidad.

El Gobierno de Mauricio no ha omitido ningún esfuerzo para abordar este crucial problema. La aplicación de las recomendaciones hechas en 2003 por la Oficina de Estudios Salariales (PRB) refleja que el Gobierno está comprometido a motivar y mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras. La introducción de informaciones bancarias, horas extraordinarias, préstamos para la compra de coches y primas de noche para las enfermeras fueron algunos de los incentivos que se introdujeron para atraer y retener a las enfermeras.

En 2005 se estableció, por recomendación del Primer Ministro, un “comité de altos facultados” para examinar la cuestión de la migración y recomendar modos de animar a las enfermeras a permanecer en el país. Se aplicaron numerosos incentivos que dieron resultados positivos y contribuyeron así en medida importante a reducir el índice de la migración. Una encuesta realizada en 2007 demostró que el índice de migración había disminuido del 20% al 2% después de la aplicación del informe de la Oficina de Estudios Salariales (PRB) de 2003 y el plan de retención recomendado en el Comité de Altos Facultados, en 2005. Es también un hecho que el Reino Unido, que era el país preferido para la migración de las enfermeras mauricianas, casi cerró sus puertas en ese mismo periodo a la migración y muchas solicitudes de las enfermeras mauricianas para trabajar en el Reino Unido fueron rechazadas.

La Asociación de Enfermería de Mauricio (AEM) ha influido en la negociación con el Gobierno para establecer este Comité de Altos Facultados y en el proceso de adopción de decisiones. Se presentó ante el Comité y ofreció fuertes argumentos para convencer a los miembros de éste de la urgente necesidad de retener a las enfermeras cualificadas. Además trabajó en estrecha colaboración con los medios de comunicación para hacer a las personas más conscientes de los efectos negativos de la migración en la prestación de cuidados de salud y de la necesidad de que el Gobierno abordara esta ‘fuga de cerebros’.

El informe de la Oficina de Estudios Salariales de 2008 y el Informe sobre Errores y Omisiones, de 2009, han recomendado una serie de medidas e incentivos para fomentar la contratación y la retención de las enfermeras. Las enfermeras que estaban fuera de su horario de trabajo fueron alentadas a hacer horas de trabajo extraordinarias contra el pago de una prima. Se concedió una prima de riesgo, equivalente a 1,5 incrementos, a las enfermeras que trabajaban en salas de enfermos presos, con drogadictos y en unidades de SIDA. Las enfermeras especializadas en el SIDA tenían derecho a un descuento del 70% del precio al comprar un coche nuevo, con lo que gozaban del mismo privilegio que los directores de sala que trabajaban en el sector clínico. Había además un aumento de alrededor del 10% en la prima de noche, el bono de noche y la concesión por viaje. Además, la diferencia salarial entre los sectores privado y público fue reducida a consecuencia de este informe. Estas medidas contribuyeron muchísimo a la retención de las enfermeras en Mauricio. Sin embargo, queda mucho por hacer para retener al personal de enfermería y atraer a la profesión al personal joven.

El sistema actual de formación de enfermería no es enteramente satisfactorio para el personal de enfermería en general. Después de tres años de formación básica hay pocas oportunidades de más formación. Hay pocos cursos de especialización excepto en la partería, la enfermería de la comunidad y la psiquiatría, y estos cursos se dan a intervalos muy irregulares. En 2002, el Ministerio de Sanidad inició un programa de Licenciatura en Enfermería y se titularon 250 enfermeras. Lamentablemente esta formación avanzada se ha detenido, con gran frustración para muchas enfermeras. La falta de formación y de capacitación avanzada se ha identificado como un fuerte factor de "impulso" de la migración de las enfermeras. (AEM 2003).

En los diversos informes de la Oficina de Estudios Salariales, de 2003 y de 2008, se han hecho recomendaciones para mejorar la formación de enfermería. En esos informes se propone que se establezcan mecanismos que creen más oportunidades para la formación continua y avanzada de las enfermeras. En los informes de la Oficina de Estudios Salariales se sugiere que la Universidad de Mauricio debe preparar enfermeras tituladas en la facultad de ciencias, mientras que el Instituto de Salud de Mauricio ha de preparar mejor los cursos postbásicos en determinados sectores clínicos específicos como la ortopedia, la oftalmología y los cuidados intensivos, entre otros.

Es mucho lo que se ha conseguido en el sector de la salud en Mauricio, pero queda todavía un largo camino que recorrer para llegar, en los campos de la salud y del bienestar, a normas internacionales comparables a las de algunos países industrializados. Mauricio se encuentra en el buen camino y, de parte del Gobierno y de los trabajadores de salud de Mauricio, existe el compromiso y la determinación de avanzar hacia la excelencia en la prestación de los cuidados de salud.

# Introducción

---

En el presente estudio se ofrece un debate sobre las cuestiones principales que se plantean en el desarrollo de los recursos humanos de enfermería en Mauricio. La República de Mauricio está formada por un grupo de islas en el Sudoeste del Océano Índico; el grupo consta de la isla principal de Mauricio, que tiene una superficie de unos 2.000 kilómetros cuadrados, la isla de Rodrigues y varias otras islas situadas a distancias de más de 350 km de la isla principal. El Clima es subtropical. Al mediodía, la temperatura media en la llanura central varía entre 21°C en agosto y 27°C en febrero. Cerca de las regiones costeras, la temperatura es unos 4 - 5 grados más alta.

Mauricio ha sido sucesivamente colonia holandesa, francesa y británica. Se hizo independiente de Gran Bretaña el 12 de marzo de 1968 y pasó a ser una República dentro de la Commonwealth el 12 de marzo de 1992. La población residente estimada de la isla de Mauricio a finales de 2007 era de 1.227.075 habitantes (606.307 hombres y 620.768 mujeres) y crecía a un ritmo del 0,65%, (Ministerio de Sanidad y de Calidad de la Vida, 2007). Es un país multiétnico formado por caucasianos de origen europeo, indios, musulmanes, chinos, y habitantes criollos de origen africano. El idioma oficial es el inglés, pero también se habla mucho el francés.

Los servicios de educación y de sanidad son gratuitos para todos los ciudadanos mauricianos y la gran mayoría de sus consumidores se encuentran en las familias de ingresos medios y bajos. Por consiguiente, la introducción de cualquier forma de contribución financiera obligatoria afectaría en gran medida a la mayoría de los ciudadanos. Los que tienen ingresos elevados prefieren recurrir a instituciones de salud privadas más bien que a las públicas, y se cree que las primeras ofrecen ventajas tales como una comida de mejor calidad y la posibilidad de que los familiares de los pacientes puedan ser admitidos con éstos. El acceso gratuito a los cuidados de salud primarios, secundarios y terciarios ha contribuido en buena medida a mantener unos buenos recursos humanos de salud y ha permitido a Mauricio conseguir unos resultados económicos notables. Mauricio es hoy un punto de referencia para muchos países africanos en lo que se refiere al progreso y el desarrollo económicos.

El país tiene un historial bien establecido de compromiso con el estado de bienestar y el respeto de los derechos humanos. Mauricio es signatario de la mayoría de los convenios y tratados internacionales a este respecto y está comprometido a consolidar aún más los derechos humanos de cada ciudadano. Es miembro de las siguientes organizaciones:

- las Naciones Unidas y sus diversos organismos;
- la Unión Africana;
- la Comunidad Sudafricana de Desarrollo;
- el Mercado Común del África Oriental y Meridional;
- la Cuenca del Océano Índico; y
- la Commonwealth.

Mauricio fue elegido miembro del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en octubre del año 2000 y prestó servicios en el Consejo desde enero de 2001 hasta diciembre de 2002. Fue una sociedad civil muy amplia y activamente comprometida en los planos de las ONG, clubes de servicios y otros organismos sociales, además de contar con una prensa independiente muy vigorosa.

## **El estado de la salud en Mauricio**

El estado general de salud de la población de Mauricio es bueno y ha mejorado constantemente en los últimos decenios. Generalmente se utilizan dos indicadores de salud para comparar las diferencias de los niveles de salud en los países y entre países. Estos indicadores son la esperanza media de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil. Ambos indicadores han sido en Mauricio favorables: las personas viven más tiempo y menos niños mueren en el primer año de vida. En los 30 últimos años la esperanza de vida en Mauricio ha aumentado pasando de 63 a 71 años y la mortalidad infantil ha disminuido pasando de 64 muertes en el primer año por cada 1.000 nacidos vivos, a 14,3 en el año 2001 (Ministerio de Sanidad y Calidad de la Vida, 2002).

El índice de crecimiento de la población ha disminuido en medida importante a lo largo de los años. Ello se ha debido a la política, seguida por el Gobierno, de aplicar un programa fuerte y sostenible de planificación de la familia y de acceso de la mujer a la educación y a las oportunidades de empleo. Hoy el índice de crecimiento de la población en Mauricio es inferior al 1% anual.

Aun cuando Mauricio progresa bien en comparación con los países en desarrollo del mundo, están adoptándose medidas para mejorar sus resultados con el fin de alcanzar el nivel conseguido por países tales como Singapur, Nueva Zelanda y otros países desarrollados de elevados ingresos. Estos países tienen una esperanza de vida superior a los 75 años e índices de mortalidad inferiores a 7 por cada 1.000 nacimientos (Ministerio de Sanidad y Calidad de la Vida, 2002).

## **Problemas futuros**

### **1. Cambio climático**

Mauricio, al ser uno de los estados en desarrollo que son pequeñas islas, es consciente de los posibles peligros relacionados con el cambio climático. Los sectores más vulnerables son la zona costera, los sectores agrícolas y la pérdida de tierras de regadío.

Algunos efectos negativos para la salud y el bienestar de la población son los siguientes:

- efectos sanitarios debidos a lo extremado de las temperaturas y efectos sobre la salud más relacionados con el calor;
- efectos sanitarios debidos a catástrofes naturales tales como los ciclones, las inundaciones y los tsunamis;
- lesiones, pérdidas de vidas, aumento de enfermedades transmisibles tales como las enfermedades producidas por los alimentos y por vectores;
- el estrés mental;

- los efectos sobre la salud producidos por la contaminación del aire; y
- otros efectos indirectos sobre la salud, como los de las dañinas radiaciones ultravioleta.

El sistema de salud de Mauricio debe equiparse adecuadamente para resolver estas situaciones. La infraestructura de salud pública, especialmente la medicina de cuidados urgentes, requiere más desarrollo de los recursos humanos y financieros. El país debe también aplicar un plan eficaz de preparación para las catástrofes.

## **2. Una población que envejece**

Para 2020 habrá en el mundo más de mil millones de personas de 60 o más años de edad (OMS SEAR 1999). Mauricio se enfrenta ya a problemas relacionados con una población que envejece. El índice de envejecimiento<sup>1</sup> que era de 11,9 en 1962 aumentó a 34,5 en 2001, y, según las proyecciones, aumentará a 60,7 en 2017 y a 100,6 en 2037 (OMS 2008a, pág. 24). El elemento más vulnerable de las personas mayores, es decir las que tienen 75 años o más, aumenta rápidamente. Si bien este grupo era ya el 16% de los mayores en 1962, aumentó al 25% en 2001 y se prevé que alcanzará el 30% en el año 2037 (OMS 2008a). La tendencia ascendente de la población que envejece es una carga importante para el sistema de prestación de los cuidados de salud en lo que se refiere a la prestación de los cuidados geriátricos. Lo más difícil será la gestión de complicaciones tales como las enfermedades renales, los problemas oculares, las amputaciones de las extremidades inferiores resultantes de la fuerte prevalencia de la diabetes en Mauricio donde las personas mayores son más vulnerables, y el mantenimiento de financiación pública suficiente para que el sistema de salud pueda responder a las necesidades emergentes.

## **3. Adoptar un estilo de vida saludable**

Los servicios de salud sufren rápidos cambios para hacer frente a nuevos problemas. En los 20 últimos años el principal problema de salud en Mauricio ha cambiado de enfermedades infecciosas tales como el paludismo, el cólera y la tuberculosis a enfermedades no transmisibles. Actualmente, en torno al 20% de la población es diabético, pero las enfermedades cardiovasculares son la causa más común de muerte entre la población. Esto presiona aún más el sistema de salud y la financiación de la salud, pues se trata de enfermedades que duran toda la vida y tienen múltiples complicaciones. El problema consiste en gestionar este cambio de las enfermedades. El Gobierno ha introducido una serie de medidas para alentar a las personas a que adopten un estilo de vida saludable mediante el ejercicio regular y la alimentación sana y evitando el hábito de fumar y el consumo de alcohol. En este contexto, se ha prohibido fumar en los lugares públicos y el agua ha sustituido a las demás bebidas en las cantinas escolares.

## **4. Servicios ampliados y expandidos**

Se han ampliado y expandido numerosos servicios para satisfacer las necesidades de la población. Se han introducido nuevos servicios de alta tecnología, se ha aumentado la capacidad en camas de muchos hospitales, se han establecido nuevas unidades para la

---

<sup>1</sup> Índice de envejecimiento: Número de personas de más de 60 años de edad por cada 100 niños de edades entre 0 y 14 años.

reducción de los daños y la distribución de metadona. Se han establecido en la isla clínicas de enfermedades no transmisibles para tratar esas enfermedades y también para mejorar las pruebas de detección y prevenir el cáncer de mama y de cuello de útero. Todos estos avances de la medicina necesitarán nuevo personal de enfermería con una formación idónea y apropiada para dispensar un servicio de calidad.

# Capítulo 1: Prestación de servicios de salud en Mauricio

---

Mauricio es uno de los pocos países del mundo que han mantenido el estado de bienestar con un sistema de atención de salud y una educación gratuitos, y con una pensión de vejez para todos los ciudadanos de más de 60 años de edad. Esto ha sido un factor esencial para el desarrollo económico y el progreso del país. Al ser limitados sus recursos naturales, los recursos humanos han sido siempre la mayor fortaleza de Mauricio.

Sucesivos gobiernos han hecho varios intentos de eliminar los servicios de salud gratuitos para cumplir los requisitos del Banco Mundial. Mauricio es consciente de los efectos financieros [4,3% del PIB en 2006 (OMS 2008b)] que tiene un sistema de salud gratuito. Sin embargo, ese sistema se ha mantenido porque influye positivamente en la economía y, lo que es sumamente importante, hace que la atención de salud sea accesible para todos los ciudadanos, especialmente para los grupos de bajos ingresos.

En la isla de Mauricio había al final de 2007 cinco hospitales regionales y dos hospitales de distrito: los Hospitales de Souillac y de Mahebourg, un hospital psiquiátrico, y hospitales especializados para enfermedades respiratorias, oculares, de oídos y para enfermedades nasales y pulmonares. Todos los hospitales regionales y de distrito tienen un departamento de pacientes externos para problemas psiquiátricos, oculares, enfermedades nasales y pulmonares y cardíacos.

## Hospitales regionales

**Región 1:** El Hospital del Dr. A.G. Jeetoo situado en Port Louis, capital de Mauricio en la que hay suburbios con personas de comportamientos peligrosos, por ejemplo usuarios de drogas intravenosas y trabajadoras del sexo. Es una región en la que el índice de ausentismo entre los trabajadores de cuidados de salud es muy elevado por las pesadas cargas de trabajo y la escasez de personal de enfermería.

**Región 2:** El Hospital Nacional Sir Seewoosagur Ramgoolam, situado al norte de Mauricio, tiene una carga de trabajo relativamente más ligera que la Región 1. Esta región está situada en la zona rural en la que hay pocas personas con comportamientos de riesgo y el flujo de pacientes no es muy alto. Anexo al hospital se encuentra un centro cardíaco que realiza la totalidad de las operaciones de corazón para los pacientes públicos de toda la isla. Estas operaciones se hacen también en instituciones de salud privadas, a las que se paga.

**Región 3:** El Hospital de Flacq, al este de Mauricio, tiene un mejor coeficiente de enfermeras por paciente que la Región 1, pero todavía ha de mejorarse.

**Región 4:** El Hospital Jawaharlal Nehru, al sur de Mauricio, en el que la carga de trabajo es llevadera aunque tienen una unidad específica, como la sala para detenidos, en la que se admiten presos procedentes de toda la isla. Por su proximidad con el

aeropuerto, el hospital está equipado con un sistema de preparación para las catástrofes.

**Región 5:** El Hospital Victoria, situado en la Plaine Wilhems, en el centro de Mauricio, es una institución muy activa con una pesada carga de trabajo por la amplitud de la zona a la que dispensa cuidados. Tiene muchas unidades especializadas que frecuentemente dispensan cuidados a toda la población, por ejemplo prestan servicios de salud especializados y generales, como el Centro Cardíaco, la Unidad Nacional de Quemados, el mayor departamento ortopédico, la Unidad Nacional de Radioterapia, el Centro Hiperbárico y el Servicio nacional de hemodiálisis con acceso estratégico a las distintas partes de Mauricio.

### **Servicios de Salud para la región y la comunidad**

También se dispensan servicios a pacientes externos en dos hospitales de la comunidad, dos clínicas médicas, 21 centros de salud regionales y 113 centros de salud de la comunidad. Entre los servicios básicos prestados por los centros de salud de la comunidad están el tratamiento de enfermedades y lesiones comunes, los cuidados a la madre y al niño, y la planificación familiar. Además de estos servicios, los centros de salud regionales también dispensan cuidados odontológicos. Este servicio se presta también en algunos centros de salud de la comunidad. Los cuidados a los pacientes externos también se dispensan en el sector privado, y en varias clínicas y dispensarios en los estados productores de azúcar.

Hay además 13 oficinas de atención de salud,<sup>2</sup> una clínica de cuidados pulmonares y un centro nacional para personas inmunodeprimidas, que opera desde finales de 2007.

En el sector privado había, a finales de 2007, 13 centros de enfermería (clínicas privadas) (Ministerio de Sanidad y de la Calidad de la Vida, 2007).

### **Infraestructura**

En el pasado decenio Mauricio ha pasado con gran eficacia a la medicina de alta tecnología en el campo de la cirugía cardíaca, los trasplantes renales, la medicina nuclear y la hemodiálisis, entre otros. Se le cita frecuentemente como referencia en África. A pesar de esta evolución, queda todavía mucho por hacer en lo que se refiere a la infraestructura. Algunas de las instituciones de salud son muy antiguas y han de renovarse. El Ministerio de Sanidad ha iniciado un proyecto de mejoramiento de los hospitales y de los centros de salud de la comunidad. Actualmente está construyéndose en la capital un nuevo hospital que sustituirá al antiguo, que tiene ya más de un siglo.

---









<sup>2</sup> Los Inspectores de salud instalados en las oficinas de salud vigilan el paludismo, emiten certificados de sanidad a los manipuladores de los alimentos y vigilan la higiene sanitaria en la comunidad.

Se han hecho recomendaciones para la construcción de una serie de nuevos edificios destinados a mejorar la infraestructura facilitando un mejor entorno para los cuidados de calidad. Esto tiene importantes consecuencias para abordar pronto la planificación y las necesidades de los recursos humanos.

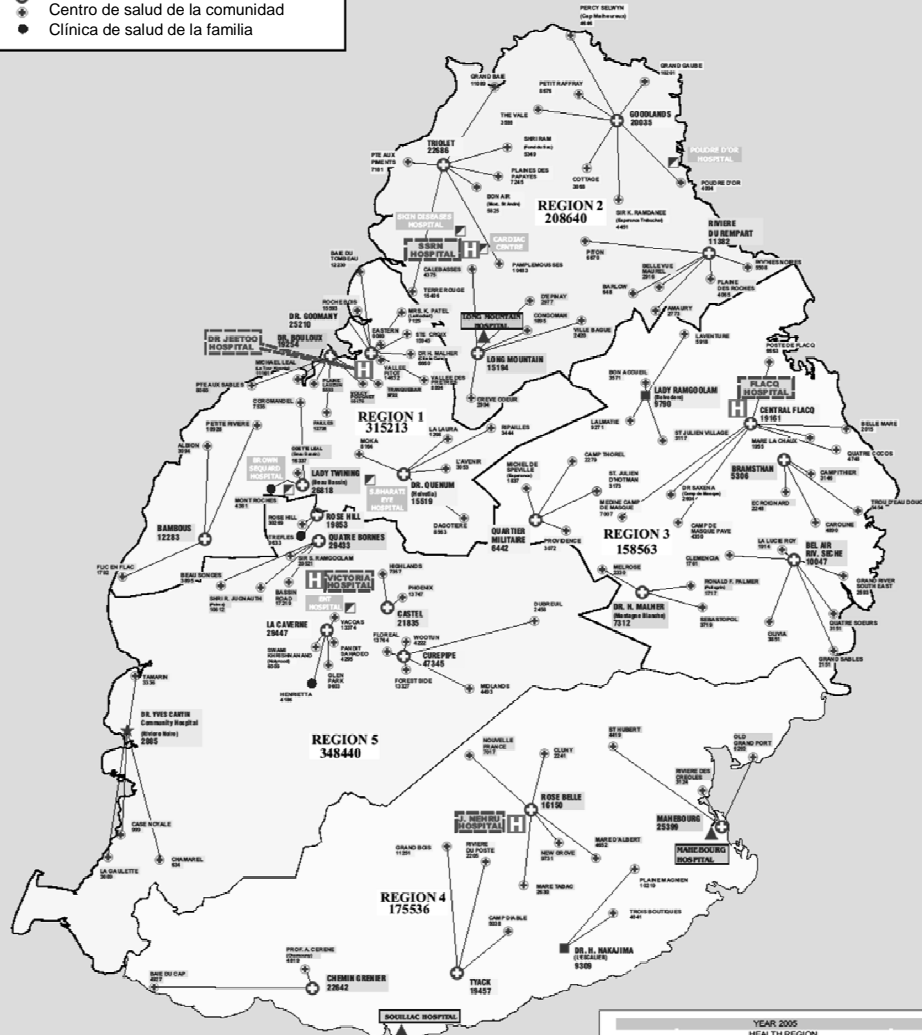
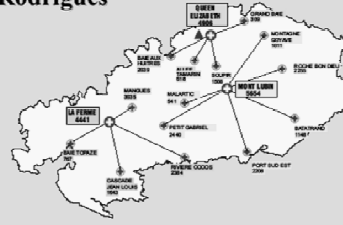
# MAURITIUS

## Year 2005

### HEALTH SERVICE POINTS & POPULATION FIGURES

-  Hospital regional
-  Hospital de distrito
-  Hospital especializado
-  Clínica médica
-  Hospital de la comunidad
-  Centro sectorial de salud
-  Centro de salud de la comunidad
-  Clínica de salud de la familia

### Rodrigues



YEAR 2005						
HEALTH REGION						
	1*	2	3	4	5	TOTAL
Hospital Beds	1540	648	313	475	722	3704
Doctors	167	164	130	153	156	775
Nurses	644	620	378	519	603	2774

Designed by Rodrigues District, Ministry of Health and Social Services, 2005

Fuente: Ministerio de Sanidad y de Calidad de la Vida.

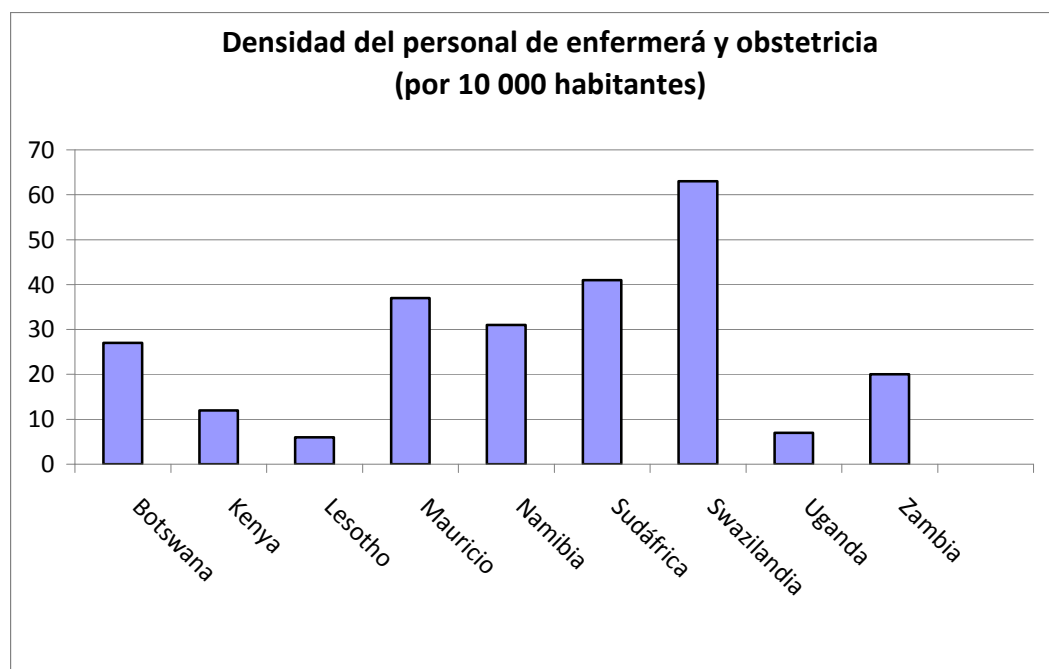
## Capítulo 2: Recursos humanos de enfermería en Mauricio

---

La mayoría de los países del África Subsahariana se han visto gravemente afectados por la pandemia del VIH/SIDA y por ella han perdido muchas enfermeras. Además, la migración de las enfermeras ha comprometido la dotación segura de personal en muchos de estos países.

En este diagrama se da una visión general del personal de enfermería y obstetricia en algunos países del África Subsahariana (OMS 2008c).

**Figura 1: Densidad del personal de enfermería y obstetricia, 2008**



Fuente: OMS 2008c.

En Mauricio, la enfermería es el componente más numeroso de los recursos humanos del Ministerio de Sanidad y de la Calidad de la Vida. El personal de enfermería está empleado, en su mayoría, en el sector público.

El personal de enfermería está representado en dos categorías: la administrativa, que alcanza un total de 81 empleados, y el cuadro clínico, con un total de 4.106 empleados en 2009 (Solange 2009). Esta relación ha resultado eficaz en el actual sistema en lo que se refiere a supervisión, preparación de mentores, orientación y garantía de los cuidados de calidad por el personal que trabaja en el lado clínico. En julio de 2009, trabajaban en el sector de salud privado 423 miembros del personal de enfermería, entre ellos 47 matronas y 11 enfermeras psiquiátricas (Dwarka 2009).

En el cuadro siguiente se representa el número de enfermeras y de matronas empleadas en clínicas privadas y en instituciones de salud públicas desde 2002 hasta 2009, y el coeficiente de la población de enfermeras (no se incluye el personal de enfermería empleado en familias, instituciones religiosas y los estados productores de azúcar).

**Figura 2: Proporción de las enfermeras que trabajan en el sector público**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ministerio de sanidad: Enfermeras que trabajan en el sector público	2812	2799	2774	2732	2905	3093	3179	3339
Enfermeras que trabajan en el sector privado	158	159	163	170	182	207	321	423
<b>TOTAL</b>	<b>2970</b>	<b>2958</b>	<b>2937</b>	<b>2902</b>	<b>3087</b>	<b>3300</b>	<b>3500</b>	<b>3762</b>
Porcentaje en el sector público	95%	95%	94%	94%	94%	94%	91%	89%

Fuentes: Años 2002-2007 (Ministerio de Sanidad y de la Calidad de la Vida, 2007).  
Años 2008-2009 (Shewraj 2009).

### **Administración de enfermería**

En el Ministerio de Sanidad y de Calidad de la Vida, la enfermería está representada por la Directora y la Subdirectora de Enfermería. La Directora se encarga de la totalidad del servicio de enfermería en la República de Mauricio. También ayuda a formular las políticas de salud en general y las políticas de enfermería en particular. Dada la situación actual en la sede del Ministerio de Sanidad, con un funcionario médico jefe y tres funcionarios médicos principales, la Directora de Enfermería no siempre puede influir en la adopción de decisiones a favor de la profesión de enfermería. La Asociación de Enfermería de Mauricio ha abogado en favor de una mayor autonomía del servicio de enfermería para reducir la influencia de otras profesiones en el mecanismo de adopción de decisiones sobre las cuestiones específicas de la profesión de enfermería.

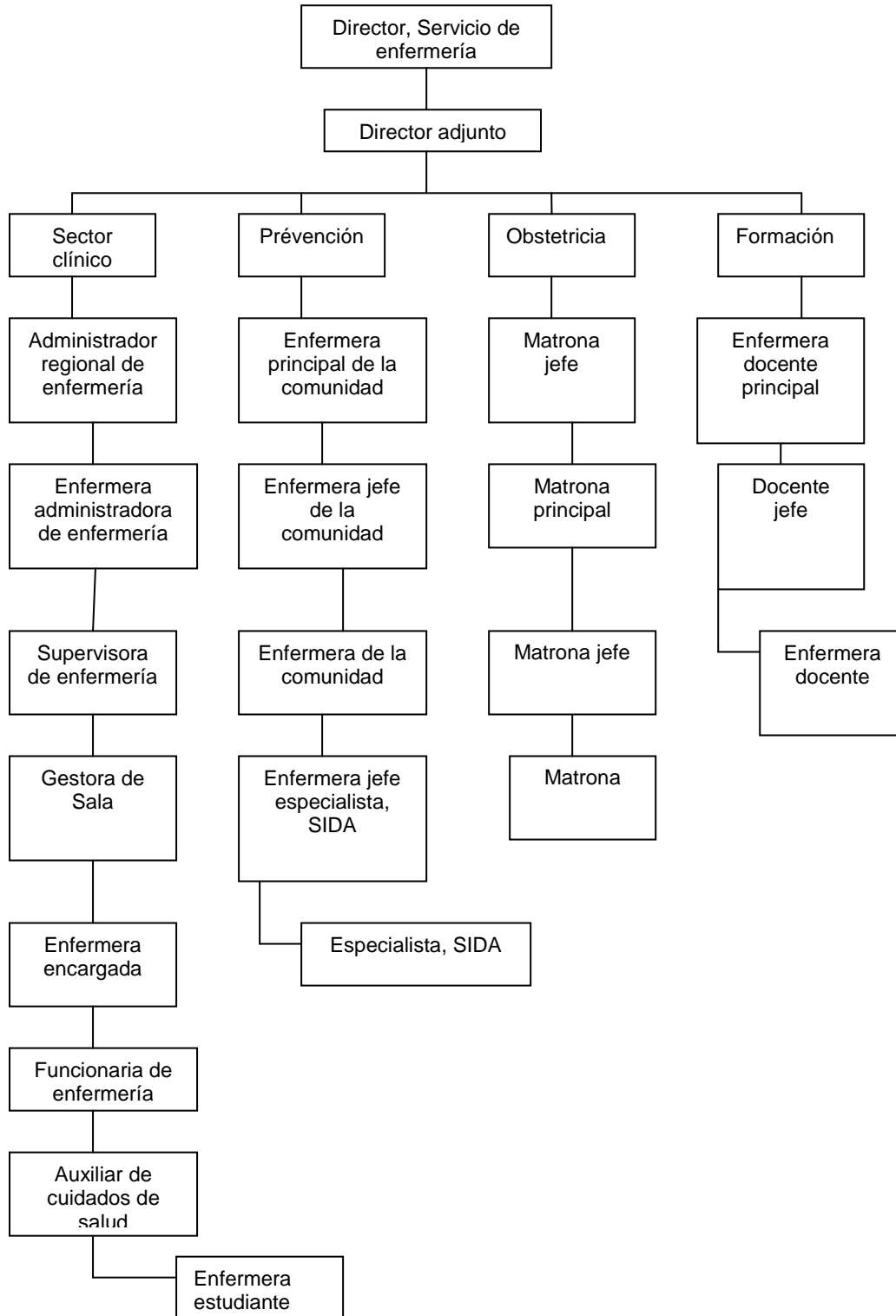
En el plano de cada hospital regional, hay un administrador regional de enfermería que opera a las órdenes de un director regional de salud que es también un cargo médico. Los recursos humanos de enfermería nacionales están integrados por los administradores de enfermería, los supervisores de enfermería, los directores de sala, las enfermeras encargadas, las enfermeras de salud de la comunidad, los funcionarios de enfermería, las matronas y los estudiantes de enfermería.

En la Figura 3 se muestra el organigrama del personal de enfermería del Ministerio de Sanidad.

**Figura 3: Organigrama de los servicios de enfermería, Ministerio de Sanidad**

Fuente: Solange 2009.

**Jerarquía del servicio de enfermería**



## **Las estructuras de la titulación y el desarrollo de la carrera profesional**

La estructura actual de la titulación en el servicio de enfermería no es un sistema dinámico y ha sido la causa de muchas frustraciones en las enfermeras. La falta de formación continua y avanzada de enfermería ha producido limitadas oportunidades de que las enfermeras elijan para su carrera profesional un camino dentro del sector de su competencia (por ejemplo, la práctica clínica, la formación y la investigación). También para ser promovida a enfermera encargada, una funcionaria de enfermería debe haber seguido un curso de obstetricia.

Otra cuestión es la disponibilidad para una mayor formación y el acceso a ella. Después de los tres años de formación básica, apenas hay oportunidad alguna de formación avanzada, excepto en la obstetricia, la enfermería de la comunidad y la psiquiatría. La mayoría de estos cursos se imparten a intervalos muy irregulares. Además, la selección de los candidatos para el curso se basa en la antigüedad. Este sistema tiene un efecto adverso sobre las perspectivas de la carrera profesional de muchas enfermeras.

Las oportunidades para avanzar a niveles más altos del servicio de enfermería también son limitadas. Los dos puestos de promoción siguientes después de la cualificación como enfermera son los de enfermera encargada y gestora de sala, y la promoción a estos puestos se basa frecuentemente en la antigüedad sólo y no en el mérito. Por tanto, puede ser que las enfermeras hayan de esperar 20 años para conseguir su primera promoción. Éste es un sistema muy poco motivador y muy frustrante y no fomenta la innovación ni la creatividad en las enfermeras jóvenes.

En los tres últimos años, la Administración ha hecho numerosos esfuerzos para mejorar este sistema. Actualmente, aparte de estos puestos mencionados, todos los puestos directivos se basan en la selección y en los méritos, lo que da mayor dinamismo al sistema. La introducción de un nuevo sistema de gestión de los resultados es otro paso positivo en la dirección acertada, que recompensará los buenos resultados más bien que favorecer la antigüedad. En las Oficinas de Estudios Salariales de 2003 y 2008 también se hicieron algunas recomendaciones interesantes que permitirían a las enfermeras más oportunidades de mejorar sus conocimientos y sus capacidades además de sus perspectivas y el desarrollo de su carrera. Es de esperar que esto sea un factor motivador y contribuya en medida importante a retener a las enfermeras en el servicio.



## Capítulo 3: La migración de las enfermeras

---

La migración de las enfermeras empezó a tener consecuencias importantes para la enfermería de Mauricio en 1982. Antes, eran muy pocas las enfermeras mauricianas que emigraban a otros países. En 1982, unas 130 enfermeras salieron de Mauricio para trabajar en Kuwait y Arabia Saudita –arreglo negociado directamente con el Gobierno de Mauricio.

En esa época, la situación económica en Mauricio era difícil y las enfermeras expatriadas enviaban remesas a sus familias y, al mismo tiempo, contribuían a mejorar la entrada de moneda extranjera. Como era un programa del Gobierno, las 130 enfermeras recibieron un descanso de tres años, sin sueldo. Cuando volvieron en 1985 fueron reintegradas al servicio en el punto que hubieran alcanzado si no hubiesen dejado el país, con lo que se mantuvo su antigüedad. Fue una situación de ‘ganancia de cerebros’, pues esas enfermeras tenían la posibilidad de trabajar en salas y en unidades muy técnicas y complejas y adquirían conocimientos y capacidades de medicina de alta tecnología. Estas experiencias fueron importantes para establecer una base de capacidades que permitió a Mauricio abrir un centro de cardiología y una unidad de diálisis renal.

Cuando estas enfermeras se fueron, se permitió por primera vez a las que quedaron en Mauricio hacer horas de trabajo extraordinarias pagadas para solucionar la escasez. A esto siguió la introducción de un proyecto en el cual las enfermeras fuera del horario de trabajo vendrían a trabajar y recibirían el pago de una prima.

El Gobierno de Mauricio quería también aprovechar plenamente el reconocimiento de las enfermeras mauricianas en los países del Golfo. En este contexto, se estableció en 1982 un programa de formación para capacitar a 2.000 enfermeras para su ida a esos países. En el primer caso se contrataron 500 enfermeras, seguidas por un segundo grupo de 300 enfermeras. En el año siguiente a aquel las enfermeras emigraron a Arabia Saudita, se contrataron 800 estudiantes en un solo año, cuando el promedio normal era de unos 150 cada año. Lamentablemente, el Gobierno de Mauricio tuvo que poner fin a este nuevo esquema de contratación pues él mismo corría con la financiación de la formación.

Como el curso de formación dura tres años, se redujeron considerablemente para las enfermeras mauricianas las posibilidades de trabajar en los países del Golfo. Mientras tanto, los países que contrataban recurrieron a enfermeras de otros países tales como Filipinas.

El segundo resultado de la migración que afectó a la profesión de enfermería en Mauricio tuvo lugar durante los años 2000 a 2005 al principio de la escasez de enfermería en el mundo. Según la Asociación de Enfermería de Mauricio, en esos cinco años emigraron al Reino Unido, en busca de situaciones mejores, unas 700 enfermeras cualificadas, cifra que

representaba el 20% de los recursos humanos de enfermería<sup>3</sup>. Entre estas enfermeras, muchas se jubilaron anticipadamente. Fue un fuerte golpe para el servicio de enfermería, especialmente en servicios especializados tales como los cuidados intensivos, los cuidados cardiacos y la enfermería quirúrgica. Fue muy difícil sustituir rápidamente a estas enfermeras, muy cualificadas y experimentadas, y fue un grave problema para la Administración detener esta fuga de cerebros por los fuertes factores que la impulsaban. Resultó evidente que un país pequeño como Mauricio nunca podría competir con el Reino Unido en los salarios e incentivos que este país ofrecía a las enfermeras extranjeras para atraerlas a sus servicios de salud.

Esta segunda fase de la migración fue muy distinta de la primera pues la Administración no concedía el permiso sin sueldo a las enfermeras que se iban. En vez de ello, las enfermeras tenían que dejar sus puestos de trabajo en Mauricio para poder trabajar en el extranjero.

Lamentablemente esto no hizo que disminuyera la determinación de aquellas enfermeras en su búsqueda de mejores salarios y oportunidades de desarrollo profesional. Las 700 enfermeras, en su mayoría de edades comprendidas entre 25 y 35 años, con 10 a 15 años de servicio, dimitieron del servicio y ninguna de ellas ha vuelto. Se observó también que entre el primer grupo que emigraba, muchas de las parejas eran marido y mujer. (AEM 2005).

La planificación de los recursos humanos es uno de los factores clave de los servicios de salud. Lamentablemente, no ha habido ninguna valoración científica de la importancia de los recursos humanos para resolver la expansión y las reformas en el sector de salud y para hacer frente a la escasez de personal de enfermería.

En 2002, Mauricio comenzó a sentir los efectos de la migración de las enfermeras. El Ministerio de Sanidad y de Calidad de la Vida no había convertido en prioridad la contratación de estudiantes de enfermería, por lo que difícilmente podía sustituirse el número de funcionarios jubilados.

---

<sup>3</sup> A esta cifra se opuso el Ministerio de Sanidad ante el Comité de Alto Nivel nombrado para tratar la cuestión de la migración. Sin embargo, el Ministerio reconoció que unas 450 enfermeras se han retirado del servicio, sin contar las que se han jubilado. No obstante, a falta de un mecanismo adecuado de acopio de datos para vigilar la movilidad de los recursos humanos, resultó difícil establecer las cifras exactas de los retiros de enfermeras durante este período.

## Capítulo 4: Escasez, contratación y retención

---

En 2004, el número total de enfermeras del sector público era de 2.774 y el país sentía realmente los efectos de la baja densidad del personal de enfermería (Ministerio de Sanidad y de Calidad de la Vida, 2004). En los hospitales regionales, las salas médicas estaban cubiertas solamente con dos enfermeras cualificadas, que tenían que asistir a entre 40 y 60 pacientes. Durante algún tiempo, la escasez de personal había significado que muchas veces sólo una enfermera estaba presente por la noche en una sala de 50 pacientes. La enfermera estaba tan cansada que no podía prestar servicio en la noche siguiente, con lo que el problema se agravaba (AEM 2002).

La situación en los departamentos de urgencias era caótica, el tiempo de espera era muy largo y por ello surgían frecuentemente episodios de violencia hacia el personal de enfermería. En las salas en que se trabajaba, había en algunas ocasiones dos enfermeras solamente para hacer más de 16 asistencias por la noche. En la comunidad había solamente 25 enfermeras de la comunidad para cuidar de toda la isla. Al no poder hacer frente a la totalidad de la carga de trabajo las enfermeras se sentían desmotivadas.

El Director de la Oficina de Estudios Salariales comunicó que el índice de puestos vacantes para el grado de funcionario principal de enfermería era del 17,4 % y la tasa de rotación para el año 2004/2005 era del 4,2%, del cual el 1,7% obedecía a dimisiones y al hecho de no poder volver de nuevo al trabajo al terminar el permiso (Ministerio de Servicios Civiles, 2005).

Los casos de escasez de enfermeras se debían principalmente al abandono del servicio por las enfermeras que se retiraban, a la migración, a la pérdida y al abandono de estudiantes de enfermería durante su formación. Esto se veía agravado por la constante ampliación y expansión de los nuevos servicios, las actuaciones en salas nuevas y el refuerzo de los servicios existentes para satisfacer las necesidades y las expectativas de la población que buscaba un servicio de gran calidad. Por tanto, era necesario contratar regularmente para satisfacer estas demandas urgentes y, al mismo tiempo, crear un entorno de trabajo positivo para retener a las que ya estaban en el servicio. Las enfermeras se sentían agotadas por causa de esa escasez de personal. A menudo eran transferidas de una institución a otra para paliar el problema de la escasez de personal. Aumentó el ausentismo. Las que estaban ya en un puesto de trabajo vieron que la administración rechazaba o reducía su permiso de vacaciones.

En 2005, la Asociación de Enfermería de Mauricio organizó, con unas 500 enfermeras (que representaban casi el 20% de las enfermeras de la isla), una marcha por las calles, con carteles para hacer a las personas más conscientes del problema de la grave escasez y la amenaza para los servicios de salud. Protestaban contra las deficientes condiciones de trabajo, tales como las solicitudes de vacaciones que habían sido rechazadas, la insuficiencia de recursos humanos en las salas, el aumento de la carga de trabajo y los frecuentes episodios de violencia de parte del público y de los pacientes.

La AEM llamó la atención del Ministerio de Sanidad mediante memorandos, cartas y conferencias de prensa. La Administración reaccionó pronto al problema y abrió

negociaciones con la AEM. El Ministerio de Sanidad era consciente de la escasez del personal de enfermería y cayó en la cuenta de que ni siquiera las recomendaciones del informe de 2003 de la Oficina de Estudios Salariales serían suficientes para detener a las enfermeras emigrantes. El Primer Ministro intervino personalmente para hallar soluciones a la escasez, y un comité de altos facultados, presidido por el Primer Ministro, elaboró un plan de retención que incluía incentivos para motivar al personal de enfermería (véase *infra*). En 2005, se contrataron 300 ayudantes sanitarios para ayudar al personal de enfermería.

## **Estrategias de retención**

El Gobierno de Mauricio estaba comprometido a mantener a las enfermeras en sus puestos y a atraer a la profesión a personas jóvenes. Este compromiso estaba claramente presente en las muchas estrategias esbozadas en el Informe de 2003 de la Oficina de Estudios Salariales. (PRB 2003):

- aumento sustancial de los salarios;
- prima pagadera a las enfermeras que trabajan sobre una base estacional;
- prima mensual pagadera a las estudiantes de enfermería que trabajan en turno de noche y en los sábados por la tarde;
- prima del personal de enfermería por trabajo de noche;
- devolución de pago por un permiso de enfermedad no tomado en un año natural;
- prima mensual a los funcionarios de enfermería; y
- prima a todos los funcionarios de enfermería que estén de guardia en la Unidad del SIDA.

A pesar de estos incentivos, siguieron emigrando muchas enfermeras. En julio de 2005, un Comité de Altos Facultados, establecido por el Primer Ministro para estudiar el problema, presentó las siguientes propuestas (Ministerio del Servicio Civil, 2005):

- un plan de retención de las enfermeras, equivalente a un incremento del 1,5 en el salario mensual del personal de enfermería;
- revisión y aumento de la prima de noche;
- bonos de asistencia;
- pago por el trabajo realizado en días de fiestas públicas;
- contratación de estudiantes de enfermería;
- contratación de ayudantes de cuidados de salud;
- introducción de un plan bancario para que las enfermeras retiradas trabajen sobre una base contractual;
- plan bancario para la enfermera durante el servicio (por su trabajo cuando está fuera de servicio);
- introducir un sistema de pago de horas extraordinarias (pago por las horas trabajadas después de las normales).

En 2006, la AEM comunicó un importante descenso de la migración de las enfermeras: sólo dejaron el país 45 enfermeras (Supparayen 2007).

En la recomendación y en la aplicación de la Oficina de Estudios Salariales en junio de 2008 (PRB 2008) y en el informe sobre los errores y omisiones, de junio de 2009, también figuraban varias estrategias importantes para reducir la migración, entre ellas las siguientes:

- aumento de los pagos por reuniones bancarias;
- aumento de las bonificaciones y las primas nocturnas;
- propuesta de cambiar de Certificado a Diploma de Enfermería;
- incluir un título adicional de enfermería para la enfermera receptora de una prima de riesgo de 1,5 incrementos de su salario mensual;
- aumento de la prima de viaje –la donación para el viaje podría utilizarse para financiar la educación de niños en otros países;
- el título adicional de enfermera tendría derecho al pago de un 70% del precio de un coche nuevo.

En el informe de junio de 2009 se revisaban y se corregían algunos errores y omisiones del informe de 2008 de la Oficina de Estudios Salariales. Además, se revisaban las especializaciones en enfermería. Aun cuando no ha habido ninguna formación especializada en las operaciones de quirófano, actividades hiperbáricas, SAMU (Servicio de ayuda médica urgente), hemodiálisis, ni en la cirugía de la vista y del corazón, el Gobierno introdujo nuevas iniciativas para preservar los recursos humanos en estos campos. En el campo de la enfermería del SIDA se creó el puesto de Enfermera principal especializada en el SIDA, se dio una prima por actividad especial a los ayudantes de cuidados de salud implicados en los programas de cambio de agujas, y se aumentaron las primas por cuidados urgentes y asistencia en riesgos. Finalmente, se amplió la prima para las enfermeras que trabajaban en el departamento del SAMU, en la unidad de reducción de daños y en la sala de detenidos.

## **Mejorar el entorno de la práctica profesional**

Mauricio ha puesto en vigor incentivos no financieros, entre ellos el reconocimiento de certificados de excelencia; las comidas y bocadillos para el personal durante el trabajo; grupos de apoyo en el trabajo; y contratos con guardias de seguridad privada para conseguir un entorno de trabajo seguro. El espacio y los dormitorios de las enfermeras también se han mejorado; se han equipado con aparatos de televisión y con sillones cómodos (Gaoneadry, 2007).

El modelo japonés “Gemba Kaizen”, que trata de conseguir mejoras constantes y mantenidas, se incluyó en el Documento Blanco, de diciembre de 2002, para mejorar la calidad y su eficiencia en el lugar de trabajo. La estrategia Kaizen empieza y termina en las personas. Kaizen es una palabra japonesa que significa mejoramiento/cambio para mejor. Consta de dos elementos: *kai* que significa cambio y *zen* que significa bueno o para lo mejor; el modelo Kaizen faculta al personal para gestionar su trabajo más eficazmente y eliminar las pérdidas y la ineficiencia. El modelo Gemba Kaizen se ha aplicado en hospitales regionales en Mauricio (Ministerio del Medio Ambiente y Unidad del Desarrollo Natural, 2005), principalmente en el Victoria Hospital (Ministerio de Sanidad y Calidad de la Vida, 2003), en el Hospital Jeetoo (Ministerio de Sanidad y de Calidad de la Vida, 2001) y en el Hospital Flacq (Ministerio de Sanidad y de Calidad de la Vida, 2004).

El Ministerio de Sanidad y de Calidad de la Vida se centra ahora en su reconocimiento por la Organización Internacional de Normas a través de la Oficina de Normas de Mauricio. Este sistema se encuentra en una fase temprana de formación del personal de enfermería para la aplicación de la norma MS ISO 9001-2008 que comportaría las ventajas siguientes (República de Mauricio 2009):

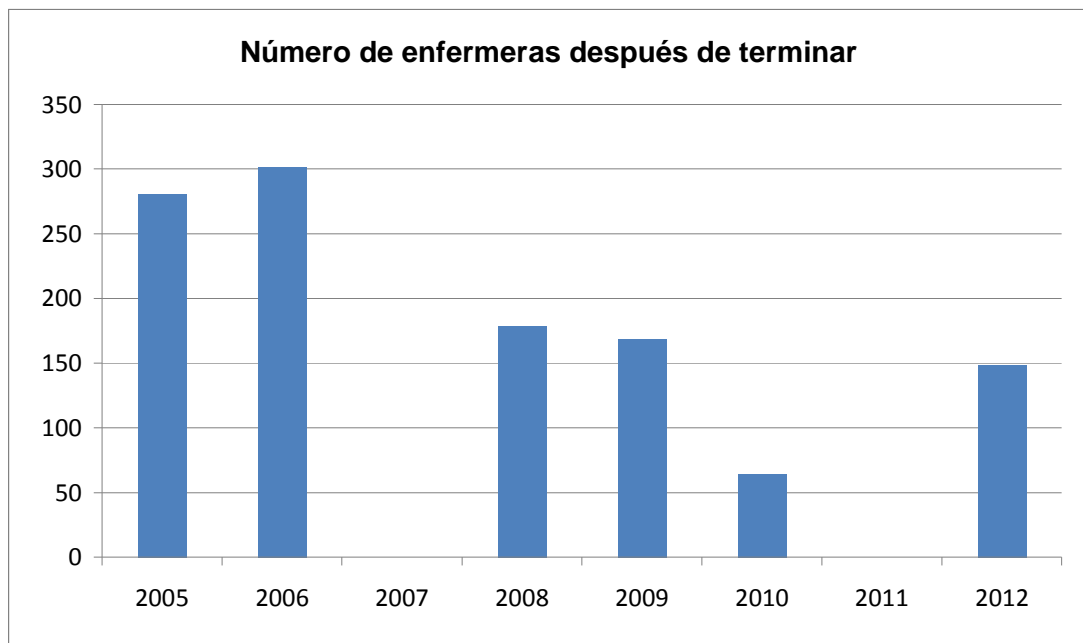
- centro de interés en el cliente,
- dirección y liderazgo,
- participación de la gente,
- planteamiento de proceso,
- planteamiento sistémico para la gestión,
- mejoramiento constante,
- planteamiento práctico para la adopción de decisiones,
- relaciones con el cliente mutuamente beneficiosas.

## **Contratación**

Previa recomendación del Comité de Altos Facultados, el Ministerio de Sanidad inició de manera urgente un plan de contratación. De julio a diciembre de 2005, se cualificaron como funcionarios de enfermería 281 enfermeras estudiantes. La contratación estaba convirtiéndose en una prioridad pero los factores de pérdida de personal, tales como la migración, el fallecimiento y la jubilación de personal de enfermería cualificado, hicieron que se redujeran los beneficios netos.

El gráfico siguiente muestra el número de enfermeras cualificadas al concluir un plan de formación de tres años. Por decisión del Ministerio de Sanidad, no se hizo ninguna contratación en los años 2004 y 2008. En consecuencia, esto ha afectado perjudicialmente al conjunto de la enfermería, pues se ha producido al mismo tiempo que la expansión y la extensión de los servicios.

**Figura 4: Fecha de terminación: Estudiantes de enfermería**



Nota: no hubo titulaciones en 2007 y 2011

Fuente: Shirao 2009.



## Capítulo 5: Formación y capacitación

---

La formación y la capacitación desempeñan una función esencial para facultar a los trabajadores de cuidados de salud. Este campo ha estado olvidado y el plan de estudios de enfermería no ha sido revisado regularmente para mantenerlo al ritmo de los nuevos problemas. Mauricio, a diferencia de muchos otros países en desarrollo, concede todavía un certificado de enfermería después de tres años de formación en la escuela de enfermería. Hay en la población de enfermería gran preocupación por el uso continuado del certificado y por el interés y apoyo en pasar al nivel de diploma y va en aumento el interés por pasar a la calificación del nivel de grado.

La formación de la enfermera en Mauricio comprende actualmente un 30% de componente teórico y un 70% de componente práctico de una experiencia basada en el hospital o en la comunidad. Mientras ocupan un puesto clínico, las estudiantes de enfermería han de adquirir capacidades en enfermedades nasales y pulmonares, oftalmología, cuidados coronarios, salud general, salud de la comunidad y cuidados médicos, quirúrgicos y ortopédicos.

La Escuela Central de Enfermería se encarga de la formación del personal de enfermería. Ofrece cursos para estudiantes generalistas (tres años), estudiantes de matronas (dos años) y ayudantes de cuidados de salud (seis meses). El Ministerio de Sanidad concede el certificado de enfermería general reconocido en el Reino Unido.

Una de las propuestas hechas al Ministerio de Sanidad por la Asociación de Enfermería de Mauricio (AEM 2002) consistió en instar al Ministerio a que examinase el sistema de formación y revisase los cursos y el plan de estudios de enfermería. El 19 de octubre de 2004, el Ministerio de Sanidad estableció un comité integrado por la AEM y miembros de la Escuela de Enfermería presidida por el Dr. Jugdish Chandra Mohit, Director ejecutivo del Instituto de Mauricio. En enero de 2005, el comité presentó su informe con las recomendaciones siguientes: (Mohit 2005).

- examen y mejoramiento periódico del programa del plan de estudios para las estudiantes de enfermería, con el fin de mantener el ritmo con los nuevos avances en los campos de la enfermería.;
- aplicación, para las estudiantes de enfermería, de un programa completo de cuatro años, conducente a un diploma de enfermería;
- establecimiento de cursos obligatorios en campos especializados para formar enfermeras especializadas en determinadas disciplinas, tales como la oftalmología, las enfermedades nasales y pulmonares, la enfermería anestésica, la enfermería de quirófano, la enfermería pediátrica y la enfermería geriátrica;
- cursos para titulación de nivel universitario destinados a preparar a las enfermeras para los títulos de licenciatura y doctorado en los campos de la formación y la práctica clínica de enfermería, y de la administración y la salud pública;

- a las enfermeras encargadas y a las gestoras de sala debe dárseles la posibilidad de adquirir un diploma en administración de enfermería, impartido por la Universidad de Mauricio;
- los cursos de obstetricia para las enfermeras matronas deben darse de manera regular para resolver la grave escasez en esta disciplina – al menos deben preverse dos cursos cada año;
- deben concederse becas periódicas a la población de enfermería para preparar un grupo de personas con recursos, que se encarguen del programa de formación y de la formación continua de enfermería;
- todos los hospitales regionales deben estar dotados de una biblioteca actualizada para que las enfermeras se mantengan al tanto de los nuevos cambios y de la última evolución en el campo de la enfermería. (Mohit 2005).

Lamentablemente, muchas de estas propuestas no se han aplicado y ello crea un sentido de desmotivación en el personal de enfermería de Mauricio, en un entorno en el que los títulos de licenciatura y de doctorado en enfermería pueden conseguirse en muchos países africanos vecinos. Sin embargo, con los dos informes sobre las estructuras de los salarios y de los títulos, publicados en 2003 y en 2008 respectivamente, ha mejorado visiblemente la movilidad de la carrera profesional. Como se recomienda en estos informes, se han creado nuevos puestos y se han ampliado los servicios, con lo que han aparecido para las enfermeras nuevas posibilidades de operar en distintos contextos, especialmente en la comunidad. La expansión de los servicios de alta tecnología como el Centro Cardíaco, la Unidad de Transplante Renal, la medicina hiperbárica y nuclear, han creado nuevas posibilidades para la enfermería.

En 2008, la Oficina de Estudios Salariales recomendó cambiar de Certificado a Diploma de Enfermería. El personal de enfermería reconoció que éste era un paso muy positivo. La medida no se ha aplicado todavía. Un comité trabaja para conocer sus consecuencias y recomendará los cambios adecuados que se precisen para pasar de certificado a diploma.

La formación avanzada de enfermería y la capacitación idónea son esenciales para preparar a las enfermeras para hacer frente de manera eficaz a los rápidos cambios que están produciéndose en el sector de salud. Imperativamente la enfermería debe mantenerse al ritmo de los nuevos avances en los campos médicos. Todos los procedimientos médicos deben basarse en cuidados de enfermería. Después de cualquier intervención quirúrgica importante, el paciente pasa a los cuidados de la profesión de enfermería. Las enfermeras especialistas deben recibir formación para prestar servicios en diversos campos de la práctica de enfermería en los que se requieren capacidad y competencia avanzadas para responder a las nuevas exigencias en el sector de salud.

Es de suma importancia mejorar la enseñanza en las escuelas de enfermería. La AEM ha propuesto que la Escuela Central de Enfermería se adjunte al Instituto de Salud de Mauricio. Esta institución es apta para conceder un diploma de enfermería y con esta afiliación aumentaría su capacidad para impartir formación.

# Conclusión

---

La República de Mauricio, a pesar de sus numerosas limitaciones financieras, ha podido mantener un estado de bienestar en el que los servicios de salud, en sus niveles primario, secundario y terciario, son accesibles y gratuitos para todos los ciudadanos, sin discriminación. Mantener ese sistema ha dado lugar a numerosas presiones sobre el Gobierno pues la salud es un bien muy caro. Sin embargo, el libre acceso a los cuidados de salud ha contribuido en medida importante a mejorar el estado de salud de la mayoría de las personas en Mauricio y a mantener una calidad de vida bastante buena en comparación con la de muchos países africanos, como se demuestra en este documento.

La profesión de enfermería se ha visto ante muchos problemas graves para mantener el ritmo de las nuevas tendencias y avances habidos en el sector de salud y, al mismo tiempo, responder a las crecientes necesidades y expectativas de los pacientes y del público que desean cuidados oportunos y de gran calidad. La migración de más de 700 enfermeras principalmente al Reino Unido en los años 2000 - 2006 ha afectado gravemente a los recursos humanos y a los servicios de enfermería en Mauricio. El Gobierno, con el apoyo y la contribución de la AEM, ha podido mitigar los efectos negativos de la fuga de cerebros aplicando una serie de medidas para restaurar la situación. Todas estas medidas se han puesto de relieve y se han comentado en el presente documento. Los incentivos aplicados han reducido mucho los efectos de empuje y de frenado de la migración. Actualmente son muy pocas las enfermeras que abandonan el país.

El modelo mauriciano para abordar la migración mediante la contratación, la retención y la motivación ha dado resultados muy positivos y puede citarse como ejemplo de buena práctica para otros países. La AEM, en tanto que organización fuerte y respetada, ha contribuido mucho a mejorar el bienestar socioeconómico y el desarrollo profesional de las enfermeras en general. Ha sido un factor determinante para abordar la cuestión de la migración, pues ha animado a las enfermeras a permanecer en el país.

El gran problema para el futuro de la profesión de enfermería se plantea en el campo de la formación y la capacitación. Se da el sentimiento general de que no se ofrecen a las enfermeras oportunidades suficientes para su formación continua y avanzada. A pesar de todos los esfuerzos y las decisiones de la ANE, el resultado ha sido muy inferior a las expectativas y ahí es donde Mauricio permanece por detrás de algunos países africanos como Botswana, Kenia y Sudáfrica cuyas universidades y facultades han abierto la puerta a las enfermeras para su formación en los niveles de licenciatura, master e inclusive de doctorado.

Si bien la ANE ha conocido un gran éxito en el mejoramiento del bienestar socioeconómico y las perspectivas de la carrera profesional en todos los planos, no se ha conseguido mucho en el terreno de la educación y la formación. Este asunto puede ser fuente de frustración y de desmotivación si no se aborda pronto y bien. Puede reactivar las necesidades de emigrar. Ya hay algunos indicios de esta reaparición pues algunas enfermeras programan nuevos destinos como Irlanda, Australia y Nueva Zelanda. Mauricio, como la mayoría de los países, tendrá que estar preparado para hacer frente a nuevas enfermedades emergentes y a las consecuencias negativas del cambio climático. Al ser una isla, resulta

muy vulnerable al calentamiento global al sufrir violentos ciclones y fuertes lluvias causantes de inundaciones. Mauricio ha de estar preparado para hacer frente a estos nuevos problemas y necesita disponer de unos recursos humanos de enfermería bien formados y capacitados para abordar la preparación para las catástrofes. El Ministerio de Sanidad ha tomado ya una serie de medidas para preparar a profesionales de salud y capacitarlos para tratar de manera eficaz estas calamidades naturales.

Es mucho lo que se ha conseguido en Mauricio en el campo de la salud, pero todavía queda un largo camino por recorrer para llegar, en los campos de la salud y del bienestar, a niveles internacionales comparables a los de algunos países industrializados. Mauricio está en el buen camino y hay compromiso de parte del Gobierno y determinación de parte de los trabajadores de salud del país para avanzar hacia la excelencia en la prestación de los cuidados de salud.

# Referencias

---

Dwarka S (2009). Secretario, Nursing Council, Comunicación personal Junio 2009  
Q.Bornes, Mauricio.

Gaoneadry D (2007). as cited in Dambisya YM (2007). *Review of non financial incentives of health worker retention in the east and southern Africa*, Equinet Discussion, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa and the East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC). [www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS44HRdambisya.pdf](http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS44HRdambisya.pdf)

Larhubarbe J (2010). Chief Health Statistician, MoH, Port Louis. Comunicación personal.  
Mauritius Nursing Association (2002). *Nursing Association Memorandum* diciembre 2002.

Mauritius Nursing Association (2003). Informe Anual.

Mauritius Nursing Association (2005). Nursing Association Memorandum, diciembre 2005.

Ministerio de Administración Pública (2005). *Report of High Powered Committee 22 de Julio de 2005*.

Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Natural (2005). *Mauritius: Staking Out the Future*, Port Louis. [www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/nsds/mauritius.pdf](http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/nsds/mauritius.pdf)

Ministerio de Salud y Calidad de Vida (2002). *White Paper on Health Sector and Reforms Development* diciembre 2002, Port Louis. [www.gov.mu/portal/site/mohsite](http://www.gov.mu/portal/site/mohsite)

Ministerio de Salud y Calidad de Vida (2004). *Health Statistic Report 2004*, Port Louis. [www.gov.mu/portal/site/mohsite](http://www.gov.mu/portal/site/mohsite)

Ministerio de Salud y Calidad de Vida (2005). *Map of Mauritius year 2005*, Port Louis. [www.gov.mu/portal/site/mohsite](http://www.gov.mu/portal/site/mohsite)

Ministerio de Salud y Calidad de Vida (2007). *Health Statistic Report 2007*. Health statistic unit Port Louis. [www.gov.mu/portal/site/mohsite](http://www.gov.mu/portal/site/mohsite)

Ministerio de Salud y Calidad de Vida Archives (2001). Productivity Tools, Kaizen, NPCC, National Productivity Activity, Gemba Kaizen at Dr A.G Jeetoo Hospital. Launching of the 3<sup>rd</sup> edition of Innovators Mauritius Award under an environmentally friendly theme.

Ministerio de Salud y Calidad de Vida Archives (2003). Productivity Tools, Kaizen, NPCC, National Productivity Activity, Gemba Kaizen, Victoria Hospital, Mauricio 2-6 de diciembre de 2003.

Ministerio de Salud y Calidad de Vida Archives (2004). Productivity Tools, Kaizen, NPCC, National Productivity Activity, Gemba Kaizen intervention report Flacq Hospital. Activity, TEST Gemba Kaizen intervention report Promintex, Mauricio.

Mohit JC (2005). Dr Jugdish Chandra Mohit recommendations, Director Ejecutivo Mauricio Instituto de Salud , Pamplémousses. enero 2005.

Organización Mundial de la Salud (1999). The Developing World Population is Ageing: WHO Calls for Sound National Policies to Meet the Public Health and Social Challenges. Comunicado de Prensa 07 de abril 1999, WHO SEARO : [www.searo.who.int/en/Section316/Section503/Section2370\\_12962.htm](http://www.searo.who.int/en/Section316/Section503/Section2370_12962.htm)

Organización Mundial de la Salud (2006). El Informe Mundial de la Salud 2006 - Colaboremos por la salud como se cita en Consejo Internacional de Enfermeras, Federación Farmacéutica, Federación Dental Internacional, la Asociación Médica Mundial, Federación Internacional de Hospitales, la Confederación mundial de fisioterapia (2008) *Guidelines: Incentives for Health professionals*, Alianza Mundial de la Salud, Ginebra. [www.icn.ch/guidelines\\_incentives.pdf](http://www.icn.ch/guidelines_incentives.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2008a). Country cooperation strategy Republic of Mauritius 2004-2007 Country situation analysis. [www.afro.who.int/en/mauritius/mauritius-publications.html](http://www.afro.who.int/en/mauritius/mauritius-publications.html)

Organización Mundial de la Salud (2008b). "Productivity and Competitiveness indicators 1990 to 2000". [www.gov.mu/portal/sites/ncb/cso/ei565/intro.doc](http://www.gov.mu/portal/sites/ncb/cso/ei565/intro.doc)

Organización Mundial de la Salud (2008c). WHO Statistical Information System. [http://apps.who.int/Whosis/data/Search.jsp?countries=\[Location\].Members](http://apps.who.int/Whosis/data/Search.jsp?countries=[Location].Members)

Pay Research Bureau (2003). *Pay Research Bureau Report May 2003*, Oficina del Primer Ministro, Port Louis. [www.gov.mu/portal/site/prb/menuitem.bef8b221ac13fa1d78ec7e10a0508a0c/?content\\_id=9352817868b68010VgnVCM100000ca6a12acRCRD](http://www.gov.mu/portal/site/prb/menuitem.bef8b221ac13fa1d78ec7e10a0508a0c/?content_id=9352817868b68010VgnVCM100000ca6a12acRCRD)

Pay Research Bureau (2008). *Pay Research Bureau Report June 2008*, Oficina del Primer Ministro, Port Louis. [www.gov.mu/portal/site/prb/menuitem.42a12b6f62328003a6a4bc10a0208a0c/](http://www.gov.mu/portal/site/prb/menuitem.42a12b6f62328003a6a4bc10a0208a0c/)

Pay Research Bureau (2009). *Report on Errors and Omissions June 2009*, Prime Minister's Office, Port Louis.

República de Mauricio (2009). *Towards the Implementation of Ms ISO – 9001:2008 in the Health Sector*, Government Information Service, Oficina del Primer Ministro, Port Louis. [www.gov.mu/portal/site/Mainhomepage/menuitem.a42b24128104d9845dabddd154508a0c/?content\\_id=7959d6e8b27e0210VgnVCM1000000a04a8c0RCRD](http://www.gov.mu/portal/site/Mainhomepage/menuitem.a42b24128104d9845dabddd154508a0c/?content_id=7959d6e8b27e0210VgnVCM1000000a04a8c0RCRD)

Saumtally A (2009). Officer in Charge AIDS Unit, MoH, Port Louis *HIV/AIDS situation analysis*. Discurso del Ministro de Salud 5 de diciembre 2009.

Shewraj H (2009). Ag. Director of Nursing. Comunicación personal, 15 de diciembre de 2009.

Shirao J (2009). Principal Nurse Educator, Comunicación telefónica, junio 2009, School of Nursing, Victoria, Q.Bornes, Mauricio.

Solange JL (2009). Director of Nursing, Ministry of Health and Quality of Life. Comunicación personal, junio 2009.

Supparayen F (2007). "Migration of Nurses Mauritius" *ICNM enews*, Spring 2007, p. 7 International Centre in Nurse Migration. [www.int.nursemigration.org](http://www.int.nursemigration.org).