



## Autosuficiencia de la enfermería en el contexto mundial

por  
**Lisa Little et James Buchan**  
para el  
Centro Internacional sobre la Migración de las Enfermeras



# **Autosuficiencia de la enfermería en el contexto mundial**

Elaborado por

Lisa Little y James Buchan

para el

Centro Internacional sobre la Migración de las Enfermeras

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Centre on Nurse Migration. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

---

Copyright © 2007 by ICNM - International Centre on Nurse Migration  
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland and 3600 Market Street, Suite 400,  
Philadelphia, PA.

## Introducción

En el Informe sobre la Salud en el mundo, de 2006, se identifica la escasez de recursos humanos como el principal obstáculo para alcanzar las Metas de desarrollo para el milenio. La escasez de personal de enfermería está en el programa político de muchos países, desarrollados y en desarrollo, y el Consejo internacional de Enfermeras (CIE) ha establecido una iniciativa mundial de recursos humanos que ha puesto de relieve que los esfuerzos anteriores para abordar la escasez de personal de enfermería a menudo se aplicaron a corto plazo y tuvieron un carácter fragmentado e inadecuado.

Uno de los problemas fundamentales a que se enfrentan todos los países es establecer mecanismos de planificación de recursos humanos que satisfagan eficazmente las demandas de atención de salud y prevean la estabilidad de tales recursos. Sin embargo, pocas naciones han desarrollado planes estratégicos para satisfacer las necesidades de personal de enfermería, en los que se aborden eficazmente la oferta y la demanda. En cambio, muchos países desarrollados prefieren aplicar instrumentos de política a corto plazo, tales como aumentar la dependencia de la inmigración, en detrimento a veces de los países en desarrollo. Esto ha inducido a los países desarrollados a emplear modelos de lo que se denomina "autosuficiencia" para abordar la escasez de personal de enfermería y de otros trabajadores de salud. El objetivo de este documento es examinar qué definiciones y modelos de "autosuficiencia" existen en un contexto de recursos humanos de enfermería, y debatir sus repercusiones en la política.

En las profesiones de salud hay un amplio acuerdo en que es necesario que los países desarrollados aseguren una oferta nacional adecuada de profesionales de salud, disminuyendo así su dependencia de los países en desarrollo. Una buena planificación de los recursos humanos de salud debe centrarse en incrementar las inversiones en la oferta de enfermeras, médicos y otros profesionales de salud para satisfacer de forma más equitativa las demandas de todos los países.

En 2004, Aiken et al., al examinar las repercusiones políticas de la migración de las enfermeras, pusieron de relieve que "la estrategia más prometedora para conseguir un equilibrio internacional de los recursos humanos de salud es que todos los países tengan una fuente adecuada y sostenible de profesionales de salud", lo que implica que los países desarrollados han de explorar más diligentemente actuaciones para estabilizar y aumentar su oferta nacional de enfermeras (Aiken et al., 2004, pág. 76). Estos autores añaden que "la creciente dependencia de los países desarrollados de enfermeras formadas en el extranjero es en gran parte un síntoma de políticas fallidas y de bajas inversiones en enfermería".

Similares argumentos se plantean respecto al personal médico. La Asociación médica mundial (AMM) ha adoptado una declaración sobre las directrices éticas para la contratación internacional de médicos, en la que se recomienda que "los países han de hacer todo lo posible por formar a un número adecuado de médicos teniendo en cuenta sus necesidades y recursos. Un país no debe depender de la inmigración procedente de otros países para satisfacer sus necesidades de médicos" (AMM 2003). En mayo de 2005, la Asociación médica británica (AMB) fue sede de una conferencia

internacional sobre los recursos humanos de salud en el mundo, en cooperación con la Secretaría del Commonwealth y representantes de los Estados Unidos, el Canadá, el Reino Unido y Sudáfrica. Uno de los puntos importantes acordados por los participantes fue que todos los países debían esforzarse por lograr la "autosuficiencia" en su personal de cuidados de salud, sin generar consecuencias adversas para otros países (AMB 2006).

Esto mismo reafirmó recientemente HEAL, coalición canadiense de más de 30 profesionales y organizaciones de empleadores de salud, que identificó la autosuficiencia como uno de los 10 principios para orientar la planificación de los recursos humanos de salud (HEAL 2006). En las conclusiones de una investigación y un debate de política a puerta cerrada, titulado *Recursos humanos de salud: Necesidades nacionales y problemas mundiales*, celebrado en los Estados Unidos, se identificaba la autosuficiencia nacional como una meta. Esa meta se alcanzará mediante el desarrollo, la innovación y el respaldo de la capacidad básica educativa en enfermería y medicina, moderándose de este modo la dependencia de los Estados Unidos respecto de otros países, en particular de los países en desarrollo (Penn Consortium for Human Resources in Health, 2006). La utilización de las expresiones 'básica' y 'moderándose la dependencia' implica que cierto nivel de inmigración es necesario y aceptable. El logro de la autosuficiencia también se señala en dos documentos esenciales de política internacional: el *Informe sobre la Iniciativa de aprendizaje conjunto (JLI)* y el informe del CIE sobre *La escasez de personal de enfermería en el mundo: Intervenir en los principales sectores*. En el primer informe se sostiene que sería aconsejable que los países ricos buscaran la autosuficiencia, pues la dependencia de la inmigración es injusta, arriesgada y tiene poca visión de futuro; la autosuficiencia es sólida y justa (JLI 2004, pág. 106). En el informe del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se indica que "es fundamental que, tanto en los países ricos como en los pobres, se logre la autosuficiencia para gestionar los problemas internos de la oferta y la demanda" (CIE 2006, pág. 12).

Sobre la base del uso creciente del término 'autosuficiencia' en un contexto de recursos humanos de enfermería, en el presente documento se examina cuál puede ser el significado exacto de ese término. Se trata de un término que se ha utilizado en diferentes contextos, y no siempre queda claro a qué se refiere. ¿Cómo se aplica a la planificación de los recursos humanos de salud y a la formulación de políticas? ¿Es un concepto viable o conveniente? Y ¿cuál es la repercusión de una decisión política semejante en los sistemas de salud y en las propias enfermeras?

En la planificación de los recursos humanos de salud no hay acuerdo general acerca de cómo se define o evalúa explícitamente la autosuficiencia - o si es deseable o alcanzable. El objetivo del presente documento es tratar de la definición de autosuficiencia en lo que se refiere a la planificación de los recursos humanos de salud, analizando diversos ejemplos existentes o previstos de autosuficiencia en función de su fuerza y de su debilidad, y cuál es su repercusión en los sistemas de salud y en las enfermeras. El documento continúa con la identificación de los factores favorables y contrarios a la consecución de la autosuficiencia, y sugiere posibles indicadores para medir el concepto.

## 1. Definiciones de autosuficiencia

La autosuficiencia es un término que se aplica en una serie de contextos. Según el diccionario informatizado Merriam-Webster, la autosuficiencia se define como la cualidad o el estado de ser autosuficiente; éste se define seguidamente como ser capaz de bastarse a sí mismo o sin ayuda: poder proveer a las propias necesidades (Merriam-Webster Online Dictionary 2006). Aplicar esta definición al contexto de planificación de los recursos humanos de salud es complejo. El estudio del empleo de este término en otros sectores puede servir de punto de partida útil y ofrecer una idea válida para su aplicación en el sector de la salud.

En otros sectores, el término suele utilizarse para describir un mercado que tiene suficiente producción interna para satisfacer las necesidades o el consumo. Un mercado que es autosuficiente no precisa de la importación de productos para satisfacer las necesidades. Dentro del sector de la agricultura, se considera que un país es autosuficiente si genera bastante producción para satisfacer lo que consumen sus habitantes. Por ejemplo, "desde mediados de los años 1980, Benin ha producido ñames, yuca, maíz, mijo, alubias y arroz para lograr la autosuficiencia en alimentos básicos" (Brittanica 2006a). La energía es otro sector en el que el término autosuficiencia se aplica con regularidad. "A comienzos del decenio de 1970, la economía [danesa] dependía del petróleo importado para más del 90% de sus necesidades de energía. El descubrimiento de yacimientos de petróleo y gas natural en el sector danés del Mar del Norte permitió una autosuficiencia parcial a este respecto. Las centrales eléctricas de carbón producen el 90% de la electricidad de la nación, cuando en 1970 producían el 10%" (Brittanica 2006b).

En el otro extremo del espectro, la autosuficiencia se utilizaba para describir a las personas económicamente independientes y que no requieren ayuda financiera externa. En los Estados Unidos existe, en el plano de los estados, una Oficina de autosuficiencia cuya misión es prestar ayuda a las personas y las familias para pasar de la pobreza y la dependencia de la asistencia social a la oportunidad económica y la independencia. Del mismo modo, en gran parte de los Estados Unidos y en el Canadá existe un programa de autosuficiencia familiar que ayuda a las familias a lograr mayor independencia financiera y autosuficiencia, con el objetivo de que pasen de la vivienda subvencionada a otras formas de vivienda (BC Housing 2006).

La transferencia del concepto de autosuficiencia desde otros sectores a la planificación de los recursos humanos de enfermería da lugar a la definición plausible de 'reserva sostenible de enfermeras del país para satisfacer las necesidades del servicio'. El término 'reserva' puede definirse adicionalmente mediante el estudio de su empleo por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). En el modelo de la prestación de cuidados de salud de la OCDE se describe la 'reserva' como una función de entradas, salidas, suministros existentes y productividad (Simoens, Villeneuve y Hurst, 2005). Esta definición incorpora elementos más amplios como distribución, mezcla, calidad, productividad y retención. Esto se presta a una amplia gama de opciones de política para lograr autosuficiencia que va más allá del simple aumento de los estudiantes de enfermería. Estas opciones de política son:

- Reducir las bajas de estudiantes.
- Incrementar la productividad de los recursos humanos mediante:
  - el aumento de las tasas de participación en los recursos humanos;
  - el aumento de los porcentajes de empleo a tiempo completo;
  - la eliminación de las tareas que no son de enfermería; y
  - la introducción de tecnología.
- Aumentar la retención de los trabajadores mediante una serie de incentivos, como crear entornos de trabajo saludables, mejorar los sueldos, garantizar la seguridad del trabajador, proveer de los suministros y equipo necesarios, volumen de trabajo razonable, etc.

La frase ‘para satisfacer las necesidades del servicio’ refleja

“las opciones políticas y económicas y los valores sociales subyacentes a un sistema particular de cuidados de salud. Por ejemplo, en un sistema de salud en el que la atención de salud está financiada públicamente y el acceso al servicio se asigna en función de la necesidad, la epidemiología es el principal factor determinante de los recursos humanos de salud necesarios. En un sistema de salud en el que la atención de salud es de financiación privada y el acceso a los servicios se basa en la posibilidad y la voluntad de pagarlos, los factores económicos son el principal determinante de las necesidades de recursos humanos” (Birch et al. in Dreesch et al., 2005, pág. 267).

Un planteamiento basado en esta definición alentaría a los países a examinar su reserva de enfermeras en relación con los servicios requeridos para satisfacer las necesidades de salud de su población. No limitaría u obligaría a los países a suministrar sólo esos servicios posibles dentro de sus medios financieros del momento. Sino que más bien permitiría que los países en desarrollo, que carecen de recursos económicos para aumentar su reserva interna de enfermeras que satisfaga las necesidades del servicio, lo hicieran con el apoyo de la ayuda internacional.

En resumen, esta definición de la autosuficiencia relaciona la reserva de dispensadores de salud con las necesidades del servicio. Es suficientemente amplia para reflejar la dinámica de los recursos humanos de enfermería y las realidades de varios países en función de cómo definen y satisfacen las necesidades de salud de sus ciudadanos. Se centra en las enfermeras del país como elemento fundamental para satisfacer las necesidades del servicio de manera compatible con el concepto de producción nacional utilizado en otros sectores. Sin embargo, es más amplia que el mero concepto de producción. La expresión “reserva sostenible” pone de relieve las realidades económicas y políticas de cada país. También alienta a un mayor diálogo, dentro de cada país y en el plano mundial, sobre cuál es el nivel de reserva interna viable en diversos marcos temporales. Además, esta definición no excluye un cierto nivel de inmigración como elemento secundario para desarrollar una reserva sostenible. La migración puede aportar numerosos beneficios, como se indica más adelante en el presente documento.

## 2. Ejemplos de autosuficiencia en recursos humanos de salud

Hay diversos ejemplos actuales o previstos del empleo del término "autosuficiencia" dentro del contexto de la planificación de los recursos humanos de salud. En el plano nacional se incluyen los ejemplos de Irán, Australia, Omán, Malawi y la Región del Caribe, que se describen con más detalle en esta sección.

### **Irán**

“En 1985, Irán estableció un Ministerio Nacional de Sanidad y Educación Médica para mejorar el desarrollo de los recursos humanos de salud del país y satisfacer mejor las necesidades sanitarias de la población. Se han hecho grandes progresos para garantizar la disponibilidad de esos recursos con un número suficiente de trabajadores y una combinación adecuada de capacidades. El ministerio se ocupa de todos los aspectos de la planificación, dirección, supervisión y evaluación de los servicios de salud, incluidas la formación y capacitación de los recursos humanos de salud”. Entre 1985 y 2000, el número de estudiantes de medicina aumentó en unos 27.000 y el de otras profesiones de salud, en torno a los 60.000. Los programas de formación continua para todo el personal médico acreditado también se incrementaron pasando de 908 en 1998 a 1.505 en 2001. “Con la innovadora integración de la formación de medicina y del sistema de cuidados de salud en Irán se ha ampliado mucho el acceso a los servicios de salud en todo el país, se ha reducido la dependencia respecto trabajadores y servicios externos, y han mejorado significativamente los principales indicadores de salud”. Desde 1984, Irán ha podido aumentar la oferta de médicos de 14.000 a 70.000, reducir de 11.000 a 200 el número de pacientes enviados al extranjero para su tratamiento, y suprimir los 3.153 de empleos de personal médico extranjero (*Informe sobre la Iniciativa de aprendizaje conjunto*, 2004, pág. 86).

### **Australia**

La Conferencia Australiana de Ministros de Salud (CAMS), de 2004, en su Marco estratégico nacional de recursos humanos de salud, estableció siete principios esenciales para llevar a la práctica la “visión para los recursos humanos de salud de Australia”. El primer principio era: "Australia ha de centrarse en conseguir, como mínimo, la autosuficiencia nacional en la oferta de recursos humanos de salud, reconociendo a la vez que forman parte de los recursos humanos mundiales". A continuación, en el examen independiente de la política de recursos humanos de salud, preparado por la Comisión australiana de productividad, se evaluó el Marco de la CAMS y se concluyó que “la Comisión considera que el principio de autosuficiencia nacional, tal como se expresa actualmente en dicho Marco, no es un objetivo adecuado para la política de recursos humanos de salud. Los recursos humanos de salud son internacionales y lo serán cada vez más, lo que significa que Australia no debe limitarse a emplear exclusivamente a profesionales formados en el país. Por consiguiente, a su juicio, este principio particular ha de formularse más ampliamente – en el sentido de que, como mínimo, Australia ha de intentar producir un número suficiente de trabajadores de salud para satisfacer las necesidades futuras, sin depender de modo insostenible de profesionales formados en el extranjero” (Comisión de productividad, 2005). En su respuesta a la Comisión de productividad, el Consejo de gobiernos australianos (COAG) acordó que debían reexaminar la definición inicial de autosuficiencia porque era "excesivamente restrictiva en el contexto del carácter internacional de los recursos humanos de salud" (COAG 2006).

## **Omán**

Omán es un pequeño país de Oriente Medio en el que los expatriados constituyen más de una cuarta parte de la población, de dos millones, según el primer censo celebrado en 1993 (Ministerio de Información 2006a). En 1998, Omán elaboró el programa de omanización, que persigue la sustitución de los expatriados por personal formado omaní. La omanización - campaña destinada no sólo a garantizar un puesto de trabajo para cada ciudadano sino también a reducir la dependencia de los expatriados, para conseguir la autodependencia en recursos humanos - se ha convertido en la primera prioridad del Gobierno. Éste fijó como objetivo de la omanización de los servicios públicos el 72% de los trabajadores y también fijó objetivos en seis ámbitos del sector privado. Varios ministros han elaborado documentos de trabajo detallados, en los que precisan con exactitud los obstáculos a que se enfrenta la omanización y el modo de superarlos. El Sultán ha manifestado que la juventud omaní constituye una parte amplia y vital de la sociedad, y que no escatimará esfuerzos para garantizarles un futuro brillante y digno. Al mismo tiempo, exhortaba a la juventud a trabajar diligente y desinteresadamente para el desarrollo del país, puesto que "el trabajo, sea cual sea su naturaleza, es una virtud". Para asegurar el éxito de la campaña, se ha incluido como colaboradores a los medios de comunicación nacionales.

La iniciativa fue respaldada mediante foros televisados sobre la omanización. El sultán Qaboos ha dicho que le impresiona el nivel de sinceridad que hay en el ambiente de estos foros. Anunció que sin debates abiertos, nada puede lograrse. El Comité de seguimiento y supervisión de la omanización se encarga de seguir de cerca y vigilar los planes y programas destinados a "omanizar" los puestos de trabajo en los sectores público y privado (Ministerio de Información 2006c). Entre sus facultades se incluyen la de contribuir a establecer las necesidades de recursos humanos de la economía nacional, preparar planes de inversión y de contratación para aplicar las políticas de omanización junto con las demás autoridades competentes, y preparar informes de situación sobre la omanización en los sectores público y privado. El Comité está constituido por miembros de la administración y del sector público y depende directamente del Sultán.

A finales de 1999, el número de omaníes en los servicios públicos superaba el objetivo fijado del 72%, y en la mayoría de los departamentos se llegaba al 86% de los empleados. Con el fin de hacer lugar para los ciudadanos, el Gobierno ha llegado a devolver a sus países a miles de trabajadores ilegales, y todavía saldrá del país un número mayor (Ministerio de Información 2006a).

En cuanto al sector de salud,

“antes de 1970 no había más de 100 personas empleadas en el sector de salud y, de ellas, sólo 13 eran médicos. Sin embargo, a finales de 2003 el Ministerio de Sanidad contaba con un personal de 18.579 trabajadores, entre ellos 2.635 médicos y 7.340 enfermeros y enfermeras. Los omaníes representaban el 61% de los recursos humanos totales... Entre 1998 y 2003, 459 omaníes se han titulado en cursos postbásicos de Institutos de Salud, de los cuales 144 en gestión de salud, 115 en diálisis renal, 85 en obstetricia, 74 en cuidados intensivos, 25 en fisioterapia y 16 en formación de salud: todo lo cual contribuye a la omanización del sector de salud” (Ministerio de Información 2006b).

A consecuencia de la omanización, la demanda de enseñanza superior en Omán aumentó espectacularmente en los últimos años. Sin embargo, según Wilkinson y Alhajri (2005), la capacidad de la enseñanza superior no se ha desarrollado en medida suficiente para satisfacer esta demanda. Una de las políticas seguidas por el Gobierno omaní para resolver esta deficiencia fue alentar la apertura de universidades y colegios universitarios, aportando hasta el 50% de los costes de capital para construir y equipar esas instituciones. Por otra parte, el Gobierno ha concedido becas de estudios para quienes asisten a universidades y colegios universitarios privados, para mejorar el acceso de estudiantes que de otra forma no podrían hacerlo. Para garantizar la calidad de estos programas privados, el Gobierno exige su asociación con universidades extranjeras de reconocido prestigio. Otras iniciativas para abordar los problemas de calidad de la educación que se plantean a consecuencia de la proliferación de escuelas son la elaboración de requisitos de garantía de la calidad para la enseñanza superior y el establecimiento de un Consejo de Acreditación independiente. Entre otras soluciones preconizadas por el Gobierno para ampliar el número de estudiantes de enseñanza superior y cumplir los objetivos de la omanización son las reformas iniciadas en todos los niveles de la enseñanza para reducir al mínimo los índices de abandonos y el aumento del número de profesores bien preparados.

Aun cuando se han examinado los efectos de la omanización en el sistema educativo, hasta la fecha no se ha publicado ningún informe sobre las consecuencias de esta política en los recursos humanos ni sobre los resultados en los pacientes.

### ***Malawi***

Malawi es un ejemplo de país en desarrollo que en los últimos años ha hecho importantes inversiones en sus recursos humanos de salud para alcanzar la autosuficiencia. El sistema de cuidados de salud de Malawi está en crisis por la insuficiencia de recursos humanos. La dotación de personal en el servicio de salud es inadecuada para mantener un nivel mínimo de cuidados de salud y para prestar los servicios relacionados con el VIH/SIDA. “En Malawi, entre 1999 y 2001, se despidieron de su puesto para buscar empleo en otros países más del 60% del personal de enfermeras especialistas de un hospital de cuidados terciarios (114 enfermeras)” (Kingma 2006, pág. 12). “Según estimaciones del Consejo de enfermeras y matronas de Malawi, hasta 1.200 enfermeras tituladas residentes en Malawi han decidido dejar de trabajar totalmente en el sector de salud para pasar a empleos mejor pagados o menos exigentes” (Ministerio de Sanidad, Malawi, en Palmer, 2006, pág. 31). Estos datos estadísticos sugieren que la escasez de enfermeras de Malawi quizá sea consecuencia de que los motivos de salida sean más fuertes que los de retención.

En 2004, el Ministerio de Sanidad pidió que, con prioridad absoluta, se actuara para retener al personal actual y atraer a quienes habían abandonado los recursos humanos de salud (OMS 2006). “En este proceso también se dio un nuevo vigor al Comité consultivo sobre Recursos humanos (para la salud) de Malawi, constituido en el año 2000 para reunir a todos los agentes importantes en este sector, pero que había permanecido inactivo” (Palmer 2006, pág. 32). El Comité ha elaborado y está aplicando un programa de recursos humanos de urgencia, de seis años de duración, que tiene por objeto:

- mejorar la contratación y retención del personal de Malawi;
- incrementar los salarios brutos;
- contratar urgentemente en el exterior a médicos y enfermeras para cubrir los puestos críticos mientras se forma más personal de Malawi;
- ampliar en medida significativa la capacidad de formación en el país;
- introducir un periodo de servicio obligatorio de salud pública para las enfermeras auxiliares formadas con fondos públicos;
- fomentar las funciones de planificación, gestión y desarrollo de los recursos humanos; y
- reconocer que el trabajo de largo plazo es necesario para abordar diversos factores no financieros que afectan a la retención del personal.

Varios organismos internacionales y el Gobierno de Malawi apoyan el programa con 278 millones de dólares EE.UU., según estimaciones. “Aun cuando está en sus comienzos, el programa parece que tiene ya una repercusión positiva... son ahora menos las personas que dejan el sector público. Se ha contratado a más de 700 nuevos empleados de salud y ahora se están celebrando entrevistas para otros 200 puestos aproximadamente” (OMS 2006, pág. 22). Según Palmer (2006), parece que las convocatorias complementarias son eficaces para la contratación y retención de personal, en particular de ejecutivos de grado medio y bajo. La única excepción es la emigración de las enfermeras, que no parece que se haya reducido en 2005. Sin embargo, es probable que estas enfermeras empezaran los preparativos para emigrar antes del comienzo del programa, por lo que es demasiado pronto para decir si el programa ha reducido la emigración. Palmer (2006) señala más adelante que la actual migración internacional de las enfermeras de Malawi es causa de preocupación. La demanda de trabajadores de salud cualificados seguirá aumentando en los países ricos. Por consiguiente, es probable que Malawi continúe perdiendo algunos de sus trabajadores mejor preparados, lo que obligará a que la nación forme a más personal del que necesita. Sin embargo, se prevé que este programa evitará que más enfermeras vayan del sistema público de salud a otros sectores por las condiciones de trabajo poco satisfactorias y, es de esperar, que sirva para que se repatrien algunas de las 1.200 enfermeras tituladas que decidieron dejar la enfermería para trabajar en otros sectores.

### ***El Caribe***

Los países del Caribe tienen graves problemas de migración de las enfermeras a otros países. En 2003, había en la región unos 13.046 puestos de enfermería. Más de 3.000 de ellos estaban vacantes y, en 2001-2003, se formaron unas 1.199 enfermeras. Más de 900 dejaron la región en el mismo periodo, con lo que el número de enfermeras aumentó en 299 enfermeras, que cubrieron sólo el 36% de las vacantes (Salmón y Yan, 2005). Los hospitales se han visto obligados a unir las unidades de cuidados de pacientes femeninos y masculinos, y a cancelar operaciones quirúrgicas optativas. Los costes combinados de enfermos externos, procesos judiciales y pérdida de inversiones públicas para la formación de enfermeras a nivel básico han sido de 20 millones de dólares EE.UU., según estimaciones (Deyal, 2003). Además de las pérdidas presupuestarias, los países del Caribe también sufren de escasez de personal de enfermería adecuado para garantizar la prestación de cuidados de salud de calidad.

En respuesta a esta escasez de personal de enfermería, la región desarrolló una estrategia de 'gestión de la migración' que respeta el derecho de las personas a elegir el lugar donde desean trabajar y vivir. Esta estrategia se aplicaba a seis sectores esenciales: contratación y retención, formación y capacitación, utilización y distribución, términos y condiciones de trabajo, prácticas y política de gestión, e investigación de los servicios de salud (Yan, 2006). Este método se pensó para abordar los factores favorables y contrarios a la migración. Los grupos interesados hicieron suyo un planteamiento amplio que tiene en cuenta las diversas iniciativas emprendidas por los gobiernos, el Organismo regional de enfermería, las organizaciones profesionales de enfermeras y el sector privado. Además hicieron suya la recomendación de que, cualquiera que sea la opción seguida, la región debe establecer asociaciones y desarrollar su estrategia de recursos para ampliar la capacidad de los programas de formación, actuales y futuros (Conferencia caribeña sobre movimiento de trabajadores temporeros, 2005). El valor total del programa de gestión de la migración era de 699.000 dólares EE.UU. (Yan, 2006). Aportaron financiación y apoyo la región del Caribe, varios países caribeños, la Organización Panamericana de la Salud y los socios internacionales y comerciales. Entre las intervenciones a que se dedicó esa financiación se contaban el aumento del número de los formados mediante un mayor empleo de profesionales de nivel medio y trabajadores de la comunidad, la adopción de un planteamiento de equipo combinado con un cambio de tareas, la aplicación de coeficientes de dotación de personal, un programa de tutoría y una mayor remuneración a los dispensadores directos de cuidados. Entre las intervenciones destinadas a dar a conocer el valor de las enfermeras estuvo una campaña social dirigida por Johnson and Johnson y un programa de reconocimiento titulado Año de la Enfermera del Caribe.

Uno de los elementos de esta estrategia fue el especial interés prestado a la formación para satisfacer las necesidades de capacidades nacionales en varios sectores. En este contexto, los países del Caribe pueden dividirse en tres grupos: beneficiarios, dispensadores, y beneficiarios/dispensadores. Los países beneficiarios son el grupo de países más pequeños, como las Islas Vírgenes Británicas, las Islas del Turco y Caicos y las Islas Ábaco, que no tienen capacidad para formar y, por consiguiente, dependen de la ayuda de los demás países del Caribe, en especial de Guyana. Entre los países dispensadores figuran Guyana -el mayor dispensador del Caribe- Dominica y San Vicente y las Granadinas. Los países beneficiarios/dispensadores son los que, como Jamaica, reciben enfermeras de otros países caribeños y envían enfermeras jamaicanas por todo el Caribe (La Rose, 2004). Por ejemplo, Antigua y Granada tienen una asociación por la que Antigua puede enviar estudiantes a Granada para formarse con exención de los gastos de formación. Una vez finalizada su formación, los estudiantes regresan a Antigua para trabajar (Yan, 2006).

Durante muchos años, el Caribe ha intentado lograr un modelo regional de autosuficiencia en la formación de enfermeras. Para ello ha contado además con el movimiento de varias instituciones educativas, como la Universidad de las Indias Occidentales, para instituir campus universitarios dependientes y educación a distancia. Todo esto se ha visto facilitado por el hecho de que durante más de un decenio las enfermeras han pasado un examen regional común, de forma que un titulado de cualquier país caribeño de habla inglesa puede trabajar en otro de estos países. Éste es uno de los elementos fundamentales sobre el que se basó el programa de gestión de la migración.

### **3. Análisis de los modelos**

Sobre la base de los ejemplos, conceptos y modelos antes expuestos, se pueden obtener y desarrollar las características comunes y las repercusiones que tienen y pueden tener sobre los sistemas de salud y las enfermeras los diversos tipos de "autosuficiencia" que se describen.

#### **A. Características comunes**

Entre las características comunes que surgen al examinar los diversos ejemplos se encuentran las siguientes:

- la participación de diversos colaboradores;
- la implicación y el apoyo (político) de los gobiernos;
- la planificación de los recursos humanos de salud a corto y largo plazo o para varios años;
- en el caso de los ejemplos de países en desarrollo, la colaboración y el apoyo de los socios internacionales;
- el plan para subsanar deficiencias futuras con dispensadores nacionales de cuidados de salud;
- la importante ampliación de la capacidad y de los programas de formación;
- cierta dependencia de los trabajadores inmigrantes, prestando atención prioritaria a los formados en el país; e
- inversiones financieras importantes.

#### **B. Repercusión en los sistemas de salud**

Puede haber ventajas y desventajas para los sistemas de salud que intentan lograr la autosuficiencia. Por ejemplo, quizá hay un inconveniente para cualquier reducción posterior de la inmigración, porque disminuyen las oportunidades de empleo para los trabajadores extranjeros. En general, debido a la globalización y la migración, los países se hacen más multiculturales. Los sistemas de salud se enriquecen con las enfermeras emigrantes, que pueden compartir culturas y creencias similares con las diferentes poblaciones de pacientes del país. Estas enfermeras pueden comprender mejor las expectativas de salud de los pacientes o compartir un idioma común, que son dos aspectos importantes para la prestación de cuidados seguros y culturalmente adecuados. La menor dependencia de trabajadores extranjeros puede crear una desconexión entre los pacientes y las enfermeras, capaz de generar insatisfacción en los pacientes y poner en peligro su seguridad por barreras de lenguaje. Disponer de un personal de enfermería que refleje la diversidad de la población a la que sirve es favorable para un sistema de salud. Además, la inmigración de enfermeras puede dar lugar a lo que a menudo se denomina 'captación de cerebros'. Las enfermeras emigrantes pueden traer consigo nuevas ideas y las 'mejores prácticas'. La autosuficiencia puede reprimir esa innovación, limitando así la competitividad de un país en el mercado mundial. La intensidad de las repercusiones negativas de la autosuficiencia sobre los sistemas de salud dependerá del planteamiento que adopten los países y del nivel en que se mida la 'autosuficiencia'. Establecer el objetivo de que el 72% de los recursos humanos sean trabajadores nacionales, como en el caso de

Omán, puede producir resultados muy otros que suprimir toda dependencia de los trabajadores migrantes, como en el caso de Irán.

Por otra parte, con la consecución de la autosuficiencia pueden fortalecerse los sistemas de salud si, ampliando la capacidad de un país para la planificación de los recursos humanos de salud y fomentando una mayor colaboración entre los interesados, se reduce la dependencia de la "fácil" contratación internacional de corto plazo y se insiste más en mejorar la planificación, la contratación y la retención internas. Los ejemplos anteriores ponen de manifiesto que para alcanzar el objetivo de la autosuficiencia se precisa una planificación de largo plazo o, al menos, de varios años. Actualmente, muchos países no tienen planes nacionales estratégicos de recursos humanos de salud, y si los tienen, son muchas veces ineficaces y de corto plazo. La noción de "autosuficiencia" puede alentar la preparación de planes estratégicos de recursos humanos de salud de largo plazo, que tengan en cuenta una serie de elementos impulsores de la política de contratación y retención que van más allá del ciclo político actual que afecta a gran parte de la planificación de los recursos humanos de salud y a las inversiones en ellos. En los ejemplos anteriores también se consiguió unir a los interesados para cooperar hacia un objetivo común. Por ejemplo, en el caso de Malawi se afirma que dio nuevo vigor a sus recursos humanos para el Comité consultivo de salud que hasta entonces había permanecido inactivo.

No es raro que, en la planificación de los recursos humanos, la política de salud opere al margen de las políticas de formación, financieras, de inmigración, laborales o profesionales. La participación de los dirigentes y los grupos interesados, y la planificación de las inversiones en recursos humanos son dos de las cinco dimensiones principales de unas estrategias nacionales eficaces de recursos humanos de salud, como se indica en el *Informe sobre la Iniciativa de aprendizaje conjunto* (2004). "Las experiencias de los países muestran que la adopción de ese planteamiento estratégico para el desarrollo de los recursos humanos puede generar grandes beneficios de salud, mejorando los rendimientos del sistema nacional de salud y generando mejores resultados de salud... estos beneficios de un planteamiento estratégico para el desarrollo de los recursos humanos están al alcance de todos los países..." (*Informe sobre la Iniciativa de aprendizaje conjunto*, 2004, pág. 65-66).

### **C. Repercusión en las enfermeras**

La consecución de la autosuficiencia por los países puede tener consecuencias positivas y negativas para las enfermeras. Desde una perspectiva negativa, puede reducir las posibilidades de empleo temporal y permanente de los trabajadores inmigrantes, limitando así las oportunidades personales y profesionales. Para muchas enfermeras, la migración es un medio para impulsar su desarrollo profesional al mejorar su acceso a una formación oficial o continua que muchas veces no existe en su país. La limitación del desarrollo profesional equivale muchas veces a un avance profesional limitado. Para la enfermera móvil, la autosuficiencia puede limitar sus posibilidades de experimentar nuevas realidades políticas, profesionales y culturales (Kingma, 2006, y Buchan, 2002). La categoría más numerosa de enfermeras migrantes voluntarias es la de las que emigran por motivos económicos. Al disminuir las posibilidades de empleo en el extranjero se suprimirá la ventaja económica de las enfermeras que se sienten atraídas por un mejor nivel de vida o por la posibilidad de

aportar ingresos adicionales a los miembros de la familia que permanecen en el país de origen (Kingma, 2006). Además, con la autosuficiencia de los países desarrollados pueden reducirse las posibilidades de que las enfermeras procedentes de países en desarrollo consigan la seguridad y el bienestar en países más estables y con mejores recursos. Los países en desarrollo tienen a menudo índices elevados de delitos, condiciones de vida inseguras o insanas y conflictos internos. “Más del 95% de los emigrantes de Sudáfrica señalaron que el motivo para emigrar eran los elevados índices de delitos” (Padarath et al. en Kingma, 2006, pág. 15).

El paso a la autosuficiencia puede también dar lugar a mejores condiciones de trabajo para las enfermeras. Si los países, además de considerar el aumento tradicional del número de enfermeras formadas en el país, tratan también los factores de retención, puede ser que las enfermeras obtengan beneficios positivos -monetarios y no monetarios. Cada vez es mayor el acervo de pruebas que vinculan los entornos de trabajo positivos o saludables con la satisfacción laboral y la intención de permanecer en el trabajo (Lowe, 2006; Baumann et al 2001; O'Brien-Pallas, 2006). Los anteriores ejemplos de Malawi y el Caribe ponen de manifiesto esta posibilidad. Puede ser que los beneficios para las enfermeras sean más visibles en los países en desarrollo en los que éstas trabajan actualmente en situaciones de pobreza, a menudo extremas.

Para concluir, la autosuficiencia es un término normalmente utilizado que no tiene todavía una definición acordada. En algunas definiciones, como en la de Australia, se emplea el término ‘sostenible’, mientras que en otras, como la de los EE.UU., prefieren el término ‘básico’. Si bien los diversos ejemplos presentan algunas características comunes, no hay una única definición ni ninguna aplicación convenida del término autosuficiencia. La repercusión de la "autosuficiencia" en los sistemas de salud y en las enfermeras variará en función de la naturaleza del modelo. Los modelos que son completos, y abordan políticas de contratación, retención y gestión que respetan el derecho de emigrar, parecen ser los más eficaces. Indudablemente el concepto de fronteras cerradas trasciende los conceptos de libertad individual, y es poco realista. Sin embargo, los países desarrollados cuentan con el incentivo perverso de no tener que ser autosuficientes en cuanto a la satisfacción de sus propias necesidades de personal de enfermería, ya que pueden depender de la contratación internacional –con lo que los costes de formación se desplazan a otros países y se evita la necesidad de esperar los tres o cuatro años que conlleva la formación en el país.

En el contexto de la planificación de los recursos de enfermería, el presente documento propone una definición de autosuficiencia como ‘una reserva sostenible de enfermeras nacionales para satisfacer las necesidades del servicio’. El término ‘sostenible’ aparece en varias otras definiciones, lo que indica que una importante proporción de la reserva de enfermeras ha de ser nacional. También reconoce el derecho de las personas a emigrar y el hecho de que siempre existirá un cierto nivel de migración, como demuestra la Historia. El término, si se aplicara como política, llevaría a los países a constituir una reserva de enfermeras para responder a la necesidad de servicios de enfermería, que, en última instancia, debería reducir la escasez de personal, su repercusión en los sistemas de salud y la dependencia de la inmigración para satisfacer las necesidades del servicio.

## **4. Factores favorables y factores contrarios a la aplicación de los modelos de 'autosuficiencia'**

### **A. Conveniencia**

Hay quienes consideran que la autosuficiencia es una situación conveniente y otros que quizá no lo sea. Como se ha indicado anteriormente, muchos organismos profesionales de salud, como el CIE, la Asociación médica mundial (AMM), la Asociación médica británica (AMB) y HEAL, han apoyado la expresión "autosuficiencia" aunque reconocen el derecho de las personas a emigrar. Aun cuando no han definido el término de forma explícita, su apoyo parece basarse en los principios fundamentales de justicia social y acceso para todos.

También es probable que los países en desarrollo apoyen el concepto de autosuficiencia de los países actualmente importadores, habida cuenta de que los países en desarrollo han sufrido la pérdida de valiosas enfermeras que van a otros países más ricos y que utilizan la inmigración como una solución de corto plazo para resolver sus propios recursos de desequilibrios.

“En el año 2000, más de 500 enfermeras salieron de Ghana para trabajar en los países industrializados. Ese número duplicaba con creces al de nuevos titulados en programas de enfermería en ese Ghana, en aquel año. En Malawi, entre 1999 y 2001, más del 60% de las enfermeras especialistas de un hospital de cuidados terciarios (114 enfermeras) emigraron para trabajar en otros países. En Jamaica, el 95% de las enfermeras formadas entre 1978 y 1985 emigraron, en su mayoría para trabajar en países industrializados” (Kingma, 2006, pág. 12-13).

Las propias enfermeras nacionales pueden considerar que la autosuficiencia es conveniente para su país. "Muchas enfermeras formadas en el país consideran que los empleadores ejercen un tipo de discriminación inversa en su trato con un personal leal" (Kingma, 2006, pág. 75). Ven cómo los empleadores atraen a trabajadores internacionales con primas, subvenciones y condiciones de trabajo que no se les conceden a ellas. Las enfermeras nacionales consideran que este trato preferente otorgado a las enfermeras extranjeras es una forma de discriminación. Además, las enfermeras nacionales consideran que las enfermeras contratadas en el plano internacional son una carga, pues necesitan que se les oriente en sus nuevos entornos. Las diferencias idiomáticas y étnicas pueden exacerbar aún más esta situación. Esto puede dar lugar a una presión y carga de trabajo mayores para unas enfermeras que ya sufren presiones por la escasez de personal (Kingma 2006). Las enfermeras formadas en el extranjero, en particular las recientemente contratadas, son menos militantes y constituyen una posible amenaza para los derechos adquiridos de las enfermeras nacionales, pues aceptan salarios más bajos y malas condiciones de trabajo.

Por otro lado, hay varias partes interesadas que quizá no consideran conveniente el concepto de autosuficiencia. Entre ellas, los países desarrollados que dependen mucho de los recursos humanos inmigrantes, los países que envían o desean enviar enfermeras a otros países, las agencias de contratación y las enfermeras extranjeras.

Los países que habitualmente importan enfermeras para satisfacer su escasez de trabajadores de atención de salud pueden mostrarse renuentes a adoptar el concepto de autosuficiencia ya que limita sus opciones de política a corto plazo para ampliar rápidamente el número de profesionales de salud. Centrarán sus esfuerzos en la combinación de profesionales de salud y en la productividad que puedan ser intervenciones de política más acentuadas. También les obligará a recurrir más a una planificación precisa de largo plazo y a la formación de nuevas enfermeras en el país. Esto a su vez se traducirá en importantes recursos financieros para los gobiernos que financian totalmente o parcialmente la enseñanza postsecundaria. Al menos a corto plazo, probablemente percibirán que es mucho más rentable aplicar aspectos favorables a la política de fomentar la inmigración para satisfacer sus necesidades.

Puede ser que países como Filipinas y la India, que se benefician de la exportación de enfermeras y de las remesas de éstas, no apoyen el concepto de autosuficiencia, según su modelo.

“Las remesas enviadas a través de bancos, oficinas de correos o instituciones financieras oficiales suponen un total de entre 75.000 y 200.000 millones de dólares al año. En algunos países, esto representa un porcentaje sustancial de su producto interior bruto... En África, a excepción de Nigeria y Camerún, las remesas representan considerablemente más que las inversiones extranjeras directas y, por consiguiente, son una contribución esencial a la economía nacional” (Kingma, 2006 pág. 6).

Las agencias de contratación de enfermeras, que dependen mucho de los profesionales extranjeros contratados, son otro grupo que puede verse afectado negativamente por el concepto de autosuficiencia nacional. Se prevé que una consecuencia importante de este objetivo de política será una reducción de la migración de las enfermeras, aunque siempre habrá cierto nivel de ella. Esto supondría una pérdida importante de ingresos para estas empresas, a menos que pudieran orientar hacia los profesionales nacionales sus objetivos de contratación. “La evolución de la infraestructura de agentes e intermediarios de la migración que traslada a los trabajadores a través de las fronteras se lleva una parte importante de la falta de ingresos que motiva a las personas a emigrar, a menudo entre el 20 y el 30% de los ingresos de los migrantes...” (Martin, en Kingma, 2006, pág. 110).

Las enfermeras extranjeras que desean emigrar a otros países quizá no consideren atractiva la autosuficiencia. La emigración a otros países más aventajados es a menudo un medio para que las enfermeras mejoren sus oportunidades de empleo, la situación económica, la seguridad personal y la calidad de vida para ellas y sus familias. Un aumento del número de los países que aplican una política de autosuficiencia podría significar menos oportunidades para ellas. Por otra parte, puede ser que con la adopción de la autosuficiencia por su propio país se resuelvan los factores que antes le incitaban a emigrar.

## **B. Viabilidad**

Aun cuando algunos interesados y países consideren convenientes ciertas definiciones de autosuficiencia, sigue planteado el problema de su viabilidad. Puede argumentarse a favor de uno y otro extremo. Los partidarios del concepto aducirán que es posible desde varias dimensiones: el interés en la profesión de enfermería; la creación de entornos positivos para la práctica; el aumento de la productividad mediante cambios en la combinación de capacidades y en la situación del empleo, la introducción de nuevos roles y tecnología; y la riqueza de los países.

En el caso de varios países desarrollados puede aumentarse el número de enfermeras formadas en el país, insistiendo en la perspectiva del interés en una carrera profesional de enfermería. Tras siete años de disminución de las inscripciones para la licenciatura de enfermería, hubo en los EE.UU. un cambio radical del interés en la profesión. Probablemente esto puede atribuirse a múltiples factores, como la cobertura mediática del aumento de la demanda de enfermeras especialistas, la recesión económica con cambios en los mercados nacionales de trabajo y la función preponderante de la campaña de Johnson and Johnson en los medios de comunicación. Inesperadamente, la demanda superó con mucho a la disponibilidad. En 2004, se rechazaron 125.000 solicitantes de programas de enfermería (Liga nacional para la enfermería, 2004). Otro ejemplo similar se da en el Canadá, donde la Asociación canadiense de escuelas de enfermería estima que la relación entre el número de solicitantes cualificados y las plazas disponibles de formación es de 3 a 1 (comunicado personal con Pat Griffin, 2006). También ha habido recientemente en el Reino Unido un crecimiento importante de las solicitudes para la formación de enfermeras y del número de plazas financiadas, (Buchan y Seccombe, 2006).

Como antes se ha señalado, la reserva de enfermeras está en función de las entradas, las salidas y la productividad del contingente actual de ellas. La autosuficiencia puede ser más viable si los países, mirando más allá del número de nuevas enfermeras que se forman en el país, tienen en cuenta la posibilidad de aumentar la productividad. Según el Informe sobre la Salud Mundial, 2006, se han hecho estudios de productividad en el sector de salud en países ricos y en países pobres. Según estimaciones de un estudio reciente, la productividad del personal actual en dos países africanos podía mejorarse hasta el 35% y el 26% respectivamente (OMS, 2006, pág. 69). Actualmente muchos países no maximizan el potencial de su personal de enfermería. Muchos carecen de la ayuda y recursos adecuados para desempeñar eficazmente su labor, otros recursos no están situados allí dónde más pueden hacer falta y otros están mal retribuidos, o no retribuidos.

No es infrecuente que los países desarrollados tengan tasas de empleo a tiempo completo que oscilan entre el 40 y el 60% y que tengan un número importante de personas tituladas en enfermería pero que no trabajan en ella. Por ejemplo, trabajan a tiempo completo el 43% de las enfermeras empleadas en Noruega, menos del 52% en el Canadá, el 47% en Dinamarca, el 50% en Nueva Zelanda y el 56% en Suecia (CIE 2005). En muchos casos, las enfermeras buscan trabajo a tiempo completo pero los empleadores ofrecen puestos a tiempo parcial para aumentar la flexibilidad del personal y reducir los gastos de nómina. La precarización de los recursos humanos de enfermería produce insatisfacción e inseguridad en el trabajo. Aumentar el índice de empleo a tiempo completo hasta un 70% podría mejorar significativamente la

productividad del personal y reducir el número total de enfermeras que se precisa. Del mismo modo, la productividad puede mejorarse si se aumenta el índice de participación de las enfermeras en los recursos humanos. Kenya y Nigeria comunican que tienen 30.000 enfermeras desempleadas, Sudáfrica 32.000 y Uganda señala que éste es su más grave problema de recursos humanos (Oulton, 2005). En un estudio de Egan y Moynihan (2003) se indicaba que unas 15.000 enfermeras y matronas tituladas vivían en Irlanda pero habían elegido no trabajar en la profesión. Al preguntarles los motivos de haber dejado la profesión de enfermería, casi el 40% respondió que en su decisión de abandonar habían influido condiciones de su entorno de trabajo, tales como la escasez de personal, el horario de trabajo, los problemas de gestión y la escasez de recursos. En cuanto a si considerarían la posibilidad de volver a la enfermería si se prestara más atención a sus demandas individuales sobre los turnos, el 53% respondió afirmativamente. Por último, la aplicación en Australia de los coeficientes de pacientes por enfermera devolvió a la población activa a 5.000 enfermeras que previamente habían decidido no trabajar por lo abrumador de las cargas de trabajo (Tomblin Murphy, 2005). Con el establecimiento de condiciones de trabajo favorables podría volver a los recursos humanos un número importante de enfermeras, lo que ayudaría a los países a alcanzar la autosuficiencia y reducir su dependencia de las enfermeras migrantes.

Desde una perspectiva económica, la Organización Mundial de la Salud ha afirmado que “la comunidad mundial tiene recursos financieros y tecnologías suficientes para abordar la mayoría de estas dificultades” (OMS, 2006, pág. xv). Por ejemplo, en los Estados Unidos Bill Gates tiene una fundación dotada con unos 29.000 millones de dólares EE.UU., que en 2005 donó más de 100 millones de dólares para combatir el SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otros problemas mundiales de salud (Villeneuve M y MacDonald J, 2006). Importantes sumas se ponen a disposición para combatir las enfermedades, pero con frecuencia se olvidan o están deficientemente financiados los recursos humanos de salud para dispensar los cuidados y tratamientos propuestos.

Por otra parte, puede ser que la autosuficiencia sea inalcanzable porque aumentando el número de enfermeras que se forman en el país se precisan varios años en formar a nuevas enfermeras y su formación se ve limitada por problemas de capacidad educativa, como las pocas oportunidades de práctica clínica y la escasez prevista de profesorado. Es interesante comprobar que el ejemplo estadounidense antes utilizado puede emplearse también para ilustrar por qué la autosuficiencia no es quizá actualmente factible. El principal motivo de que no se admitieran solicitantes capacitados a los programas de licenciatura de enfermería fue el número insuficiente de profesores, así como la inadecuada infraestructura por falta de espacio y de opciones de práctica clínica. La edad media del profesorado con titulación de doctor en los EE.UU. es de 53,5 años, y están previstas entre 200 y 300 jubilaciones en los 10 próximos años. Además, entre 220 y 280 profesores de enfermería con título de máster podrán acceder a la jubilación entre 2012 y 2018 (Bednash, 2006).

Según la Asociación canadiense de escuelas de enfermería, razones similares constituyen también obstáculos para aumentar el número de enfermeras formadas en el país (2004). Escuelas de enfermería en todo el Canadá informaron de la necesidad de contratar 500 profesores en 2005 (Asociación de Enfermeras del Canadá [CNA], 2006). En un informe del CIE se señala que la escasez de profesorado de enfermería es una cuestión crítica que se plantea en muchos países y que agrava la escasez de

personal de enfermería al reducir la capacidad de los centros de formación para aumentar el número de las personas que aceptan para satisfacer la demanda (CIE 2006).

La capacidad de los países para realizar una planificación eficaz de los recursos humanos de salud es otro factor que limita la viabilidad de la autosuficiencia. Para conseguir la autosuficiencia se necesitarán experiencia, capacidad y calidad técnicas y datos accesibles que sirvan de base a unas proyecciones precisas de la oferta y la demanda de enfermeras. Según el Consejo internacional de Enfermeras, la capacidad de la mayoría de los países para planificar las necesidades de recursos humanos es pequeña, debido principalmente a la limitación o poca fiabilidad de los datos y a las escasas capacidades de gestión de los recursos humanos, por lo que resulta casi imposible una planificación y una política eficaces (CIE, 2006). Añaden además que, en caso de existir planes, a menudo se llevan a cabo de forma deficiente o no se ejecutan en absoluto.

La disminución de la población puede ser otro factor de limitación de la capacidad de algunos países desarrollados de lograr autosuficiencia. Por ejemplo, el Departamento de Estadística del Canadá prevé que en 2030 las defunciones superarán a los nacimientos en el país. Por consiguiente, la migración internacional neta será la única fuente de crecimiento de la población canadiense. De hecho, en 2005/06, la inmigración ya representaba dos terceras partes del aumento de la población. En términos comparativos, la inmigración representó el 46% del crecimiento del Canadá en los años 1990 y el 35% en el decenio de 1980 (Statistics Canada, 2006). Comparten esta tendencia otros países de la OCDE. “Se prevé que, para 2025, el número de personas con edades comprendidas entre 15 y 64 bajará al 7% en Alemania, al 9% en Italia y al 14% en el Japón” (The Economist, 2006, pág. 11). Las estadísticas de este tipo sugieren que un aumento de las enfermeras formadas en el país será cada vez más inalcanzable. Los países con similares tasas decrecientes de nacimientos y envejecimiento de la población no tendrán más opción que acudir a la inmigración para el crecimiento de trabajadores. El descenso de la población no será un problema para las naciones en desarrollo. “El 96% del aumento de la población mundial tiene lugar actualmente en las regiones en desarrollo de África, Asia y América Latina, y este porcentaje aumentará a lo largo del próximo cuarto de siglo” (Villeneuve y MacDonald, 2006, pág. 65). Lamentablemente, estos aumentos sólo servirán para incrementar la carga que pesa sobre el sistema de salud de países ya empobrecidos como los de África.

### **C. Importancia**

El mundo debe abordar la escasez de personal de enfermería para satisfacer las necesidades de salud de la población. Esto incluye reducir las desigualdades mundiales en salud logrando las Metas de desarrollo del milenio, establecidas por los dirigentes mundiales en una asamblea extraordinaria de las Naciones Unidas, en septiembre de 2000. La globalización ha convertido en problemas internacionales las crisis nacionales de salud, como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la neumonía atípica vírica (SARS). Redunda en interés de todos los países ayudar a los afectados por esas enfermedades a abordarlas eficazmente y evitar su propagación mundial. “Hoy se reconoce en general que las Metas de desarrollo del milenio relativas a la salud, y el desarrollo en general, están amenazados por inadecuadas inversiones en recursos

humanos de salud y medidas ineficaces para desarrollar y mantener unos recursos humanos de salud adecuadamente preparados, equitativamente distribuidos, bien motivados y bien sostenidos” (CIE 2006, pág. 5). Esto es especialmente cierto en el caso de los países en desarrollo. Para hacer intervenciones prioritarias relacionadas con las Metas de desarrollo del milenio, países como Tanzania tendrían que triplicar el número de sus trabajadores antes de 2015, y el Chad tendría que cuadruplicarlo. “Partiendo de una base de 2,5 trabajadores por 1.000 habitantes, los países subsaharianos necesitarían inmediatamente un millón más de médicos, enfermeras y matronas. Etiopía necesitaría 150.000 trabajadores más...” (*Informe sobre la Iniciativa de aprendizaje conjunto 2004*, págs. 72-73).

La mayoría de los países tratan de abordar la escasez, con independencia de los factores que contribuyen a ella. Están influenciados por varios importantes documentos de política internacional. El primero, como ya se señaló anteriormente, es el Informe sobre la Iniciativa de aprendizaje conjunto, en el que se recomendaba explícitamente la autosuficiencia como modo de avanzar. Otro documento es el Informe sobre la Salud en el mundo, 2006, que implícitamente recomienda la autosuficiencia con sugerencias encaminadas a aumentar el número de enfermeras formadas en el país, mejorar la contratación y la retención, y mejorar la planificación estratégica de los recursos humanos políticos y técnicos. Por último, la 59ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS), en mayo de 2006, tras reconocer la importancia de alcanzar los objetivos de la autosuficiencia en el desarrollo de los recursos humanos de salud, aprobó una resolución para un rápido aumento de la formación de recursos humanos de salud (AMS 2006). Todos estos documentos se refieren a la necesidad de que los países consideren y aborden sus recursos humanos de salud como una inversión y no como una unidad de coste. Se habla de la necesidad de que los países valoren de forma explícita a sus enfermeras por su contribución al sistema de salud.

## 5. Medida de la autosuficiencia

La autosuficiencia es un concepto complejo con varias repercusiones en el sistema de salud y en las propias enfermeras. Es particularmente pertinente en estos tiempos de escasez mundial de enfermería y de crisis mundial de la salud. La viabilidad y conveniencia de este concepto como una política de recursos humanos de salud puede ser positiva siempre que respete el derecho de las personas a emigrar y tome como punto de partida la definición que se esboza en este documento. El planteamiento ideal para desarrollar una reserva sostenible de enfermeras nacionales, que satisfaga las necesidades del servicio, incluye una serie de estrategias globales de contratación, retención y gestión. Una estrategia es aumentar el número de enfermeras formadas en el país, ha de ir acompañada de estrategias eficaces de retención, y de otras destinadas a incrementar la productividad del personal de enfermería.

Este planteamiento global de la autosuficiencia indica que su cálculo requiere el examen colectivo de la tendencia de varios indicadores a lo largo del tiempo. Para aplicar semejante política es preciso que los países individualmente y colectivamente establezcan objetivos para cada uno de estos indicadores y calendarios para alcanzar esos objetivos. Los posibles indicadores se incluyen en el Cuadro 1.

Los números sólo explican una parte. Estos y otros indicadores han de considerarse en su contexto. Ese contexto puede ser un modelo de autosuficiencia regional, como en el ejemplo del Caribe, o el de un acuerdo bilateral entre los países como medio transitorio de satisfacer las necesidades del servicio mientras el país importador intenta desarrollar un núcleo de enfermeras nacionales. También puede reflejar el movimiento temporal de enfermeras a otro país para promover su desarrollo profesional o sus credenciales, con el acuerdo de traer estas capacidades y conocimientos a su país de origen. Los gobiernos también pueden adoptar medidas para lograr una reserva sostenible de enfermeras y satisfacer las necesidades del servicio mediante la aplicación de programas de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud, para reducir la necesidad o la demanda de servicios de salud en el futuro. Con esto disminuirá la necesidad de sustituir a quienes se retiran. Todas las medidas de autosuficiencia han de interpretarse dentro del contexto de la planificación de los recursos humanos de salud de cada uno de los países que comunican la información.

**Cuadro 1**

<b>Indicador</b>	<b>Observaciones</b>
1. Proporción entre el conjunto de enfermeras internacionales y las formadas en un país en un determinado momento.	Este indicador tiene limitaciones en el sentido de que es una macromedida bruta que no representa necesariamente los factores dinámicos que lo constituyen.
2. Porcentaje de la entrada anual de enfermeras formadas en otros países.	Este indicador representa la proporción de nuevas enfermeras formadas en otros países, que se incorporan anualmente a la población activa. El cálculo de la entrada anual puede adoptar muchas formas y depender de la disponibilidad y accesibilidad de los datos.*
3. Número de candidatas a enfermeras tituladas que salen de las escuelas de enfermería cada año.	Este indicador representa la reserva posible nacional de nuevas enfermeras que podrían permitir al país alcanzar su objetivo de porcentaje de entrada anual de enfermeras formadas en el país.
4. Número de plazas de formación de enfermería financiadas en comparación con el número necesario.	Indica la disposición favorable de un país a incorporar todas las enfermeras formadas en él que estén interesadas, con el fin de conseguir una reserva sostenible y disminuir la dependencia de enfermeras extranjeras.
5. Porcentaje de enfermeras que están acreditadas pero no empleadas en enfermería, en comparación con otros países.	Representa la reserva potencial de enfermeras nacionales que podrían reintegrarse a la población activa, reduciendo así la dependencia de la contratación internacional.
6. Salida anual de enfermeras desde empleos en enfermería a otros no relacionados con la enfermería, dentro de un país.	Este indicador representa la capacidad de un país de retener eficazmente a las enfermeras en los recursos humanos de enfermería.
7. Porcentaje de enfermeras en edad de trabajar, que dejan que su licencia expire.	La retención es una estrategia esencial para mantener una reserva sostenible de enfermeras nacionales. Cuando en un país con un porcentaje elevado de enfermeras idóneas se permite que su licencia expire ello refleja una falta de incentivos eficaces para retenerlas.
<p>*Por ejemplo, en muchos países hay un examen nacional de acreditación de enfermeras, o algún tipo de registro profesional. En el Canadá (a excepción del Quebec), el Examen de enfermeras especialistas (CRNE) es el último paso del proceso de concesión de la licencia, y tienen que aprobarlo todos los solicitantes nacionales y extranjeros. Por ejemplo, en 2005, tenían formación internacional el 13% de los que se presentaron por primera vez al CRNE o el 12% de los que aprobaron (CNA 2006). Este cálculo puede ser diferente en otros países, como el Reino Unido, donde no se exige que las enfermeras extranjeras se presenten a un examen de acreditación, pero se les evalúa para la colegiación o registro. En este caso, el indicador se cuantifica en función del número de nuevas enfermeras extranjeras que se añaden al registro del UKCC/NMC. En 2002, ese valor fue del 53%; y se redujo al 33% en 2005 –lo que indica que en los últimos años el Reino Unido es menos dependiente de la contratación de enfermeras internacionales (Buchan y Seccombe, 2006) o que el número de puestos ha disminuido en términos relativos.</p>	

## 6. Próximos pasos / avanzar

Con los llamamientos mundiales a la autosuficiencia en recursos humanos de salud, este concepto ha venido a situarse en cabeza de los programas de política de salud, nacionales e internacionales. Sin embargo, los avances en esta política requieren un examen más detallado de este concepto dentro del contexto de los sistemas de salud y de la planificación de los recursos humanos de salud. Para los fines del presente documento, la autosuficiencia se define como 'una reserva sostenible de enfermeras nacionales para satisfacer las necesidades del servicio'; en esta definición el término 'reserva' abarca elementos más amplios tales como distribución, combinación, calidad, productividad y retención. En este documento se ha intentado examinar los modelos de autosuficiencia actual o deseada, analizar las diversas repercusiones de esta política y ofrecer una definición funcional y posibles indicadores de este concepto dentro de la enfermería. Entre los pasos siguientes se podría incluir:

- distribuir el documento a las asociaciones nacionales de enfermería (ANE), planificadores de recursos humanos de salud y responsables de política nacional e internacional, para impulsar el diálogo sobre la cuestión de la autosuficiencia;
- buscar entre los profesionales, planificadores y encargados de políticas de salud un consenso de política internacional sobre la definición y los indicadores de autosuficiencia,
- elaborar directrices técnicas para la medición de indicadores convenidos;
- establecer mecanismos internacionales de vigilancia de los objetivos nacionales de autosuficiencia y de las mediciones de los indicadores.



## Referencias

- Aiken L, Buchan J, Sochalski J, Nichols B and Powell M (2004). *Trends in International Nurse Migration*. Health Affairs, 23, 3, 69-77, Bethesda, MD, USA.
- Allan H & Larsen J (2003). *We need respect; Experience of internationally recruited nurses in the UK*. Royal College of Nurses, United Kingdom.
- Author Unknown 2006. *The Search for Talent*. The Economist, 381, 8498, The Economist Newspaper Limited, NY, USA.
- Author Unknown (2005). *Framework of Action for a Programme of Temporary Movement of Nurses Agreed at the Caribbean Conference on Temporary Movement: Towards a Trade and Development Approach*. Caribbean Conference on Temporary Movement, Barbados.
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S et al. (2001). *Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, ON, Ottawa.
- Bednash G (2006). *The State of the Schools*. Human Resources for Health: National Needs and Global Concerns Conference, Philadelphia, PA, USA.
- BC Housing (2006). Family Self Sufficiency Program. [www.bchousing.org/tenants/services/innovative/self\\_sufficiency](http://www.bchousing.org/tenants/services/innovative/self_sufficiency)
- British Medical Association (2005). *The Healthcare Skills Drain – A Call to Action*. British Medical Association, London, England. [www.bma.org.uk/ap.psf/Content/skillsdrain](http://www.bma.org.uk/ap.psf/Content/skillsdrain)
- Britannica (2006a). *Self sufficiency*. [www.britannica.com/eb/article-55074/Benin](http://www.britannica.com/eb/article-55074/Benin)
- Britannica (2006b). *Self sufficiency*. [www.britannica.com/eb/article-33917/Denmark](http://www.britannica.com/eb/article-33917/Denmark)
- Buchan J (2002). *International Recruitment of Nurses: United Kingdom Case Study*. Buchan, Edinburgh, Scotland.
- Buchan J and Calman L (2004). *La escasez de personal de enfermería en el mundo: Intervenir en los principales sectores*. Consejo internacional de Enfermeras, Ginebra, Suiza.
- Buchan J, Jobanputra R, Gough P and Hutt R (2005). *Internationally Recruited Nurses in London: Profile and Implications for Policy*. King's Fund, London, England.
- Buchan J Seccombe I (2006) *From Boom to Bust? The UK Nursing Labour Market Review 2005/6* Royal College of Nursing, London.
- Canadian Association of Schools of Nursing (2004). *FEDERAL BUDGET 2004: Clear Funding for Nursing Education Needed* [press release]. Canadian Association of Schools of Nursing, Ottawa, ON, Canada.
- Canadian Nurses Association (2006). *Canadian Registered Nurse Examination Bulletin #9*. Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, Canada.
- Canadian Nurses Association (2005). *Nurse Practitioners in the Emergency Department*. Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, Canada.
- Canadian Nurses Association (2006). *Annual Student Faculty Reports*, Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, Canada.
- Deyal T (2003). *Hasta la Vista, PARADISE!* Perspectives in Health, 8, 2. [www.paho.org/English/DD/PIN/Number17\\_articles5\\_4.htm](http://www.paho.org/English/DD/PIN/Number17_articles5_4.htm)
- Dreesch N, Dolea C, Dal Poz M, Goubarev A, Adams A, Aregawi M et al. (2005). *An Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millennium Development Goals*. Oxford University Press, London, England.
- Dussault G and Franceschini M (2006). *Not Enough There, Too Many Here: Understanding Geographical Imbalances in the Distribution of the Health Workforce*. Human Resources for Health, 4, 12. [www.human-resources-health.com/content/4/1/12](http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12)

- Egan M and Moynihan M (2003). *An Examination of Non Practising Qualified Nurses and Midwives in the Republic of Ireland and an Assessment of the Intentions and Willingness to Return to Practice*. Irish Nurses Organisation, Dublin, Ireland.
- Griffin P (2005). Personal communiqué with Executive Director of Canadian Association of Schools of Nursing, Ottawa, ON, Canada.
- HEAL (2006). *Core Principles and Strategic Directions for a Pan-Canadian Health Human Resources Plan*. HEAL, Ottawa, ON, Canada.
- Horrocks S, Anderson E and Sailsbury C (2002) *Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctor*. British Medical Journal, 324 819-823.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2006). *La escasez de personal de enfermería en el mundo: Intervenir en los principales sectores*. Consejo internacional de Enfermeras, Ginebra, Suiza.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2005). *Perfil de los recursos humanos de enfermería, 2005*. Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra, Suiza.
- Joint Learning Initiative (2004). *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*. Harvard University Press, Cambridge (MA), USA.
- Kingma M (2006). *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. Cornell University Press, Ithaca, New York.
- La Rose M (2004). *Guyana Provides Majority of Nurses for Caribbean – PAHO Advisor*. Stabroek News, July 18, 2004. [www.landofsixpeoples.com/news403/ns407182.htm](http://www.landofsixpeoples.com/news403/ns407182.htm)
- Lowe G (2006). *Creating High Quality Work Environments: Trends, Issues and Challenges*. Canadian Policy and Research Network, Ottawa, ON, Canada.
- Merriam-Webster Online Dictionary (2006). *Self sufficiency*. [www.m-w.com/dictionary/self-sufficient](http://www.m-w.com/dictionary/self-sufficient)
- Ministry of Information, Sultanate of Oman (2006a). *Omanisation Policy*. [www.omanet.om/english/misc/omanise.asp](http://www.omanet.om/english/misc/omanise.asp)
- Ministry of Information, Sultanate of Oman (2006b). *Omanisation Policy – Health Services*. [www.omanet.om/english/social/dev4.asp?cat=hist](http://www.omanet.om/english/social/dev4.asp?cat=hist)
- Ministry of Information, Sultanate of Oman (2006c). *Omanisation Policy- The Omanisation Follow-up and Monitoring Committee*. [www.omanet.om/english/misc/omanise1.asp#3](http://www.omanet.om/english/misc/omanise1.asp#3)
- National League for Nursing (2004). *Startling data from the NLN's comprehensive survey of all nursing programs evokes wake-up call*. National League for Nursing, USA. [www.nln.org/newsreleases/datarlease05.pdf](http://www.nln.org/newsreleases/datarlease05.pdf)
- O'Brien-Pallas L, Tomblin Murphy G, White S, Hayes L, Baumann A, Higgin, A et al. (2004). *Building the Future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada - Research Synthesis*. Nursing Sector Study Corporation, Ottawa, ON, Canada.
- Oulton J (2005). *The Global Nursing Shortage*. Presentation at Building Global Alliance III Conference, Philadelphia, PA, USA.
- Palmer D (2006). *Tackling Malawi's Human Resources Crisis*. Reproductive Health Matters, 14, 27, 27-39, Elsevier, UK. <http://www.rhmjournal.org.uk>
- Penn Consortium for Human Resources in Health (2006). *Conclusions of Human Resources for Health: National Needs and Global Concerns. A Research and Policy Retreat*. Penn Consortium for Human Resources in Health, Philadelphia, PA, USA.
- Royal College of Nurses (n. d. ). *Here to stay? International nurses in the UK*. Royal College of Nurses, United Kingdom.
- Salmon M and Yan J (2005). *The Caribbean Context: Prelude to Regional Strategies*. Presentation at International Nurse Migration Conference, Bellagio, Italy.

- Simoens S, Villeneuve M and Hurst J (2005). *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*. OECD Health Working Papers No. OECD, Paris, France.
- State of Colorado (2006). *Welcome to the Office of Self Sufficiency*. [http://stateboard.cdhs.state.co.us/oss/Self\\_Sufficiency.html](http://stateboard.cdhs.state.co.us/oss/Self_Sufficiency.html)
- Statistics Canada (2006). *Annual Demographic Estimates: Canada, Provinces and Territories 2005-2006*. Statistics Canada, Ottawa, ON, Canada.
- Tomblin Murphy G (2005). *Enhancement of Patient Safety Through Formal Nurse-Patient Ratios: A Discussion Paper*. Canadian Federation of Nurses Unions, Ottawa, ON, Canada.
- Villeneuve M and MacDonald J (2006). *Towards 2020: Visions for Nursing*. Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, Canada.
- Wilkinson R and Alhajri A (2005). *Widening Access to Higher Education – Combining the Quality Imperative with High Growth Rates: Oman*. UNESCO, Paris, France.
- Asamblea Mundial de la Salud (2006). *Resoluciones de la 59ª de la AMS - Punto 11. 12 de orden del día. Incrementar rápidamente la formación de recursos humanos de salud*, AMS, Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Informe sobre la Salud en el mundo 2006: Colaborar para la salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- World Medical Association (2003). *The World Medical Association Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians*. World Medical Association General Assembly, Helsinki.
- Yan J (2006). *Health Services Delivery: Reframing Policies for Global Nursing Migration in North America- A Caribbean Perspective*. Policy, Politics, & Nursing Practice, [supplement] 7, 3, 71S-75S, Sage Publications, New York.

## International Centre on Nurse Migration

[www.intlnursemigration.org](http://www.intlnursemigration.org)

A global resource for the development, promotion and dissemination of research, policy and information on nurse migration.



---

### Office of the Secretariat

3600 Market Street, Suite 400, Philadelphia, PA 19104-2651 U.S.A  
Phone: 215.243.5841 • Fax: 215.367 7497 • Email: [info@intlnursemigration.org](mailto:info@intlnursemigration.org)

## International Centre for Human Resources in Nursing

[www.ichrn.org](http://www.ichrn.org)

ICHRN is a unique, online resource serving policy makers, planners, educators, associations, employers, regulators, researchers and practitioners in the field of nursing human resources.



---

3, Place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland