



Consejo Internacional de Enfermeras
La voz global de la enfermería

RECUPERARSE PARA RECONSTRUIR



INVERTIR EN LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA PARA LA EFICACIA DEL SISTEMA DE SALUD

Marzo de 2023

Autores

James Buchan, Profesor Adjunto, Universidad Tecnológica de Sídney

Howard Catton, Director General, Consejo Internacional de Enfermeras

Crédito foto de portada: Johnson & Johnson/Mark Tushman

Reservados todos los derechos, en particular la traducción a otras lenguas. Queda prohibida la reproducción de cualquier parte de esta publicación por medios impresos, fotoestáticos o de cualquier otro tipo, así como su almacenamiento en un sistema de recuperación, su transmisión de cualquier forma o su venta sin el consentimiento expreso por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Sin embargo, es posible reproducir fragmentos breves (menos de 300 palabras) sin autorización, con la condición de citar la fuente.

Copyright ©2022 – por el Consejo Internacional Enfermeras (CIE)
3, place Jean-Marteau - 1201 Ginebra (Suiza)

ISBN: 978-92-95124-25-7

AUTORES Y AFILIACIONES

James Buchan, PhD, DPM, MA (hons)

Profesor Adjunto, Centro Colaborador de la OMS, Universidad de Tecnología de Sídney,
Australia

Profesor Visitante, Universidad de Edimburgo, Escocia

Howard Catton, MA, BSc, RN

Director General, Consejo Internacional de Enfermeras

AGRADECIMIENTOS

El presente informe se basa en una revisión rápida llevada a cabo con la colaboración de una serie de informadores esenciales. Las Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANE) y otros grupos de interés clave han jugado un papel fundamental facilitando datos e información. Si bien no ha sido posible utilizar todo el material de interés que han aportado, sus contribuciones son motivo de gran reconocimiento y agradecimiento.

Los autores también desean agradecer los comentarios detallados de Lisa Little, Vicepresidenta Primera del CIE para mejorar esta publicación, hechas durante su revisión.

Los autores son responsables de todo el contenido e interpretación.

ÍNDICE

Autores y afiliaciones	1
Agradecimientos	1
RESUMEN EJECUTIVO	5
Finalidad del informe	5
Covid-19, reconstrucción del sistema de salud y su impacto en la fuerza laboral de enfermería	5
El agotamiento de las enfermeras es un riesgo que puede menoscabar la recuperación y la reconstrucción	6
Agotamiento de las enfermeras: la ‘resiliencia’ personal de la enfermera no es la solución	6
Escasez de enfermeras: el resultado de respuestas políticas inadecuadas.....	6
Una agenda de acción en 2023 y más allá: proteger y apoyar a la fuerza laboral de enfermería para reconstruir el sistema de salud	7
– Nivel nacional.....	8
– Nivel internacional.....	9
1. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Introducción	11
1.2 Reconstruir. Escasez y agotamiento de las enfermeras: la necesidad de actuar e invertir a nivel global	12
1.3 La escasez de enfermeras compromete la reconstrucción del sistema de salud y el crecimiento económico	13
1.4 Finalidad y estructura del informe político.....	14
2. COVID-19, RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD E IMPACTO EN LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA.....	16
2.1 El perfil de la fuerza laboral de enfermería global	16
2.2 Suplementar, apoyar e invertir/reconstruir.....	19
– 2.2.1 Suplementar: implicaciones para la fuerza laboral de enfermería.....	20
– 2.2.2 Apoyar: implicaciones para la fuerza laboral de enfermería	21
– 2.2.3 Invertir y reconstruir: implicaciones para la fuerza laboral de enfermería.....	21
2.3 Riesgos del agotamiento de las enfermeras que disminuye la recuperación y la reconstrucción	22
2.4 Agotamiento de las enfermeras: la ‘resiliencia’ personal de la enfermera no es la solución	32
2.5 Pérdida de enfermeras, cuidados perdidos: los costes de la inacción política en el agotamiento de las enfermeras	33
2.6 Protestas y huelgas de las enfermeras: el último recurso	35
2.7 Apoyar a las enfermeras: la necesidad urgente de evaluaciones del impacto en la fuerza laboral de enfermería	36

3. LA BRECHA CRECIENTE: ESCASEZ DE ENFERMERÍA EN 2022	38
3.1 Escasez de enfermeras: el resultado de respuestas políticas inadecuadas	38
3.2 La oferta nacional de enfermeras varía, pero a menudo es inadecuada	40
3.3 Desempleo y escasez de enfermeras: una paradoja y un fracaso de las políticas	42
3.4 La ‘reconstrucción’ del sistema de salud necesita más enfermeras	43
3.5 La reconstrucción está impulsando la ‘solución rápida’ de la contratación internacional activa.....	44
3.6 Autosuficiencia de la fuerza laboral de enfermería y uso más eficaz del código de la OMS	50
3.7 Impacto en la fuerza laboral de enfermeras: un panel de mandos de indicadores	52
4. PROTEGER Y APOYAR PARA RECONSTRUIR	54
4.1 Es fundamental proteger e invertir en el apoyo a las enfermeras para la recuperación y reconstrucción del sistema de salud	54
4.2 Respuestas políticas para apoyar a las enfermeras en el trabajo	55
4.3 Una agenda para la acción en 2022 y más allá: proteger y apoyar a la fuerza laboral de enfermería para reconstruir el sistema de salud.....	58
APÉNDICE 1: PANEL DE MANDOS SOBRE EL IMPACTO EN LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA	62
REFERENCIAS	65

RESUMEN EJECUTIVO

FINALIDAD DEL INFORME

Este informe se centra en la fuerza laboral de la enfermería en un momento en que el mundo está intentando recuperarse para reconstruir los sistemas de salud, que se han visto gravemente dañados por la pandemia de COVID-19. El personal de enfermería ha ocupado una posición central en la respuesta a la pandemia desempeñando una función esencial, arriesgada y a menudo peligrosa por ser la principal fuerza de respuesta. Ahora se está instando a ese mismo personal de enfermería – a menudo a las mismas enfermeras a título individual – a redoblar ese esfuerzo por ser la profesión sanitaria central necesaria para reconstruir la capacidad del sistema de salud.

El presente informe ha sido encargado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). El objetivo es informar el debate político sobre cómo deben responder los sistemas de salud, los países y las organizaciones internacionales a la cuestión fundamental de proteger y restablecer una fuerza laboral de enfermería sostenible con el telón de fondo de una pandemia mundial y la necesidad de recuperación y reconstrucción del sistema sanitario a nivel mundial.

Asimismo, establece la agenda urgente de acción en 2023 y más allá. La creciente evidencia sobre el estrés, agotamiento, bajas y huelgas en la fuerza laboral de enfermería. La preocupación subyacente por malas condiciones de trabajo y dotaciones de personal inseguras se ha vuelto más evidente y es necesario abordarla. El énfasis principal de este informe está en que **sin suficiente inversión en enfermeras con un buen nivel de apoyo no es posible una recuperación y reconstrucción eficaces del sistema de salud.**

En nuestro informe *Apoyar y retener en 2022 y más allá* (Buchan, Catton & Shaffer, 2022), abordamos la evidencia emergente sobre el impacto de la pandemia de COVID en la fuerza laboral de enfermería en términos de mayores índices de abandono de la profesión por parte de las enfermeras. Contemplábamos algunos escenarios sobre el impacto de la escasez de personal señalando que podría ser necesario reemplazar hasta 13 millones de enfermeras en todo el mundo en los próximos años. La mayor evidencia recopilada en los últimos 12 meses pone de manifiesto que esas tendencias siguen existiendo y se están agravando. Esto no solo es grave por la presión que ejerce sobre la capacidad de muchos sistemas sanitarios de prestar servicios en la actualidad a sus poblaciones, sino porque presenta el riesgo de disminuir gravemente las acciones para reconstruir los servicios de salud, lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La evidencia señala que la situación actual de la fuerza laboral de enfermería debe considerarse una emergencia de salud pública de importancia internacional.

COVID-19, RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y SU IMPACTO EN LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA

El análisis mundial apunta a una escasez de millones de enfermeras, posiblemente de hasta 30,6 millones en 2019. Además, numerosas regiones, países y sectores también están experimentando desigualdades en la distribución de la fuerza laboral de enfermería. La pandemia, que comenzó a principios de 2020, ha multiplicado las exigencias planteadas al personal de enfermería en todo el mundo.

Tres años después, se requieren varias respuestas políticas clave con el fin de apoyar a la fuerza laboral de enfermería para posibilitar la reconstrucción del sistema de salud, como por ejemplo invertir en la reubicación de recursos en otras partes del sistema sanitario para resolver

los retrasos en la prestación de cuidados no relacionados con la COVID-19. La cuestión subyacente, que ocupa un lugar central en cualquier respuesta política e inversión específica eficaz, es reconocer que para muchas enfermeras en activo no se trata de un episodio ‘agudo’ único, a corto plazo, o de algún fenómeno oscuro o distante, sino que es omnipresente y les afecta personalmente. Para las enfermeras, ha sido una pérdida incesante, intensa y constante de energía, moral y salud física y mental.

EL AGOTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS ES UN RIESGO QUE PUEDE MENOSCABAR LA RECUPERACIÓN Y LA RECONSTRUCCIÓN

Durante la recuperación y la reconstrucción, todas las enfermeras en activo merecen consideración. Para evitar que lleguen al límite, es necesario prestar la debida atención al impacto de las decisiones de reconstrucción tanto en las enfermeras a título individual como en la fuerza laboral de enfermería en su conjunto. Si los legisladores se centran únicamente en el nivel del sistema sin tener en cuenta la repercusión en las enfermeras, su retención y su oferta a largo plazo disminuirán.

Han pasado tres años desde que la pandemia se hiciera evidente y ya existe una base de evidencia sustancial y creciente sobre sus efectos en la fuerza laboral de enfermería. La revisión resume la evidencia, que se está extendiendo rápidamente, derivada de encuestas a enfermeras que denuncian los riesgos de una carga de trabajo elevada, estrés y agotamiento para la sostenibilidad del personal de enfermería.

AGOTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS: LA ‘RESILIENCIA’ PERSONAL DE LA ENFERMERA NO ES LA SOLUCIÓN

El tema clave que nace de estas encuestas y revisiones es que la envergadura del trauma y el agotamiento efectivo y potencial de la fuerza laboral de enfermería son enormes. Las enfermeras agotadas faltan al trabajo, reducen sus horas o abandonan su empleo. Algunas que han ‘aguantado’ durante los primeros años de la pandemia, ahora están agotadas y tendrán que trasladarse a puestos menos exigentes, descansar, alejarse a trabajar en otros sectores o jubilarse.

Las que siguen trabajando denuncian niveles crecientes de estrés y cada vez son más proclives a considerar abandonar su puesto de trabajo o la profesión. Hay una gran preocupación porque a pesar de los elevados niveles de agotamiento de las enfermeras señalados en muchos de estos estudios, a menudo no hay una respuesta sistemática por parte de la organización y el empleador, y se coloca una carga mayor en cada enfermera para que sea ‘resiliente’ al entrar en el cuarto año de pandemia y reconstrucción.

Una clara señal del nivel de impacto y preocupación es que en los últimos 12 meses se ha producido un aumento inédito en las propuestas y acciones laborales de las enfermeras en numerosos países como último recurso y reacción a respuestas inadecuadas de los gobiernos y los empleadores a las inquietudes sobre la seguridad en el lugar de trabajo, las condiciones laborales y la ausencia de niveles seguros de dotación de personal.

ESCASEZ DE ENFERMERAS: EL RESULTADO DE RESPUESTAS POLÍTICAS INADECUADAS

En muchos países la primera fase de la pandemia llevó a una mayor oferta de enfermeras nacionales a corto plazo porque los sistemas y los gobiernos pusieron en marcha políticas para ‘suplementar’ con el fin de ampliar rápidamente la fuerza laboral de enfermería.

Esto a menudo requería que las enfermeras existentes trabajaran más horas, animar a los retornados a volver a trabajar, incorporar estudiantes al trabajo y realizar contrataciones internacionales por la vía rápida. Estas medidas de emergencia no pueden sostenerse en el tiempo y quizá estén enmascarando de hecho una oferta reducida de enfermeras a más largo plazo/permanente a medida que el cambio hacia la reconstrucción sigue repercutiendo en la carga laboral y el agotamiento de las enfermeras.

Existen señales claras de inquietud política porque la brecha de la escasez ya está aumentando. Es evidente que hay países que no han invertido suficiente en la capacitación de un número adecuado de enfermeras para cubrir su propia demanda. En algunos, el desempleo de las enfermeras coexiste con una escasez significativa de enfermeras, lo cual refleja problemas de financiación, además de políticas y planificación ineficaces.

La demanda de enfermeras está aumentando por el impacto de la pandemia y la reconstrucción, así como por el incremento de las tasas de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población en numerosos países; la oferta de enfermeras está disminuyendo a causa de los flujos de salida relacionados con el agotamiento derivado de la pandemia, además de por el cambio demográfico subyacente a medida que la fuerza laboral envejece en algunos países y se jubilan más enfermeras.

Una característica obvia de la respuesta política en algunos países de renta alta se aprecia en las acciones renovadas y ampliadas de contratación internacional de enfermeras como 'solución rápida', y algunos países están realizando ahora contratación internacional activa por la vía rápida. Es necesario y urgente efectuar un seguimiento de las cifras agregadas de los flujos internacionales de enfermeras para detectar los países de origen que podrían estar en riesgo.

El CIE está abogando por un enfoque sistemático al seguimiento de los flujos para valorar su impacto en la fuerza laboral de enfermería con el fin de comprender las causas fundamentales de los problemas actuales y optimizar las respuestas políticas en los niveles nacional y global. Para ello, hace falta tanto coherencia en el uso de los datos como claridad en la interpretación de los indicadores estándar, y lo ideal es utilizar un panel de mandos estandarizado que se actualice periódicamente.

UNA AGENDA DE ACCIÓN EN 2023 Y MÁS ALLÁ: PROTEGER Y APOYAR A LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA PARA RECONSTRUIR EL SISTEMA DE SALUD

La fuerza laboral de enfermería ha estado en primera línea en la eficacia de la respuesta a la COVID-19 en todos los países. También será fundamental para el éxito de la recuperación y reconstrucción de los sistemas de salud en todo el mundo.

El presente informe pone de manifiesto que los efectos de la COVID-19 y la recuperación y reconstrucción de los sistemas de salud están incrementando la demanda de enfermeras a la par que están teniendo un efecto nocivo tanto directo como indirecto en las enfermeras a título individual, en la oferta de enfermeras en general y en una fuerza laboral de enfermería global que ya tiene una dotación de personal insuficiente y está al límite.

Existe el riesgo cada vez mayor de que la pandemia y los requisitos de la reconstrucción que han agrandado la brecha de la escasez de fuerza laboral de enfermería global agraven también la desigualdad en la distribución de las enfermeras e impulsen los flujos internacionales de enfermeras desde los países de renta baja/media hacia los de renta alta. De esta forma, disminuye la recuperación en el nivel nacional, así como las acciones de reconstrucción, y podría empeorar la salud de la población, impedirse la consecución de la CSU en algunas naciones y reducirse la capacidad de los países de responder a la próxima emergencia de salud pública.

Este enfoque guarda una estrecha relación con el tema del Día Internacional de la Enfermera de este año ‘Nuestras enfermeras. Nuestro futuro.’, que pondrá de relieve lo que hay que aprender de la pandemia y delineará las acciones claras requeridas para garantizar que se proteja, respete y valore a las enfermeras, y que los sistemas sanitarios son sostenibles, seguros, asequibles, accesibles y tienen capacidad de reacción.

Para proteger y apoyar a la fuerza laboral de enfermería global e invertir en su sostenibilidad a más largo plazo, es urgente contar con respuestas políticas eficaces y coordinadas en los niveles nacional e internacional/global. En este sentido, hay que contemplar tanto una **actuación** inmediata para hacer frente a los retos urgentes señalados en el presente informe como la elaboración de una visión y **plan** compartidos a más largo plazo para la fuerza laboral de enfermería global con el fin de conseguir que el mundo se encuentre en una posición mejor para enfrentarse a grandes crisis de salud en el futuro. Principalmente, hay dos niveles que requieren actuación política y planificación:

Nivel nacional

A nivel nacional, el objetivo general, establecido detalladamente en una estrategia o plan nacional, debe ser proteger a la fuerza laboral de enfermería e invertir en ella para lograr su sostenibilidad a más largo plazo. Se puede hacer considerando sobre todo dos prioridades políticas interrelacionadas: mejorar la retención de las enfermeras en la fuerza laboral y garantizar una capacidad adecuada de formación en el país. Para ello hace falta:

- **ACCIÓN: realizar evaluaciones periódicas del impacto en relación con la fuerza laboral de enfermería** para comprender mejor las repercusiones en las enfermeras a título individual y en la fuerza laboral de enfermería en general, además de como fuente de información para brindar apoyo, realizar inversiones eficaces y posibilitar la reconstrucción del sistema de salud.
- **ACCIÓN: compromiso de invertir en niveles seguros de dotación de personal y apoyarlos.** Los niveles peligrosos de infradotación de enfermeras han sido un gran problema en muchos sistemas de salud durante la pandemia y la reconstrucción, puesto que aumentan el riesgo de agotamiento de las enfermeras que siguen trabajando en el sistema, comprometen los cuidados al paciente y serán un factor impulsor de un mayor flujo de salida de personal. También disminuirán las acciones de reconstrucción.
- **ACCIÓN: compromiso de apoyar el acceso temprano de todas las enfermeras al programa de vacunación completa.** Sin esta protección para la fuerza laboral de enfermería, se ponen en peligro las respuestas ante futuras pandemias y se corre el riesgo de perjudicar las demás intervenciones para mejorar la sostenibilidad. Algunos países aún tienen que alcanzar un nivel de cobertura adecuado.
- **PLAN: revisar/ampliar la capacidad del sistema nacional de formación de enfermería** para cubrir la demanda de la reconstrucción y sostener la oferta de enfermeras a largo plazo. Para ello, hacen falta datos generados a partir de evaluaciones de impacto y análisis periódicos y sistemáticos del mercado laboral de enfermería a nivel nacional, en particular una evaluación del tamaño, perfil de habilidades y despliegue previsto de la futura fuerza laboral de enfermería, y planteamientos consensuados para cubrir cualquier brecha detectada realizando ajustes en la oferta y el currículum.
- **PLAN: invertir en la retención de enfermeras y el atractivo de la enfermería como carrera,** proporcionando un sueldo y condiciones laborales justos, oportunidades de carrera estructuradas, acceso a formación continua y apoyo al bienestar con el fin de garantizar que se combatan los efectos dañinos del agotamiento de las enfermeras, se aborde el desempleo en enfermería y se traten los factores que motivan las huelgas de la profesión.
- **PLAN: implementar políticas para mejorar las estructuras de carrera y optimizar la fuerza laboral a través de las figuras de práctica avanzada y apoyo tecnológico adecuado.** Esto puede optimizar la contribución de la fuerza laboral de enfermería a la reconstrucción apoyando que las enfermeras trabajen en todo su ámbito de práctica,

aumentando el uso de las figuras de práctica avanzada y especializada (por ej., enfermeras de atención directa), así como a través de una combinación de habilidades y patrones de trabajo eficaces, trabajo en equipo, dotación de tecnología y equipamiento apropiados y formación sobre su uso. Así se contribuirá a la retención y al atractivo de la enfermería y se acelerará la reconstrucción. Para ello debe contarse con un marco regulador y legislativo que lo favorezca.

- **PLAN: monitorización y trazabilidad de la autosuficiencia de las enfermeras.** El uso de un indicador de autosuficiencia permite que los legisladores se hagan una idea de su grado de dependencia (y vulnerabilidad potencial) de la oferta internacional de enfermeras.

Nivel internacional

A nivel internacional, la respuesta política debe reconocer que la fuerza laboral de enfermería en los países de menor renta, ya vulnerable y a menudo infradotada de personal, ha sufrido más daños por el impacto de la pandemia.

Esto pone en peligro la recuperación y la reconstrucción de los sistemas de salud junto con cualquier perspectiva de mejorar la salud de la población, en particular la consecución de los ODS y la CSU. Estos países seguirán siendo muy vulnerables al flujo de salida internacional de enfermeras incluso si logran aplicar políticas nacionales para mejorar la oferta de enfermeras y apoyar la recuperación y la reconstrucción.

Se trata de países en riesgo que necesitan el respaldo de la comunidad internacional. Los principales grupos de interés a nivel internacional, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Banco Mundial y el CIE, deben actuar ahora pero igualmente diseñar y ponerse de acuerdo en una visión y un plan a largo plazo, a diez años, para apoyar a la fuerza laboral de enfermería global.

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

- **ACCIÓN: apoyar la actualización inmediata del análisis sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo (informe SOWN).** El informe SOWN 1 se publicó a principios de 2020 y describe el perfil de la fuerza laboral de enfermería global antes de la pandemia. Es una referencia útil, aunque el mundo haya cambiado para siempre por este motivo. A medida que entramos en el cuarto año de pandemia, urge contar con un SOWN 2: un perfil mundial de la fuerza laboral de enfermería durante la pandemia actualizado y orientado a la reconstrucción para evaluar el daño provocado y el ámbito para una inversión y actuación específicas en materia de sostenibilidad y renovación.
- **PLAN: compromiso de apoyar el acceso temprano de todas las enfermeras a un programa de vacunación completo en todos los países.** Se requiere cooperación internacional para proteger a la fuerza laboral de enfermería en todos los países.
- **PLAN: compromiso de implementar y evaluar planteamientos eficaces y éticos para la gestión de la oferta internacional de enfermeras** a través de un enfoque colectivo enmarcado en una implementación más completa, eficaz y coherente del Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario y su lista de salvaguardia. Hay que centrarse en una mejor monitorización de los flujos internacionales de enfermeras, así como en un seguimiento independiente de la utilización de los acuerdos bilaterales entre países y las agencias de colocación para garantizar el cumplimiento

de las normas, disponer de una definición consensuada del significado de contratación 'activa' y contar con una contratación y prácticas de empleo justas y transparentes. La base de evidencia y la monitorización de la implementación de estas políticas en la actualidad es inadecuada como fuente de información de políticas eficaces al igual que para detectar cualquier mala práctica poco ética, de manera que hay que mejorarla urgentemente. Mientras tanto, considerando los elevados niveles actuales de contratación internacional, el CIE está pidiendo que se considere la posibilidad de una moratoria limitada en el tiempo a la contratación activa de enfermeras de países en la lista de salvaguardia.

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

Recuperarse para reconstruir. Es necesario tanto actuar urgentemente como tener una visión y plan a largo plazo compartidos para la fuerza laboral de enfermería global. La pandemia de COVID-19 ya ha causado daños sin precedentes a la fuerza laboral de enfermería mundial, y la recuperación y reconstrucción del sistema de salud se suman ahora a esa carga. El sistema de salud global no se puede reconstruir sin suficientes enfermeras bien motivadas y apoyadas. Es urgente contar con una respuesta política coordinada tanto a nivel de cada país como a nivel internacional para cumplir con la Agenda para la Acción 2022 y diseñar un plan a más largo plazo: para proteger y apoyar a la fuerza laboral de enfermería y posibilitar la reconstrucción del sistema de salud.

01

CAPÍTULO UNO

1. INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

El presente informe está enfocado a la fuerza laboral de enfermería en un momento en que el mundo está intentando recuperarse y reconstruir los sistemas de salud, que se han visto gravemente dañados por la COVID-19. La pandemia de esta enfermedad asestó su primer golpe a principios de 2020. Aún no ha terminado y su impacto en la salud de la población ha sido un reto para la capacidad del sistema sanitario, sobrepasándola en algunos lugares, además de menoscabar las economías. En particular, muchos sistemas de salud están comenzando solo ahora a enfrentarse al enorme retraso en el trabajo pospuesto o cancelado durante el pico de la pandemia, además de tener que abordar el reto del aumento de la enfermedad crónica generado por la pandemia en sí. En enero de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que la COVID-19 “sigue constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional” y que “probablemente esté en un punto de transición”, por lo que es necesario seguir mitigando sus posibles consecuencias negativas (OMS, 2023a).

La pandemia ha provocado millones de muertos, ha infectado a muchos millones más aún, ha minado la economía mundial y ha representado una exigencia enorme para los sistemas de salud. Se han producido más de 677 millones de casos y se calcula que han muerto

6,7 millones de personas (Worldometer, 2023). El costo de la pandemia de COVID-19 para la economía mundial ha sido considerable, y el Fondo Monetario Internacional (FMI) ha señalado que el producto interior bruto global cayó un 3,9% de media entre 2019 y 2020, generando así el mayor desplome desde la Gran Depresión. La recuperación ha sido desigual y las disparidades en el acceso y la cobertura de la vacuna podrían amenazar las mejoras en buena parte del mundo (Oum, Kates & Wexler, 2022). La perspectiva de desarrollo del Banco Mundial en 2022 ha puesto énfasis en que la crisis de la pandemia ha llevado a un aumento drástico de la desigualdad entre países y dentro de los mismos, y la recuperación será “tan desigual como sus repercusiones económicas iniciales, y las economías emergentes y los grupos económicamente desfavorecidos necesitarán mucho más tiempo para recuperarse” (World Bank 2022).

El personal de enfermería ha sido clave en la respuesta a la pandemia desempeñando una función esencial, arriesgada y a menudo peligrosa por ser la principal fuerza laboral de respuesta. Muchos han trabajado un exceso de horas durante meses, en condiciones peligrosas y con apoyo limitado. Algunos se han enfrentado a estigma, acoso y violencia en el lugar de trabajo. Ahora se está instando a esa misma fuerza laboral de enfermería – a

menudo a las mismas enfermeras – a redoblar ese esfuerzo por ser la profesión sanitaria central necesaria para reconstruir la capacidad del sistema de salud. **El personal de enfermería ya estaba bajo presión antes de la pandemia. Se ha enfrentado a amenazas existenciales durante los picos de la pandemia, mientras muchos morían, y ahora tiene que responder a mayores exigencias con sus recursos ya muy limitados en todo el mundo.**

El presente informe enfatiza la creciente evidencia del estrés, agotamiento, bajas y huelgas que afectan a la fuerza laboral de enfermería y que son síntomas de respuestas políticas inadecuadas en la mayoría de países. Las inquietudes subyacentes a causa de las malas condiciones de trabajo y las dotaciones de personal inseguras se han vuelto más evidentes y es necesario abordarlas. Este informe pone énfasis principalmente en que **sin suficiente inversión en enfermeras con un buen nivel de apoyo no es posible una recuperación y reconstrucción eficaces del sistema sanitario.**

Ahora que entramos en el cuarto año de calendario con la amenaza constante de la COVID-19 y la fuerza laboral de enfermería sometida aún a más presión, el presente informe se centra en el camino a seguir en 2023 y más allá. Ofrece una agenda para la acción y la inversión argumentando a favor de un plan para la fuerza laboral de enfermería global con el fin de protegerla y apoyarla de manera que las enfermeras posibiliten la reconstrucción de los sistemas sanitarios y mejoras en la salud de la población. Actualiza y fortalece mensajes políticos clave que plasmamos en nuestro informe político a principios del año pasado (Buchan, Catton & Shaffer, 2022).

Este informe se enlaza con el tema del Día Internacional de la Enfermera de este año ‘Nuestras enfermeras. Nuestro futuro.’, y enfatiza los aprendizajes de la pandemia y las acciones necesarias para asegurar que se proteja, respete y valore a las enfermeras, y que los sistemas sanitarios sean sostenibles, seguros, asequibles, accesibles y tengan capacidad de reacción (CIE, 2023).

1.2 RECONSTRUIR. ESCASEZ Y AGOTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS: LA NECESIDAD DE ACTUAR E INVERTIR A NIVEL GLOBAL

Numerosas enfermeras han fallecido durante la pandemia y muchas más han caído enfermas, a menudo por una mala provisión de equipos de protección individual (EPI) y un acceso inadecuado a las vacunas (CIE, 2021a). Muchas más están experimentando un nivel elevado y sostenido de estrés laboral y agotamiento, a menudo por un apoyo organizativo inadecuado tal y como se pondrá de manifiesto en este informe. Algunas también se han enfrentado a situaciones de acoso y estigma en el lugar de trabajo (véase por ej., Chowdury, *et al.* 2023; Özdemir, 2023; Kim *et al.*, 2023; Wang, Abrantes & Liu, 2023).

Hace falta una actuación nacional y mundial concertada para proteger, apoyar e invertir en el personal de enfermería de manera que pueda realizar su contribución fundamental a la reconstrucción. De no ser así, es probable que muchas más enfermeras abandonen la fuerza laboral y que nuevos posibles candidatos desistan. La escasez mundial de enfermería en el

mundo [una estimación reciente (Haakenstad *et al.*, 2022) cifra la escasez mundial de enfermeras y parteras en 30,6 millones en 2019] aumentará considerablemente, lo cual menoscabará la recuperación y reconstrucción de los sistemas de salud, por lo que es necesario un enfoque y compromiso urgentes y a largo plazo.

En los últimos 12 meses ha aumentado la evidencia sobre las causas y las consecuencias de la escasez de fuerza laboral. La OMS ha resaltado que las limitaciones de la fuerza laboral fueron el cuello de botella denunciado con mayor frecuencia para cualquier ampliación eficaz de las respuestas a la pandemia, además de representar la amenaza de aminorar la prestación de servicios (OMS, 2022a, p.6). Otro informe, de la Cumbre Mundial de la Innovación para la Salud (WISH) de la Fundación Qatar, en colaboración con la OMS, ha destacado que el mundo está “fallando en su deber de cuidar y proteger la salud mental

y el bienestar de los trabajadores sanitarios y asistenciales” dado que su tasa de agotamiento durante la pandemia oscilaba entre el 41 y el 52 % según estimaciones agrupadas. Se apreció que las mujeres, los jóvenes y los padres de niños dependientes corrían mayor riesgo de angustia psicológica (OMS, 2022b). El informe señalaba “las obligaciones y funciones de los gobiernos y los empleadores en cuestión de seguridad y salud ocupacional” (OMS, 2022b). Otro signo de fracaso de las políticas ha sido el considerable aumento de las protestas de trabajadores sanitarios y acciones de huelga (Brophy *et al.*, 2022).

En este informe examinamos con mayor detalle el impacto y la respuesta política necesaria por parte de los gobiernos y los empleadores. La inacción política tiene consecuencias graves. A finales de 2022, el CIE advirtió a los gobiernos que el objetivo de alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU) en 2030 no se cumpliría si no se actuaba de forma inmediata y drástica para contratar y retener a millones de enfermeras más (CIE, 2022a).

1.3 LA ESCASEZ DE ENFERMERAS COMPROMETE LA RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y EL CRECIMIENTO ECONÓMICO

Contra este telón de fondo de creciente escasez de fuerza laboral de enfermería, se ha ‘generalizado’ la necesidad de políticas urgentes y eficaces para apoyar a este personal. De esta forma se refleja que cada vez se reconoce más que el crecimiento económico y la recuperación y reconstrucción del sistema de salud dependen de la disponibilidad de personal sanitario eficaz. La Comisión de Alto Nivel sobre el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas estableció claramente que dicho crecimiento depende de la eficacia de los sistemas de salud y la sostenibilidad de la fuerza laboral (OMS, 2016a). La relación fundamental entre la sostenibilidad del personal sanitario, los sistemas sanitarios eficaces, la salud de la población y el crecimiento económico se ha visto fortalecida por el impacto de la pandemia y la necesidad de recuperarse y reconstruir. En este sentido, hay que considerar un enfoque central en una fuerza laboral de enfermería con un buen nivel de apoyo y soluciones políticas de los gobiernos.

El *Financial Times* advirtió que “la partida de enfermeras cualificadas y los elevados niveles de bajas por enfermedad entre el personal en primera línea están ejerciendo una presión enorme en los servicios que ya están al límite, además de revertir cualquier progreso realizado en los últimos años para impulsar al personal de enfermería. Mientras tanto, las poblaciones envejecidas en EE.UU. y Europa están intensificando la demanda de atención de salud a la par que la falta de suficientes

oportunidades de formación en algunas naciones occidentales y las limitaciones presupuestarias para la salud global están dificultando la contratación” (Smyth & Neville, 2022). La OCDE ha destacado que en Asia Pacífico “El factor señalado con más frecuencia en el lado de la oferta es la cancelación de servicios electivos y la reasignación de personal para aliviar la situación de la COVID-19...” (OECD/OMS, 2022).

La OCDE ha analizado detalladamente la necesidad de recuperación y reconstrucción del sistema de salud como base del crecimiento económico. A finales de 2022, en un informe sobre inversiones prioritarias en los sistemas de salud, se establecía que uno de tres ‘pilares’ de la inversión ha de ser “Impulsar a los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea”, poniendo énfasis en que una “fuerza laboral reforzada fortalece la prestación de servicios”. Asimismo, indicaba dos grandes áreas de inversión: (1) tener un número adecuado de profesionales de la salud y de cuidados prolongados; y (2) mejorar la competitividad de los sueldos de estas categorías clave de trabajadores. De hecho, (1) calculaba que en los países (renta alta) de la OCDE el aumento del número de enfermeras para alcanzar la densidad de trabajadores sanitarios establecida en el estudio Carga Global de Enfermedad/ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) en 11,45 enfermeras/parteras por cada 1 000 habitantes para una cobertura sanitaria universal eficaz **requeriría incrementar**

la inversión en aproximadamente el 0,33% del PIB como media (OECD, 2022). Para (2) aumentar la competitividad de los sueldos de las enfermeras y los trabajadores asistenciales, se calcula que el coste de subirlos, utilizando como base el nivel salarial medio de una enfermera en los países de la OCDE, **supondría un aumento medio adicional del 0,14% del PIB en estas naciones** (OECD, 2022).

En general, en los países de la OCDE en Europa, esta organización señala que “al menos la mitad de las nuevas inversiones requeridas para apoyar la recuperación de los sistemas de salud y hacerlos más resilientes debe ser en el personal sanitario al objeto de aumentar las tasas de contratación y retención mejorando las condiciones laborales” (OECD/Unión Europea, 2022, p.76). De esto se hace eco un informe de la Oficina Regional de la OMS para Europa sobre el personal sanitario que concluye que “Los países europeos han de priorizar a sus trabajadores sanitarios invirtiendo más y de forma más inteligente. Tienen que protegerles diseñando e implementando políticas que coloquen sus intereses y bienestar en primera línea” (OMS Europa, 2022, p. 68).

Un mayor ímpetu a la urgente necesidad de invertir en la fuerza laboral de enfermería proviene de las conclusiones de un reciente estudio econométrico que ha investigado la fortaleza y trascendencia de la relación entre el personal sanitario, varios resultados de salud y el exceso de muertes por COVID-19 en los diferentes países. Su conclusión es que “una mayor densidad de personal sanitario, especialmente la densidad agregada de

trabajadores sanitarios cualificados y la densidad de personal de enfermería y partería, está asociada significativamente a mejores resultados de salud en varios niveles, en particular en las ratios de mortalidad materna, niños menores de cinco y neonatos, y considerablemente correlacionada con un menor nivel de exceso de muertes por COVID-19 por cada 100 000 habitantes, si bien de forma no suficientemente robusta en cuanto a la ponderación por población”. Finalmente concluye que “la inversión en personal sanitario debe ser una parte integral de las estrategias para alcanzar los ODS relacionados con la salud, y que los objetivos de otros ámbitos como el alivio de la pobreza y la ampliación de la educación de las mujeres son complementarios para alcanzar ambos objetivos, en especial para los países de renta baja y media. A la luz de las tensiones sobre el personal sanitario durante la actual pandemia de COVID-19, se debe prestar mayor atención a este personal para fortalecer la resiliencia del sistema sanitario y mejorar los resultados de salud a largo plazo” (Liu & Eggleston, 2022).

Por último, en enero de este año, un análisis de fondo para el Foro Económico Mundial de Davos (FEM) enfatizó “La necesidad de una actuación urgente y extrema para mejorar la contratación y la retención del personal sanitario en todo el mundo” (Rivin & Lumley, 2023), es decir, otro ejemplo revelador de cómo se ha ‘generalizado’ el problema de la escasez de personal en el sector salud desde la primera aparición de la pandemia, que ahora se reconoce como un ancla que lastra la reconstrucción y la regeneración económica.

1.4 FINALIDAD Y ESTRUCTURA DEL INFORME POLÍTICO

Este informe ha sido encargado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). El objetivo es informar el debate político sobre cómo deben responder los sistemas de salud, los países y las organizaciones internacionales a la cuestión fundamental de proteger y restablecer una fuerza laboral de enfermería sostenible con el telón de fondo de una pandemia mundial y la necesidad de recuperar y reconstruir el sistema sanitario en todo el globo. También establece la urgente agenda para la acción para 2023 y más allá.

Asimismo, la perspectiva del informe abarca toda la enfermería. Las enfermeras trabajan en todo el sistema sociosanitario, tanto en hospitales como en salud mental, atención primaria, residencias de mayores, cuidados prolongados, salud ocupacional y otros entornos. Están en todos los lugares donde hacen falta cuidados. Además, la COVID-19 ha penetrado en todos los ámbitos de la atención de salud. Por ejemplo, el CIE ha publicado recientemente un estudio global de las enfermeras que trabajan en salud mental destacando que, como

resultado de la pandemia, el 93% de los países han señalado que sus servicios de salud mental habían detenido o interrumpido sus servicios y que la OMS había denunciado un aumento del 25% solo en las tasas de depresión y ansiedad durante la pandemia (CIE, 2022b).

El objetivo del informe es ofrecer una instantánea mundial que ponga en evidencia las principales actuaciones políticas necesarias para apoyar a la fuerza laboral de enfermería en el contexto del reto constante de la COVID-19 y el creciente desafío de la recuperación y reconstrucción de los sistemas de salud. Para ello, recurre a análisis de datos, revisiones rápidas de estudios y documentos, exploración de los medios de comunicación e información de fondo proveniente de las Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANE) y otras fuentes. El trabajo necesario para la elaboración del informe se ha llevado a cabo entre diciembre de 2022 y enero de 2023.

El resto del informe se encuentra en los siguientes cuatro capítulos:

- La Sección 2 establece el contexto exponiendo la necesidad de reconstruir el sistema de salud y las repercusiones fundamentales en la fuerza laboral de enfermería en 2023.
- La Sección 3 analiza con mayor detalle la oferta y el agotamiento de la fuerza laboral de enfermería en un momento de reconstrucción.
- La Sección 4 ofrece recomendaciones políticas para actuar e invertir en 2023 y más allá, que son necesarias para proteger y apoyar a las enfermeras y posibilitar la recuperación y reconstrucción del sistema de salud.

02

CAPÍTULO DOS

2. COVID-19, RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD E IMPACTO EN LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA

2.1 EL PERFIL DE LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA GLOBAL

El presente informe se basa en el informe del año pasado *Apoyar y retener en 2022 y más allá* (Buchan, Catton & Shaffer, 2022) y en otras evaluaciones recientes del perfil y las presiones sobre la fuerza laboral de enfermería global. Se enmarca en iniciativas mundiales, en particular el informe sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo (OMS, 2020a), la iniciativa mundial Nursing Now (Nursing Now/Burdett Trust for Nursing, 2021) y las Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería (OMS, 2021a).

Un mensaje clave que ha nacido de estas iniciativas es que **sin una actuación eficaz coordinada para proteger, apoyar y reconstruir la fuerza laboral de enfermería** la actual escasez mundial de enfermeras será una limitación en muchos países para lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) y seguirá aminorando la eficacia de las respuestas a la pandemia de COVID-19.

El informe SOWN se publicó en 2020, y este describe el perfil de la fuerza laboral

de enfermería global antes de la pandemia. Establece una comparativa para valorar el impacto de la pandemia en la fuerza laboral de enfermería y dónde hay que centrar las acciones políticas para la reconstrucción. **Con el fin de apoyar plenamente esta actuación, es necesario actualizar urgentemente el análisis fundamental contenido en el informe SOWN**, que señalaba que el mundo prepandémico ya tenía una escasez de casi seis millones de enfermeras, con carencias enormes en algunos países y regiones, se enfrentaba al reto incrementado de la renovación del personal impulsado por la escasa retención, envejecimiento y jubilación de la fuerza laboral de enfermería, y estaba siendo testigo del crecimiento de la movilidad internacional de las enfermeras. Algunos países padecían un problema añadido de desempleo de enfermeras junto con escasez de enfermería, y había naciones y sistemas de salud que denunciaban escasez de enfermeras e imposibilidad de contratar a más por limitaciones de recursos o sueldos bajos y pocas perspectivas de carrera (la Tabla 1 contiene los puntos principales).

Todos los análisis y la identificación de ‘soluciones’ políticas se sustentan en la **métrica clave de que nueve de cada diez enfermeras en el mundo son mujeres**. Las políticas que no consideren plenamente un análisis de género (Bourgeault *et al.*, 2021) no serán eficaces para superar los retos de la fuerza laboral de enfermería. Hay problemas claros de discriminación como la brecha salarial de género (OMS, 2022c) que aún están pendientes de un abordaje eficaz.

Tabla 1: Conclusiones del informe SOWN

- Estimaba que la fuerza laboral de enfermería en el mundo ascendía a 27,9 millones, siendo mujeres nueve de cada diez enfermeras.
- La escasez global de enfermeras se calculaba en 5,9 millones.
- Casi toda (89%) la carencia se concentraba en países de renta baja y media-baja.
- Los países de renta alta tenían una tasa de graduación de enfermeras tres veces superior (una media de 38,7 enfermeras graduadas por cada 100 000 habitantes) a la de los países de renta baja (10,4).
- Se esperaba que una de cada seis enfermeras se jubilara en el mundo en los diez años siguientes, lo cual implicaba la necesidad de formar y contratar a 4,7 millones de enfermeras nuevas solo para reemplazar a las que se iban a jubilar; en algunos países de renta alta habría tasas claramente más elevadas.
- Había enfermeras desempleadas incluso en situaciones de ‘escasez’.
- Una de cada ocho enfermeras ejercía en un país en el que no había nacido o se había formado.

Fuente: OMS, 2020a

La pandemia de COVID-19 estalló a principios de 2020, cuando se publicó el informe SOWN. En nuestro informe político del año pasado *Apoyar y Retener*, pusimos de manifiesto que **la pandemia había tenido un efecto multiplicador al agravar los factores de la escasez que ya habían creado una brecha en la oferta de enfermeras en el mundo antes de su estallido**, además de añadir nuevas presiones enormes para las enfermeras a título individual y para el sistema de salud. Casi tres años después, es necesario actualizar urgentemente el informe SOWN con el fin de ofrecer una instantánea más clara y precisa del daño infligido por la pandemia y la magnitud de las intervenciones políticas a medida necesarias y eficaces tanto a nivel nacional como global.

Mientras tanto, han surgido fuentes de análisis más recientes sobre la dimensión general de la escasez de enfermería en dos informes. En primer lugar, el personal de la OMS ha actualizado sus proyecciones sobre la oferta global de profesionales de la salud hasta 2030. Estas previsiones para el ‘personal de enfermería’ ahora consideran una estimación de base revisada de un **déficit de personal de enfermería calculado en 7,07 millones en 2020**. Esto a su vez significa que la OMS ha revisado y reducido su estimación de escasez de personal de enfermería a **4,5 millones** (Boniol, *et al.*, 2022a)

Sin embargo, ahora hay un análisis alternativo de la oferta global de personal sanitario que contempla una escasez de enfermeras muy superior en la actualidad (véase Tabla 2). La estimación se llevó a cabo para el estudio Carga Global de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés) (Haakenstad *et al.*, 2022) en función de una revisión del umbral para la consecución de la CSU. Considerando estimaciones para llegar a 80 de 100 en el índice de cobertura efectiva de la CSU (un umbral superior al utilizado por la OMS), el estudio GBD calculó un stock actual de 29,8 millones de enfermeras y parteras (95% intervalo de incertidumbre 23,3 a 37,7) y una **escasez global de enfermeras y parteras de 30,6 millones en 2019**, cuatro veces superior al cálculo de 7,5 millones de la OMS basado en definiciones diferentes (Boniol *et al.*, 2022b).

Tabla 2: Diferencias en las estimaciones de la escasez de enfermeras: OMS y Carga Global de Enfermedad (GBD)

	STOCK ACTUAL	ESCASEZ 'ACTUAL' ESTIMADA	STOCK/ ESCASEZ 2030 (PROYECCIÓN)
OMS	29,10 millones (personal de enfermería) (2020)	7,07 millones (2020)	Stock de 36,27 millones; escasez de 4,5 millones (personal de enfermería)
GBD	29,8 millones (enfermeras y parteras) (2019)	30,6 millones (2019) escasez agregada	N/D

NOTA: Diferencias en las definiciones y enfoques analíticos. Fuentes: OMS; Boniol *et al.*, 2022a; GBD: Haakenstad *et al.*, 2022)

La magnitud del déficit mundial de enfermeras determinada por las mediciones de la OMS o el estudio GBD en millones (véase Tabla 1 arriba). La métrica de este último es más ambiciosa, pero cabe argumentar que también define con mayor detalle lo que se puede o debe lograr según las expectativas de la CSU. El CIE ha enfatizado que este análisis relacionado con el estudio GBD ‘eleva el nivel’ al utilizar un umbral para acceder a un abanico más completo de servicios de salud, en particular más cuidados y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, prevención y control de infecciones, y mayores niveles de atención primaria, todo lo cual es básicamente trabajo de enfermería (CIE, 2022c). Además, será fundamental para restaurar y reconstruir los sistemas de salud.

Mientras que el análisis global general establece la envergadura del reto de la escasez de enfermeras, también es necesario comprender mejor la variación en la distribución de enfermeras en diferentes sectores, regiones y especialidades. El año pasado se publicaron nuevos análisis que ofrecen algunos indicadores.

El análisis adicional de la OMS se centró en diferencias en la densidad enfermeras-población en 58 países, y en la relación entre esas diferencias nacionales y otros indicadores de la equidad en salud (Boniol *et al.*, 2022c). Utilizó una medida estándar de las desigualdades en la distribución: el coeficiente Gini. El informe señalaba la existencia de una categorización regional general de países en tres grupos: (1) niveles elevados de desigualdades dentro del país en las densidades enfermera-población, principalmente en países africanos; (2) niveles moderados de desigualdades dentro del país en las densidades enfermera-población, principalmente en países de Asia Sudoriental y América Central y del Sur; (3) niveles reducidos

de desigualdades en las densidades enfermera-población, principalmente en países occidentales, Japón y Corea. El informe de la OMS concluía que “la desigualdad en la distribución de las enfermeras estaba correlacionada con otros índices de salud y desigualdad como el Índice de Desarrollo Humano, la mortalidad materna y la esperanza de vida”. Esta conclusión fortalece la necesidad de políticas que se centren en alcanzar una distribución eficaz de la fuerza laboral, así como una mejor oferta general de enfermeras.

La revisión sobre las enfermeras que trabajan en salud mental publicada por el CIE en 2022 estimaba su número en aproximadamente 300 000 en todo el mundo, si bien reflejaba el problema fundamental de su mala distribución señalado también en el informe SOWN. El CIE destacaba que su distribución variaba considerablemente entre regiones oscilando desde 0,9 por cada 100 000 habitantes en África a 25,2 por cada 100 000 habitantes en Europa. El presente informe expone una cruda reflexión sobre la disparidad del personal de enfermería disponible por niveles de ingresos destacando que la tasa en los países de renta baja es de 0,4 por cada 100 000 habitantes y en los de renta alta es de 29 por cada 100 000 habitantes (CIE, 2022).

El análisis disponible a nivel global apunta a una escasez de millones de enfermeras, posiblemente de hasta 30,6 millones en 2019. Además, numerosas regiones, países y sectores también están experimentando desigualdades en la distribución de la fuerza laboral de enfermería. Es importante entender que el mundo previo a la COVID ya padecía una enorme escasez de enfermeras y problemas en su distribución. La pandemia ha actuado como multiplicador de las exigencias planteadas a la fuerza laboral de enfermería global.

2.2 SUPLEMENTAR, APOYAR E INVERTIR/RECONSTRUIR

Tres años después, el momento y la repercusión de la pandemia en la fuerza laboral de enfermería sigue siendo variable en los diferentes países, si bien a nivel global y en casi todos ellos ha surgido un conjunto central de retos.

Los principales problemas de la fuerza laboral se resumen en relación con tres fases del impacto de la pandemia y las respuestas políticas: suplementar, apoyar e inversión/reconstrucción (véase Tabla 3). Se presenta como un proceso lineal, pero en realidad se han producido diferentes olas sucesivas de la pandemia en diferentes momentos en distintos países.

Es importante entender y apreciar que las respuestas políticas en relación con la fuerza laboral de enfermería están interconectadas. La cuestión subyacente, que ocupa un lugar central en cualquier respuesta política e inversión específica eficaz, es reconocer que para muchas enfermeras en activo no se trata de un episodio 'agudo' único, a corto plazo, o de algún fenómeno oscuro o distante, sino que es omnipresente y les afecta personalmente. Para las enfermeras, ha sido una pérdida incesante, intensa y constante de energía, moral y salud física y mental.

Tabla 3: Suplementar, apoyar e invertir/reconstruir: implicaciones para la fuerza laboral de enfermería

	PRINCIPALES RETOS DEL SISTEMA DE SALUD	RESPUESTAS DEL SISTEMA SOBRE LA OFERTA DE ENFERMERAS
SUPLEMENTAR	<p>Desarrollar la capacidad de suplementar</p> <p>Centrarse en los cuidados intensivos agudos/cuidados críticos</p> <p>Mantener la prestación de atención primaria/residencias de mayores</p>	<p>Horas adicionales trabajadas (a menudo horas extra sin remunerar)/diferentes patrones de trabajo</p> <p>Reubicación del personal actual</p> <p>Integración de retornados/enfermeras que no están trabajando</p> <p>Estudiantes de enfermería en la fuerza laboral</p> <p>Vía rápida para enfermeras internacionales solicitantes</p> <p>Integración de refugiados con cualificaciones de enfermería</p> <p>[Prevención del flujo de salida internacional de enfermeras]</p>
APOYAR	<p>Preparación del sistema para otras olas</p> <p>Número elevado/creciente de bajas de enfermeras en relación con la pandemia</p> <p>Despliegue de programa(s) de vacunación</p> <p>Gestión de servicios por 'dos vías' COVID-19/no COVID-19</p> <p>Cancelación de cirugías, consultas de atención primaria</p> <p>Transición a servicios de cuidados virtuales</p>	<p>Enfermeras desplegadas para realizar programas de vacunación</p> <p>Incremento de la flexibilidad en el despliegue de enfermeras</p> <p>Prestación de cobertura y alivio para enfermeras agotadas/con mala salud</p> <p>Reconversión/formación adicional de algunas enfermeras</p> <p>Mayor uso de apoyo digital/tecnología</p>

	PRINCIPALES RETOS DEL SISTEMA DE SALUD	RESPUESTAS DEL SISTEMA SOBRE LA OFERTA DE ENFERMERAS
<p>INVERTIR Y RECONSTRUIR</p>	<p>Reorientar los servicios para abordar el retraso ‘no pandémico’</p> <p>Preparar e implementar servicios para abordar la COVID persistente en relación con los cuidados crónicos, sobre todo la necesidad de mejorar la salud pública en atención primaria</p> <p>Mantener la preparación de la fuerza laboral para satisfacer la necesidad de suplementar más</p> <p>Mantener la preparación de la fuerza laboral para seguir haciendo pruebas/trazabilidad y programas de vacunación</p>	<p>Reducir/poner fin al uso de enfermeras a corto plazo/voluntarias retornadas, o integrarlas en la fuerza laboral permanente, y apoyar el retorno de estudiantes de enfermería “en primera línea” a su formación</p> <p>Apoyo del sistema y el empleador a las enfermeras en el trabajo: dotación segura de personal, paga y condiciones justas, trabajo flexible, salud y bienestar</p> <p>Invertir en el desarrollo y expansión de los puestos de práctica avanzada para enfermeras, por ej., enfermeras de atención directa, aumentar la eficacia de la contribución de la fuerza laboral a la salud de la población y mejorar las oportunidades de carrera y retención</p> <p>Invertir en formación para aumentar la oferta de nuevo personal de enfermería centrándose en quienes poseen habilidades en cuidados intensivos, salud pública y atención primaria, y en las enfermeras clínicas especialistas/práctica avanzada, a menudo en equipos o nuevos modelos de cuidados</p> <p>Invertir en tecnología para apoyar cuidados más virtuales por parte de las enfermeras</p>

Fuentes: información clave facilitada por las ANE.

Fuentes adicionales: Maier, Scarpetti & Williams, 2020; Batalova & Fix, 2020; McLaughlin, 2020; San Juan *et al.*, 2021; Tangcharoensathien, Wisawatpanimit & Chanprasobpol 2021; Llop-Gironés *et al.*, 2021; Lee, Cho & Shin, 2021; OMS, 2021b; Ball & Ejebu, 2021; Pressley & Garside, 2023.

2.2.1 Suplementar: implicaciones para la fuerza laboral de enfermería

Al principio de la pandemia, los países y los sistemas tuvieron que intentar desarrollar rápidamente la ‘capacidad de suplementar’ para cubrir incrementos súbitos e impredecibles en la demanda de servicios de salud a causa de la rápida propagación de la COVID-19. Este enfoque de aumentar rápidamente la capacidad de los cuidados críticos/cuidados intensivos (UCC/UCI) y la disponibilidad de camas de hospital a menudo se vio acompañado de una reducción o suspensión de otros elementos de la prestación de cuidados agudos con el fin de ‘liberar’ capacidad para responder a la pandemia. También se reorientó frecuentemente el apoyo de la atención primaria, incluso trasladando personal a cuidados urgentes. Por desgracia, a menudo no se tuvo en cuenta el impacto de la COVID-19 en las residencias de mayores, que con frecuencia tenían menos apoyo que los hospitales.

En esta fase, las respuestas para suplementar la fuerza laboral de enfermeras se centraron sobre todo en incrementar rápidamente (‘ampliar’) su capacidad general y desplazar una mayor proporción de esta capacidad a las UCC/UCI y otros puntos de alta presión por la pandemia. Algunas respuestas específicas fueron:

- Requerir que las enfermeras trabajaran más horas y/o siguiendo patrones de turnos diferentes.
- Reubicar al personal de enfermería desde otras áreas clínicas, a menudo sin formación adicional.
- Reintegrar a las enfermeras inactivas en la fuerza laboral en calidad de retornadas temporales/voluntarias.

- Desplegar a estudiantes de enfermería para trabajar ‘en primera línea’ (o sacarlos de sus puestos de prácticas clínicas).
- Utilizar personal temporal/de agencia.
- Incorporar a enfermeras internacionales por la ‘vía rápida’ (a menudo ya en proceso de solicitud) e integrar a refugiados con cualificaciones de enfermería (Maier, Scarpetti & Williams, 2020; Gupta *et al.*, 2021; OMS, 2021b, p. 22).

2.2.2 Apoyar: implicaciones para la fuerza laboral de enfermería

Un aspecto clave de la respuesta política a la pandemia ha sido los programas de vacunación. El CIE ha puesto en evidencia la oferta inadecuada y desigual de vacunas en numerosos países (CIE, 2021b). También ha defendido junto con otros colectivos que las enfermeras y otros profesionales de la salud tengan acceso prioritario a las vacunas para poder seguir liderando las respuestas del sistema de salud. En septiembre de 2021, el CIE señaló que solo uno de cada diez trabajadores sanitarios había sido completamente vacunado en África (CIE, 2021c).

El CIE ha destacado que la eficacia del programa de inmunización a menudo depende de contar con figuras de enfermería avanzada con autoridad para prescribir (CIE, 2020a). Las enfermeras han estado en primera línea en las actuaciones de vacunación en numerosos países (Burden, Henshall & Oshikanlu, 2021; Evans, 2021; Goldberg & Lavon, 2021; OMS, 2021b, p. 22).

En los países con los recursos necesarios, la pandemia ha impulsado la telemedicina y otros tipos de apoyo digital para prestar cuidados a distancia, posibilitar el acceso y aumentar la eficiencia. Todo ello está incrementando las necesidades y la demanda de enfermeras con habilidades digitales (‘alfabetización digital’) (Lee, Cho & Shin 2021).

En los países de renta baja en el África subsahariana la repercusión en las enfermeras ha sido especialmente pronunciada. Un informe del Banco Mundial señala que, a causa del impacto de la pandemia, el 79% de la fuerza laboral de enfermería femenina mayoritariamente menores de 45 años de edad en la región “podría tener dificultades para cubrir las exigencias estresantes y peligrosas que plantea el cuidado de las familias y los niños que ya no van a la escuela, lo cual puede generar porcentajes de abandono más altos en la profesión” (Banco Mundial 2021, p.52). También pone de manifiesto que “los horarios de trabajo largos, las condiciones laborales peligrosas, la falta de acceso a EPI y a primeros auxilios psicológicos es probable que impulsen el abandono y las bajas laborales” (Banco Mundial, 2021, p.52).

La fase de ‘apoyar’ también se ha caracterizado por un mayor número de bajas del personal en la mayoría de los sistemas de salud como resultado directo del contagio de trabajadores o sus familias y una mayor carga de trabajo y agotamiento. Todo ello ha supuesto un gran reto con bajas tanto breves como prolongadas por enfermedad, y fallecimientos, que ha afectado a la oferta de enfermeras. Tal y como destacamos en el informe del año pasado, el riesgo es que si los empleadores no abordan los factores negativos de la salud y el bienestar que las impulsan, las bajas temporales se transforman en abandono permanente.

2.2.3 Invertir y reconstruir: implicaciones para la fuerza laboral de enfermería

Los sistemas de salud ahora tienen que recuperarse y reconstruir su capacidad de cuidar ‘más allá de la COVID’ para poner al día el retraso generado por la cancelación de cirugías y el empeoramiento de enfermedades crónicas, como en el caso de la salud mental. Al mismo tiempo, han de mantener su capacidad para cubrir otras olas de la pandemia en el futuro, además de aguantar picos en la

demanda a causa de pacientes contagiados que han desarrollado enfermedades crónicas más prolongadas a menudo conocidas como ‘COVID persistente’ (Sudre, *et al.*, 2021). Ello requiere una inversión específica para apoyar a la actual fuerza laboral de enfermería y una inversión a más largo plazo en la futura oferta y sostenibilidad de personal.

Esta compleja reconstrucción **implica invertir en la reubicación de recursos en otras partes del sistema de salud para resolver los retrasos en la prestación de cuidados no relacionados con la COVID-19**. En términos de oferta de enfermeras, el primer aspecto del reto de la renovación y reconstrucción supone:

- Devolver a algunas enfermeras de los puestos temporales relacionados con la COVID a sus áreas clínicas ‘normales’ (en algunos casos implicará mantener una cierta flexibilidad para reubicarlas de nuevo si se producen otras olas de la pandemia).
- Reducir o finalizar el despliegue de enfermeras voluntarias retornadas (en algunos casos integrarlas también en la fuerza laboral).
- Retenerlas en una ‘reserva’ que se pueda desplegar de nuevo rápidamente si se producen otras olas).
- El retorno de los estudiantes a sus funciones de estudio de forma que puedan concluir su formación interrumpida.
- Planificar y proporcionar cobertura de personal para dar tiempo libre o en áreas de trabajo menos estresantes al personal en primera línea agotado o enfermo a causa de su excesiva carga laboral en la fase inicial de la COVID-19.

La segunda área fundamental de inversión política para apoyar la reconstrucción es **mejorar la oferta y la retención de enfermeras que, tal y como se ha indicado con anterioridad, se ha visto muy afectada por el impacto del agotamiento inducido por la**

COVID-19. Esto requiere apoyo del sistema y el empleador para retener a las enfermeras en el trabajo mediante niveles seguros de dotación de personal que eviten trabajar en exceso; paga y condiciones laborales justas (condiciones de trabajo dignas), oportunidades de trabajo flexible y apoyo a la salud y el bienestar de las enfermeras y otro personal.

La tercera área **es invertir en formación para aumentar la oferta de nuevo personal de enfermería, centrándose en numerosos países en aumentar la cantidad y las habilidades prioritarias**, e incrementar por ejemplo el número de enfermeras que trabajan en cuidados intensivos, salud mental, salud pública y atención primaria.

El cuarto aspecto principal de la **inversión en la reconstrucción de la fuerza laboral de enfermería para la sostenibilidad a más largo plazo es el desarrollo y expansión de funciones avanzadas para las enfermeras, a menudo con autoridad para prescribir** (por ej., enfermeras de atención directa, enfermeras clínicas especialistas). La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad y ha generado la oportunidad de realizar un despliegue más rápido de las enfermeras en funciones de práctica avanzada (Stucky, Brown & Stucky, 2021). Esto incrementará la rentabilidad general de la contribución de la fuerza laboral a la salud de la población y también proporcionará mayores oportunidades de carrera que pueden tener un efecto positivo en la retención. El papel que desempeña el despliegue de enfermeras de práctica avanzada para cubrir el creciente reto de las enfermedades crónicas está claro y resulta obvio.

2.3 RIESGOS DEL AGOTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS QUE DISMINUYE LA RECUPERACIÓN Y LA RECONSTRUCCIÓN

Según se ha señalado más arriba, se han producido cambios rápidos en las políticas para aumentar temporalmente la oferta de enfermeras en el sistema en todos los países. Algunas de estas medidas se han sumado a las exigencias planteadas a la fuerza laboral de enfermería, siendo algunas de ellas inicialmente ‘temporales’ si bien quizá se vuelvan permanentes, y otras medidas han tenido consecuencias negativas no intencionadas en la salud y el bienestar individual de la enfermera.

La pandemia y la reconstrucción del sistema de salud no es un reto ‘único’ a corto plazo para las enfermeras y la fuerza laboral de enfermería. Es a largo plazo, incesante y cíclico con un riesgo real y futuro de tener más repercusiones perjudiciales en las enfermeras y, por ende, en los sistemas de salud. Existe el riesgo de generar desilusión entre las enfermeras, si no hay ninguna señal de descanso y cambio positivo, y empujar a gran cantidad de ellas al punto de ruptura

(Gee *et al.*, 2022). Durante la recuperación y la reconstrucción, todas las enfermeras en activo merecen consideración. Para evitar que muchas alcancen el punto de ruptura, hace falta tener plenamente en cuenta la necesidad de sostenibilidad y condiciones de trabajo dignas. Si los legisladores prestan la atención que se merece al impacto de sus decisiones de reconstrucción en las enfermeras a título individual y en la fuerza laboral de enfermería, entonces la retención y la oferta mejorarán en el futuro; pero si únicamente se centran en el nivel del sistema e ignoran el impacto en las enfermeras, entonces su retención y oferta a más largo plazo empeorarán.

Han pasado tres años desde la aparición de la pandemia y ya hay una base de evidencia sustancial y creciente sobre su repercusión en la fuerza laboral de enfermería. Al poner las palabras de búsqueda “COVID nurse retention (COVID retención enfermeras)” en el Google Académico aparecen más de 34 000 resultados solo para 2020-2022. Esta evidencia se centra tanto en el nivel personal – estrés, carga de trabajo, riesgos de contagio, ‘cuidados perdidos’ (Chaboyer *et al.*, 2021), exigencias planteadas a las enfermeras para que ‘aguanten’ y sean ‘resilientes’, preocupación por ‘lesiones morales’ cuando se les requiere que realicen o presencien decisiones éticamente complicadas sobre la prestación de cuidados a los pacientes (Rowlands, 2021) – como en las implicaciones de las repuestas del sistema descritas en la sección anterior (reubicación, mantenimiento de dotaciones seguras de personal, nuevas responsabilidades, acceso a EPI adecuados, vacunas, etc.).

La mayor parte de la evidencia publicada se centra en las enfermeras que trabajan en hospitales urbanos, pero, tal y como señalamos en este informe, la COVID-19 ha tenido

repercusiones en todo el sistema. Incorporamos a continuación estudios que examinan centros de trabajo como residencias de mayores y establecimientos de atención primaria. También es importante considerar el impacto en los estudiantes de enfermería, un colectivo separado, pero que en muchos países ha sido llamado a realizar trabajo ‘de primera línea’ y/o ha visto sus estudios interrumpidos. Ellos también han experimentado estrés, baja dotación de personal, carga de trabajo elevada y agotamiento potencial (véase, por ej., Dempsey *et al.*, 2022; Michel *et al.*, 2021; Gómez-Ibáñez *et al.*, 2020).

Gran parte de esta base de evidencia que no deja de aumentar proviene de encuestas nacionales o locales a enfermeras, a menudo lideradas o apoyadas por las ANE. Estos sondeos muestran el daño que han sufrido las enfermeras a título individual – muchas más han llegado al punto de ruptura – además de enfatizar los riesgos para la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería. Los legisladores han de tener en cuenta estas conclusiones y actuar en consecuencia.

Nuestro informe *Apoyar y Retener 2022* expone una serie de estudios de Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, China, Egipto, Alemania, India, Irán, Irlanda, la Comunidad Económica de Estados de África Occidental, Japón, Líbano, Países Bajos, Omán, Filipinas, Catar, República de Corea, Sudáfrica, España, Taiwán, Uganda, Reino Unido y EE.UU. Este año sumamos a la base de evidencia nuevos estudios publicados desde el último informe, una vez más sobre un amplio abanico de países. Aquí se aprecia la naturaleza global del impacto de la pandemia y la reconstrucción del sistema de salud. La siguiente Tabla 4 presenta estudios específicos de países publicados en 2022-3 sobre cuestiones que han afectado a fuerza laboral de enfermería.

Tabla 4: Principales conclusiones de encuestas realizadas a la fuerza laboral de enfermería sobre las enfermeras 2022-23

<p>Australia (Halcomb <i>et al.</i>, 2022; Peters & Marnie, 2022; Sharplin <i>et al.</i>, 2023)</p>	<p>Encuesta a 359 enfermeras de atención primaria: la mayoría de los participantes (80,5%) han señalado que la COVID-19 había afectado negativamente a la detección y gestión de problemas de salud no relacionados con esta enfermedad. Muchas enfermeras de salud mental habían percibido una reducción general en la calidad de los cuidados prestados a causa de la COVID-19 y sentían que faltaba una supervisión adecuada y apoyo en el lugar de trabajo.</p> <p>Encuesta nacional a miembros de la Federación de Enfermería y Partería de Australia, 761 respuestas: el 13% de los participantes han señalado que habían previsto dejar la profesión; la intención de abandonar un puesto actual en los próximos 1-5 años oscilaba entre el 32% en los grupos de edad 40-49 y 50-59 y el 53% en el grupo de edad 60+. "...el principal reto identificado por los participantes era sobre todo la enorme necesidad de personal... Los encuestados también se sentían poco apoyados y sufrían ansiedad al ser reubicados en otras áreas de su centro para cubrir la carga de pacientes" (Peters & Marnie, 2022, p. iii).</p> <p>Una encuesta encargada por la Asociación de Enfermeras y Parteras de Nueva Gales del Sur (NSWNMA) con más de 2 300 participantes señaló que 15 de cada 100 enfermeras y parteras padecían síntomas de estrés postraumático a nivel clínico. Estrés y agotamiento fueron los factores clave identificados. En general, el 22% de los encuestados ha indicado que querían abandonar las profesiones de la salud por completo. Este informe ha concluido que un mejor sueldo, un mayor apoyo en el lugar de trabajo y una menor carga de trabajo estaban entre las tres principales medidas de retención para quedarse.</p>
<p>Bélgica (Khan, Bruyneel & Smith, 2022; Van den Heede, <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Encuesta a 4 552 enfermeras en Bélgica: el 70% de las enfermeras corrían un riesgo elevado de agotamiento durante la primera ola de la COVID-19; los principales factores de riesgo eran la falta de EPI para esta enfermedad y cambios en la carga de trabajo percibida. En cuanto a las condiciones laborales durante la pandemia, se identificaron los siguientes factores de riesgo de agotamiento: trabajo suplementario al horario de tiempo completo en las últimas semanas, tener más del 75% de los pacientes con COVID-19 en la sala, estar expuesto a la muerte de pacientes por esta enfermedad y tener más de la mitad de los colegas en incapacidad por enfermedad.</p> <p>Encuesta a todas las unidades de cuidados intensivos en Bélgica: muchas enfermeras de UCI están agotadas físicamente, pero sobre todo mentalmente tras dos años de pandemia de COVID-19. A medida que esta parecía ser 'interminable', los sentimientos de agotamiento parecían aumentar.</p> <p>Dos años después, el efecto de la crisis de la COVID-19 en el bienestar de las enfermeras de UCI y la calidad percibida de los cuidados de enfermería sigue siendo elevado. La media de 43,9% de enfermeras que señalan su intención de marcharse es alta (26,5% a un puesto de trabajo fuera de la enfermería, 5,8% a un puesto de enfermería fuera del entorno hospitalario y 11,7% a otro puesto de enfermería en el hospital). Asimismo, se queda un número importante de actividades sin hacer en el último turno siendo estas 1,6 de 5 actividades de planificación y comunicación y 1,8 de 9 actividades clínicas. La pandemia de COVID-19 ha amplificado los problemas existentes y ha creado otros nuevos. Los hospitales con un mejor entorno de trabajo para las enfermeras tienen mejores resultados de enfermería y una mayor calidad percibida de los cuidados. La dotación de enfermeras de la fuerza laboral de UCI en Bélgica está muy cualificada, pero es un recurso escaso que es difícil de sustituir.</p>

<p>Canadá (Crowe, Howard & Vanderspank, 2022; Lavoie-Tremblay <i>et al.</i>, 2022; Ben Hamed & Bourgeault, 2022)</p>	<p>Encuesta a 425 enfermeras de cuidados críticos: la amplia mayoría han señalado síntomas de trastorno de estrés postraumático (74%), depresión (70%), ansiedad (57%) y estrés (61%). Todas (100%) han indicado un agotamiento entre moderado y elevado, el 87% estaban experimentando señales de estrés traumático secundario y el 22% tenían intención de abandonar su actual empleo.</p> <p>Encuesta a 1 705 enfermeras en primera línea en Canadá: las enfermeras al cuidado de pacientes de COVID-19 han notificado niveles elevados de fatiga crónica, mala calidad de los cuidados, menor satisfacción laboral y mayor intención de abandonar la profesión. Las enfermeras mal preparadas y agotadas mostraban una mayor intención de cambio respecto a las que estaban bien preparadas y en control.</p> <p>Encuesta nacional a 4 467 enfermeras en activo: el 94% padecían síntomas de agotamiento y el 45% estaban experimentando agotamiento grave (un 29% más que antes de la pandemia). Sintiendo frustradas, fatigadas y con poco equilibrio entre la vida laboral y la vida personal o control sobre su ejercicio profesional, numerosas enfermeras se han marchado y muchas otras están pensando en abandonar puestos de trabajo a tiempo completo. Más de la mitad de las enfermeras están valorando la posibilidad de dejar su actual puesto de trabajo el próximo año y el 19% están pensando en abandonar la profesión por completo.</p>
<p>Chequia (Gurková, Mikšová & Šáteková, 2022)</p>	<p>Muestra de 371 enfermeras de cuatro hospitales de cuidados agudos durante la pandemia: las enfermeras que denuncian entornos desfavorables señalan constantemente una mayor frecuencia de episodios de cuidados perdidos. En los hospitales de cuidados agudos checos se realizaron estimaciones de los cuidados perdidos durante la pandemia de COVID-19 a partir de las horas extraordinarias, la percepción de los “Fundamentos de enfermería para la calidad de los cuidados” por parte de las enfermeras y su satisfacción con su puesto actual. Los cuidados de enfermería perdidos se podían mitigar mejorando el entorno de trabajo de las enfermeras.</p>
<p>Alemania (Schug <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Encuesta en línea a 757 enfermeras en hospitales alemanes: el 18,9% manifestaron su intención de abandonar. La tercera parte (32,5%) indicaron un ≥ 10 - 12.3% más de bajas por enfermedad superiores a 25 días en 12 meses. Niveles más reducidos de recompensa, haber cambiado de departamento en el trabajo durante la pandemia, trabajar a tiempo parcial y niveles de depresión más elevados eran factores predictores significativos de la intención de abandonar. Potenciar la protección frente a la COVID-19 y reducir la carga de trabajo también podían prevenir las bajas por enfermedad. La prevención de la depresión, una mejor gestión del cambio y apoyo a los trabajadores a tiempo completo podían contribuir a reducir la intención de abandonar de las enfermeras.</p>
<p>Ghana (Boateng <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Encuesta a 226 enfermeras y parteras seleccionadas aleatoriamente en un centro de atención terciaria de salud en Ghana: la incidencia de la intención de abandonar era del 87,2%. Aproximadamente dos tercios (61,5%) de los participantes estaban expuestos a un nivel alto de peligro en el lugar de trabajo. Apoyo de la dirección, sueldos, cantidad inadecuada de personal de servicio en cada turno eran factores asociados en gran medida a la intención de abandonar.</p>
<p>India (Kavitha, Sikander & Joseph, 2022)</p>	<p>Encuesta a 367 estudiantes de enfermería de seis facultades: 113 (30,79%) tenían síntomas marcados de TEPT y 44 (11,98%) padecían un TEPT moderado.</p>
<p>Irán (Lofti, <i>et al.</i> 2022)</p>	<p>Encuesta a 190 enfermeras de quirófano trabajando en hospitales públicos en Irán: considerable relación encontrada entre el clima de seguridad desfavorable percibido por las enfermeras en la pandemia de COVID-19 y la intención de abandonar.</p>
<p>Irlanda (Brady <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Estudio transversal a 390 empleados de residencias de mayores durante la tercera ola de la pandemia de COVID-19: el personal señalaba niveles elevados de estrés postraumático, alteraciones del estado de ánimo y lesiones morales durante la pandemia. También se encontraron diferencias en el grado de lesión moral, bienestar y estilos de afrontamiento entre los grupos de personal, que hay que tener en cuenta al prever apoyo para esta fuerza laboral descuidada.</p>

<p>Jordania (Fawaris <i>et al.</i>, 2022; Khrais <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Encuesta a 312 trabajadores sanitarios en Jordania; casi el 38% y el 36% presentaban ansiedad y depresión de nivel entre moderado y grave. Las enfermeras han señalado síntomas más graves que otros trabajadores sanitarios.</p> <p>Encuesta a 536 enfermeras registradas participantes en el estudio realizado en ocho hospitales en Jordania para examinar el efecto del apoyo de la organización percibido, la rendición de cuentas y las características de las enfermeras en relación con los cuidados de enfermería perdidos por efecto de la COVID-19: los problemas de comunicación fueron los que tuvieron una mayor repercusión en los cuidados de enfermería perdidos en relación con los recursos laborales y materiales. Mayor ratio enfermera-pacientes agravada por la pandemia de COVID-19, años de experiencia, satisfacción con los ingresos, percepción de rendición de cuentas y apoyo organizativo se encontraban entre los factores asociados a los niveles de cuidados de enfermería perdidos.</p>
<p>Malasia (Jarrar <i>et al.</i>, 2023)</p>	<p>Encuesta a una muestra de 400 enfermeras en un hospital general durante la COVID: la duración del horario laboral estaba asociada significativamente a la ansiedad, depresión, fatiga, somnolencia, calidad de los cuidados de enfermería e intención de abandonar el puesto de trabajo por parte de las enfermeras. Trabajar más de 14 horas estaba asociado negativamente a la calidad percibida de los cuidados de enfermería y asociado afirmativamente a su malestar percibido y su intención de marcharse.</p>
<p>México (Cortés-Álvarez & Vuelvas-Olmos, 2022)</p>	<p>Encuesta a 462 enfermeras: 46,72% de ellas han señalado una respuesta de angustia traumática entre moderada y grave, 42,40% han mostrado un nivel elevado de agotamiento emocional, y el 41,78% han manifestado angustia psicológica entre moderada y grave. Un aumento de las horas de trabajo por semana a causa de la COVID-19 y el contacto con un caso sospechoso y confirmado de esta enfermedad en el lugar de trabajo eran factores asociados a una mayor respuesta de angustia traumática en el brote.</p>
<p>Países Bajos (Heesakkers <i>et al.</i>, 2023)</p>	<p>Encuesta a 589 enfermeras en cuidados intensivos en 2021 tras la segunda ola (164 también habían cumplimentado el cuestionario en 2020): el 38,2% habían experimentado uno o más síntomas de salud mental y el 49,9% fatiga laboral. En comparación con la primera medición, la aparición de síntomas de salud mental seguía siendo alta y la fatiga laboral era considerablemente superior. La concesión de las vacaciones solicitadas, tener más confianza en el futuro y un mejor equilibrio percibido entre la vida laboral y la vida personal eran factores notablemente asociados a menos síntomas. El estudio concluía que “La segunda ola de la pandemia de COVID-19 había agotado aún más las reservas mentales de las enfermeras en unidades de cuidados intensivos, lo cual había generado una mayor fatiga laboral”.</p>
<p>Noruega (Djupeidal, <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Encuesta a 694 enfermeras: el cambio de programa de trabajo en relación con la pandemia estaba asociado a peor calidad del sueño, menor duración del mismo y mayor intención de abandonar.</p>
<p>Filipinas (Labrague, de los Santos & Fronda, 2022)</p>	<p>Encuesta en línea a 295 enfermeras en primera línea: el tamaño del centro hospitalario, los niveles de dotación de personal y la cultura sobre la seguridad del paciente eran factores predictores de los cuidados de enfermería perdidos. La idoneidad de los EPI, los niveles de dotación de personal y la cultura sobre la seguridad del paciente se han considerado factores predictores de la calidad de los cuidados.</p>

<p>Polonia (Piotrowsk <i>et al.</i>, 2022; Dziedzic <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Encuesta a 390 enfermeras y parteras polacas: casi el 25% de ellas han señalado una elevada intención de abandonar, y una proporción similar ha señalado un nivel de satisfacción laboral bajo. La resiliencia se ha relacionado con la satisfacción laboral de las enfermeras.</p> <p>Encuesta a 333 enfermeras profesionalmente activas participantes en el estudio durante la cuarta ola de la COVID: se han detectado síntomas graves y muy graves de depresión en el 23,1% de las enfermeras, y síntomas moderados en el 30,3% de ellas. Se han observado niveles elevados y muy elevados de ansiedad en el 46,5% de los encuestados, mientras que el 25,8% han mostrado un nivel moderado de ansiedad. Se han detectado niveles moderados y elevados de estrés en el 35,4% y el 14,1% de los encuestados respectivamente. “Las puntuaciones elevadas en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre las enfermeras polacas durante la cuarta ola de la pandemia de COVID-19 son indicativas de una amenaza directa a su salud mental. Es necesario diseñar e implementar estrategias de apoyo específicas para prevenir el deterioro de la salud mental en este colectivo”.</p>
<p>España (Molina-Mula <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Encuesta a 892 enfermeras en las Islas Baleares: aproximadamente el 75,6% de las enfermeras tenían experiencia en unidades de COVID-19, y el 49,1% habían trabajado más de diez meses en una de ellas. Las enfermeras en estas unidades tenían más probabilidades de manifestar fatiga emocional (OR 1,9, $p < 0,001$) y ansiedad (OR 1,5, $p = 0,021$). En general, se manifestaba claramente un nivel de estrés postraumático moderado en las enfermeras generalistas ($p = 0,027$), y grave en las enfermeras de UCI ($p = 0,027$). Una reducción en el cuidado de los pacientes de COVID-19 era un factor predictor de menores niveles de fatiga emocional, despersonalización y estrés postraumático.</p>
<p>Suecia (Nymark <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Estudio para valorar los cuidados de enfermería perdidos y la seguridad del paciente: 43 enfermeras registradas y auxiliares de enfermería en la muestra de COVID-19, y 59 en la de referencia. La muestra de COVID-19 señalaba un número considerablemente superior de horas extra y más bajas laborales por enfermedad en comparación con la de referencia. La seguridad del paciente y la calidad de los cuidados eran objeto de peor percepción, y la muestra de COVID-19 apuntaba a más cuidados de enfermería perdidos en relación con la cura de heridas y la enfermería básica.</p>
<p>Emiratos Árabes Unidos (Sam <i>et al.</i>, 2023)</p>	<p>Encuesta a 525 enfermeras en hospitales de la Autoridad de Salud de Dubai: el 67,6% de los participantes han señalado niveles moderados de agotamiento, y un 54,7% “parecían tener estrés traumático secundario”.</p>
<p>Reino Unido (Ball <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Sondeo nacional a 2 205 encuestados durante la primera ola de la pandemia preguntados por las tres cosas más importantes que el gobierno o su empleador podían hacer para mejorar su vida laboral: EPI/seguridad del personal (60,0%), apoyar a la fuerza laboral (28,6%) y mejor comunicación (21,9%) fueron los temas citados con mayor frecuencia. Los autores han puesto de relieve la necesidad de mejorar urgentemente la provisión y calidad de los EPI para la seguridad tanto de la fuerza laboral como de los pacientes, y que “haber fallado a la hora de cubrir las necesidades de las enfermeras en materia de seguridad en el lugar de trabajo parece haber dañado la moral en este personal fundamental”.</p>

EE.UU.

(Guttormson *et al.*, 2022; Kim, Rankin & Ferguson, 2022; Sheppard *et al.*, 2022; NSI Nursing Solutions Inc., 2022; Berlin, Lapointe & Murphy, 2021; Squires *et al.*, 2022; Aiken *et al.*, 2022)

Encuesta a 488 enfermeras en UCI: más de dos tercios de los encuestados han sufrido escasez de EPI. Las enfermeras preguntadas han señalado niveles moderados/altos de angustia moral y agotamiento. El 44,6% y el 31,1% de los encuestados manifestaron síntomas de depresión y ansiedad de nivel entre moderado y grave, respectivamente. El 47% de los encuestados corrían riesgo de padecer trastorno de estrés postraumático (TEPT). La falta de percepción de apoyo de la administración y la escasez de EPI se asociaban a mayores niveles de agotamiento, angustia moral y síntomas de TEPT.

Tres encuestas transversales a enfermeras en EE.UU.: principio de la pandemia ($n = 320$), antes de la vacunación ($n = 228$) y primeros grupos de vacunación ($n = 292$). Se apreciaban disminuciones significativas en la ansiedad moderada/severa y la depresión moderada/severa en el grupo de vacunación temprana en comparación con los demás grupos. Los mecanismos de afrontamiento y el apoyo de las organizaciones parecen ser factores importantes para predecir una mala salud mental y agotamiento de las enfermeras

Encuesta a 129 enfermeras registradas en el sistema hospitalario de EE.UU. La angustia moral relacionada con el entorno de trabajo o la calidad y la seguridad del paciente eran factores significativos en la intención de las enfermeras registradas de abandonar su puesto. Las enfermeras registradas que percibían su entorno de trabajo como moralmente angustiante tenían nueve veces más probabilidades de considerar abandonar su puesto en comparación con las demás colegas encuestadas. Las enfermeras registradas que percibían que las prácticas de calidad y seguridad del hospital eran moralmente angustiantes expresaban una intención de marcharse tres veces superior.

Una encuesta a 272 hospitales de 32 estados de EE.UU., con un total de 166 087 enfermeras registradas, señaló en 2021 que “Las enfermeras registradas están abandonando los cuidados a pie de cama a un ritmo alarmante”. La tasa de renovación de las enfermeras registradas en plantilla ha aumentado del 8,4% al 27,1%. Las enfermeras registradas que trabajan en servicios de cuidados intermedios, telemetría y emergencias han experimentado las tasas más elevadas.

“El treinta y dos por ciento de las enfermeras registradas encuestadas en Estados Unidos en noviembre de 2021 declararon que podrían abandonar su función actual de cuidados directos a los pacientes, según la última investigación de McKinsey”, un aumento de 10 puntos porcentuales en menos de 10 meses. El 32% de las enfermeras registradas apuntaron a la posibilidad de abandonar su puesto actual prestando cuidados directos en noviembre de 2021, lo cual representa un aumento del 22% desde febrero de 2021. “Entre los principales factores impulsores de la intención de marcharse se encuentran los niveles insuficientes de dotación de personal, búsqueda de sueldos más elevados, no sentirse escuchados o apoyados en el trabajo, y el coste emocional del puesto”. En contraste, “algunos de los factores más influyentes para permanecer en el puesto se encuentran la seguridad, flexibilidad (como el equilibrio entre la vida laboral y la vida personal) y el entorno (por ej., un equipo de cuidados leal, sentirse valorado por la organización, hacer un trabajo significativo)”.

Encuesta a 242 enfermeras de EE.UU. con el fin de examinar el efecto de la pandemia en sus funciones, sus relaciones profesionales y las culturas organizativas de sus empleadores: “La cultura organizativa y su influencia en la aplicación de la respuesta a la pandemia ha sido una característica fundamental de sus experiencias... Las conclusiones apuntan a que el desempeño organizativo durante la pandemia podría reflejarse en la retención de la fuerza laboral de enfermería puesto que el riesgo de pérdida de personal parece elevado”.

Encuesta repetida antes y durante la pandemia a 151 335 enfermeras registradas en Nueva York e Illinois, y a un subconjunto de 40 674 enfermeras en plantilla empleadas en 357 hospitales. Entre las principales conclusiones se encuentran las siguientes: la tasa de agotamiento de las enfermeras era alta antes de la pandemia de COVID-19, al igual que durante la misma; los hospitales con mejor dotación de personal antes de la pandemia tenían mejores resultados durante la misma; hacen falta políticas para prevenir la infradotación crónica de enfermeras en los hospitales.

República de Corea (Joo, Yeon & Hwa, 2022)	Encuesta a 176 enfermeras en tres hospitales de cuidados prolongados: la intención de abandonar guardaba una correlación positiva con el estrés de la COVID-19, y un entorno de trabajo de enfermería positivo podía ayudar a las enfermeras a reducirlo junto con su intención de abandonar.
Rumanía (Gherman <i>et al.</i> , 2022)	Encuesta a 463 enfermeras rumanas enfocada a denunciar Eventos Moralmente Lesivos Potencialmente (EMLP): Los recuerdos de EMLP estaban extraordinariamente asociados al agotamiento y la intención de abandonar. “Nuestras conclusiones ponen énfasis en la necesidad de prácticas de reparación moral en las organizaciones, que deben potenciar los sentimientos de autonomía, conexión y competencia de las enfermeras”.
Sudáfrica (Moyo <i>et al.</i> , 2022)	Encuesta a enfermeras gestoras en un hospital de distrito: han experimentado dificultades en materia de recursos humanos durante la COVID-19 “agravadas por la congelación de las vacantes”. Había escasez de recursos materiales que afectaba a los cuidados al paciente. Las enfermeras gestoras que previamente habían contraído la COVID-19 padecían estigma y discriminación.
Tailandia (Gaesawahong <i>et al.</i> , 2022)	Encuesta a 1 073 enfermeras registradas prestando servicio a pacientes de COVID-19: las cuatro repercusiones de la pandemia de COVID-19 han sido: 1) desequilibrio entre la vida profesional y la vida laboral por la mayor carga de trabajo; 2) miedo al contagio y la transmisión; 3) apoyo inadecuado de la organización, en particular en cuanto al suministro de EPI y vacunas de calidad, apoyo informativo y compensación injusta en algunos hospitales; y 4) cambios ecológicos tanto en sentido positivo como negativo. “Las enfermeras líderes podían proporcionar apoyo adecuado en cuanto al equipamiento y la información necesarios para las enfermeras registradas con el fin de reducir el estrés relacionado con el peligro. Su compensación debe considerarse apropiada”.

La Tabla 4 ofrece instantáneas de determinados momentos en el tiempo, utilizando diferentes métodos, así como distintas medidas y definiciones, y únicamente en una selección de países. Aun así, señalan que el daño infligido a la fuerza laboral de enfermería es profundo y global. **Se trata de estudios ‘únicos’ pero no de situaciones únicas. El impacto general en todo el mundo es persistente y está profundamente arraigado.** A este agotamiento global de las enfermeras han contribuido tanto la COVID-19 en sí como la falta de respuestas políticas eficaces contra la pandemia en numerosos países.

Las encuestas nacionales dibujan una imagen inquietante y cuentan con el apoyo de un creciente número de estudios en varios países que examinan la fuerza laboral de enfermería y la COVID-19. Estos estudios ofrecen una perspectiva más profunda y detallada del impacto en el agotamiento, la intención de abandonar y la renovación de las enfermeras. En nuestro informe *Apojar y retener*, ofrecíamos varias revisiones que ya habían salido a la luz (Williams *et al.*, 2020; Joo & Liu, 2021; Jo *et al.*, 2021; Llop-Gironés *et al.*, 2021; ECSACON, 2021). Un año después, informamos de muchas más (véase la Tabla 5 a continuación). La elaboración de estos estudios y metaanálisis sistemáticos requiere más tiempo, pero añade un peso significativo a la creciente base de evidencia sobre la repercusión de la pandemia en la fuerza laboral de enfermería.

Tabla 5: Revisiones y metaanálisis enfocados a las repercusiones en las enfermeras y los trabajadores sanitarios 2022-23

ENFOQUE	MÉTODO(S)	CONCLUSIONES
Predominio de depresión y ansiedad en las enfermeras durante los primeros 11 meses de la pandemia de COVID-19 (Ślusarska <i>et al.</i> , 2022)	Revisión y metaanálisis sistemático	23 estudios ($n = 44\ 165$) de nueve países (China, Filipinas, Estados Unidos, Turquía, Arabia Saudí, Irán, Reino Unido, Brasil y Canadá). Los autores señalan que la incidencia combinada de depresión entre las enfermeras era del 22%, y de síntomas de ansiedad del 29%. “Este metaanálisis muestra que más de un quinto de las enfermeras en la práctica profesional durante la pandemia de COVID-19 padecen trastornos depresivos, y casi un tercio experimentan síntomas de ansiedad”. Los autores argumentan que estos datos subrayan la importancia de proporcionar estrategias integrales de apoyo psicológico a las enfermeras que trabajan en condiciones de pandemia.
Factores que actúan como mediadores en el bienestar psicológico de los trabajadores sanitarios como respuesta a la pandemia mundial (Schneider <i>et al.</i> , 2022)	Revisión sistemática	Esta revisión consta de 39 estudios: 21 han investigado la pandemia de SARS, 12 el brote de COVID-19, 4 el MERS y 1 la gripe. Estos estudios se han centrado en China, Canadá, Taiwán, Corea del Sur, Singapur, India, Israel, Italia, Japón y Arabia Saudí. La mayoría han demostrado que el bienestar corría mayor riesgo para las enfermeras que para otros trabajadores sanitarios. “De hecho, existe amplia evidencia de que el apoyo social, organizativo y gubernamental juega un papel crucial en cómo experimentan los trabajadores sanitarios los brotes de pandemias mundiales, y está demostrado que un apoyo adecuado puede influir significativamente en su bienestar general. Los resultados de esta investigación sugieren que el apoyo era el factor mencionado con mayor frecuencia de cara a protegerlo.”
Estrategias de desescalada para el personal reubicado y las instalaciones transformadas en unidades de cuidados intensivos de COVID-19 (UCI) durante la pandemia. (Clark, Chisnall & Vindrola-Padros, 2022)	Revisión sistemática	Quince artículos de seis países: Reino Unido, EE.UU., Singapur, China, Irán y Australia sobre temas de bienestar y formación. El principal planteamiento operativo dirigido a mantener la flexibilidad para futuras olas era el uso de un semáforo o un sistema de retorno por fases para la fuerza laboral y las instalaciones, puesto que permitiría regresar rápidamente al despliegue anterior en caso necesario. Las estrategias fundamentales de apoyo se han centrado en el bienestar y las necesidades de formación de la fuerza laboral retornada y reubicada, asegurándose de que el personal tuviera tiempo libre para descansar y recuperarse. Estas estrategias también suponían monitorizar y apoyar la salud mental del personal a largo plazo garantizando que este recibiera reconocimiento y gratitud por sus servicios; identificar necesidades de formación en el personal sanitario en prácticas y puesta al día sobre cualquier formación perdida. La estrategia de formación más relevante en relación con la preparación para futuras olas de COVID-19 era continuar con formación y prácticas de UCI y preparación para desastres.
Establecimiento del patrón de trastornos de la personalidad (TP) y sus factores de riesgo asociados entre trabajadores sanitarios en África durante la pandemia (Olashore <i>et al.</i> , 2021)	Revisión sistemática	12 estudios. El trastorno de ansiedad con tasas desde el 9,5% hasta el 73,3%, y la depresión, desde el 12,5% hasta el 71,9%, han sido los TP más señalados. La disponibilidad de equipamiento de protección e información sobre las medidas preventivas reducían el riesgo de desarrollar algún TP, mientras que el uso de sustancias psicoactivas, historial de enfermedad mental crónica, nivel bajo de resiliencia y apoyo social reducido aumentaban estos riesgos. “Una proporción considerable de trabajadores sanitarios manifiestan varios problemas psicológicos al igual que sus homólogos en otras partes del mundo”.

ENFOQUE	MÉTODO(S)	CONCLUSIONES
Panorama general mundial de la intención de abandonar de los trabajadores sanitarios en la pandemia de COVID-19 (Poon <i>et al.</i> , 2022)	Revisión sistemática	<p>Cuarenta y tres estudios: 18 de Oriente Medio, 10 de las Américas, 9 de Asia-Pacífico y 6 de Europa. En la mayoría de ellos han participado enfermeras. Los niveles elevados de estrés psicológico y ansiedad estaban relacionados con niveles más altos de intención de abandonar por parte de los trabajadores sanitarios; también se ha concluido que los aumentos en la carga de trabajo guardaban una correlación positiva con la intención de abandonar. Además, los trabajadores sanitarios que han trabajado muchas horas seguidas o que han experimentado un aumento en sus horas de trabajo a causa de la pandemia eran más susceptibles a tener intención de abandonar.</p> <p>La confianza en la organización y el apoyo percibido eran factores centrales que protegían a las enfermeras frente a la mayor intención de abandonar.</p>
Impacto de la pandemia de COVID-19 en el agotamiento, la fatiga y satisfacción de la compasión en el personal sanitario (Lluch <i>et al.</i> , 2022)	Revisión sistemática de la literatura publicada durante el primer año de la pandemia	<p>De 2 858 registros identificados, se han incluido 76. Los principales resultados encontrados han sido un aumento en la tasa de agotamiento, dimensiones del agotamiento emocional, despersonalización y fatiga por compasión; reducción de la realización personal; y niveles de la satisfacción de la compasión similares a los anteriores a la pandemia. “Los principales factores de riesgo asociados al agotamiento eran la ansiedad, la depresión y el insomnio junto con algunas variables sociodemográficas como ser mujer o enfermera o trabajar directamente con pacientes de COVID-19”.</p> <p>La calidad de vida de los profesionales de la salud se ha visto considerablemente afectada por la pandemia de esta enfermedad. Más concretamente, el nivel de agotamiento pasó de medio-alto a alto y el de fatiga por compasión pasó de medio a alto. “Ya no podemos permitirnos no aplicar estrategias preventivas para prevenir procesos como el agotamiento y la fatiga por compasión en los profesionales de la salud”.</p>
Correlaciones de la intención de abandonar entre el personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19 (Tolksdorf, Tischler & Heinrichs. 2022)	Revisión sistemática	<p>Los factores organizativos asociados a la intención de abandonar eran por ejemplo estar cuidando de pacientes de COVID-19, tener bajo control sobre el trabajo y un nivel elevado de exigencia y angustia moral.</p>
Estudio global que “preguntaba a las enfermeras en primera línea en varios países si querían permanecer en sus puestos actuales” (Berlin <i>et al.</i> , 2022)	Estudio global	<p>Un 20-38% de las enfermeras encuestadas en EE.UU., Reino Unido, Japón, Francia, Brasil y Australia han indicado que era probable que abandonaran su puesto actual en atención directa a pacientes al año siguiente. “Las conclusiones del estudio ponen de relieve un grado de coincidencia llamativo en cómo se sienten las enfermeras en sus puestos de trabajo a día de hoy, a pesar de las diferencias en los sistemas sanitarios y las redes de prestación de cuidados en cada uno de los siete países”.</p>

2.4 AGOTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS: LA ‘RESILIENCIA’ PERSONAL DE LA ENFERMERA NO ES LA SOLUCIÓN

El tema clave que nace de estas encuestas y revisiones es la enorme amplitud del trauma y el agotamiento efectivo y potencial de la fuerza laboral de enfermería. Esto es extremadamente preocupante porque el agotamiento de las enfermeras es tanto una cuestión de salud y bienestar personal como un riesgo para la calidad del servicio y la recuperación y reconstrucción del sistema de salud. Además, los legisladores tienen que reconocer que las enfermeras son personas con compromisos fuera del trabajo y que, durante la pandemia, sus preocupaciones iban más allá de sus experiencias personales dado que también tenían responsabilidades familiares (Chandler-Jeanville *et al.*, 2021; Brolan *et al.*, 2022).

Las enfermeras agotadas faltan al trabajo, reducen sus horas o abandonan su empleo. Algunas que han ‘aguantado’ durante los primeros años de la pandemia, ahora están agotadas y tendrán que trasladarse a puestos menos exigentes, descansar o distanciarse y trabajar en otros sectores o jubilarse. Las que siguen trabajando denuncian niveles crecientes de estrés y cada vez son más proclives a considerar la posibilidad de abandonar su puesto de trabajo o la profesión. Hay una enorme preocupación porque a pesar de los elevados niveles de agotamiento señalados en muchos de estos estudios, **a menudo no hay una organización y respuesta sistemáticas del empleador y se coloca una mayor carga en cada enfermera para que sea ‘resiliente’ al entrar en cuarto año de pandemia y reconstrucción.**

Una revisión clave del agotamiento en la profesión de enfermería que identificaba y examinaba 91 estudios de investigación (previos a la pandemia) llegó a la conclusión de que “los patrones detectados muestran de forma consistente que los factores asociados son las características adversas del puesto, la carga de trabajo elevada, los niveles bajos de dotación de personal, los turnos largos y el poco nivel de control. Todo ello puede tener consecuencias graves para el personal y los pacientes” (Dall’Ora *et al.*, 2020). Los mismos autores han destacado que el agotamiento de las enfermeras “estaba relacionado con una menor seguridad del paciente y número de eventos

adversos, en particular errores de medicación, infecciones y caídas”. Cuando el personal experimentaba agotamiento, la insatisfacción de los pacientes y las quejas de las familias aumentaban (Dall’Ora & Saville, 2021). La conclusión es que **“claramente la evidencia no apoya intervenciones de reducción del agotamiento dirigidas a comportamientos individuales – como formación en mindfulness o en resiliencia – puesto que se trata de corregir los desequilibrios en el entorno de trabajo”** (Dall’Ora & Saville, 2021).

Estos puntos han salido reforzados en un estudio sistemático más reciente sobre el agotamiento en enfermería, abarcando el periodo hasta la primera fase de la pandemia (octubre de 2020) (Jun *et al.*, 2021), que ha destacado la necesidad de analizar el agotamiento de las enfermeras como síntoma que requiere respuestas a nivel de las organizaciones: “El agotamiento de las enfermeras está asociado al empeoramiento de la seguridad y la calidad de los cuidados, así como a una menor satisfacción de los pacientes, y al compromiso y la productividad de las enfermeras en las organizaciones. Tradicionalmente, se ve como un problema individual. **Sin embargo, plantearlo como un fenómeno organizativo y colectivo ofrece la perspectiva más amplia necesaria para su abordaje**”. Otro informe reciente del panel de expertos de la Comisión Europea sobre la salud mental del personal sanitario durante la pandemia ha puesto énfasis en la necesidad de “apoyar la salud mental inmediatamente y aliviar las consecuencias del estrés, el miedo y la lesión moral, además de destacar que **“La organización, a diferencia del trabajador a nivel individual, tiene que rendir cuentas públicamente por el bienestar de los trabajadores”** (European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, 2021).

Otra estudio ha resaltado que “la COVID-19 también demuestra las limitaciones del autocuidado, es decir, uno de los marcos más promovidos para disminuir el estrés compartido y el agotamiento. Es cierto que el autocuidado puede ser útil en determinados casos, pero **la responsabilidad primaria de reducir tanto el agotamiento como el trauma compartido**

debe pasar del trabajador a la organización” (Cohen-Serrins, 2021, pp. 259-268).

Un comentario en ‘The Great Resignation’ (La gran renuncia) en US nursing resaltaba que las respuestas organizativas centradas principalmente en generar resiliencia en enfermería sin tener en cuenta las causas relacionadas con el lugar de trabajo “son especialmente cortoplacistas”, llegando a la conclusión de que “El resultado final corre el riesgo de **generar una falsa mentalidad de que lo que hay que arreglar es la enfermera en lugar del sistema sanitario**” (Laskowski-Jones & Castner, 2022).

Y otro estudio, publicado en 2023, examina el papel de tres condiciones clave en el lugar de trabajo como prerrequisitos para mejorar la calidad y la seguridad en la atención de salud: dotación de personal para la calidad; seguridad psicológica, trabajar en equipo y decir lo que se piensa; y salud y bienestar del personal en el trabajo. Los autores han indicado que “Las tres condiciones identificadas para la mejora de la atención de salud dependen del

liderazgo, el apoyo de la dirección y el establecimiento de roles”. Esta revisión ha señalado que según la investigación es plausible que haya una relación causal entre la dotación de enfermeras registradas, la calidad de los cuidados y los resultados de los pacientes; que la dotación de personal va más allá de los números puesto que los entornos de la práctica también tienen una importancia fundamental; y que en relación con el bienestar del personal de enfermería en el trabajo **“Las intervenciones dirigidas a los trabajadores a nivel individual no tienen en cuenta las limitaciones/ contextos estructurales y organizativos” (Maben, Ball & Edmondson, 2023).**

Aquí el mensaje principal es que poner el énfasis de las políticas únicamente, o sobre todo, en la ‘resiliencia’ de la enfermera individualmente no puede ser la respuesta. **Niveles seguros de dotación de personal, condiciones laborales justas, horarios flexibles, posibilidades de alivio y reducción han de formar parte de la inversión específica y el paquete de soluciones políticas.**

2.5 PÉRDIDA DE ENFERMERAS, CUIDADOS PERDIDOS: LOS COSTES DE LA INACCIÓN POLÍTICA EN EL AGOTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS

La razón principal por la que las organizaciones y los empleadores han de liderar el apoyo a la salud y el bienestar de las enfermeras es que es su responsabilidad, es la obligación de cuidar que tiene el empleador. Las consecuencias de descuidarla son claras: daños tanto para las enfermeras como para la calidad de los cuidados. Además, deben responder porque son los primeros interesados.

Los costes de las ausencias y la renovación de personal son una fuga importante para las organizaciones (Alves *et al.*, 2022; Arir *et al.*, 2022). Algunos estudios han examinado las distintas repercusiones de las bajas de las enfermeras, ya sean temporales o permanentes si terminan abandonando la organización, como por ejemplo el coste de reemplazarlas, el coste de contratar una remplazante permanente y la productividad perdida, todos estos elementos a los que se puede atribuir un valor económico. Aunque los distintos estudios utilizan métodos y métricas diferentes, nos dan una idea de la dimensión de los costes potenciales, además de representar una justificación

más para que las organizaciones “hagan algo al respecto”. Otra preocupación relacionada es que en algunas situaciones las enfermeras sienten que tienen que estar en el trabajo incluso cuando no se encuentran bien, y es probable que la pandemia haya aumentado esta presión. Esta situación denominada ‘presentismo’ en enfermería puede poner en peligro los cuidados al paciente por reducir la capacidad de las enfermeras de prestar atención de calidad. Se sabe que los índices de presentismo son especialmente elevados en la fuerza laboral de enfermería (Freeling, Rainbow & Chamberlain, 2020).

En relación con la enfermera a título individual, se ha calculado que el coste de renovación equivale a 1,3 veces el sueldo de una enfermera que se marcha (Jones & Gates, 2007). Una evaluación reciente sobre la renovación de enfermeras en EE.UU. señala que el coste medio de reemplazar a una enfermera a pie de cama es de 46 100\$, “lo cual genera una pérdida hospitalaria media entre 5,2 y 9,0 millones de dólares”, y que “cada cambio porcentual en

la renovación de enfermeras registradas costará/ahorrará a un hospital medio 262 300\$/año adicional” (NSI Nursing Solutions Inc., 2022). Otro estudio reciente en EE.UU. ha calculado que un hospital prevé dedicar 16 736\$ al año por enfermera contratada a costes atribuidos a la renovación de enfermeras por agotamiento (Muir *et al.*, 2021). Un informe sobre el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra ha calculado que el impacto económico total de renovar el 10% de las enfermeras en un hospital grande que tenga contratadas a más de 3 000 enfermeras equivaldría “a un gasto de 3,6 millones de libras al año como mínimo” (NHS Shared Business Solution, n.d.).

Otro estudio ha recurrido a la modelación para valorar los costes de renovación atribuidos al agotamiento de las enfermeras en dos escenarios: (1) un hospital que mantiene el statu quo en cuanto a la incidencia del agotamiento de las enfermeras y (2) un hospital con un “programa de reducción del agotamiento” y una menor incidencia de este factor. El hospital que mantiene el statu quo gasta la cifra esperada de 16 736\$ al año por enfermera contratada en costes de renovación atribuidos al agotamiento, mientras que en el hospital con un programa de reducción del agotamiento los costes se reducen a 11 592\$ al año por enfermera contratada. Las enfermeras estuvieron menos tiempo contratadas en el hospital que mantiene el statu quo (2,9 respecto a 3,5 años contratadas). El estudio concluía que los “hospitales deben considerar firmemente apoyar programas proactivos que reduzcan la incidencia del agotamiento de las enfermeras y los costes asociados” (Muir *et al.*, 2021).

A nivel agregado, los costes por bajas y renovación pueden ser significativos para una organización sanitaria (Duffield *et al.*, 2014; Kiel, 2020; Zhao *et al.*, 2019). Otro informe reciente ha puesto de relieve que cada cambio porcentual en la renovación de enfermeras costará (o ahorrará) a un hospital medio 328 400\$ adicionales (Shaffer & Curtin, 2020). En Inglaterra la estimación del coste de las bajas del personal en todo el sistema del Servicio Nacional de Salud ascendía a 1 100 millones de libras al año en 2019 (justo antes de la pandemia) (Health Education England, 2019).

Un análisis de los costes de la dotación de personal durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 en un hospital portugués en el

trimestre del 1 de marzo al 31 de mayo de 2020 estudió los costes de las bajas, la contratación de nuevo personal y las horas extra de los profesionales de la salud (enfermeras, médicos, auxiliares operativos y técnicos de diagnóstico y auxiliares terapéuticos) comparándolos con el mismo trimestre en el año previo a la pandemia (2019) con el fin de determinar las diferencias. El resultado fue que los costes de ampliar y cubrir vacantes en una fuerza laboral de 7 000 efectivos ascendían a 8 817 199,84€ más en el trimestre (bajas: 6 842 284,64€; contratación de nuevo personal: 363 540,03€; horas extra: 1 611 375,17€) (Santos *et al.*, 2021).

Otra posible fuente de costes adicionales se produce cuando las organizaciones intentan cubrir vacantes de enfermería **recurriendo a enfermeras con contratos a corto plazo/temporales, por ejemplo, enfermeras de agencias o enfermeras viajeras**. La evidencia pre-pandémica sobre el uso de enfermeras de agencia a corto plazo sugiere que los beneficios reivindicados de su despliegue a menudo se ven contrarrestados por un efecto negativo en la calidad de los cuidados y la productividad general (Birmingham *et al.*, 2019).

Sin embargo, durante la respuesta a la pandemia se han señalado incrementos muy considerables en el uso de enfermeras de agencia o viajeras en algunos países para cubrir vacantes y contribuir a aumentar el despliegue rápidamente (véase por ej. Yang & Mason, 2022; Odom-Forren, 2022). Informes en **Estados Unidos** sugieren que la demanda de enfermeras viajeras ha “aumentado exponencialmente”: un 35% en 2020 y se espera un 40% más en 2021 (Adegbesan, 2022). Un estudio de investigación encargado por el Royal College of Nursing en **Inglaterra** en 2022 para apoyar los argumentos a favor de un sueldo justo y una dotación de personal segura puso de relieve que la enfermería contratada por agencia les cuesta a las organizaciones del Servicio Nacional de Salud aproximadamente 21 300£ al año más que el coste de una enfermera permanente (London Economics/RCN, 2022).

Otro indicador de la escasez de enfermeras, que tiene un coste significativo, apunta a los **cuidados perdidos** que se producen cuando se omiten o retrasan cuidados de enfermería, a menudo como resultado de una infradotación de personal y cargas de trabajo elevadas. También se ha descrito utilizando otros

términos como ‘tareas incompletas’, ‘necesidades sin cubrir’ o ‘racionamiento implícito’ (Griffiths, 2018). Se considera un **aviso temprano de resultados de salud adversos para el paciente y una señal temprana del deterioro de la calidad de los cuidados** (Imam *et al.*, 2021). Es cierto que los cuidados perdidos eran motivo de preocupación ya antes de la pandemia, pero cada vez se señalan y describen con mayor frecuencia en toda una serie de países (Véase Shubert *et al.*, 2021; Nilasai & Hariyet, 2021; Hamma, Guirgas & Mosallam, 2021; Labrague, de los Santos & Fronda, 2022; Taskiran-Eskici & Baykal, 2022; Zárate-Grajales, *et al.*, 2022). Las implicaciones

organizativas de los cuidados perdidos en la prestación de servicios y la seguridad del paciente son más que obvias. Como presión añadida sobre las enfermeras individualmente, los cuidados perdidos también contribuyen a situaciones de **lesión moral, insatisfacción y posible agotamiento**. Las enfermeras saben que no están prestando cuidados de la calidad necesaria porque los niveles de dotación de personal y recursos son insuficientes. Las organizaciones que no responden eficazmente a los indicadores de los cuidados perdidos están perjudicando aún más los resultados de los cuidados y están contribuyendo al agotamiento de las enfermeras.

2.6 PROTESTAS Y HUELGAS DE LAS ENFERMERAS: EL ÚLTIMO RECURSO

Cuando las enfermeras no reciben apoyo en el trabajo, las condiciones laborales son intolerables y la organización contratante no quiere resolver la situación su último recurso es protestar e ir a la huelga para lograr mejoras. En los últimos 12 meses se ha producido un aumento inédito en las **protestas y huelgas de enfermeras como último recurso reaccionando así a respuestas inadecuadas** del gobierno y los empleadores a las inquietudes sobre la **seguridad en el lugar de trabajo, las condiciones laborales y la ausencia de niveles seguros de dotación de personal**.

El CIE está siguiendo la situación resaltando las actuaciones realizadas en una serie de países. En este sentido, ha destacado el incremento alarmante de las acciones laborales por parte de las enfermeras afirmando que es síntoma de una crisis mundial de los sistemas sanitarios (CIE, 2022d). La base de datos del CIE y otros análisis de protestas del sector de la salud (Essex & Weldon, 2021) señalan huelgas en numerosos países, como por ejemplo en **Angola, Australia, Argentina, Bosnia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Kenia, México, Marruecos, Nueva Zelanda, Perú, España, Uganda, EE.UU., Reino Unido y Zimbabue**.

Un análisis reciente de las tendencias en las huelgas de trabajadores sanitarios y otras protestas en 85 países apunta a **un aumento del 62% en sus actividades de protesta entre 2019 y 2021 (de 2 416 a 3 913 protestas)**. Prácticamente todos ellos han experimentado

un aumento en el número total de protestas y en algunos como México, Argentina, Perú, Argelia y Kazakstán este ha sido pronunciado. De las 6 589 protestas registradas en 2020-2021, **aproximadamente la mitad (3 213) estaban relacionadas específicamente con la preocupación de los trabajadores sanitarios por el apoyo inadecuado a la respuesta a la COVID-19** (Brophy *et al.*, 2022).

En algunos países como Reino Unido (Crerar & Stacey, 2023) y Zimbabue (Ndlovu, 2023), la situación ha llevado al **gobierno a intentar imponer nuevas leyes restrictivas ‘anti-huelga’** que limitan la capacidad de las ANE y otros sindicatos de instar a la acción o la penalizan.

Las acciones de huelga son una manifestación muy visible del descontento y las exigencias incumplidas de la fuerza laboral de enfermería. **El rápido incremento de las huelgas desde la primera aparición de la pandemia es otra bandera roja que indica la crisis en la que aún se encuentran numerosos sistemas de salud y la falta de cimientos sólidos para la reconstrucción**. Los gobiernos y los empleadores no siempre reconocen plenamente las preocupaciones legítimas en materia de seguridad, dotación de personal y condiciones laborales. Los sueldos bajos no son el único factor. Los gobiernos desempeñan un papel central de cara a ‘resolver’ las causas subyacentes de las huelgas. Una revisión de la evidencia de las huelgas de trabajadores sanitarios por parte de la OMS ha puesto de relieve que

“Es más frecuente encontrar una buena solución cuando las instituciones para la negociación colectiva y los niveles más elevados de gobierno participan en las negociaciones” (Russo *et al.*, 2019).

2.7 APOYAR A LAS ENFERMERAS: LA NECESIDAD URGENTE DE EVALUACIONES DEL IMPACTO EN LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA

Las encuestas y estudios presentados en la sección anterior de este informe dan una idea de la situación y presentan un cuadro preocupante de personas agotadas y sistemas de salud en crisis, con restricciones críticas sobre la capacidad de recuperación y reconstrucción. Existe un círculo vicioso de mayor demanda/menor dotación de enfermeras que está causando un mayor número de bajas y una menor retención, lo cual a su vez está provocando que más enfermeras dejen el trabajo o tengan intención de hacerlo.

No hay datos estandarizados, precisos y comparables sobre el agotamiento, las bajas, la renovación y la jubilación anticipada de las enfermeras en relación con la COVID-19. Hay grandes lagunas en los datos tal y como se indica en una revisión sistemática efectuada recientemente sobre la pandemia y el personal sanitario. “Existen lagunas considerables sobre los factores ocupacionales y psicosociales relacionados con las bajas y el riesgo de agotamiento de los trabajadores sanitarios, así como sobre las consideraciones sexistas respecto a su capacidad, las evaluaciones realizadas en países de renta baja y media-baja y las evaluaciones que se pueden poner en marcha a través de políticas para informar la recuperación y sostenibilidad de los servicios tras la pandemia en relación con la gestión de las enfermedades no transmisibles” (Grupta *et al.*, 2021).

Ningún país será inmune a la posibilidad de que aumente el número de enfermeras que abandona su sistema; por ejemplo, numerosos países de la OCDE ya tienen una proporción relativamente elevada de enfermeras en grupos en edad de prejubilación, que serán especialmente vulnerables al mayor flujo de salida. **Existe una necesidad urgente de pasar a una situación en la que los países y los sistemas puedan evaluar rápidamente y con mayor precisión las pérdidas de enfermeras actuales y potenciales**, con el fin de poder actuar para proteger y apoyar a la fuerza

laboral de enfermería, planificar los requisitos de la reconstrucción de cara al futuro y actuar para abordar la escasez de enfermeras.

Hace falta que cada sistema de salud y país tengan más información para comprender mejor las causas fundamentales de los problemas de la fuerza laboral de enfermería realizando **evaluaciones de impacto** periódicamente. La OMS promovió la labor de valoración y evaluación de la repercusión en la fuerza laboral en su estrategia mundial de recursos humanos para la salud en 2016 (OMS, 2016b, para 71), y seguidamente se revisaron diferentes opciones y modelos (Nove, Cometto & Campbell, 2017). Existe la necesidad urgente de diseñar y aplicar un planteamiento específico y estandarizado sobre el impacto en la fuerza laboral al dar respuesta a la reconstrucción tras la pandemia (Chan *et al.*, 2021) por dos motivos fundamentales.

En primer lugar, existe la necesidad de activar alertas rápidas sobre el daño provocado a la salud y el bienestar de las enfermeras individualmente. Tal y como se ha señalado anteriormente, cada vez resulta más evidente que muchas enfermeras están agotadas o padecerán agotamiento y otras enfermedades físicas y mentales, en particular TEPT, como resultado de sus experiencias trabajando numerosas horas seguidas en entornos de alta intensidad, a menudo con niveles de apoyo y EPI inadecuados. Todo ello se traduce en la necesidad urgente de ofrecer un apoyo más eficaz en relación con los niveles de dotación de personal y los entornos de trabajo, así como asesoramiento y apoyo adecuados a largo plazo para el personal estresado (Williams *et al.*, 2020).

Según se indicaba en la sección anterior, una parte esencial de esta respuesta de recuperación y reconstrucción ha de ser un cambio en las políticas y el enfoque profesional y gestor de las enfermeras que tienen que ‘aguantar’ y ‘ser resilientes’ ante cargas de trabajo

insoportables para pasar a un modelo en el que los empleadores y las organizaciones asuman la responsabilidad de crear y mantener condiciones de trabajo que ofrezcan apoyo y una dotación de personal adecuada. Es la única forma de hacer posible la recuperación y reconstrucción del sistema de salud.

En segundo lugar, es necesario contar con datos más precisos, completos y comparables sobre el impacto general de la pandemia en los contagios de las enfermeras, la COVID persistente y los índices de mortalidad; así como sobre la dotación de enfermeras, las tasas de bajas (y los motivos al respecto), la renovación de enfermeras y los patrones de jubilación. Además, hay que disponer de esta información con rapidez y lo más cercana al ‘en tiempo real’ posible

(Buchan, Williams & Zapata, 2021) para apoyar una respuesta política informada rápida y facilitar estimaciones más precisas para la planificación de la fuerza laboral de enfermería.

Estos datos son una pieza esencial para cualquier respuesta política informada dirigida a proteger y apoyar al personal de enfermería durante la recuperación y la reconstrucción de los sistemas de salud. Puede contribuir a identificar las razones subyacentes de la escasez, detectar dónde es más pronunciada la carencia actual de enfermeras y también se puede utilizar para diseñar escenarios basados en las necesidades y de reconstrucción teniendo plenamente en cuenta el requisito de abordar los problemas identificados y emergentes de carencias y lagunas de enfermería.

CAPÍTULO TRES

3. LA BRECHA CRECIENTE: ESCASEZ DE ENFERMERÍA EN 2022

3.1 ESCASEZ DE ENFERMERAS: EL RESULTADO DE RESPUESTAS POLÍTICAS INADECUADAS

La COVID-19 ha planteado exigencias enormes a las enfermeras en todos los países. Tal y como se ha puesto de relieve en el capítulo anterior, las respuestas políticas han de tomar en cuenta las repercusiones personales que experimentan las enfermeras en su trabajo durante la pandemia y darles respuesta, pero también hace falta un enfoque político urgente para abordar la creciente brecha en la escasez de fuerza laboral de enfermeras agravada por el impacto de la COVID-19, que es probable que siga creciendo a falta de una actuación política específica financiada.

Para comprender las dinámicas de la demanda de enfermeras es necesario abordar los factores de la oferta doméstica teniendo en cuenta el impacto de la pandemia. La escasez de enfermería se genera cuando la demanda supera la oferta y, según se ha indicado antes, muchos países han visto cómo se ampliaba la brecha entre la oferta y la demanda a causa de la pandemia, para manifestarse aún más a medida que la reconstrucción de los sistemas de salud empieza a ser una prioridad. Los países han de intentar reemplazar a las

enfermeras que se han marchado (o se marcharán por agotamiento o envejecimiento de la fuerza laboral) y retener a las que se han quedado, además de intentar contratar a más enfermeras para satisfacer la mayor demanda y los cambios en la misma.

Según se ha argumentado con anterioridad, en numerosos países la primera fase de la pandemia generó una mayor oferta de enfermeras nacionales a corto plazo cuando los sistemas y gobiernos pusieron en marcha políticas para 'suplementar' con el fin de ampliar rápidamente la fuerza laboral de enfermería. Para ello, a menudo se requería que las enfermeras existentes trabajaran más horas, se exhortaba a aquellas con permiso sabático a regresar a trabajar, se incorporaban estudiantes al trabajo y se realizaban contrataciones internacionales por la vía rápida. **Estas medidas de emergencia no se pueden mantener a largo plazo y quizá ocultan de hecho una oferta reducida de enfermeras a más largo plazo/permanentes** a medida que el cambio para la reconstrucción sigue repercutiendo en la carga laboral y el agotamiento de las enfermeras.

Existen señales claras de inquietud política de que la brecha de la escasez ya está aumentando. En su informe de 2022 sobre los sistemas de salud en Europa, la OCDE pone de manifiesto las limitaciones y los retos políticos en relación con la escasez de enfermeras: “Se espera que la demanda de enfermeras siga creciendo en los próximos años por el envejecimiento de la población y porque muchas de ellas se están acercando a la edad de jubilación. Lograr aumentar la tasa de retención de las enfermeras para evitar que se agrave la escasez actual y futura cada vez es motivo de mayor preocupación. Las preocupaciones sobre la creciente escasez han llevado a numerosos países a incrementar el número de estudiantes en programas de formación de enfermería, si bien tendrán que pasar unos años antes de que se perciba su efecto. Algunos países siguen dependiendo de la contratación internacional para abordar la escasez de enfermeras, aunque esta práctica puede agravar las carencias en los países donde son contratadas” (OECD/Unión Europea, 2022).

Un análisis del 2022 sobre la fuerza laboral de enfermería y diverso personal sanitario en 53 países de la Región Europea de la OMS también expresaba inquietudes acerca del envejecimiento de algunos elementos del personal sanitario (PS): “El envejecimiento del PS es motivo de preocupación en toda la región y representa una amenaza para la sostenibilidad de la fuerza laboral por el reto que supone sustituir a los trabajadores cuando se jubilan”. El informe de la OMS también enfatiza la necesidad de mayor investigación sobre lagunas en materia de género y segregación ocupacional para garantizar que se reconocen todas las competencias y contribuciones de las mujeres a la fuerza laboral. Su conclusión es que los países de la región “tienen que apoyar y desarrollar el PS ahora, y proteger su salud y bienestar”. Además, establece 10 puntos de acción con el fin de fortalecerlo (OMS Europa, 2022).

El informe de la OCDE sobre los sistemas de salud en Asia-Pacífico (OECD/OMS, 2022) señala la gran disparidad existente en el número de enfermeras en los distintos países y territorios, desde más de 10 enfermeras por cada 1 000 habitantes en los países de renta más elevada como **Australia, Japón y Nueva Zelanda**, hasta una oferta mucho menor en varios países y territorios con menos ingresos, en particular **Papúa Nueva Guinea, Pakistán**

y **Bangladesh**, donde hay 1 enfermera o menos por cada 2 000 habitantes. En promedio, hay menos de 2 enfermeras por cada 1 000 habitantes en los países de renta media y baja de Asia-Pacífico.

Tal y como se resume en estos informes recientes de la OCDE, la OMS y otros grupos de interés principales, **muchos países se están dando cuenta ahora de que hay que invertir para apoyar una mayor oferta de enfermeras**, tanto para satisfacer la demanda creciente y cambiante creada por la pandemia y la reconstrucción, como a causa de los menores niveles de retención inducidos por el agotamiento de la actual fuerza laboral de enfermería.

Los niveles inadecuados de dotación de personal importan porque tienen efectos negativos en la calidad de los cuidados y en los resultados, además de ser una limitación considerable para cualquier acción de reconstrucción. Recientemente, una revisión sistemática ha reunido la evidencia relativa a la dotación de enfermeras y los resultados en países de renta baja y media (Assaye *et al.*, 2021). Sobre la base de una evaluación de 27 estudios en países de renta baja y media, la revisión concluyó que “las menores ratios enfermera-pacientes y la mayor carga de trabajo de las enfermeras guardan relación con la mortalidad en los hospitales, las infecciones nosocomiales y los errores de medicación en los pacientes, así como con los niveles altos de agotamiento, las lesiones por objetos punzo-cortantes, las bajas y la intención de abandonar el puesto de trabajo en los países de renta baja y media”. Una revisión sistemática más reciente centrada en niveles de dotación de personal y resultados de pacientes en entornos de cuidados agudos ha evaluado estudios longitudinales alcanzando conclusiones similares. Se han realizado 27 estudios llegándose a la conclusión de que ‘hay pocas dudas’ sobre que “tener más enfermeras registradas en los servicios hospitalarios tiene la relación causa-efecto de una menor índice de mortalidad” (Dall’Ora *et al.*, 2022).

La brecha de la escasez varía en los diferentes países y áreas de cuidados, pero entre las prioridades emergentes se encuentra la necesidad de enfermeras con habilidades en cuidados intensivos, salud pública, salud mental y atención primaria/gestión de enfermedades

crónicas; y la necesidad de desarrollar o incrementar la oferta de enfermeras clínicas especialistas, las figuras de práctica avanzada y las enfermeras de atención directa para ofrecer una combinación de personal más eficaz. Tal y como ha señalado la OCDE en su informe 2022, “Evaluaciones de las enfermeras de atención directa en atención primaria en Finlandia, Irlanda y Reino Unido demuestran que las enfermeras de práctica avanzada pueden mejorar el acceso a servicios y reducir los plazos de espera ofreciendo atención de la misma calidad que los médicos a un amplio abanico de pacientes, en particular a aquellos con enfermedades menores y a quienes

necesitan seguimientos rutinarios” (OECD/ Unión Europea, 2022).

La principal fuente de nueva oferta debe basarse en invertir en la capacitación de más enfermeras a nivel nacional, en particular centrándose en el desarrollo y expansión de la práctica avanzada; una segunda fuente, abierta a los países con recursos disponibles, es recurrir a la contratación activa internacional. Este capítulo trata estas tendencias y factores impulsores y finaliza con un claro mensaje para los legisladores sobre la necesidad de centrarse en la **autosuficiencia de la fuerza laboral de enfermería**.

3.2 LA OFERTA NACIONAL DE ENFERMERAS VARÍA, PERO A MENUDO ES INADECUADA

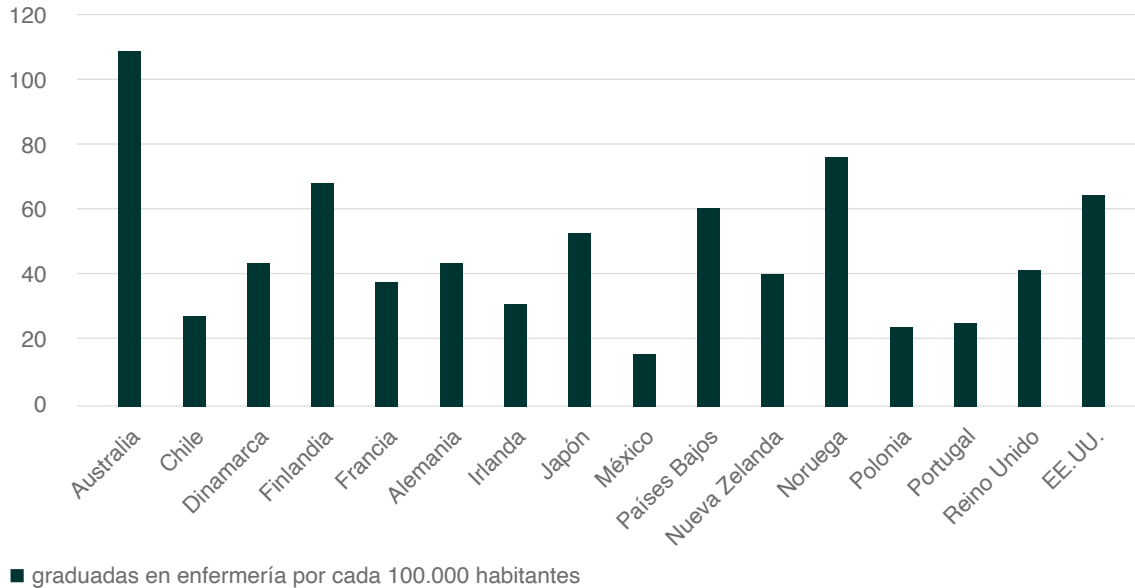
El objetivo de planificación de cualquier país que tenga los recursos debe ser apuntar a un porcentaje de graduación (a menudo denominada tasa de incremento neto) de enfermeras nuevas que entren en la fuerza laboral tras una formación nacional capaz de satisfacer la sostenibilidad a largo plazo, un flujo de entrada que pueda tanto sustituir a quienes dejan el sistema como incorporar a más enfermeras con las habilidades requeridas, allá donde la reconstrucción haya aumentado la demanda.

Sin embargo, muchos países no han invertido suficiente en la capacitación de un número adecuado de enfermeras para cubrir su propia demanda. Es una cuestión que se reflejaba en el informe SOWN en 2020, que recomendaba mayores inversiones para ampliar la fuerza laboral de enfermería como una de las principales intervenciones políticas. Es el mismo mensaje político que ha lanzado la OCDE, tal y como se señala arriba, y la OMS en las Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería.

El informe SOWN mostraba que de media los países de renta alta tenían un porcentaje de graduación de enfermeras más de tres veces superior, 38,7 enfermeras graduadas por cada 100 000 habitantes, respecto a los países de renta baja (10,4) (OMS, 2020a, p.47). Sin embargo, existía una variación enorme en la tasa de graduación entre estos países de renta alta que refleja decisiones muy diferentes en relación con los niveles de inversión en la fuerza laboral de enfermería nacional y que a su vez puede transformarse en un gran factor impulsor del aumento de la contratación internacional activa de enfermeras. En un análisis por separado en 2022, la Oficina Regional de la OMS para Europa estimaba que el número de enfermeras graduadas como porcentaje del tamaño de la fuerza laboral oscilaba desde el 1 hasta el 25% en los 53 países de la región (OMS Europe, 2022).

Esta variación se aprecia en la Figura 1, que muestra el número de enfermeras que se gradúan por cada 100 000 habitantes en una selección de países afiliados a la OCDE.

Fig. 1: Selección de países afiliados a la OCDE, enfermeras graduadas por cada 100 000 habitantes, 2021 o año más reciente



■ graduadas en enfermería por cada 100.000 habitantes

Fuente: OECD, n.d.

En los países de tamaño medio-grande de la OCDE mostrados en la Figura 1, el porcentaje de graduación de enfermeras era más de cuatro veces superior en **Australia** (más de 100 por cada 100 000 habitantes) que en **Polonia**; otros países han señalado tasas de graduación relativamente bajas como **Portugal** (26), **Chile** (28) e **Irlanda** (31). Otras naciones con tasas de graduación elevadas han sido **Noruega** (76) y **Finlandia** (68). Las cifras señalan una variación enorme en el tamaño de la nueva oferta de enfermeras formadas a nivel nacional en los países afiliados a la OCDE. Estos países, con niveles muy diferentes de oferta nacional de ‘nuevas’ enfermeras gracias a que han recibido formación, se han visto afectados posteriormente por el reto común de una pandemia que incrementó repentinamente la demanda de enfermeras.

La oferta y la escasez de enfermeras son más difíciles de abordar sistemáticamente en numerosos países de renta baja y media por las limitaciones de los datos existentes, pero el informe SOWN ha destacado que los países con bajas densidades de enfermeras se encuentran sobre todo en las regiones de África, Asia Sudoriental y Mediterráneo Oriental de la OMS, así como en partes de América Latina. Señalaba que en 2018 las “desigualdades globales en la disponibilidad de personal de enfermería se debían sobre todo a la renta, con una densidad de 9,1 enfermeras por cada

10 000 habitantes en países de renta baja comparada con 107,7 por cada 10 000 habitantes en las economías de renta alta” (OMS, 2020a, p. 43): una variación que supone una disponibilidad de enfermeras diez veces superior.

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

Un informe del Banco Mundial publicado en 2021, con un examen del mercado laboral de enfermeras en los 14 países de la región del ECSA (África Oriental, Central y del Sur) (**Botsuana, Esuatini, Kenia, Lesoto, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, Ruanda, Seychelles, Sudáfrica, Sudán del Sur, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabwe**) (World Bank Group *et al.*, 2021), señalaba que la demanda de enfermeras estaba creciendo si bien las elevadas tasas de vacantes (entre el 30 y el 55%) en el sector público seguían siendo un problema, y ponía de manifiesto que las enfermeras no cubren los puestos de trabajo a causa de los “sueldos bajos, las localizaciones remotas, la falta de comodidades y las malas condiciones laborales” (World Bank Group *et al.*, 2021, p.26).

Una evaluación reciente del impacto de la pandemia y los retos de la reconstrucción en el personal sanitario en cinco países latinoamericanos, publicada por la OMS, abarcando **Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Ecuador y Perú**, ha destacado la importancia de su sostenibilidad: “El mayor reto ante nosotros es desarrollar mecanismos para absorber los recursos humanos recién contratados con el fin de reducir las lagunas previas a la pandemia y mantener mejoras en sus términos y condiciones de empleo como aumentos salariales, que a su vez dependen mucho de la identificación de fuentes adecuadas de financiamiento” (OMS, 2021b, p.viii).

3.3 DESEMPLEO Y ESCASEZ DE ENFERMERAS: UNA PARADOJA Y UN FRACASO DE LAS POLÍTICAS

Según consta en la introducción del presente informe, una característica de algunos mercados laborales de enfermería es la aparentemente contradictoria coexistencia de escasez y desempleo, o subempleo, de enfermeras, tal y como se ha puesto de relieve en **México** (Aristizabal, Nigenda & Serván-Mori, 2019). La OMS en **África** lo ha denominado la “paradoja del desempleo en países con escasez crítica” (OMS Oficina Regional para África, 2021). Esto puede suceder por una de tres razones principales o más: porque la producción de nuevas enfermeras formadas a nivel nacional y/o la disponibilidad general de enfermeras superan la demanda; porque la paga y las condiciones laborales inadecuadas ofrecidas son insuficientes para atraer a las enfermeras con cualificaciones de enfermería para trabajar como tales; o porque la financiación disponible para contratar a enfermeras (en el sector público, el denominado ‘sobre fiscal’) es insuficiente para satisfacer la demanda identificada.

la demanda por parte del Ministerio de Salud, y ha llevado a “una década de fallos de implementación no corregidos que ha generado una persistente escasez de enfermeras y parteras en relación con las necesidades en los puntos de prestación de servicios mientras que miles de enfermeras y parteras formadas permanecían desempleadas reclamando puestos de trabajo constantemente” (Asamani *et al.*, 2020).

En otros países se han denunciado problemas similares. En **Lesoto**, a pesar de la demanda no satisfecha de enfermeras, casi una de cada tres enfermeras y parteras profesionales (28,43%, n= 1 349) estaban desempleadas – aproximadamente cuatro puntos porcentuales más que la tasa de desempleo nacional del 24% - por falta de financiación (Asamani *et al.*, 2022).

Lo que más preocupa ahora son las causas estructurales que llevan a algunos países a restringir el gasto de los gobiernos, limitar los presupuestos y, por tanto, minar la eficacia de la respuesta política a la escasez de enfermeras. Entre los ejemplos se encuentra **Ghana**, donde una expansión no regulada de la capacidad de formación ha generado un aumento considerable de los niveles de producción de enfermeras por encima de las proyecciones de

En el **Estado de Chhattisgarh, India**, el análisis del mercado laboral realizado ha identificado una producción notable de enfermeras, en particular de escuelas privadas, pero también “una falta de mecanismos de acreditación de confianza”. Aquí las vacantes de enfermeras en el sector público persisten junto con el desempleo de enfermeras. Cuando se llevó a cabo, en 2018, se calculó que aproximadamente había 25 000 enfermeras cualificadas residiendo en Chhattisgarh, de las cuales 8 000 estaban desempleadas. Y sin embargo,

había vacantes en instalaciones gubernamentales, en parte por la gran cantidad de tiempo que requieren los procedimientos de selección de personal (Garg *et al.*, 2022).

El desempleo de enfermeras en un país con una escasez significativa también es un semáforo rojo indicativo de problemas de financiación y de políticas y planificación ineficaces. Es señal de posibles daños autoinfligidos. La situación se puede volver aún más problemática si las enfermeras después migran porque

no encuentran trabajo de enfermería en el país con un sueldo atractivo. Las acciones para reequilibrar, reducir el desempleo y aumentar el trabajo deben centrarse en mecanismos de planificación y en políticas de contratación eficaces, así como en aumentar el ‘sobre fiscal’ con el fin de poder contratar a las enfermeras disponibles para cubrir la demanda. En algunos países de renta baja, aquí cabe incluir la provisión de apoyo técnico y financiación de donantes.

3.4 LA ‘RECONSTRUCCIÓN’ DEL SISTEMA DE SALUD NECESITA MÁS ENFERMERAS

A día de hoy solo hay a disposición análisis nacionales estandarizados limitados que tengan en cuenta el efecto de la pandemia en el incremento previsto de la demanda y el número de enfermeras. Sin embargo, esta base de evidencia emergente esboza un panorama preocupante. Los ejemplos a continuación, provenientes de una serie de países, apuntan a lagunas de escasez muy significativas, y hay análisis de algunos países que exponen una brecha creciente.

En **Canadá** se ha indicado que las vacantes de trabajo en atención de salud y social han aumentado un 9,5% (+13 000) hasta un récord histórico de 150 100 en el tercer trimestre de 2022. Trimestralmente, las vacantes laborales aumentaron en el tercer trimestre en el caso de las enfermeras registradas y las enfermeras psiquiátricas registradas (+17,0% hasta 27 600); los auxiliares de enfermería, camilleros y asistentes para los pacientes (+37,5 hasta 26 200); y las enfermeras prácticas licenciadas (+20,7% hasta 13 100 (Statistics Canada, 2022).

El Servicio Nacional de Salud (NHS) en **Inglaterra** señaló una tasa de vacantes para enfermeras registradas del 11,9% a 30 de septiembre de 2021 (47 496 puestos vacantes). Se trata de un incremento respecto al mismo periodo del año anterior cuando la tasa de vacantes era del 10,5% (NHS Digital, 2022); proyecciones recientes apuntan a que harán falta 69 000 enfermeras más hasta 2024/5 para satisfacer la creciente demanda relacionada con la reconstrucción (The Health Foundation, 2021).

En **Alemania** se ha señalado que “La pandemia está acelerando la amplia tendencia que lleva tiempo generándose”, y la Agencia Federal de Empleo (Bundesagentur für Arbeit) ha comunicado que la cifra promedio de puestos vacantes para enfermeras registradas en cuidados prolongados ascendía a 15 000 en 2019, y en cuidados agudos a 12 400; asimismo, ha indicado que se tardaban 205 días en cubrir un puesto de enfermera en cuidados prolongados y 174 en ocupar uno de enfermera en un hospital (Bundesagentur für Arbeit, 2021, p.14-16). Un informe más reciente de Alemania señala que “Actualmente el número de vacantes supera el número de personas cualificadas en busca de empleo en el mercado laboral. Según estimaciones expertas, el sector de la enfermería necesitará 150 000 nuevas enfermeras en 2025. Los cambios demográficos en el país agravarán esta situación a medio y largo plazo” (GIZ, 2021).

En **India** un análisis reciente sobre la escasez de personal sanitario hasta 2047 (Sethi; KPMG, 2022) señalaba que con 24,5 enfermeras y parteras disponibles por cada 10 000 habitantes, la carencia era de 1,37 millones de ambas figuras, en comparación con el umbral recomendado por la OMS de 34,5. Una de las principales conclusiones era que “India tendrá que aumentar significativamente sus acciones para mejorar la infraestructura de formación, la cualificación del personal existente y atraer a la generación más joven de manera que se sume a la fuerza laboral, y proporcionar otros beneficios de salvaguardia social para promover la atención de salud como la profesión preferida en las próximas décadas”.

En **Sudáfrica** (Makgatho, 2022) se señala que la oferta de personal cualificado en todas las categorías de enfermería ha disminuido casi un 40% desde 2013, y un estudio reciente del Departamento Nacional de Salud y la Asociación de Hospitales de Sudáfrica apunta a una escasez actual de “entre 26 000 y 62 000 enfermeras, sobre todo enfermeras registradas”.

En **Singapur** se ha indicado la intención de ampliar las cifras con 4 000 nuevas enfermeras para finales de 2023. De ellas, una proporción más elevada habrá recibido formación en el extranjero con una ratio de aproximadamente 60:40 local. Singapur registró un aumento de la tasa de abandono de las enfermeras locales y extranjeras en el sector público en 2021 en comparación con 2020. Entre las enfermeras formadas a nivel local, la tasa de abandono se situaba en 7,4% en 2021, al alza desde el 5,4% del año anterior. En el caso de las enfermeras extranjeras, la tasa anual de abandono se duplicó con creces hasta el 14,8% en 2021 (Lim, 2022).

Suiza efectuó un referéndum nacional en noviembre de 2021 sobre la escasez de enfermería cuyo resultado fue favorable. Con el liderazgo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Suiza, pretende mejorar la formación y garantizar la calidad a través de más personal, condiciones de trabajo justas y mayor reconocimiento de la profesión. Se notificó que “habrá una escasez de 65 000 enfermeras en todos los niveles formativos de aquí a 2030 si no se emprende ninguna acción, en parte porque solo aproximadamente la mitad de las enfermeras que harán falta en el futuro en Suiza están cursando formación en la actualidad”, con una dependencia muy elevada de la contratación internacional (Wenger, 2021).

En **EE.UU.** las Proyecciones de Empleo 2021-2031 de la Oficina de Estadísticas Laborales señalan que está previsto que el empleo de las enfermeras registradas aumente un 6% entre 2021 y 2031, con unas 203 200 vacantes previstas para enfermeras registradas cada año como media, a lo largo de la década. “Se espera que muchas de esas vacantes sean resultado de la necesidad de reemplazar a trabajadores que se trasladen a otras ocupaciones o salgan de la fuerza laboral, como para jubilarse” (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2022). Sin embargo, nuevos análisis de datos del personal de enfermería de EE.UU. señalaban que en 2021 la oferta total de enfermeras registradas había disminuido en más de 100 000 en un solo año, “una caída muy superior a la observada en las últimas cuatro décadas”. Se identificaron factores que probablemente contribuían a la situación como la “prejubilación, agotamiento y frustración por la pandemia, patrones de trabajo interrumpidos por necesidades familiares como el cuidado de niños y mayores, contagio por COVID-19, escasez de dotación de personal y otras interrupciones en las organizaciones de prestación de atención de salud” (Auerbach *et al.*, 2022).

Estos ejemplos de países señalan una creciente brecha en la oferta-demanda de enfermeras. La demanda de enfermeras está aumentando por el impacto de la pandemia y la reconstrucción, así como por el empeoramiento de las tasas de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población en numerosos países; la oferta de enfermeras está disminuyendo por los flujos de salida relacionados con el agotamiento derivado de la pandemia, y por el cambio demográfico subyacente a medida que la fuerza laboral envejece y se jubilan más enfermeras.

3.5 LA RECONSTRUCCIÓN ESTÁ IMPULSANDO LA ‘SOLUCIÓN RÁPIDA’ DE LA CONTRATACIÓN INTERNACIONAL ACTIVA

La pandemia ha incrementado la demanda de enfermeras, exponiendo y acelerando así la escasez de enfermería en todo el mundo. Quizá impulse a algunos países a incrementar el nivel de formación nacional, pero, tal y como se indicaba antes, existe una variación enorme en la producción actual de enfermeras graduadas en los distintos países, en particular en los de renta alta.

Incluso donde hay espacio e intención política de aumentar las inversiones para incrementar la producción nacional, habrá un retraso de al menos tres o cuatro años antes de que cualquier nuevo graduado nacional entre en la fuerza laboral. La necesidad de reemplazo es más urgente, y una característica obvia en algunos países de renta alta es la actuación renovada y ampliada de recurrir a la contratación

internacional como ‘solución rápida’: lo que el *Financial Times* ha llamado “ir de compras en busca de enfermeras” (Smyth & Neville, 2022).

Incluso antes de la pandemia, había un amplio y creciente flujo de enfermeras internacionales. Un análisis de la OCDE ha revelado que en 2019 más de 550 000 enfermeras formadas en el extranjero estaban trabajando en 36 países miembros de esta organización, lo cual representaba un incremento significativo respecto a las 460 000 registradas en 2011 (OECD, 2019). La OCDE señala que el número y/o la cuota de enfermeras formadas en el extranjero ha aumentado con especial rapidez en **Bélgica, Francia, Alemania y Suiza**, con un crecimiento sostenido también en **Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Estados Unidos** (Socha-Dietrich and Dumont, 2021).

Estados Unidos cuenta con el mayor número de enfermeras internacionales registradas, estimado en casi 197 000; en segundo lugar, se encuentra **Reino Unido** con más de 100 000 enfermeras formadas en el extranjero, seguido de **Alemania** con 71 000 y **Australia** con 53 000 (OECD, 2020a, p.3). La conclusión de la OCDE es que “La pandemia de COVID-19 ha revelado una vez más que las enfermeras formadas en el extranjero son activos clave para los sistemas de salud en numerosos países de la organización”. Además de poner en primer plano el importante papel y dedicación de los trabajadores sanitarios en primera línea, la pandemia ha destacado aún más el reto profundamente arraigado de la escasez de personal junto con la considerable aportación que realizan las enfermeras migrantes al personal sanitario (Socha-Dietrich y Dumont, 2021).

El informe SOWN también ha puesto de manifiesto que la movilidad internacional de la fuerza laboral de enfermería estaba aumentando, y ha destacado que “Muchos países de renta alta en diferentes regiones parecen tener una dependencia excesiva de la movilidad internacional de enfermería a causa del número reducido de enfermeras graduadas o la escasez existente”. Una de las principales recomendaciones de este informe ha sido que “Los países que dependen demasiado de las enfermeras migrantes deben buscar una mayor autosuficiencia invirtiendo más en la producción nacional de enfermeras” (OMS, 2020a, p. XIX).

Los flujos internacionales de enfermeras están aumentando de nuevo tras algunas breves restricciones a los viajes durante las fases iniciales de la pandemia. Como respuesta a la necesidad urgente de cerrar la brecha que no cesa de agrandarse entre la oferta y la demanda de enfermeras, muchos países de renta alta ahora están acelerando sus actividades de contratación internacional. Para ello, hay que conceder a las enfermeras un estatus de inmigración preferencial y procedimientos de inmigración por la vía rápida. Un informe para la OCDE ha destacado que desde la pandemia “muchos países de la OCDE que ya dependían de los trabajadores sanitarios migrantes han implementado medidas políticas adicionales para facilitar la entrada de inmigrantes y el reconocimiento de sus cualificaciones profesionales extranjeras” (OECD, 2020b).

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

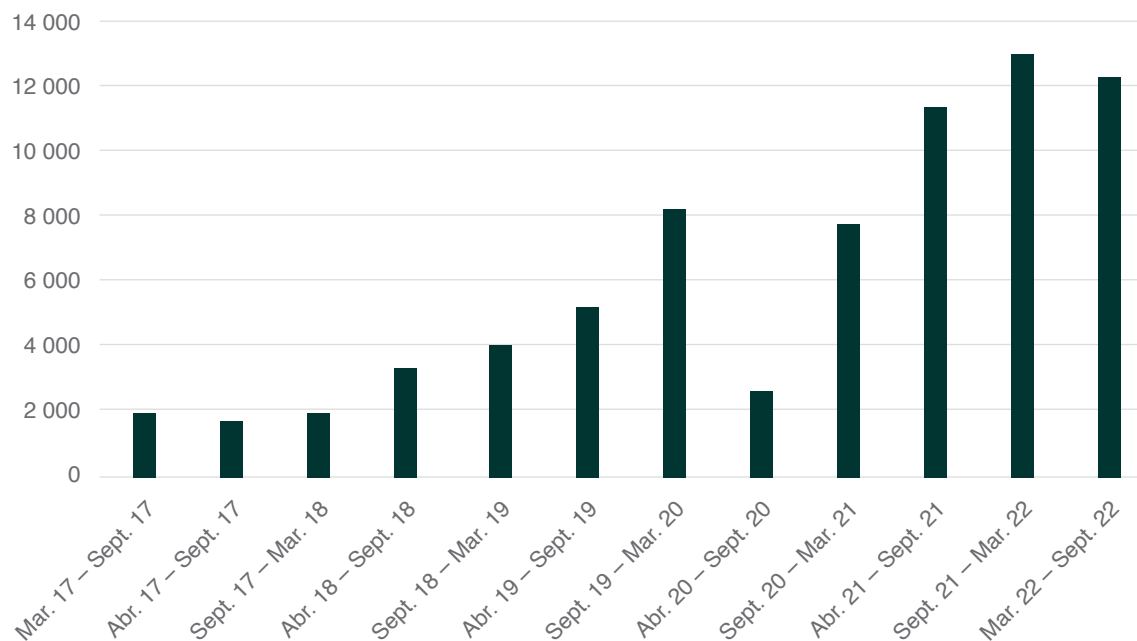
En **Australia**, que ha mantenido las restricciones de viaje por la pandemia más tiempo que la mayoría de países, había informes de un ‘puente aéreo’ formado sobre todo por enfermeras migrantes de Gran Bretaña, Irlanda y otros países donde los reguladores reconocen las cualificaciones de enfermería como equivalentes a las de Australia (LeGrand, 2021). El Departamento Estatal de Salud en **Australia Occidental** se ofreció a cubrir el costo de los vuelos, el traslado y la cuarentena obligatoria de 14 días en hotel por la COVID-19 puesto que pretendía contratar a 2 800 enfermeras de aquí a 2023 tanto de ámbito local como internacional. Esta oferta internacional se dirigió tanto a enfermeras australianas trabajando en el extranjero como a enfermeras internacionales (Ely, 2021). El Estado de **Nueva Gales del Sur** ha “comenzado el proceso de contratación internacional” (Visontay, 2021), y el Estado de **Victoria** está apoyando la reubicación de profesionales de la salud internacionales y que regresen a Australia, centrándose en las enfermeras como objetivo específico de inmigración (Department of Health, Victoria, 2022).

En **Canadá** se señala que la Provincia de Terranova y Labrador ha establecido un mostrador de contratación en India; Saskatchewan organizó una feria de trabajo sanitario en Filipinas; y Nuevo Brunswick, Quebec y Manitoba ofrecen “miles de dólares” para cubrir la obtención de la licencia para las enfermeras internacionales y otros costos, así como los gastos de estadía (McQuillan, 2022). En la Provincia de Ontario, el gobierno ha encargado al Colegio de Enfermeras que impulse su número, en particular permitiendo que las enfermeras formadas en el extranjero puedan ejercer mientras trabajan para poder registrarse completamente (Jones, 2022). La Provincia de Columbia Británica está apoyando que las enfermeras formadas en el extranjero (EFE) entren antes en el sistema de salud consolidando los procesos de evaluación de las EFE candidatas, ofreciendo 9 millones de dólares en ayudas para las cuotas de evaluación (que se espera que beneficien aproximadamente a 1 500 EFE en el primer año) y creando nuevos puestos para enfermeras que ayuden a las EFE a gestionar el proceso de evaluación y obtención de la licencia (Health Department, Government of British Columbia, 2022). También se señala que la Provincia de Quebec está gastando 65 millones de dólares en la contratación de 1 000 enfermeras extranjeras centrándose en los siguientes países francófonos: **Argelia, Camerún, Marruecos, Túnez y Mauricio** (CBC News, 2022).

En **Inglaterra** las actuaciones en las políticas nacionales están enfocadas a incrementar rápidamente la contratación internacional de enfermeras con apoyo financiero a los empleadores del Servicio Nacional de Salud (NHS Employers, 2022) poniendo énfasis en realizar los procesos por la vía rápida, por ejemplo, reduciendo los requisitos de pruebas lingüísticas y estableciendo acuerdos bilaterales entre países. En diciembre de 2021 se había “instado a los empleadores del Servicio Nacional de Salud a aprovechar la gran oportunidad de maximizar una vez más el apoyo de las enfermeras del extranjero”, acelerando así aún más la contratación internacional (Collins, 2021).

La Figura 2 a continuación utiliza los datos del registro para poner de relieve el flujo de entrada de enfermeras internacionales en Reino Unido en los últimos años. La tendencia desde 2017 ha sido un flujo de entrada internacional al alza, que se ha multiplicado por seis en el periodo reflejando así la escasez nacional de enfermería. Más recientemente, se aprecia la interrupción temporal de los viajes provocada por la COVID-19 en la primera parte de 2020, que después rebotó rápidamente como resultado de políticas ‘de vía rápida’ para poder contratar grandes cantidades de enfermeras internacionales con celeridad en Reino Unido. En el periodo de 12 meses de septiembre de 2021 a septiembre de 2022, se produjeron más de 24 000 nuevas inscripciones en el registro, el número más alto de la historia (Buchan, 2023).

Fig. 2: Reino Unido – Enfermeras registradas internacionales “nuevas”, 2017-2022, num. por semestre



El Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario (OMS, 2021c) establece el marco político ético para la contratación internacional de enfermeras y otros profesionales de la salud. Se examinará en detalle en la próxima sección del presente informe. Cabe destacar que pone énfasis en la mutualidad, promueve el uso de acuerdos bilaterales entre gobiernos en materia de contratación y establece la denominada 'lista roja' de países en los que evitar la contratación 'activa'. En los seis meses hasta septiembre de 2022, más de 2 200 (20%) de estas nuevas enfermeras internacionales en Reino Unido provenían de solo dos países en la 'lista roja': Nigeria y Ghana.

El uso de acuerdos bilaterales por parte del gobierno de Reino Unido ha generado controversia, por ejemplo, en relación con **Kenia** (Kay, 2022) (posteriormente suspendido) y **Nepal**. Existe el riesgo de que se pudiera percibir que algunos acuerdos bilaterales no están cumpliendo plenamente con el espíritu de mutualidad y dar la impresión de ser una alternativa para que los empleadores en Reino Unido o en otros lugares contraten 'activamente' enfermeras de los países en la lista roja. Esta cuestión se tratará más adelante en el presente informe.

Alemania está desarrollando un enfoque de 'triple beneficio' a la contratación internacional de enfermeras (GIZ, 2021), que tendría en cuenta a **Bosnia Herzegovina, Filipinas y Túnez**. La finalidad política sería generar un triple beneficio a través de un planteamiento bilateral: "Se afloja la presión en los mercados laborales de los países de origen, donde hay enfermeras desempleadas; las remesas de las enfermeras migrantes ofrecen un estímulo al desarrollo en sus países de origen; y se alivia la escasez de enfermeras en Alemania".

En diciembre de 2022, se anunció que **Nueva Zelanda** proporcionaría ofertas "inmediatas de residencia" por la vía rápida a las enfermeras como resultado de cambios en la política migratoria (RNZ, 2022a).

En **Suiza** un tercio de las enfermeras que trabajan en hospitales han recibido formación en el extranjero, y durante la pandemia, esta elevada dependencia de personal extranjero ha planteado problemas: "Cuando los países cerraron sus fronteras para limitar la

propagación del virus, Suiza se vio obligada a negociar con sus vecinos para permitir que los trabajadores sanitarios siguieran cruzándolas para ir a trabajar" (Romy, 2021).

En **Estados Unidos** la Comisión sobre Graduados de Escuelas de Enfermería Extrajeras (CGFNS) ha destacado en su informe anual que había recibido más de 17 000 solicitudes de *VisaScreen*® (servicio de comprobación de los requisitos para el visado de trabajo de los profesionales de la salud) de 116 países en el año fiscal 2022, es decir, un aumento del 44% desde 2021 y del 109% desde 2018. Los trabajadores sanitarios de Filipinas representaban el 60% de todas las solicitudes de *VisaScreen*®, apreciándose un aumento generalizado en la contratación internacional (CGFNS, 2022).

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

El riesgo obvio es que la contratación internacional activa podría impulsar los flujos de salida de enfermeras desde países de origen de renta baja y disminuir así su capacidad de responder eficazmente a los retos de la reconstrucción y a futuras olas de la pandemia.

El análisis de la oferta internacional previa a la pandemia de los denominados países 'de origen' enfatiza la tendencia prolongada al alza de tasas de emigración desde algunos países de renta baja y media-baja, que pone en riesgo su capacidad de alcanzar los ODS de la ONU y lograr la CSU. Tal y como se ha mencionado anteriormente, un análisis de la OCDE ha revelado que en 2019 más de 550 000 enfermeras formadas en el extranjero estaban trabajando en 36 países de renta alta miembros de esta

organización, lo cual representaba un incremento significativo respecto a las 460 000 registradas en 2011 (OECD, 2019). La OCDE también ha señalado (OECD, 2020a, p.9) que los países más pequeños del **Caribe** y el **Pacífico**, y los países que han sufrido conflictos en África, tienen algunas de las tasas más elevadas de emigración con más de la mitad de sus enfermeras trabajando en países de renta alta de esta organización.

El estudio de ECSA del Banco Mundial, el CIE y Jhpiego en 14 países (**Botsuana, Esuatini, Kenia, Lesoto, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, Ruanda, Seychelles, Sudáfrica, Sudán del Sur, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabue**) destaca que la emigración de enfermeras reduce la oferta disponible en estos países ‘de envío’, lo cual implica que pueden “enfrentarse a situaciones de escasez por la necesidad de enfermeras para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible” y “supone costos directos e indirectos para los gobiernos de envío, en particular gastos de formación y sueldos e impuestos perdidos” (World Bank Group *et al.*, 2021).

Dicho informe también ha denunciado que, en los 14 países, la cuota de enfermeras formadas en el extranjero varía ampliamente entre ellos y es inversamente proporcional a la producción nacional medida con arreglo a la tasa de incremento neto (el número de nuevos graduados en el país comparado con la oferta total de enfermería) (World Bank Group *et al.*, 2021, p.24).

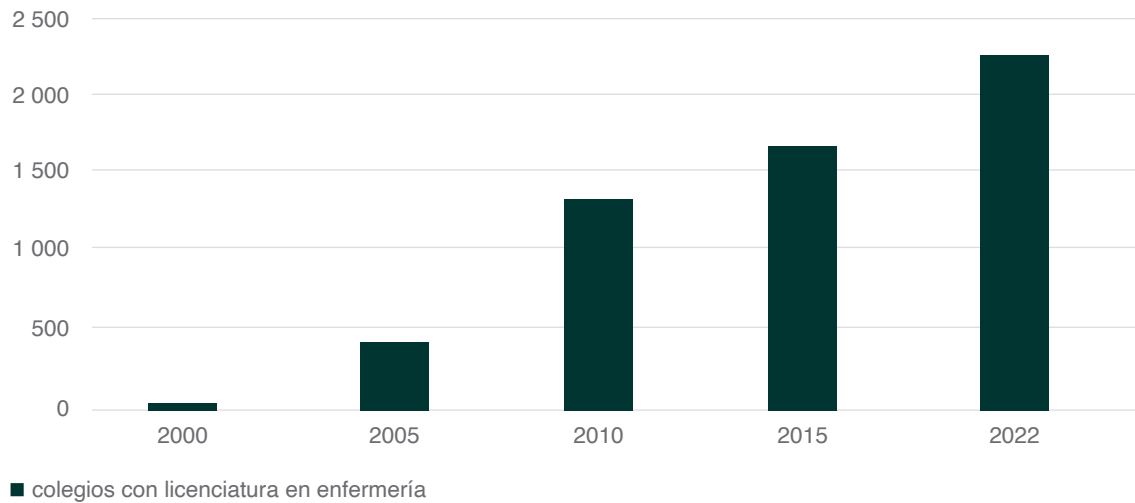
Un resumen reciente de evidencia para políticas de la **Región Africana de la OMS** centrado en la contratación y la retención de trabajadores sanitarios durante la pandemia (Oficina Regional de la OMS para África, 2021) ha destacado que “como la pandemia sobrepasó a los sistemas de salud de muchas naciones de renta alta, desencadenando así una demanda creciente de mano de obra sanitaria en el Norte global, surgieron preocupaciones sobre una posible desaceleración de la migración de salida de personal sanitario desde el continente africano y los países de renta baja y media”. El informe señalaba que “El problema que impulsa la fuga de cerebros desde África es la desmotivación de los trabajadores de la salud (mala remuneración, falta de prestaciones como seguro sanitario, factores de riesgo, etc.), los entornos deficientes para aplicar sus habilidades en la mayoría de los países de África y

la asignación ‘insuficiente’ de recursos para el sector de la salud...” y destacaba la necesidad de realizar investigación sobre el desempleo y el subempleo de los trabajadores sanitarios en África “para arrojar luz sobre la paradoja del desempleo de trabajadores de la salud en países que padecen una escasez crítica”.

Otros informes de **Zimbabue** (Reuters, 2022) señalan que más de 1 700 enfermeras registradas renunciaron en 2021, y más de 900 ya se habían marchado en 2022. Los trabajadores sanitarios del país hicieron huelga en junio de 2022 exigiendo que se les pagara en dólares estadounidenses puesto que la inflación había debilitado aún más la divisa local. Muchos habrían “encontrado trabajo sobre todo en Gran Bretaña, dejando así el sector sanitario del país en apuros y los hospitales locales infradotados de personal”. A mediados de 2022 se anunció un análisis del mercado laboral sanitario de distintos grupos de interés apoyado por la ONU para examinar cómo responder mejor a la “insuficiencia de trabajadores sanitarios, combinación de habilidades inapropiada y distribución desigual en todo el país” (Mugarisi, 2022).

A menudo se trata de factores ‘de empuje’ provocados por ingresos reducidos, cargas de trabajo elevadas y malas perspectivas de carrera que llevan a las enfermeras a considerar la posibilidad de migrar, si bien la mayoría de los países de renta baja y media no promueven activamente la movilidad internacional de sus enfermeras. Sin embargo, hay algunos, principalmente **India** y **Filipinas**, en los que existe un modelo denominado ‘tren para la exportación’. En **India** el rápido crecimiento en el sector de la formación ha generado un aumento considerable de la producción de enfermeras formadas a nivel nacional. Este crecimiento ha sido especialmente marcado en las facultades de enfermería que imparten formación para obtener el nivel de licenciatura, que es la cualificación más útil para trabajar en ámbito internacional. En el año 2000 únicamente había 30 facultades ofreciendo la licenciatura de enfermería deseada a nivel internacional, cifra que aumentó a 1 326 en 2010 y a 2 241 en 2022 (véase Figura 3). El número total de puestos de enfermería de nivel de licenciatura en 2021-2022 superaba los 100 000 (116 075). Casi todas estas facultades de enfermería de nivel de licenciatura (2 065, 92%) están en el sector privado.

Fig. 3: India: incremento de las facultades con licenciatura en enfermería, India: 2000, 2005, 2010, 2015, 2022



Fuente: Informe anual del Consejo de Enfermería de India, 2021-22 (Indian Nursing Council, 2022)

En **Filipinas** la contratación internacional de enfermeras la facilita una agencia gubernamental, la Administración de Empleo en el Extranjero de Filipinas (POEA). La mayoría de las escuelas de enfermería en el país pertenecen al sector privado y los estudiantes se pagan su propia formación, a menudo con la intención expresa de marcharse a trabajar al extranjero cuando se gradúen. Este modelo ha llevado a una rápida expansión del número de escuelas de enfermería en el sector privado, así como a satisfacer la demanda internacional de enfermeras formadas en Filipinas, inicialmente en Estados Unidos, pero en décadas más recientes también en una serie de países de Oriente Medio y el Golfo (por ej., Arabia Saudí), Europa (por ej., Reino Unido e Irlanda) y Asia Pacífico (Singapur, Nueva Zelanda, Australia). Solo Estados Unidos sería el hogar de al menos 150 000 enfermeras filipinas (Batalova, 2020).

Informes más recientes sugieren que “hay más enfermeras filipinas, atraídas por los mayores sueldos en el extranjero, están decididas a abandonar su país cuando se reduzcan los controles fronterizos por el coronavirus y las prácticas de contratación se vuelvan más intensas, lo cual pondría a Filipinas en apuros para lidiar con su propia escasez de trabajadores sanitarios” (Cinco, 2022). Este informe en cuestión está relacionado con el anuncio

del gobierno de su intención de establecer un límite al número de enfermeras autorizadas a marcharse al extranjero por año respecto a la cifra actual de 7 500 que se estableció en 2020 como medida de retención para dar respuesta a la pandemia. En un anuncio separado, en julio de 2022, se señaló que el fin de la moratoria sobre la puesta en marcha de nuevos programas de licenciatura en enfermería “contribuía a incrementar la demanda nacional de enfermeras” sugiriendo asimismo que el país necesitaba 201 265 enfermeras más para lograr el requisito de los ODS de 27,4 enfermeras por cada 10 000 habitantes (Cruz, 2022).

Mientras que la tendencia general está al alza, los patrones relativos al flujo efectivo de enfermeras de países de renta baja y media hacia diferentes países de destino de la OCDE varía considerablemente. El análisis reciente de la OCDE pone de relieve que entre los países con mayores cuotas de enfermeras formadas en el extranjero los de habla inglesa albergan relativamente más enfermeras nacidas en países de renta baja y media. En **Nueva Zelanda, Australia y Canadá**, por ejemplo, entre el 40 y más del 50% de todas las enfermeras formadas en el extranjero provienen de países de renta baja y media-baja mientras que en **Suiza y Noruega** la mayoría provienen de otros países de la OCDE (Socha-Dietrich & Dumont, 2021).

3.6 AUTOSUFICIENCIA DE LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA Y USO MÁS EFICAZ DEL CÓDIGO DE LA OMS

El impacto dinámico de la reconstrucción en las tendencias de la fuerza laboral de enfermería global es probable que agrave el déficit actual de la oferta de enfermeras en la mayoría de países, pero también se corre el gran riesgo de que incrementen las desigualdades globales entre la oferta y la demanda. El crecimiento constante de la contratación internacional activa de enfermeras podría reducir aún más las escasas habilidades de enfermería en algunos países. Las naciones mencionadas en las secciones anteriores del presente informe señalan que algunos países activos en el reclutamiento de personal ahora están realizando contrataciones internacionales activas por la vía rápida como respuesta urgente a la escasez nacional, que se ha visto agravada por las exigencias de la reconstrucción.

Existe una necesidad urgente de monitorizar y realizar un seguimiento de las cifras relativas a los flujos internacionales de enfermeras para poner de relieve los países de origen que pueden estar en riesgo e identificar qué países de destino están aumentando activamente su actividad de contratación internacional. El CIE pone énfasis en que todas las enfermeras deben tener la posibilidad de moverse libremente siempre y cuando no tengan ningún compromiso contractual específico de regreso al trabajo, pero los países han de centrarse en la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería como parte integral de la planificación general del personal de enfermería (Little & Buchan, 2007; CIE, 2019).

El CIE aboga por el uso de un indicador de autosuficiencia de país. Una trazabilidad del indicador en el tiempo podrá señalar hasta qué punto dependen los países de los flujos de entrada internacionales de enfermeras en comparación con la formación nacional. El CIE realizó una declaración ante la Asamblea Mundial de la Salud en noviembre de 2020 apoyando el uso de un indicador de autosuficiencia (CIE, 2020b).

Recuadro 1: Medición de la autosuficiencia

Indicador de autosuficiencia:

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

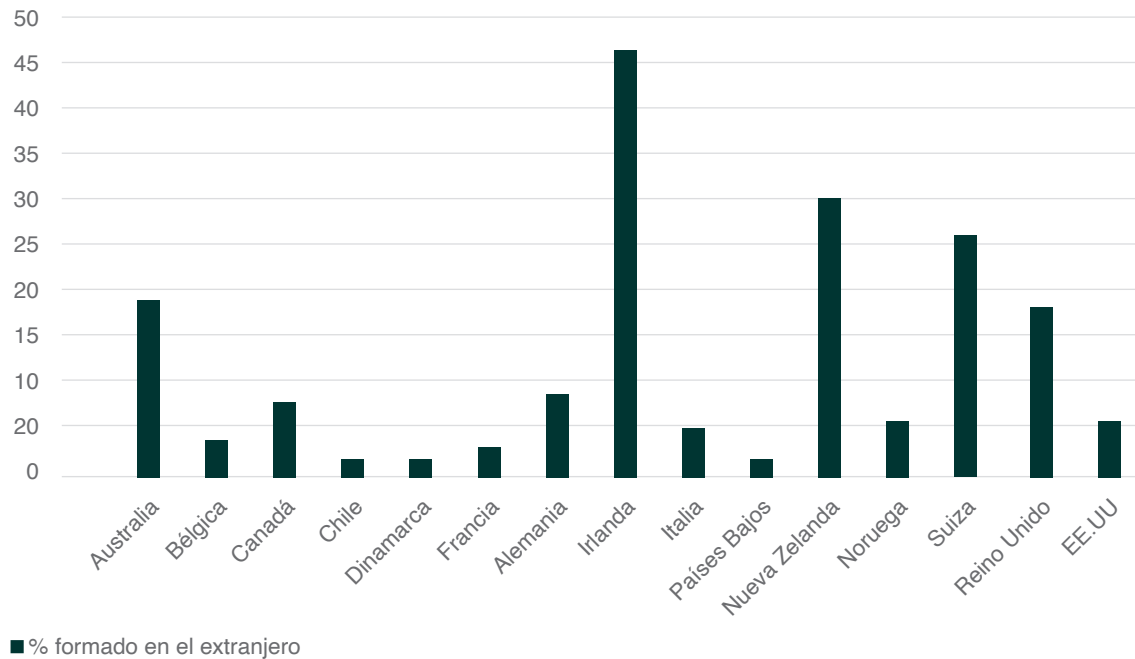
Tasa de emigración: porcentaje del total de enfermeras nacidas o formadas en un país, pero trabajando en el extranjero, en comparación con el total de enfermeras que siguen trabajando en el país.

El indicador de autosuficiencia se establece evaluando el porcentaje del total de la fuerza laboral de enfermería en un país que ha recibido formación en el extranjero: cuanto más elevado sea el porcentaje menos autosuficiente es el país. Una medición alternativa, para su aplicación en particular en países de origen vulnerables, consiste en calcular una tasa de emigración (Socha-Dietrich & Dumont, 2021) estimando el porcentaje del total de enfermeras nacidas o formadas en un país, pero trabajando en el extranjero, en comparación con el total de enfermeras que siguen trabajando en el país. Cuanto más elevada sea la tasa de emigración, más se habrá mermado la fuerza laboral de enfermería a causa de los flujos internacionales de salida.

Este indicador de autosuficiencia varía considerablemente entre los países de la OCDE (véase Figura 4 a continuación). Algunos países como **Chile, Dinamarca y Países Bajos** apuntan a una elevada autosuficiencia y tienen una dependencia relativamente baja de enfermeras internacionales, pero en otros países el porcentaje de dependencia de enfermeras formadas en el extranjero alcanza el 46% (**Irlanda**) y el 30% (**Nueva Zelanda**).

Dos de los principales grupos de países con 'baja' autosuficiencia pertenecen a la OCDE, **Irlanda y Nueva Zelanda**, tal y como se ha ilustrado anteriormente, y al área del Golfo (por ej., el informe SOWN indica que el 77% de las enfermeras en **Arabia Saudí** son extranjeras, al igual que el 97% en **Catar**) (OMS, 2020b).

Fig. 4: países seleccionados de la OCDE, % enfermeras formadas en el extranjero, año más reciente



■ % formado en el extranjero

Fuente: OCDE, 2023

Nota: Véase OCDE para definiciones y salvedades

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

Algunos países están realizando un esfuerzo concertado hacia la autosuficiencia guiándose por una serie de políticas. Un ejemplo es **Omán**, que ha seguido explícitamente un objetivo de ‘Omanización’ de su fuerza laboral de enfermería sustituyendo progresivamente a las enfermeras expatriadas por enfermeras locales con una cualificación similar “para desarrollar una fuerza laboral sostenible y alcanzar la autosuficiencia” (Al-Riyami, Fischer & Lopez, 2015); otro ejemplo es **Emiratos Árabes Unidos** que en 2021 anunció su intención de “desarrollar categorías nacionales en el sector de la enfermería con el objetivo de llegar a 10 000 emiratíes en 5 años” (Nasrallah *et al.*, 2021). Un tercer ejemplo es **Irlanda** donde

el gobierno anunció en 2022 que había diseñado un modelo irlandés de oferta de enfermeras enfocado expresamente a reducir su dependencia de la contratación de enfermeras formadas en el extranjero, cubrir la demanda futura de enfermeras y abordar los retos de la fuerza laboral. Además, cuenta con recomendaciones sobre la utilización de escenarios de planificación para cambiar hacia la autosuficiencia (Department of Health Ireland, 2022).

Pretender la autosuficiencia de la fuerza laboral de enfermería a nivel nacional también está en línea con la Estrategia Mundial de Recursos Humanos de la OMS y las Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería. Fue aprobada por todos los Estados miembros de la OMS en 2016 y su objetivo 2.1 es que “para 2030, todos los países hayan progresado en la reducción por mitad de su dependencia de profesionales de la salud formados en el extranjero aplicando el Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario” (OMS, 2016b, p. 23). **Para cumplir este compromiso, los países han de poder monitorizar su nivel de autosuficiencia o notificar cualquier tasa de emigración preocupante y comunicar cualquier patrón de contratación internacional activa.**

El Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario (OMS, 2020c) fue aprobado por todos los Estados miembros de esta organización en 2010. Establece un marco para un enfoque gestionado y ético a la contratación internacional, que se ubica en el contexto más amplio de una planificación y políticas nacionales eficaces sobre el personal sanitario destinadas a la sostenibilidad de la fuerza laboral, poniendo énfasis en el papel de los acuerdos bilaterales para ‘gestionar’ la actividad de contratación internacional y considerando un compromiso para lograr mejores datos y monitorización de los patrones de movilidad.

En 2020 un Grupo de Expertos en Asesoramiento independiente lo revisó y realizó recomendaciones a la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2020d), donde se aprobó su función continuada e intensificada. Asimismo, se introdujo una lista de países (OMS, 2021d), cuyo personal sanitario hay que apoyar y salvaguardar, a los que no hay que dirigirse activamente con fines de contratación a no ser que haya un acuerdo de gobierno a gobierno que permita una contratación gestionada y realizada “cumpliendo estrictamente con los términos establecidos en el mismo”. Formalmente se la conoce como la ‘lista roja’. A finales de 2022, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Independiente fue convocado de nuevo para valorar el método utilizado para determinar los países de la lista. Tras la revisión de un grupo de expertos, la OMS ha adaptado los criterios utilizados para identificar a los países de la lista de salvaguardia. Esto ha llevado a un pequeño aumento, hasta 55, de los países incluidos en la lista (OMS, 2023b)

También existe la necesidad relacionada de monitorizar la actividad de las agencias de

contratación para evaluar su cumplimiento con el Código de la OMS. Se ha denunciado la existencia de anuncios directos de reclutadores internacionales para intentar contratar personal sanitario escaso en países de renta baja y media-baja en África, Asia y el Caribe, infringiendo así el Código (Omaswa, 2020). Un estudio reciente sobre enfermeras polacas que trabajan en Noruega ha resaltado que su inseguridad laboral (‘precariedad’) se deriva de políticas que dejaron su contratación “en manos de agencias privadas que actúan sin supervisión de la Dirección de Salud de Noruega. Este país suscribe los principios de contratación ética de la OMS pero se queda corto a la hora de monitorizar a las agencias de colocación privadas” (Goździak & Main, 2022).

La monitorización debe de ser un elemento integral del proceso para prevenir las repercusiones dañinas de la sobrecontratación en países con una oferta de enfermeras vulnerable. El CIE hizo un llamado a fortalecer la implementación y monitorización del Código (CIE, 2022e).

Cualquier contratación internacional activa de enfermeras debe hacerse en lineamiento al Código y la lista asociada. Sin embargo, tal y como se ha comentado con anterioridad, en el presente informe se han manifestado inquietudes sobre el pleno cumplimiento con el Código por parte de algunos países contratantes. Esto está relacionado con la necesidad de una definición más clara de lo que se entiende por contratación ‘activa’ y con una mejor comprensión del uso de acuerdos bilaterales, que la OMS está promoviendo, **si bien deben monitorizarse de forma independiente para garantizar su cumplimiento y proporcionar lecciones para mejorar su utilización.**

3.7 IMPACTO EN LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERAS: UN PANEL DE MANDOS DE INDICADORES

En este informe, abogamos claramente a favor de un enfoque sistemático para valorar el impacto en la fuerza laboral de enfermería con el fin de comprender las causas fundamentales de los problemas actuales y dirigir mejor las respuestas políticas. Para ello, hace falta coherencia en el uso de los datos y claridad en la interpretación de los indicadores estándar. Los organismos nacionales y las agencias

internacionales (véase, por ej., OMS, 2023; OMS, 2022d) promueven diferentes indicadores sobre las enfermeras/personal sanitario y siempre se corre el riesgo de tener solo una imagen parcial o desfasada. También es necesario actualizar por completo el informe sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo utilizando datos mejorados y estándar.

El enfoque y las acciones principales deben considerar un conjunto central de indicadores a nivel de país o sistema, un ‘panel de mandos’ que se estandarice y actualice periódicamente. La tabla a continuación establece varios indicadores cuya combinación puede facilitararlo.

Tabla 6: Posibles indicadores centrales en un panel de mandos sobre el impacto en la fuerza laboral de enfermería

INDICADOR	EJEMPLO DE MEDICIÓN
Renovación	Número y porcentaje de ‘personas que se marchan’ dividido por la media de personal en sus puestos en el año.
Tasas de estabilidad/retención de la fuerza laboral	Porcentaje de personal que estaba en puestos esenciales al comienzo del Año 1 y que sigue en ellos en esa organización un año después.
Bajas	Tiempo perdido por bajas calculado como porcentaje del tiempo laboral contratado en un determinado periodo.
Vacantes	El número de puestos financiados no cubiertos se expresa como porcentaje del total, por ej., un porcentaje de la tasa de vacantes.
Desempleo	Número de enfermeras desempleadas en busca de trabajo como porcentaje del total de población activa de enfermeras.
Autosuficiencia de la fuerza laboral	Porcentaje del total de la fuerza laboral de enfermería en un país que ha recibido formación nacional.
Tasa de emigración	Porcentaje del total de enfermeras nacidas o formadas en un país pero trabajando en el extranjero, comparado con el total de enfermeras que siguen trabajando en el país.

Utilizados de forma combinada, estos indicadores pueden ofrecer a quienes formulan y planifican las políticas un cuadro más claro de las causas fundamentales y una mejor orientación política. También se usan definiciones diferentes para algunos de los indicadores, de ahí la necesidad acuciante de ser coherentes en su aplicación. El Apéndice 1 contiene todos los detalles.

04

CAPÍTULO CUATRO

4. PROTEGER Y APOYAR PARA RECONSTRUIR

4.1 ES FUNDAMENTAL PROTEGER E INVERTIR EN EL APOYO A LAS ENFERMERAS PARA LA RECUPERACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Tal y como se ha detallado en este informe, la pandemia ha requerido que muchas enfermeras asuman más trabajo, más responsabilidades y nuevas habilidades para su traslado a otras áreas de trabajo, así como para afrontar una mayor presión y en ocasiones entornos de trabajo inseguros, y para ser la imagen de la fuerza laboral en 'primera línea'. Estas presiones se han producido prácticamente de la noche a la mañana, pero ya hace años que perduran.

Las situaciones preexistentes de infradotación de personal y limitación de recursos han salido a la luz y se han visto amplificadas por la pandemia, y por el enfoque en la reconstrucción. Esto se ha sumado al estrés y a la carga de trabajo de las enfermeras, y no se puede esperar que sigan soportando la carga personal de las exigencias de la reconstrucción del sistema de salud.

Cada vez que una enfermera se agota o experimenta cualquier otro factor relacionado con la salud, el bienestar o el trabajo que pueda llevarle a reducir temporalmente sus horas o al abandono permanente de la organización sanitaria, se producen consecuencias negativas.

Repercute en la enfermera, la organización sanitaria y su población de clientes. Tal y como hemos destacado en este informe, habrá costes organizativos y consecuencias negativas en la atención al paciente y en la carga de trabajo de las enfermeras que se quedan. Fundamentalmente, la fuerza laboral de enfermería no puede seguir cubriendo o compensando la falta de protección y apoyo por parte del empleador.

La recuperación y reconstrucción del sistema de salud, que dependen totalmente de un número adecuado de enfermeras calificadas, no tendrá lugar si no se centra plenamente en la disponibilidad y el impacto de las enfermeras. Sencillamente, si no se protege y apoya a la fuerza laboral de enfermería no habrá una reconstrucción eficaz del sistema de salud.

Proteger y apoyar al personal de enfermería tiene que ser un objetivo político fundamental de cualquier sistema de salud que espere recuperarse de la pandemia y reconstruirse, y se tiene que combinar con un enfoque más amplio para apoyar su sostenibilidad.

4.2 RESPUESTAS POLÍTICAS PARA APOYAR A LAS ENFERMERAS EN EL TRABAJO

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

El CIE está a la vanguardia a la hora de ofrecer respuestas políticas eficaces basadas en la evidencia para proteger y apoyar a las enfermeras en el trabajo (Buchan, Shaffer & Catton, 2018 & 2022) a partir de toda una serie de informes multipaís y análisis nacionales (Chmanga *et al.*, 2020; Marugu *et al.*, 2021; Adams, Ryan & Wood, 2021; MacKay *et al.*, 2021; Dall'Ora & Saville, 2021; Cohen-Serrins, 2021), como por ejemplo de **Indonesia** (Putra, Kusnanto & Yuwono, 2020), la **República de Corea** (Yun & Yu, 2021), **Malasia** (Al Zamel *et al.*, 2020) y **Namibia** (Washeya & Fürst, 2021). Los puntos principales de estas revisiones se resumen en la tabla a continuación, que pone de relieve tanto los factores 'prepandémicos' que afectan a la oferta de enfermeras como los que se han vuelto más prominentes como resultado de la pandemia y la necesidad de reconstruir el sistema.

Recuadro 2: Apoyar a la fuerza laboral de enfermería: factores 'preexistentes' y 'emergentes'

Factores preexistentes

- Entorno de trabajo, relaciones laborales y condiciones de trabajo seguras y que apoyen
- Sueldo y otros incentivos financieros y no financieros
- Flexibilidad y políticas compatibles con la familia
- Oportunidades de carrera y acceso a formación
- Carga de trabajo manejable y niveles seguros de dotación de personal

- Relaciones de trabajo productivas con otro personal y equipos
- Autonomía profesional y participación en la toma de decisiones
- Gestión con capacidad de respuesta, liderazgo y supervisión eficaces y mentorazgo específico
- Movilidad laboral y oportunidades de trabajo relacionadas en diferentes organizaciones, regiones y países

Factores emergentes y relacionados con la pandemia

- Acceso a la pauta de vacunación completa
- Acceso a EPI eficaces
- Impartición de formación adecuada durante las reasignaciones
- Apoyar los descansos/tiempo libre
- Apoyar la salud/bienestar
- Apoyar a los estudiantes de enfermería para que finalicen su formación
- Implementación/expansión de las figuras de práctica avanzada
- Participación plena en el desarrollo e implementación de estrategias de reconstrucción del sistema de salud

El Recuadro 2 ofrece una lista de control como punto de partida para determinar qué acciones e intervenciones se deben realizar para abordar el reto de la retención de enfermeras. Es cierto que siempre hay que comprender el impacto y tener en cuenta el contexto, **pero existen cuatro intervenciones políticas fundamentales y universales** que estarán en el centro de la protección y el apoyo general a la fuerza laboral de enfermería para posibilitar la reconstrucción del sistema de salud. Estas son:

- **Niveles adecuados de dotación de personal**
- **Condiciones de trabajo, paga y oportunidades de carrera atractivas**
- **Apoyar los descansos, la salud y el bienestar**

• **Participar plenamente en el desarrollo e implementación de estrategias de reconstrucción del sistema de salud**

La ausencia de una respuesta eficaz a estas cuatro preocupaciones es lo que está impulsando las protestas y huelgas en algunos países. También es el factor subyacente de la existencia continuada de desempleo de enfermeras en países que también padecen escasez.

Estas intervenciones políticas esenciales en general se han avalado en las Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería de la OMS, que establecen prioridades políticas, como optimizar la producción nacional de enfermeras para satisfacer o superar la demanda del sistema de salud, y realizar una planificación y proyección del personal de enfermería a través de la óptica del mercado laboral sanitario (OMS, 2021a).

Los legisladores y las ANE han de recurrir a la base de evidencia resumida en el Recuadro 2 para determinar ‘qué funciona’ en términos de protección y apoyo a la fuerza laboral de enfermería identificando sistemáticamente opciones de intervención que aborden los problemas detectados y las prioridades en su propia área de responsabilidad.

El éxito sostenido en la mejora de la oferta, distribución y retención de enfermeras es probable que esté relacionado con una serie de intervenciones políticas planificadas y secuenciadas denominadas ‘paquetes’ de políticas en lugar de guardar relación con intervenciones individuales.

Para establecer el equilibrio más eficaz en las políticas destinadas a mejorar la oferta y la retención, en parte hay que tener en cuenta el impacto de la pandemia y las experiencias y motivaciones de las enfermeras. También será necesario, tal y como han resaltado recientemente la OCDE y la OIT, “dotar a los trabajadores sanitarios de las habilidades adecuadas para responder a futuras crisis de salud de manera que estén preparados para un mayor uso de tecnologías digitales y para planificar el cambio demográfico” (OECD/ILO, 2022). Por eso, un planteamiento centrado en la **evaluación del impacto en el personal de enfermería** que determine las causas fundamentales de los problemas de la fuerza laboral,

utilizando un panel de mandos de indicadores con información de un análisis eficaz del mercado laboral, según se señalaba con anterioridad en este informe, puede ser una base importante para la eficacia en la retención y sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería, y la planificación de cara al futuro.

Junto con una evaluación del impacto, el otro factor de éxito fundamental es que las enfermeras y sus ANE representativas **participen plenamente en el diseño y la implementación de las estrategias de reconstrucción de los sistemas de salud**. El personal de enfermería representa la profesión sanitaria más numerosa de todas en casi todos los entornos de salud en todos los países, está en ‘primera línea’, tiene los conocimientos estratégicos y la experiencia necesaria, es una de las profesiones más respetadas, y será un factor de éxito fundamental en cualquier reconstrucción. Su participación debería ser obvia. Sin embargo, sigue habiendo ejemplos preocupantes de enfermeras excluidas de la toma de decisiones sobre asuntos clínicos y estratégicos esenciales para su trabajo (Rasmussen *et al.*, 2022). Esto puede provocar una ruptura de la confianza, que a su vez puede contribuir a una lesión moral y a una menor retención (Nelson *et al.*, 2022).

No obstante, cada vez hay más ejemplos de respuestas dirigidas por/con la participación de enfermeras, basadas en la evidencia y multipolíticas para apoyar a las enfermeras y posibilitar la recuperación y reconstrucción del sistema de salud. Si bien no es posible informar de todas las iniciativas que tienen lugar en diferentes países, a menudo dirigidas por ANE, a continuación, se ofrecen algunos ejemplos.

En **EE.UU.** se lanzó el laboratorio de ideas Socios para una Dotación de Personal Segura formado por varios grupos de interés (Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos, Asociación Americana de Enfermeras, Organización Americana para el Liderazgo de Enfermería, Asociación de Gestión Financiera Sanitaria y el Instituto para la Mejora de la Atención de Salud) en 2022 para encontrar soluciones a la crisis de dotación de enfermeras (Partners for Nurse Staffing Think Tank, 2022) destacando que “Una inversión adecuada en una dotación de enfermeras adecuada también es esencial para el desempeño, reputación y viabilidad financiera de las instituciones sanitarias”.

En **Canadá** una revisión patrocinada por la Royal Society of Canada ha investigado el impacto de la pandemia en la fuerza laboral de enfermería como fuente de información para la planificación e implementación de estrategias sostenibles para el personal de enfermería alcanzando conclusiones y recomendaciones clave para informar un enfoque nacional y sostenido en materia de retención y contratación de enfermeras (Murphy *et al.*, 2022). Otro informe de la Federación de Sindicatos de Enfermeras de Canadá y la Red de Personal Sanitario de Canadá se ha centrado en la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería (Ben Ahmed & Bourgeault, 2022).

En **Nueva Zelanda** el Ministerio de Salud ha lanzado un fondo de 1 millón de dólares para contribuir a que las enfermeras que actualmente no estén ejerciendo regresen a un puesto de enfermería “para satisfacer la mayor demanda, apoyar la seguridad de la dotación de personal y mejorar el acceso a los cuidados”, lo cual guarda relación con otras campañas, en particular una de contratación nacional y otra centrada en el regreso a casa de enfermeras trabajando en el extranjero (RNZ, 2022b).

En el **Estado de Victoria, Australia**, antes de las elecciones, la ANE se aseguró en noviembre de 2022 la promesa del apoyo del gobierno para conceder a las enfermeras graduadas una prima por contratación de 5 000 dólares al comenzar a trabajar en el sistema público, incentivos adicionales para los estudiantes que se inscriban en enfermería y ganar 16 500 dólares si deciden pasar a trabajar en el servicio público de salud en Victoria durante dos años (Dow, 2022), además de un mejor y mayor uso de las ratios obligatorias de dotación de enfermeras, en particular en unidades de cuidados intensivos de los hospitales, unidades de alta dependencia, unidades de cuidados coronarios y departamentos de emergencias (Australian Nursing and Midwifery Federation, 2022).

En **Irlanda** se va a diseñar un enfoque para la planificación estratégica de la fuerza laboral utilizando ‘Un Modelo de Dinámicas de Sistemas de Oferta de Fuerza Laboral de Enfermeras’ al objeto de apoyar la identificación de soluciones políticas para “cubrir los aumentos esperados en la demanda de enfermeras y reducir la dependencia de Irlanda de la contratación de enfermeras formadas en el extranjero” (Department of Health Ireland, 2022).

En **Escocia** el gobierno ha establecido un Grupo de Trabajo de Enfermería y Partería en febrero de 2023 para construir una fuerza laboral sostenible y cualificada. Estará presidido por el Ministro de Salud y contará con la representación de la ANE principal, el Royal College of Nursing. “Examinará la construcción de culturas de fuerza laboral ejemplares abordando barreras operativas y mejorando las condiciones laborales, las instalaciones y las oportunidades de trabajo” (Scottish Government, 2023).

A continuación, se indica la agenda para la acción a nivel nacional y global para proteger y apoyar a la fuerza laboral de enfermería y posibilitar la recuperación y reconstrucción del sistema de salud. Se basa en los puntos para la acción identificados en nuestro informe político del año pasado *Apoyar y Retener* (Buchan, Catton & Shaffer, 2022) actualizando su enfoque para considerar las crecientes inquietudes en materia de agotamiento y oferta de enfermeras y disponer de un conjunto de mensajes políticos claros para los legisladores nacionales (y para los que están en el nivel estatal/provincial en sistemas federales), las ANE y los organismos internacionales. La Agenda para la Acción solo será posible con la plena participación de las ANE y otros líderes de enfermería con el objeto de identificar e implementar soluciones políticas específicas para el contexto basadas en la evidencia. Según se ha indicado anteriormente, si se excluye la aportación experta de la enfermería de la política de reconstrucción del sistema de salud será mucho más difícil progresar/tener éxito.

4.3 UNA AGENDA PARA LA ACCIÓN EN 2022 Y MÁS ALLÁ: PROTEGER Y APOYAR A LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA PARA RECONSTRUIR EL SISTEMA DE SALUD

La fuerza laboral de enfermería ha estado a la vanguardia en la eficacia de la respuesta a la COVID-19 en todos los países. También será fundamental para el éxito de la recuperación y reconstrucción de los sistemas de salud en todo el mundo. El presente informe ha puesto de manifiesto que los efectos de la COVID-19 y la recuperación y reconstrucción de los sistemas de salud están incrementando la demanda de enfermeras a la par que están teniendo un efecto perjudicial tanto directo como indirecto en las enfermeras a título individual, en la oferta de enfermeras en general y en la fuerza laboral de enfermería global que ya tiene una dotación de personal insuficiente y está al límite.

El riesgo cada vez mayor es que la pandemia y los requisitos de la reconstrucción que han ampliado la brecha de la fuerza laboral de enfermería global también agraven la distribución desigual de las enfermeras e impulse los flujos internacionales de enfermeras desde los países de renta baja/media hacia los de renta alta. Esto comprometerá la recuperación a nivel nacional y las acciones de reconstrucción, y podría empeorar la salud de la población, impedir la consecución de la CSU en algunas naciones y reducir la capacidad de los países de responder a la próxima emergencia de salud pública. Este enfoque guarda una estrecha relación con el tema del Día Internacional de la Enfermera de este año ‘Nuestras enfermeras. Nuestro futuro.’ que pondrá de relieve lo que hay que aprender de la pandemia, así como las acciones necesarias que pueden garantizar que se proteja, respete y valore a las enfermeras y que los sistemas sanitarios sean sostenibles, seguros, asequibles, accesibles y tengan capacidad de reacción (CIE, 2023).

Para proteger y apoyar a la fuerza laboral de enfermería global e invertir en su sostenibilidad a más largo plazo, es urgente contar con respuestas políticas eficaces y coordinadas en los niveles nacional e internacional/global. En este sentido, hay que contemplar tanto una **actuación** inmediata para hacer frente a los retos urgentes señalados en el presente informe como la elaboración de una visión y **plan**

compartidos a más largo plazo para la fuerza laboral de enfermería global con el fin de conseguir que el mundo se encuentre en una posición mejor para enfrentarse a grandes crisis de salud en el futuro. Asimismo, las políticas han de tener plenamente en cuenta la dimensión de género (véase, por ejemplo, Bourgeault *et al.*, 2021) en una fuerza laboral global que se considera formada en un 90% por mujeres. La Agenda para la Acción establecida a continuación se basa en lo que hemos desarrollado en 2022, y se ha actualizado para tener en cuenta retos y asuntos nuevos y emergentes.

A nivel nacional, proteger a la fuerza laboral de enfermería e invertir en ella para su sostenibilidad a más largo plazo debe ser el objetivo general establecido detalladamente en una estrategia nacional o plan estratégico. Se puede hacer considerando sobre todo dos prioridades políticas interrelacionadas: mejorar la retención de las enfermeras en la fuerza laboral y garantizar una capacidad adecuada de formación en el país. Para ello hace falta:

- **ACCIÓN: realizar evaluaciones periódicas del impacto en relación con la fuerza laboral de enfermería** para comprender mejor las repercusiones en las enfermeras a título individual y en la fuerza laboral de enfermería en general, además de como fuente de información para brindar apoyo, realizar inversiones eficaces y posibilitar la reconstrucción del sistema de salud. Los datos generados a partir de evaluaciones del impacto mejorarían las políticas y la planificación de la profesión, optimizarían la retención y el despliegue de enfermeras, potenciarían la utilización de sus habilidades, apoyarían la monitorización de los flujos internos de enfermeras e identificarían acciones prioritarias para invertir en la oferta, en particular en ‘condiciones de trabajo dignas’. También podrían ser un componente nacional de un planteamiento liderado por los países para llevar a cabo una urgente y muy necesaria actualización del informe sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo (véase a continuación).

- **ACCIÓN: compromiso de invertir en niveles seguros de dotación de personal y apoyarlos.** Los niveles peligrosos de infradotación de enfermeras han sido un gran problema en numerosos sistemas de salud durante la pandemia y la reconstrucción, puesto que aumentan el riesgo de agotamiento de las enfermeras que siguen trabajando en el sistema, comprometen los cuidados al paciente y serán un factor que impulsará un mayor flujo de salida de personal. También debilitarán las acciones de reconstrucción. Se pueden aplicar muchas metodologías para determinar las necesidades de dotación de personal; tener el compromiso de aplicar consistentemente un método de dotación de personal combinándolo con el financiamiento necesario e inversión es un indicador clave de una buena gobernanza del sistema de salud.
 - **ACCIÓN: compromiso de apoyar el acceso temprano de todas las enfermeras a la campaña de vacunación completa.** Sin esta protección para la fuerza laboral de enfermería, se ponen en peligro las respuestas ante futuras pandemias y se corre el riesgo de arriesgar las demás intervenciones para mejorar la sostenibilidad. Algunos países aún tienen que alcanzar un nivel de cobertura adecuado.
 - **PLAN: revisar/ampliar la capacidad del sistema nacional de formación de enfermería** para cubrir las exigencias de la reconstrucción y apoyar la oferta de enfermeras a largo plazo. Para ello, hacen falta datos generados a partir de evaluaciones de impacto y análisis periódicos y sistemáticos del mercado laboral de enfermería a nivel nacional, en particular una evaluación del tamaño, perfil de habilidades y despliegue previsto de la futura fuerza laboral de enfermería, así como planteamientos consensuados para cubrir cualquier brecha detectada realizando ajustes en la oferta y el currículum.
 - **PLAN: invertir en la retención de enfermeras y el atractivo de la profesión de enfermería como carrera,** proporcionando un sueldo y condiciones laborales justos, oportunidades de carrera estructuradas, acceso a formación continua y apoyo al bienestar con el fin de garantizar que se combatan los efectos perjudiciales del agotamiento de las enfermeras, se aborde el desempleo en enfermería y se traten los factores que motivan las huelgas de la profesión.
 - **PLAN: implementar políticas para mejorar las estructuras de carrera y optimizar la fuerza laboral a través de las figuras de práctica avanzada y apoyo tecnológico adecuado.** Esto puede optimizar la contribución de la fuerza laboral de enfermería a la reconstrucción apoyando que las enfermeras trabajen en todo su ámbito de práctica, aumentando el uso de las figuras de práctica avanzada y especializada (por ej. enfermeras de atención directa), así como a través de una combinación de habilidades y patrones de trabajo eficaces, trabajo en equipo, apoyo administrativo adecuado, tecnología, equipamiento y formación sobre su uso. Así se contribuirá a la retención y al atractivo de la profesión de la enfermería y se acelerará la reconstrucción. Para ello se debe contar con un marco regulador y legislativo que lo favorezca.
 - **PLAN: monitorización y trazabilidad de la autosuficiencia de las enfermeras.** El indicador de autosuficiencia relativo al porcentaje de dependencia de enfermeras nacidas o formadas en el extranjero ofrece a los legisladores una idea de su grado de dependencia (y vulnerabilidad potencial) de la oferta internacional de enfermeras. Permite al país realizar un seguimiento y demostrar progreso hacia la consecución del objetivo de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud 2030 (OMS, 2016b, p.23) con el que se ha comprometido, así como informar sobre la implementación del Código de la OMS (OMS, 2020c).
- A nivel internacional** la respuesta política ha de basarse en el reconocimiento de que la fuerza laboral de enfermería en países de menor renta, ya vulnerable y a menudo infradotada de personal, ha sufrido más daños por el impacto de la pandemia. Esto pone en riesgo la recuperación y la reconstrucción de los sistemas sanitarios junto con cualquier perspectiva de mejorar la salud de la población, en particular la consecución de los ODS y la CSU. Estos países seguirán siendo muy vulnerables al flujo de salida internacional de enfermeras

incluso si logran aplicar políticas nacionales para mejorar la oferta de enfermeras y apoyar la recuperación y la reconstrucción. Se trata de países en riesgo que necesitan el respaldo de la comunidad internacional. Los principales grupos de interés a nivel internacional, como la OMS, la OCDE, el Banco Mundial y el CIE, deben actuar ahora, pero también tienen que diseñar y consensuar una visión y plan a largo plazo, a diez años, para apoyar a la fuerza laboral de enfermería global.

Dicho **Plan** a largo plazo deberá centrarse en reconstruir e invertir en el crecimiento necesario de la fuerza laboral de enfermería global. Debe alinearse con las **Acciones** más inmediatas establecidas en el presente resumen de evidencia para políticas con el fin de establecer los compromisos necesarios a diez años para tener una fuerza laboral de enfermería global sostenible.

La pandemia ha cambiado el mundo y ha mostrado los terribles riesgos de la escasez de enfermeras, pero también ha reafirmado que 'la salud es riqueza' y que los países deben invertir en sus sistemas sanitarios para apoyar una economía pujante. Es necesario reconstruir el sistema sanitario como base de una mejor salud y una mayor riqueza.

Existen instrumentos globales y estrategias de personal sanitario como la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud de la OMS (OMS, 2016b) y la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico (OMS, 2016c), que reflejan el mundo prepandémico y pueden contribuir a generar un marco amplio para una estrategia de futuro si bien es necesario actualizarlos para tener en cuenta el impacto de la pandemia, al igual que el informe sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo.

Para los gobiernos en todo el mundo, el reto de la fuerza laboral de enfermería global es demasiado grande, demasiado importante y demasiado 'diferente' respecto al de hace tan solo tres años como para ignorarlo. **Los grupos de interés internacionales y los países tienen que coordinar sus acciones con el fin de diseñar un plan a más largo plazo, a diez años, para una fuerza laboral de enfermería global sostenible.** No podemos correr el riesgo de sufrir más daños en una fuerza laboral ya mermada y tampoco podemos volver a

la situación previa a la pandemia de 'convivir' con grandes carencias de enfermería. Si queremos reconstruir, necesitamos un plan. Entre las actuaciones necesarias, tanto inmediatas como para apoyar el diseño de este plan decenal, que hay que considerar y coordinar entre los países y los grupos de interés internacionales, se encuentran:

- **ACCIÓN: apoyar la actualización inmediata del análisis sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo (informe SOWN).** El informe SOWN 1 se publicó a principios de 2020 y describe el perfil de la fuerza laboral de enfermería global antes de la pandemia. Es una referencia útil, aunque el mundo haya cambiado para siempre por este motivo. A medida que entramos en el cuarto año de la pandemia, urge contar con un SOWN 2: un perfil mundial de la fuerza laboral de enfermería durante la pandemia actualizado y orientado a la reconstrucción para evaluar el daño provocado y el espacio para una inversión y actuación específicas en materia de sostenibilidad y renovación.
- **PLAN: compromiso de apoyar el acceso temprano de todas las enfermeras a la campaña de vacunación completa en todos los países.** Se requiere cooperación internacional para proteger a la fuerza laboral de enfermería en todos los países.
- **PLAN: compromiso de implementar y evaluar planteamientos eficaces y éticos para la gestión de la oferta internacional de enfermeras** a través de un enfoque colectivo enmarcado en una implementación más completa, eficaz y coherente del Código de prácticas mundial de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario y su lista de salvaguardia (OMS, 2020c). Tiene que centrarse en una mejor monitorización de los flujos internacionales de enfermeras, así como en un seguimiento independiente de la utilización de los acuerdos bilaterales entre países y las agencias de colocación para garantizar el cumplimiento de las normas, disponer de una definición consensuada del significado de contratación 'activa' y contar con una contratación y prácticas de empleo justas y transparentes. La base de evidencia y la monitorización de la implementación de estas políticas en la actualidad es inadecuada como fuente

de información de políticas eficaces al igual que para detectar cualquier mala práctica poco ética, de manera que hay que mejorarla urgentemente. Mientras tanto, a la luz de los elevados niveles de contratación internacional en la actualidad, el CIE está pidiendo que se considere la posibilidad de una moratoria limitada en el tiempo a la contratación activa de enfermeras de países en la lista de salvaguardia.

- **PLAN: compromiso de apoyar evaluaciones periódicas y sistemáticas del impacto en la fuerza laboral de enfermería, en particular en los países con limitaciones de recursos**, ofreciendo asesoramiento técnico, mejora de los datos, análisis independientes y diálogos políticos con distintos grupos de interés para consensuar acciones políticas prioritarias en materia de oferta y retención nacional de enfermeras.
- **PLAN: compromiso de invertir en la sostenibilidad de la fuerza laboral en estados pequeños, estados de renta baja y estados frágiles, la mayoría de ellos vulnerables a los flujos de salida**

de enfermeras y afectados por la pandemia, construyendo sobre la base de las lecciones extraídas de la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico (OMS, 2016c) y las Directrices Estratégicas de la OMS sobre Enfermería y Partería, que demuestran los beneficios económicos, sociales y para la salud de la población a largo plazo de invertir en el personal de enfermería.

Proteger, apoyar y reconstruir. Es necesario tanto actuar urgentemente como tener una visión y plan a largo plazo compartidos para la fuerza laboral de enfermería global. La pandemia de COVID-19 ya le ha causado daños sin precedentes, y la recuperación y reconstrucción del sistema sanitario se suman ahora a esa carga. El sistema de salud global no se puede reconstruir sin suficientes enfermeras bien motivadas y apoyadas. Hace falta urgentemente una respuesta política coordinada tanto a nivel de país como a nivel internacional para cumplir con la Agenda para la Acción 2022 y diseñar un plan a más largo plazo: proteger y apoyar a la fuerza laboral de enfermería y posibilitar la reconstrucción del sistema de salud.

APÉNDICE 1: PANEL DE MANDOS SOBRE EL IMPACTO EN LA FUERZA LABORAL DE ENFERMERÍA

Para realizar una evaluación de la dinámica del personal de enfermería a nivel de país o de sistema se pueden combinar varios indicadores sobre la fuerza laboral. Este ‘panel de mandos’ se puede actualizar periódicamente para tener una perspectiva política relevante y también puede servir de apoyo a evaluaciones del impacto en el personal de enfermería. La disponibilidad de datos a nivel de país/sistema variará, pero puede recibir información a través de instrumentos de recopilación de datos estandarizados ya implementados como el Recuento Nacional de Datos del Personal Sanitario y la monitorización periódica del

· Código de la OMS (Otras fuentes: DalPoz *et al.*, 2009; Chisholm, Russell & Humphreys, 2011; Lopes *et al.*, 2017; Buchan, Catton & Shaffer, 2018; OMS, 2022d). Los indicadores del panel de mandos se pueden utilizar asociados a las conclusiones de las encuestas sobre el trabajo, la salud y el bienestar de las enfermeras (véase, por ej., Tabla 4 arriba).

· La Tabla a continuación establece los posibles indicadores ‘centrales’ que se pueden aplicar al panel de mandos, la forma de calcularlos y las principales fortalezas y limitaciones de cada indicador según se aplique.

Tabla 7: Panel de mandos sobre el impacto en la fuerza laboral de enfermería

INDICADOR	FÓRMULA COMÚN DE CÁLCULO	FORTALEZAS/ LIMITACIONES
Renovación de enfermeras	<p>Renovación y los términos alternativos ‘pérdida’ (Chankova, Muchiri & Kombe, 2009) o ‘abandono’ (Dovlo, 2005) se emplean habitualmente en relación con el porcentaje de personal de enfermería en un lugar de trabajo o sistema en particular que ha dejado la organización (o ha cambiado de trabajo) en los últimos 12 meses. A menudo se denomina tasa de renovación ‘cruda’:</p> <p>número de ‘personas que se marchan’ dividido por la media de personal en sus puestos en el año.</p> <p>Entre las medidas al respecto se encuentran las probabilidades de supervivencia (Russell <i>et al.</i>, 2013); supervivencia media (años), análisis de supervivencia, pérdida en los primeros años tras la graduación.</p>	<p>La tasa de renovación de enfermeras, independientemente de cómo se calcule, es la medida más común de la ‘retención’ (o de la falta de retención). Hay que diferenciar entre la renovación voluntaria e involuntaria, al igual que entre los destinos internos y externos de ‘quienes se marchan’ voluntariamente.</p>
Tasas de estabilidad/ retención de la fuerza laboral de enfermería	<p>El análisis de la estabilidad del personal de enfermería se centra en el mismo problema subyacente de la retención de enfermeras si bien adopta la perspectiva de centrarse en quienes se quedan y no en quienes se marchan. Los niveles elevados de estabilidad del personal, o de retención, son lo contrario de una renovación elevada, y se pueden asociar positivamente al nivel y a la calidad de la atención de salud ofrecida (Buchan, 2010).</p> <p>Índice de estabilidad 1 - Porcentaje de personal que estaba en puestos esenciales al comienzo del Año 1 y que sigue en ellos en esa organización un año después.</p>	<p>La decisión de quedarse, cuando hay opción de marcharse podría indicar que el entorno de trabajo está cubriendo las necesidades de la fuerza laboral de enfermería. La estabilidad puede ser un indicador útil de una retención positiva si bien asume que la enfermera está tomando la ‘decisión’ de quedarse o marcharse.</p>
Ausencias de enfermeras	<p>Las bajas del personal de enfermería se han señalado como una barrera para la mejora de los resultados de salud en los países de renta baja y media (Chaudary <i>et al.</i>, 2006; Goldstein <i>et al.</i>, 2013). Las razones de las ausencias del trabajo pueden ser la lejanía y dificultad de acceso a centros de salud, malas infraestructuras y transportes, condiciones de trabajo malas o inseguras. En algunos casos, las ausencias del lugar principal de trabajo pueden estar relacionadas con la necesidad de generar ingresos de otras fuentes para tener un sueldo que permita vivir, participar en ‘dos consultas’ (Fox <i>et al.</i>, 2013; Russo <i>et al.</i>, 2018).</p> <p>Tasa de bajas ‘cruda’: tiempo perdido por bajas calculado como porcentaje del tiempo laboral contratado en un determinado periodo.</p> <p>Otras medidas utilizadas son la duración media de cada periodo de baja y la duración media de cada baja por persona.</p>	<p>Las tasas de bajas pueden ser fáciles de calcular, y analizarlas en grupos diferentes de personal, departamentos o funciones puede contribuir a detectar áreas problemáticas específicas. Una de las limitaciones principales es que la comparación de estas tasas entre diferentes unidades puede dar lugar a conclusiones falsas si no se mide también el número de bajas y su duración.</p>

INDICADOR	FÓRMULA COMÚN DE CÁLCULO	FORTALEZAS/ LIMITACIONES
Vacantes de enfermeras	<p>Si hay empleos/puestos de enfermería que se quedan sin cubrir, podría significar que no son atractivos para los trabajadores, por las condiciones de trabajo, la localización geográfica, o porque la organización contratante tiene mala reputación. La tasa de puestos vacantes puede ser un indicador del atractivo o falta de atractivo relativo de diferentes empleos, localizaciones y organizaciones y, como tal, puede utilizarse como indicador.</p> <p><i>El número de puestos financiados no cubiertos se expresa como porcentaje del total, por ej., un porcentaje de la tasa de vacantes.</i></p>	<p>Algunas organizaciones dejan empleos/puestos de enfermeras vacantes deliberadamente para ahorrar en costes de contratación, lo cual disminuye el uso de las tasas de vacantes como indicador de escasez; si no se cubren los puestos vacantes, estos se pueden eliminar 'ocultando' así el problema de la escasez.</p>
Desempleo de enfermeras	<p>En algunos países hay personas con cualificaciones de enfermería que no están trabajando.</p> <p><i>Número de enfermeras desempleadas en busca de trabajo como porcentaje del total de población activa de enfermeras.</i></p>	<p>Este indicador puede ser difícil de interpretar como indicador del mercado laboral, por ej., puede reflejar un sueldo poco atractivo o la incapacidad de los empleadores de financiar un puesto de trabajo.</p>
Autosuficiencia de la fuerza laboral de enfermería	<p><i>Indicador de autosuficiencia: porcentaje del total de la fuerza laboral de enfermería en un país que ha recibido formación en el extranjero.</i></p> <p>Cuanto más alto el porcentaje, menos autosuficiente es el país.</p>	<p>Los datos se pueden presentar como enfermera 'nacida en el extranjero', 'formada en el extranjero' o de 'país de origen extranjero'. Hace falta claridad y constancia en la interpretación.</p>
Tasa de emigración de enfermeras	<p><i>Tasa de emigración: porcentaje del total de enfermeras nacidas o formadas en un país, pero trabajando en el extranjero, en comparación con el total de enfermeras que siguen trabajando en el país.</i></p> <p>Cuanto más elevada sea la tasa de emigración, más se habrá mermado la fuerza laboral de enfermería a causa de los flujos internacionales de salida.</p>	<p>Los datos se pueden presentar como enfermera 'nacida en el extranjero', 'formada en el extranjero' o de 'país de origen extranjero'. Hace falta claridad y constancia en la interpretación.</p>

Estos indicadores de datos utilizados comúnmente han de usarse e interpretarse con precaución. Todos ellos requieren una cierta frecuencia en su uso si se quieren establecer tendencias, que son mucho más útiles que las 'medidas en un determinado momento en el tiempo'. El panel de mandos debe ser un instrumento 'vivo', no un análisis único. Muchos de ellos ofrecen métodos opcionales de cálculo que pueden limitar la comparación si se utilizan diferentes medidas en distintos enclaves o en diferentes momentos.

También se aprecian limitaciones al interpretar los datos como indicadores claros del comportamiento de la fuerza laboral de enfermería. Por ejemplo, una baja tasa de renovación de enfermeras podría indicar simplemente ausencia de empleo alternativo para las enfermeras y no un elevado nivel de satisfacción en el trabajo; mantener un nivel elevado de vacantes de puestos de trabajo para enfermeras puede ser un ejercicio deliberado para recortar costes.

REFERENCIAS

Adams, R., Ryan, T. and Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*.

Adebayo, O. *et al.* (2016). Health workforce for 2016–2030: Will Nigeria have enough? *Inter J Inn Heal Res*, 4(1), 9-16.

Adegbesan, A. (2022). 'Hospitals to Lean on More Expensive Travel Nurses Even After Covid'. Bloomberg News UK. 15 de marzo. Disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-03-15/budget-busting-travel-nurses-to-rack-hospitals-even-after-covid?leadSource=u-verify%20wall>.

Aiken, L. H. *et al.* (2022). A repeated cross-sectional study of nurses immediately before and during the COVID-19 pandemic: Implications for action. *Nursing Outlook*, 101903.

Al Zamel, L. G. *et al.* (2020). Factors influencing nurses' intention to leave and intention to stay: An integrative review. *Home Health Care Management & Practice*, 32(4), 218-228.

Al-Riyami, M., Fischer, I. and Lopez, V. (2015). Nurses' perceptions of the challenges related to the Omanization policy. *International Nursing Review*, 62(4), 462-469.

Alves, A.B.S.L. *et al.* (2022). Absenteeism in Nursing in the Face of COVID-19: A Comparative Study in a Hospital from Southern Brazil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31.

Aristizabal, P., Nigenda, G. and Serván-Mori, E. (2019). The precarization of the Mexican nursing labor market: a repeated cross-sectional analysis for the period 2005–2018. *Human Resources for Health*, 17(1), 1-9.

Asamani, J. A. *et al.* (2020). The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Human resources for health*, 18(1), 1-6.

Asamani, J. A. *et al.* (2022). Health workforce supply, needs and financial feasibility in Lesotho: a labour market analysis. *BMJ Global Health*, 7(Suppl 1), e008420.

Asrir, I. *et al.* (2022). Study of sickness absenteeism among nursing staff at the Ibn Rochd University Hospital of Casablanca (CHUIR) during the COVID-19 pandemic. *Safety and Health at Work*, 13, S185-S185.

Assaye, A. M. *et al.* (2021). Impact of nurse staffing on patient and nurse workforce outcomes in acute care settings in low-and middle-income countries: a systematic review. *JBI evidence synthesis*, 19(4), 751-793.

Auerbach D, *et al.* (2022). A Worrisome Drop in The Number of Young Nurses. *Health Affairs Forefront*. 13 de abril.

Australian Nursing and Midwifery Federation (2022). Andrews Government promises more ratio improvements if elected. 9 de noviembre. Disponible en: <https://otr.anmfvic.asn.au/articles/andrews-government-promises-more-ratio-improvements>.

Ball, J. and Ejebu, O. Z. (2021). What keeps nurses in nursing? *Evidence Brief*, 1-2. University of Southampton.

Ball, J. *et al.* (2022). The impact of COVID-19 on nurses (ICON) survey: Nurses' accounts of what would have helped to improve their working lives. *Journal of Advanced Nursing*. 79(1) Enero de 2023 pp 343-357.

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

Batalova, J. and Fix, M. (2020). As U.S. Health-Care System Buckles under Pandemic, Immigrant & Refugee Professionals Could Represent a Critical Resource. Migration Policy Institute commentary. Abril. Disponible en: <https://www.migrationpolicy.org/news/us-health-care-system-coronavirus-immigrant-professionals-untapped-resource>.

Ben Ahmed, H. and Bourgeault, I. (2022). Sustaining Nursing in Canada. Canadian Federation of Nurses Unions, Ottawa. Disponible en: https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/11/CHWN-CFNU-Report_-Sustaining-Nursing-in-Canada2022_web.pdf.

Berlin, G., *et al.* (2022). Around the world, nurses say meaningful work keeps them going. McKinsey consultants. Disponible en: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/around-the-world-nurses-say-meaningful-work-keeps-them-going>.

Berlin, G., Lapointe, M. and Murphy, M. (2021). Surveyed nurses consider leaving direct patient care at elevated rates. McKinsey. Disponible en: <https://www.emergingrnleader.com/wp-content/uploads/2022/02/Mckinsey-Report-2022.pdf>.

Birmingham, C. *et al.* (2019). The experiences of the agency registered nurse: an integrative literature review. *Journal of nursing management*, 27(8), 1580-1587.

Boateng, A. B., *et al.* (2022). Factors Influencing Turnover Intention among Nurses and Midwives in Ghana. *Nursing Research and Practice*, 2022.

Boniol, M. *et al.* (2022c). Inequal distribution of nursing personnel: a subnational analysis of the distribution of nurses across 58 countries. *Human Resources for Health* 20, 22. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00720-5>.

Boniol, M., *et al.* (2022a). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*, 7(6), e009316. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760437/>.

Boniol, M., *et al.* (2022b). Urgent need to invest in health and care workers. *The Lancet*. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00576-1/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00576-1/fulltext#articleInformation).

Bourgeault, I.L. *et al.* (2021). Hiding in plain sight: the absence of consideration of the gendered dimensions in 'source' country perspectives on health worker migration. *Human Resources for Health* 19, 40. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00571-6>.

Brady, C. *et al.* (2022). Nursing home staff mental health during the Covid-19 pandemic in the Republic of Ireland. *International journal of geriatric psychiatry*, 37(1).

Brolan, C. E. *et al.* (2022). Lessons from the frontline: The COVID-19 pandemic emergency care experience from a human resource perspective in the Pacific region. *The Lancet Regional Health-Western Pacific*, 25, 100514.

Brophy, S. *et al.* (2022). Heroes on Strike: Trends in Global Health Worker Protests During COVID-19. Accountability Research Center, Accountability Note Number 10, abril de 2022. ARC, Washington DC, USA.

- Buchan, J. (2010). The benefits of health workforce stability. *Human Resources for Health*, 8:29.
- Buchan, J. (2023). Brexit, Covid and the UK's reliance on international recruitment. Nuffield Trust, London, 13 de enero. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/brexit-covid-and-the-uk-s-reliance-on-international-recruitment>.
- Buchan, J., Catton, H. and Shaffer, F. (2022). *Apoyar y retener en 2022 y más allá*. International Centre for Nurse Migration. Filadelfia, EE.UU. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/2022-02/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic_SP.pdf.
- Buchan, J., Shaffer, F. A. and Catton, H. (2018). *Policy brief: Nurse retention*. International Centre for Nurse Migration. Filadelfia, EE.UU. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf.
- Buchan, J., Williams, G. A. and Zapata, T. (2021). Governing health workforce responses during COVID-19. *Eurohealth*, 27(1), 41-48.
- Bundesagentur für Arbeit (2021). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt/Mayo de 2020: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Reports: Spotlight on the labour market/Mayo de 2020: Labour market situation in the care sector). Disponible en: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>.
- Burden, S., Henshall, C. and Oshikanlu, R. (2021). Harnessing the nursing contribution to COVID-19 mass vaccination programmes: Addressing hesitancy and promoting confidence. *Journal of Advanced Nursing*, 77: e16-e20. <https://doi.org/10.1111/jan.14854>.
- CBC News (2022). "Quebec spending \$65M to recruit, train 1,000 foreign nurses". 16 de febrero. Disponible en: <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-recruit-foreign-nurses-1.6353552>.
- CGFNS (2022). *Nurse Migration Report 2022*. Filadelfia, EE.UU. Disponible en: <https://www.cgfns.org/2022nursemigrationreport/>.
- Chaboyer, W. *et al.* (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 37(2), 82-91.
- Chamanga, E., *et al.* (2020). Factors influencing the recruitment and retention of registered nurses in adult community nursing services: an integrative literature review. *Primary Health Care Research & Development*, 21.
- Chan, G. K., *et al.* (2021). The impact of COVID-19 on the nursing workforce: a national overview. *Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2), 1-17.
- Chandler-Jeanville, S. *et al.* (2021). Perceptions and experiences of the COVID-19 pandemic amongst frontline nurses and their relatives in France in six paradoxes: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6977.
- Chankova, S., Muchiri, S. and Kombe, G. (2009). Health workforce attrition in the public sector in Kenya: a look at the reasons. *Human Resources for Health*, 7:58.
- Chaudhury, N. *et al.* (2006). Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspective* 20(1):91-116.
- Chisholm, M., Russell, D. and Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs? *Australian Journal of Rural Health*, 19(2), 81-88.

Chowdhury, S.R. *et al.* (2023). Impact of workplace bullying, and burnout on job satisfaction among Bangladeshi nurses: A cross-sectional study. *Heliyon*, 2023 Feb; 9(2): e13162.

Cinco, M. (2022). FOCUS: “As pandemic eases, more Filipino nurses set to seek work abroad”. *Kyodo News*, 6 de noviembre. Disponible en: <https://english.kyodonews.net/news/2022/11/5b-6fee89a1f6-focus-as-pandemic-eases-more-filipino-nurses-set-to-seek-work-abroad.html>.

Clark, S. E., Chisnall, G. and Vindrola-Padros, C. (2022). A systematic review of de-escalation strategies for redeployed staff and repurposed facilities in COVID-19 intensive care units (ICUs) during the pandemic. *EClinicalMedicine*, 44, 101286.

Cohen-Serrins, J. (2021). *How COVID-19 Exposed an Inadequate Approach to Burnout: Moving Beyond Self-Care*. In *Shared Trauma, Shared Resilience During a Pandemic*. Springer, Cham.

Collins, A. (2021). NHS leaders told to accelerate international recruitment as 800 nurses join register in a week. *Health Service Journal*, 16 December.

Cortés-Álvarez, N. Y. and Vuelvas-Olmos, C. R. (2022). COVID 19: Psychological effects and associated factors in Mexican nurses. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(4), 1377-1383.

Crerar, P. and Stacey, K. (2023). “Union fury as Rishi Sunak unveils anti-strike laws for ‘minimum service levels’” *The Guardian*, 5 de enero. Disponible en: <https://www.theguardian.com/uk-news/2023/jan/05/uk-ministers-announce-anti-strike-legislation>.

Crowe, S., Howard, A. F. and Vanderspank, B. (2022). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on Canadian critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103241.

Cruz, K. (2022). “CHED lifts ban on new BS Nursing programs”. *Manila Times* 21 de julio. Disponible en: <https://www.manilatimes.net/2022/07/21/campus-press/ched-lifts-ban-on-new-bs-nursing-programs/1851719>.

Dall’Ora, C. and Saville, C. (2021). Burnout in nursing: what have we learnt and what is still unknown? *Nursing Times* [online]; 117: 2, 43-44.

Dall’Ora, C. *et al.* (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18, 1-17.

Dall’Ora, C. *et al.* (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*. Octubre de 2022; 134:104311. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104311. Epub 16 de enero de 2022. PMID: 35780608.

DalPoz, M. *et al.* (2009). *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health*. OMS/Banco Mundial/ONUSIDA.

Das, S. (2022). “Plan to recruit Nepal nurses for NHS puts them ‘at risk of exploitation’” *The Guardian*. 25 de septiembre. Disponible en: <https://www.theguardian.com/politics/2022/sep/25/plan-to-recruit-nepal-nurses-for-nhs-puts-them-at-risk-of-exploitation>.

Dempsey, L. *et al.* (2022). Experiences of undergraduate nursing students who worked clinically during the COVID-19 pandemic. *Nurs Open* 2022.

Department of Health, Irlanda (2022). *Minister for Health Stephen Donnelly welcomes the publication of ‘A System Dynamics Model of Nursing Workforce Supply’* 14 de septiembre. DH, Dublin. Disponible en: <https://www.gov.ie/en/press-release/1ea46-minister-for-health-stephen-donnelly-welcomes-the-publication-of-a-system-dynamics-model-of-nursing-workforce-supply/>.

- Department of Health, Victoria (2022). *Support of international healthcare workers*. Disponible en: <https://www.health.vic.gov.au/jobs/migrating-to-victoria/support-for-international-healthcare-workers>.
- Djupedal, I. L. R., *et al.* (2022). Changes in the work schedule of nurses related to the COVID-19 pandemic and its relationship with sleep and turnover intention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8682.
- Dovlo, D. (2005). Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 3.
- Dow, A. (2022). "Victoria has been promised billions for health. What can we expect and when?" *The Age*, 29 de noviembre. Disponible en: <https://www.theage.com.au/national/victoria/victoria-has-been-promised-billions-for-health-what-can-we-expect-and-when-20221128-p5c1qf.html>.
- Duffield, C., *et al.* (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*. vol:70 iss:12 pg:2703 -2712.
- Dziedzic, B. *et al.* (2022). Mental Health of Nurses during the Fourth Wave of the COVID-19 Pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1785.
- ECSACON (2021). 14th Scientific Conference: *Nurses and Midwives responding to global health challenges of the 21st Century*. The East, Central and Southern Africa College of Nursing. Tanzania: Arusha. <http://ecsacon.org/index.php/ecsacon-14th-scientific-conference/>.
- Ely, J. (2021). UK-based Australian nurses offered £4,200 relocation costs to tempt them home. *Nursing Standard* 20 de agosto. Disponible en: <https://rcni.com/nursing-standard/newsroom/news/uk-based-australian-nurses-offered-ps4200-relocation-costs-to-tempt-them-home-177556>.
- Essex, R. and Weldon, S. M. (2021). Health care worker strikes and the Covid pandemic. *New England Journal of Medicine*, 384(24), e93.
- Comisión Europea, Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (2021), *Supporting mental health of health workforce and other essential workers*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/80970>.
- Evans, N. (2021). Nurses take the lead in the biggest vaccine roll-out in UK history. *Nursing Standard*, 36(1) (13 de enero de 2021).
- Fawaris, F. *et al.* (2022). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on Jordanian health-care workers. *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare (IJRQEH)*, 11(3), 1-9.
- Fox, S., *et al.* (2013). Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health policy and planning*, czs138.
- Freeling, M., Rainbow, J. G. and Chamberlain, D. (2020). Painting a picture of nurse presenteeism: A multi-country integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103659.
- Gaesawahong, R. *et al.* (2022). A Survey of Stress and Impacts in Registered Nurses During the COVID -19 Pandemic. *BKK Med Journal*. 30 de septiembre de 2022.
- Garg, S. *et al.* (2022). Implementing a health labour market analysis to address health workforce gaps in a rural region of India. *Human Resources for Health*, 20(1), 1-13.
- Gee, P. M. *et al.* (2022). Beyond burnout and resilience: the disillusionment phase of COVID-19. *AACN Advanced Critical Care*, 33(2), 134-142.

Gherman, M. A., *et al.* (2022). Injurious Memories from the COVID-19 Frontline: The Impact of Episodic Memories of Self-and Other-Potentially Morally Injurious Events on Romanian Nurses' Burnout, Turnover Intentions and Basic Need Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9604.

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

Goldberg, S. and Lavon, E. (2021). "The Israeli vaccination workforce has been led and managed by the nursing profession". In: Buchan, J., William, G. & Zapata, T. (2021) *Governing health workforce responses during COVID-19*. Eurohealth 27 (1) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344948/Eurohealth-27-1-41-48-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Goldstein, M. *et al.* (2013). The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: The case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. *American economic journal. Applied economics*, 5(2), 58.

Gómez-Ibáñez, R. *et al.* (2020). Final-year nursing students called to work: Experiences of a rushed labour insertion during the 1232 COVID-19 pandemic. *Nurse Educ Pract* 49:102920.

Goździak, E. M. and Main, I. (2022). "I am making good money, but...": The precarious situation of Polish nurses in Norway. *International Migration*, 60(2), 238-251.

Griffiths, P. *et al.* (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Studies*; 74(7):1474–87. 10.1111/jan.13564.

Gupta, N. *et al.* (2021). Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: A systematic review of health system requirements and responses. *Int J Health Plann Manage*; 36:26–41.

Gurková, E., Mikšová, Z. and Šáteková, L. (2022). Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *International nursing review*, 69(2), 175-184.

Guttormson, J. L. *et al.* (2022). Critical care nurse burnout, moral distress, and mental health during the COVID-19 pandemic: a United States Survey. *Heart & Lung*, 55, 127-133.

Haakenstad *et al.*, (2022) (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*.

Halcomb, E *et al.* (2022). The impact of COVID-19 on primary health care delivery in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1327-1336.

Hammad, M., Guirguis, W. and Mosallam, R. (2021). Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt. *Journal of Egypt Public Health Association*. 96(1):22.

Health Department, Government of British Columbia (2022). Supporting international nurses into B.C.'s health system. Health Department, Vancouver. Disponible en: <https://news.gov.bc.ca/releases/2022HLTH0120-000589>.

Health Education England (2019). NHS Staff and Learners' Mental Wellbeing Commission. Birmingham: HEE; Disponible en: www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/NHS%20%28HEE%29%20-%20Mental%20Wellbeing%20Commission%20Report.pdf.

Heesakkers, H., *et al.* (2023). Mental well-being of intensive care unit nurses after the second surge of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional and longitudinal study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 74, 103313.

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

CIE (2020a). El éxito de los programas de vacunación masiva contra la COVID-19 dependerá de las enfermeras en primera línea y de las enfermeras líderes al más alto nivel de gobierno [comunicado de prensa]. 12 de noviembre. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-exito-de-los-programas-de-vacunacion-masiva-contra-la-covid-19-dependera-de-las>.

CIE (2020b). ICN statement to the World Health Assembly. Seventy-third World Health Assembly Provisional agenda item 12 WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Noviembre. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHA73%20ICN%20statement%2012%20_Final.pdf.

CIE (2021a). El CIE afirma que la muerte de 115 000 trabajadores sanitarios por COVID-19 demuestra el fracaso colectivo de los líderes para proteger a la fuerza laboral global [comunicado de prensa]. 21 de octubre. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-afirma-que-la-muerte-de-115-000-trabajadores-sanitarios-por-covid-19-demuestra-el>.

CIE (2021b). El CIE apoya la Declaración sobre la Equidad en las Vacunas de la OMS y advierte de que el retraso en el lanzamiento mundial de las vacunas puede ser catastrófico [comunicado de prensa]. 12 de febrero. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-apoya-la-declaracion-sobre-la-equidad-en-las-vacunas-de-la-oms-y-advierte-que-el>.

CIE (2021c). El CIE insta a una actuación urgente para incrementar los esfuerzos dirigidos a vacunar a los trabajadores en África puesto que las cifras revelan que solo uno de cada diez ha recibido la pauta completa [comunicado de prensa]. 30 de septiembre. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-insta-una-actuacion-urgente-para-incrementar-los-esfuerzos-dirigidos-vacunar-los>.

CIE (2022a). El CIE advierte que la cobertura sanitaria universal será un objetivo fallido si no se invierte inmediatamente en las enfermeras [comunicado de prensa]. 12 de diciembre. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-advierte-que-la-cobertura-sanitaria-universal-sera-un-objetivo-fallido-si-no-se>.

CIE (2022b). *Fuerza laboral mundial de enfermería de salud mental: es el momento de priorizar e invertir en salud mental y bienestar*. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/2022-10/ICN_Mental_Health_Workforce_report_SP_web.pdf.

CIE (2021c). El CIE afirma que para una expectativa de CSU más ambiciosa harían falta otros 30 millones de enfermeras y parteras, según investigación influyente [comunicado de prensa]. 30 de noviembre. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-afirma-que-para-una-expectativa-de-csu-mas-ambiciosa-harian-falta-otros-30-millones>.

CIE (2022d). El alarmante incremento de las acciones laborales por parte de las enfermeras es síntoma de una crisis mundial de los sistemas sanitarios [comunicado de prensa]. 16 de junio. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-alarmante-incremento-de-las-acciones-laborales-por-parte-de-las-enfermeras-es-sintoma>.

CIE (2022e). El CIE pide códigos más fuertes para la contratación ética de enfermeras e inversión en formación de enfermería [comunicado de prensa]. 11 de agosto. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-pide-codigos-mas-fuertes-para-la-contratacion-etica-de-enfermeras-e-inversion-en>.

CIE (2023). *Nuestras enfermeras. Nuestro futuro. - Anuncio del tema del Día Internacional de la Enfermera 2023*. 12 de enero. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/nuestras-enfermeras-nuestro-futuro-anuncio-del-tema-del-dia-internacional-de-la-enfermera>.

Imam, A. *et al.* (2021). Missed nursing care in acute care hospital settings in low-middle income countries: a systematic review protocol. *Wellcome Open Research*; 6(359):359.

Indian Nursing Council (2022). *Annual Report 2021-2022*. Disponible en: <https://indiannursing-council.org/uploads/annualreports/16727359593275.pdf>.

Jarrar, M. T. *et al.* (2023). The Impact of the Working Hours Among Malaysian Nurses on Their Ill-Being, Intention to Leave, and the Perceived Quality of Care: A Cross-Sectional Study During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 119-131.

Jo, S. *et al.* (2021). Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view. *Nursing & Health Sciences*.

Jones, A. (2022). "Ontario nursing college now allowed to temporarily register international nurses". CTV News. 27 de octubre. Disponible en: <https://toronto.ctvnews.ca/ontario-nursing-college-now-allowed-to-temporarily-register-international-nurses-1.6127420>.

Jones, C. B. and Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).

Joo, E., Yeon, S. and Hwa, J. (2022). Effect of Nursing Work Environment on Turnover Intention of Nurses in Long-Term Care Hospitals: The Mediating Effect of COVID-19 Stress. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 31(1), 22-30.

Joo, J. Y. and Liu, M. F. (2021). Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *International nursing review*, 68(2), 202-213.

Jun, J. *et al.* (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 103933.

Kavitha, K., Sikandar, B. J. and Joseph, R. (2022). COVID-19 pandemic and nursing students: Stress, depression, and coping behaviors—An exploratory study. *BLDE University Journal of Health Sciences*, 7(1), 45.

Kay, G. (2022). "Nurse exports will derail health". *Nation*, 4 de julio. <https://nation.africa/kenya/blogs-opinion/opinion/nurse-exports-will-derail-health-3867988?s=09>.

Khan, Y., Bruyneel, A. and Smith, P. (2022). Determinants of the risk of burnout among nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium: A cross-sectional study. *Journal of nursing management*.

Khrais, H. *et al.* (2022). Determinants of missed nursing care in Jordanian hospitals during COVID-19 pandemic. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.1407>.

Kiel, J. M. (2020). An analysis of restructuring orientation to enhance nurse retention. *The health care manager*, 39(4), 162-167.

Kim, S. C., Rankin, L., and Ferguson, J. (2022). Nurses' mental health from early COVID-19 pandemic to vaccination. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(4), 485-492.

Kim, S., *et al.* (2023). How Does Workplace Violence—Reporting Culture Affect Workplace Violence, Nurse Burnout, and Patient Safety? *Journal of nursing care quality*, 38(1), 11-18.

KPMG (2022). Strengthening healthcare workforce in India: the 2047 agenda. Octubre. Disponible en: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/in/pdf/2022/10/Strengthening-healthcare-workforce-in-India.pdf>.

- Labrague, L. J., de Los Santos, J. A. A. and Fronda, D. C. (2022). Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing management*, 30(1), 62-70.
- Laskowski-Jones, L. and Castner, J. (2022). The Great Resignation, Newly Licensed Nurse Transition Shock, and Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 48(3), 236-242.
- Lavoie-Tremblay, M. *et al.* (2022). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of nursing management*, 30(1), 33-43.
- Lee, J., Cho, H. S. and Shin, S. R. (2021). Nursing strategies for the post-COVID-19 era. *International nursing review*, 68(2), 149-152.
- LeGrand, C. (2021). "Plan to bring thousands of nurses and doctors into 'Fortress Australia'" *Sydney Morning Herald*. 9 de octubre. Disponible en: <https://www.smh.com.au/national/plan-to-bring-thousands-of-nurses-and-doctors-into-fortress-australia-20211008-p58yf0.html>.
- Lim, V. (2022). "Foreign nurses drawn to Singapore's location and ease of application, but more needed to retain them". CNA Channel News Asia. 30 de noviembre. Disponible en: <https://www.channelnewsasia.com/singapore/foreign-nurses-drawn-singapores-location-and-ease-application-more-needed-retain-them-3103791>.
- Little, L. and Buchan, J. (2007). *Nurse Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context*. International Centre for Nurse Migration. Disponible en: <https://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2019/08/Nursing-Self-SufficiencySustainability-in-the-Global-Context.pdf>.
- Liu, J. and Eggleston, K. (2022). The association between health workforce and health outcomes: A cross-country econometric study. *Social Indicators Research*, 163(2), 609-632.
- Llop-Gironés, A., *et al.* (2021) Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health* 19, 112.
- Lluch, C. *et al.* (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: A systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare* (Vol. 10, No. 2, p. 364). MDPI.
- London Economics/RCN (2022). A decade of pay erosion: The destructive effect on UK nursing staff earnings and retention [blog]. Octubre de 2022. Royal College of Nursing, Londres. <https://londoneconomics.co.uk/blog/publication/a-decade-of-pay-erosion-the-destructive-effect-on-uk-nursing-staff-earnings-and-retention-october-2022/>.
- Lopes, S. C. *et al.* (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human resources for health*, 15(1), 21.
- Lotfi, M. *et al.* (2022). Turnover intention among operating room nurses during the COVID-19 outbreak and its association with perceived safety climate. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26, 100233.
- Maben, J., Ball, J. and Edmondson, A. (2023). *Workplace Conditions (Elements of Improving Quality and Safety in Healthcare)*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781009363839 Section 5.1.
- MacKay, S. C. *et al.* (2021). What influences nurses' decisions to work in rural and remote settings? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Rural and Remote Health*, 21(1).

Maier, C., Scarpetti, G. and Williams, G.A. (2020). What strategies are countries using to expand health workforce capacity to treat COVID-19 patients? Observatorio Europeo de la OMS, Bruselas. 23 de abril. Disponible en: <https://analysis.Covid-19healthsystem.org/index.php/2020/04/23/what-strategies-are-countries-using-to-expand-health-workforce-surge-capacity-to-treat-Covid-19-19-patients/>.

Makgatho, L. (2022). “SA faces critical shortage of nurses, with 1 nurse for every 218 patients”. *Sunday Independent*. 26 de octubre. Disponible en: <https://www.iol.co.za/sundayindependent/news/sa-faces-critical-shortage-of-nurses-with-1-nurse-for-every-218-patients-466e2ede-4dc2-4789-979e-795edd12ae12>.

Marufu, T. C., *et al.* (2021). Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *British Journal of Nursing*, 30(5), 302-308.

McLaughlin, T. (2020). The Fragility of the Global Nurse Supply Chain. *The Atlantic Journal*, 30 April. Disponible en: <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/04/immigrant-nurse-health-care-coronavirus-pandemic/610873/> San Juan *et al.*, 2021.

McQuillan, L. (2022). “Canada’s push to ‘poach’ nurses from abroad fuels fears of shortages in developing countries”. CBC News, 20 de noviembre. Disponible en: <https://www.cbc.ca/news/health/canada-international-nurses-poorer-countries-worried-1.6655231>.

Michel, A. *et al.* (2021). Undergraduate nursing students’ perceptions on nursing education during the 2020 COVID-19 pandemic: A national sample. *Nurs Outlook* 2021, 69:903- 1148 912.

Molina-Mula, J., *et al.* (2022). The emotional impact of COVID-19 on Spanish nurses and potential strategies to reduce it. *Collegian*, 29(3), 296-310.

Moyo, I. *et al.* (2022). Experiences of nurse managers during the COVID-19 outbreak in a selected district hospital in Limpopo province, South Africa. *Healthcare* (Vol. 10, No. 1, p. 76). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

Mugarisi, V. (2022). Zimbabwe conducts health labour market analysis. OMS Zimbabwe. 25 de agosto. Disponible en: <https://www.afro.who.int/countries/zimbabwe/news/zimbabwe-conducts-health-labour-market-analysis>.

Muir, K. J. *et al.* (2021). Evaluating the Costs of Nurse Burnout-Attributed Turnover: A Markov Modeling Approach. *Journal of Patient Safety*. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000920.

Murphy, G. T. *et al.* (2022). Investing in Canada’s nursing workforce post-pandemic: A call to action. *Facets*. 4 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.1139/facets-2022-0002>.

Nasrallah, *et al.* (2021). “UAE Projects of the 50: New schemes announced in Abu Dhabi, plan to get 75,000 Emiratis into private sector”. *Gulf News*, 12 de septiembre. Disponible en: <https://gulfnews.com/uae/government/uae-projects-of-the-50-new-schemes-announced-in-abu-dhabi-plan-to-get-75000-emiratis-into-private-sector-1.1631418816885>.

Ndlovu, R. (2023). “Zimbabwe Doctors, Nurses Barred from Long Strikes Under New Law”. 11 de enero, *Bloomberg News*. Disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2023-01-11/zimbabwe-doctors-nurses-barred-from-long-strikes-under-new-law>.

Nelson, K. E. *et al.* (2022). Organizational impact on healthcare workers’ moral injury during COVID-19: a mixed-methods analysis. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 52(1), 57-66.

NHS Digital (2022). NHS Vacancy Statistics England April 2015-September 2022 Experimental Statistics. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-vacancies-survey/april-2015---september-2022-experimental-statistics>.

NHS Employers (2022). *International Recruitment Toolkit*. 20 de diciembre. Disponible en: <https://www.nhsemployers.org/publications/international-recruitment-toolkit>.

NHS Shared Business Solution (SBS) (n.d.). New data science solution enables NHS organisations to predict which employees are at risk of leaving. NHS SBS, England. <https://www.sbs.nhs.uk/article/16949/Workforce-Analytics>.

Nilasari, P. and Hariyati, R.T.S. (2021). Systematic review of missed nursing care or nursing care left undone. *Enfermeria Clinica*. 31(Supplement 2):S301–6.

Nove, A., Cometto, G. and Campbell, J. (2017). Assessing the health workforce implications of health policy and programming: how a review of grey literature informed the development of a new impact assessment tool. *Hum Resour Health* 15, 79. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0252-x>.

NSI Nursing Solutions, Inc. (2022). 2022 NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report. Disponible en: https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf.

Nursing Now/Burdett Trust for Nursing (2021). *Agents of Change: the story of the Nursing Now Campaign*. Disponible en: <https://www.nursingnow.org/wp-content/uploads/2021/05/Nursing-Now-Final-Report-Executive-Summary.pdf>.

Nymark, C. *et al.* (2022). Patient safety, quality of care and missed nursing care at a cardiology department during the COVID-19 outbreak. *Nursing open*, 9(1), 385-393.

Odom-Forren, J. (2022). Travel Nursing: Price Gouging or Supply and Demand? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Apr; 37(2):153-154.

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

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

OCDE (2020b). *COVID-19 and key workers: What role do migrants play in your region?* https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/covid-19-and-key-workers-what-role-do-migrants-play-in-your-region_42847cb9-en.

OCDE (2022). *Investing in health systems to protect society and boost the economy: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates* (abridged version). OCDE, París. 4 de octubre. Disponible en: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/investing-in-health-systems-to-protect-society-and-boost-the-economy-priority-investments-and-order-of-magnitude-cost-estimates-abridged-version-94ba313a/>.

OCDE (2023). *Health Workforce Migration*. Disponible en: https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_WFMI&lang=en.

OECD (n.d.). Data. Nursing Graduates. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthres/nursing-graduates.htm>.

OCDE/Unión Europea (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing Paris. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>.

OCDE/OIT (2022). *Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce, Getting Skills Right*, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9b83282e-en>.

OCDE/OMS (2022). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing Paris. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2022_c7467f62-en.

Olashore, A.A. *et al.* (2021). The psychological impact of COVID-19 on health-care workers in African Countries: A systematic review. *Asian J Soc Health Behav* 2021; 4:85-97.

Omaswa, F. (2020). COVID-19 19-Exposes a global scramble for health workers. African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST), Kampala, Africa. 11 de mayo. Disponible en: https://www.achest.org/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=279&Itemid=481.

Oum, S., Kates, J. and Wexler, A. (2022). Economic Impact of COVID-19 on PEPFAR Countries. Kaiser Family Foundation, EE.UU. 7 de febrero. Disponible en: <https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/economic-impact-of-covid-19-on-pepfar-countries/>.

Özdemir, I. (2023). The Effect of Workplace Incivility on Turnover Intention among Nurses: The Case of Turkey. *International Journal of Humanities and Social Sciences*. 5(1) Enero.

Partners for Nurse Staffing Think Tank (2022). Nurse Staffing Think Tank: Priority Topics and Recommendations. Disponible en: <https://www.nursingworld.org/~49940b/globalassets/practiceandpolicy/nurse-staffing/nurse-staffing-think-tank-recommendation.pdf>.

Peters, M.D.J. and Marnie, C.M. for the ANMF Federal Office (2022). Australian Nursing and Midwifery Federation National COVID-19 Survey 2022 – Public and Private Hospitals. Australian Nursing and Midwifery Federation. Disponible en: https://www.anmf.org.au/media/2v3cbkdl/anmf-covid-19survey2022_austrianhospitals_finalreport.pdf.

Piotrowski, A. *et al.* (2022). Resilience, Occupational Stress, Job Satisfaction, and Intention to Leave the Organization among Nurses and Midwives during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6826.

Poon, Y. S. R. *et al.* (2022). A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: A systematic review with future directions. *Human Resources for Health*, 20(1), 1-18.

Pressley, C. and Garside, J. (2023). Safeguarding the retention of nurses: A systematic review on determinants of nurse's intentions to stay. *Nursing Open*.

Putra, A. P., Kusnanto, K. and Yuwono, S. R. (2020). Effects of Job Satisfaction and Organizational Commitment on Nurse Retention: A Systematic Review. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (INJEC)*, 5(2), 197-205.

Rasmussen, B., *et al.* (2022). We're on mute! Exclusion of nurses' voices in national decisions and responses to COVID-19: An international perspective. *Journal of advanced nursing*, 78(7), e87.

Reuters (2022). "Over 4,000 Zimbabwean doctors and nurses left the country in 2021". 21 de noviembre. Disponible en: <https://www.reuters.com/world/africa/over-4000-zimbabwean-doctors-nurses-left-country-2021-2022-11-20/>.

Rivin, A. and Lumley, T. (2023). *Why is there a global medical recruitment and retention crisis?* WEF Annual Meeting, 9 de enero. Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2023/01/medical-recruitment-crisis-davos23/>.

RNZ (2022a). “Nurses eligible for immediate residency under immigration changes”. Radio New Zealand. 12 de diciembre. Disponible en: <https://www.rnz.co.nz/news/political/480579/nurses-eligible-for-immediate-residency-under-immigration-changes>.

RNZ (2022b). New fund targets 20,000 nurses who have left profession, Radio New Zealand. 14 de febrero. Disponible en: <https://www.rnz.co.nz/news/covid-19/461463/new-fund-targets-20-000-nurses-who-have-left-profession>.

Romy, K. (2021). “Swiss voters to decide on how to solve the nursing crisis”. *Swissinfo*, 28 de octubre. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/eng/business/swiss-voters-to-decide-how-to-solve-the-nursing-crisis/47024988>.

Rowlands, S.L. (2021). Understanding and mitigating moral injury in nurses. *Nursing Standard*. doi: 10.7748/ns.2021.e11703.

Russell, D. J. *et al.* (2013). The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning. *Human resources for health*, 11(1), 65.

Russo, G. *et al.* (2018). Understanding nurses’ dual practice: a scoping review of what we know and what we still need to ask on nurses holding multiple jobs. *Human Resources for Health* 16:14.

Russo, G. *et al.* (2019). Health workers’ strikes in low-income countries: the available evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(7), 460.

Sam, S. R. *et al.* (2023). Prevalence of Compassion Fatigue Among Nursing Staffs Working in High Acuity Clinical Settings, within Dubai Health Authority Hospitals, UAE. *Eastern Journal of Healthcare*, 3(1), 1-7.

San Juan, N. V., *et al.* (2021). Redeployment and training of healthcare professionals to Intensive Care during COVID-19: a systematic review. *MedRxiv*.

Santos, E. *et al.* (2021). Cost analysis of the first wave of the COVID-19 pandemic on human resource management in a Portuguese hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, (8).

Schneider, J. *et al.* (2022). Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 27(8), 1875-1896.

Schubert, M. *et al.* (2021). Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. 77(2):550–64.

Schug, C., *et al.* (2022). Sick Leave and Intention to Quit the Job among Nursing Staff in German Hospitals during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1947.

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

Scottish Government (2023). Nursing and Midwifery Taskforce. 21 de febrero. Disponible en: <https://www.gov.scot/news/nursing-and-midwifery-taskforce/>.

Sethi, V. (2022). “India is facing the worst shortage of nurse in recent years, says KPMG report” Business Insider India. 11 de octubre. Disponible en: <https://www.businessinsider.in/india/news/india-is-facing-the-worst-shortage-of-nurses-in-recent-years-says-kpmg-report/articleshow/94789539.cms#:~:text=says%20KPMG%20report-,India%20is%20facing%20the%20worst%20shortage%20of,recent%20years%2C%20says%20KPMG%20report&text=India%20has%20an%20annual%20capacity,institutions%20offering%20diploma%20nursing%20courses>.

Shaffer, F. A. and Curtin, L. (2020). Nurse turnover: Understand it, reduce it. *My American Nurse*, 15(8), 57-59.

Sharplin G, Brinn M, Eckert M. (2023) Impacts of COVID-19 and workloads on NSW nurses and midwives' mental health and wellbeing. A report prepared for the New South Wales Nurses and Midwives' Association. 2023. Adelaide, Australia. https://www.nswnma.asn.au/wp-content/uploads/2023/02/Impacts-of-COVID-19-and-workloads-on-NSW-nurses-and-midwives-mental-health-and-wellbeing_final.pdf.

Sheppard, K. N., *et al.* (2022). Nursing moral distress and intent to leave employment during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing care quality*, 37(1), 28.

Ślusarska, B. *et al.* (2022). Prevalence of depression and anxiety in nurses during the first eleven months of the COVID-19 Pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 20 de enero de 2022; 19(3):1154. doi: 10.3390/ijerph19031154. PMID: 35162183; PMCID: PMC8834441.

Smyth, J. and Neville, S. (2022) "Covid, burnout and low pay: the global crisis in nursing". *The Financial Times*. 2 de junio. Disponible en: <https://www.ft.com/content/402df6ca-5098-40ca-9cc8-bae331c39398>.

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

Squires, A. *et al.* (2022). "Should I stay or should I go?" Nurses' perspectives about working during the COVID-19 pandemic's first wave in the United States: A summative content analysis combined with topic modeling. *International Journal of Nursing Studies*, 131, 104256.

Statista Research Department (2023). Impact of the coronavirus pandemic on the global economy – Statistics & facts. 17 de enero. Disponible en: https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/#topicHeader__wrapper.

Statistics Canada (2022). Job vacancies, third quarter 2022. 19 de diciembre. Disponible en: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221219/dq221219a-eng.htm>.

Stucky, C. H., Brown, W. J. and Stucky, M. G. (2021). COVID 19: An unprecedented opportunity for nurse practitioners to reform healthcare and advocate for permanent full practice authority. In *Nursing Forum* (Vol. 56, No. 1, pp. 222-227).

Sudre, C. H. *et al.* (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*, 27(4), 626-631.

Tangcharoensathien, V., Wisawatpanimit, P. and Chanprasobpol, B. (2021). Report on August-November 2020 AAAH Conference and Webinar Series: Addressing healthcare workers challenges in response to COVID 19: Sharing experiences and drawing countries lessons. Publishing Office, International Health Policy Program (IHPP), Thailand.

Taskiran Eskici, G. and Baykal, U. (2022). Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*. e13050.

The Health Foundation (2021). Almost \$17bn needed to clear backlog and treat expected rise in patients needing NHS hospital care. 6 de septiembre. Disponible en: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/news/almost-17bn-needed-to-clear-backlog-and-treat-expected-rise-in-patients>.

- Tolksdorf, K. H., Tischler, U. and Heinrichs, K. (2022). Correlates of turnover intention among nursing staff in the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC Nurs* 21, 174 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00949-4>.
- U.S. Bureau of Labor Statistics (2022). Occupational Outlook Handbook, Registered Nurses, Disponible en: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm>.
- Van den Heede, K., *et al.* (2022). Nurse staffing on Belgian intensive care units: the impact of two years of COVID-19 pandemic. *KCE Reports* 353, 500.
- Visontay, E. (2021). "NSW hospitals resort to flying nurses in from overseas as staff are begged to take extra shifts amid Covid crisis". *The Guardian* online, 31 de diciembre. Disponible en: <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/01/nsw-hospitals-resort-to-flying-nurses-in-from-overseas-as-staff-are-begged-to-take-extra-shifts-amid-covid-crisis>.
- Wang, T., Abrantes, A.C.M. and Liu, Y. (2023). Intensive care units nurses' burnout, organizational commitment, turnover intention and hospital workplace violence: A cross-sectional study. *Nursing open*, 10(2), 1102-1115.
- Washeya, F. N. and Fürst, L. N. (2021). Work Features that Influence the Retention of Professional Nurses in the Public Health Sector in Windhoek, Namibia. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 23(1), 17-pages.
- Wenger, S. (2021). COVID-19 to bring nursing staff more than applause. Swiss Community. 8 de agosto. Disponible en: <https://www.swisscommunity.org/en/news-media/swiss-review/article/covid-19-to-bring-nursing-staff-more-than-applause>.
- OMS (2016a). High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. OMS: Ginebra. <https://www.who.int/teams/high-level-commission-on-health-employment-and-economic-growth/recommendations> [Translation note: this link doesn't seem to be working].
- OMS (2016b). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. OMS, Ginebra. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>.
- OMS (2016c). *Working for health and growth: investing in the health workforce*. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>.
- OMS (2020a). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>.
- OMS (2020b). SOWN country reports. National Health Workforce Accounts Data Portal. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwaportal/Sown/Index>.
- OMS (2020c). *Managing health workforce migration - The Global Code of Practice*. OMS, Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-workforce/migration/practice>.
- OMS (2020d). OMS (2020). WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. OMS, Ginebra. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_9-en.pdf.
- OMS (2021a). *Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021-2025*. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>.

OMS (2021b). *Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039001>.

OMS (2021c). *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud - Instrumento nacional de presentación de informes (2021)*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/nri-2021>.

OMS (2021d). *Health Workforce Support and Safeguards List, 2020*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwf-support-and-safeguards-list8jan.pdf?sfvrsn=1a16bc6f_10.

OMS (2022a). *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: Noviembre-diciembre de 2021*. Interim report. Febrero. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1.

OMS (2022b). World failing in 'our duty of care' to protect mental health and well-being of health and care workers, finds report on impact of COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/05-10-2022-world-failing-in--our-duty-of-care--to-protect-mental-health-and-wellbeing-of-health-and-care-workers--finds-report-on-impact-of-covid-19> WHO, octubre.

OMS (2022c). "En el sector de la salud y asistencial, las mujeres ganan un 24% menos que los hombres". Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-07-2022-women-in-the-health-and-care-sector-earn-24-percent-less-than-men>.

OMS (2022d). *Strengthening the collection, analysis and use of health workforce data and information: a handbook*. OMS: Ginebra. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058712>.

OMS (2023a). Declaración acerca de la decimocuarta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) 30 de enero. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2023-statement-on-the-fourteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2023-statement-on-the-fourteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).

OMS (2023b). WHO National Health Workforce Accounts (NHWA). OMS: Ginebra. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwportal/>.

OMS Europa (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*. Oficina Regional de la OMS para Europa. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>.

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

Williams, G. *et al.* (2020). How are countries supporting the mental health and wellbeing of their health workforce? Observatorio Europeo de la OMS, Bruselas. 21 de mayo. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336298/Eurohealth-26-2-58-62-eng.pdf>.

Banco Mundial (2022). Chap 1. Los impactos económicos de la pandemia y los nuevos riesgos para la recuperación Informe sobre el Desarrollo Mundial 2022. Banco Mundial, EE.UU. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/publication/wdr2022/brief/chapter-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19-crisis>.

Grupo del Banco Mundial *et al.* (2021). ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities July 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf.

Worldometer (2023). Último acceso 14 de febrero. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

Yang, Y. T. and Mason, D. J. (2022). COVID-19's impact on nursing shortages, the rise of travel nurses, and price gouging. *Health Affairs Forefront*.

Yle (2021). "FM Saarikko: Finland needs to accept more foreign workers". 15 de julio. Disponible en: https://yle.fi/uutiset/osasto/news/fm_saarikko_finland_needs_to_accept_more_foreign_workers/12021081.

Yun, M. R. and Yu, B. (2021). Strategies for reducing hospital nurse turnover in South Korea: Nurses' perceptions and suggestions. *Journal of Nursing Management*.

Zárate-Grajales, R.A., *et al.* (2022) Sociodemographic and work environment correlates of missed nursing care at highly specialized hospitals in Mexico: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*.126:104140.

Zhao, Y. *et al.* (2019). Costs and effects of higher turnover of nurses and Aboriginal health practitioners and higher use of short-term nurses in remote Australian primary care services: an observational cohort study. *BMJ open*, 9(2), e023906.



Consejo Internacional de Enfermeras

3, Place Jean Marteau

1201 Ginebra, Suiza

+41229080100

icn@icn.ch

www.icn.ch