



**Universidad del  
Rosario**

**Condiciones sociales y económicas de la enfermería y relación con la  
formación, permanencia y migración. Revisión de alcance**

Autor

**César Augusto Castiblanco Montañez**

Director

**Ana Lucia Casallas Murillo**

Título por el que opta

**Magister en Salud Pública con énfasis en Salud Global**

**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud  
Maestría en Salud Pública  
Universidad del Rosario**

**Bogotá - Colombia  
2024**

## Condiciones sociales y económicas de la enfermería y relación con la formación, permanencia y migración. Revisión de alcance

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la evidencia sobre las condiciones sociales y económicas que influyen en la formación, retención, rotación y migración de profesionales de enfermería para establecer recomendaciones de política pública para Colombia.

**Introducción:** Los profesionales de enfermería son fundamentales en los sistemas de salud, sin embargo, países de bajos y medianos ingresos presentan según la OMS un déficit de más de 5,9 millones. En Colombia, este déficit es crítico, siendo el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE con menos enfermeras por cada 1.000 habitantes. Para mejorar la equidad en salud y la cobertura universal, es clave fortalecer la formación y retención de enfermeras considerando factores económicos, sociales relacionados.

**Metodología:** Revisión de alcance basada en pautas del manual metodológico del *Joanna Briggs Institute-JBI*. Las fuentes se seleccionaron previa lectura completa y valoración de la calidad aplicando las listas de chequeo de calidad del JBI. La información se organizó y resumió empleando un análisis de contenido de los hallazgos relevantes para la construcción de temáticas finales que respondieran al objetivo. Se analizaron documentos publicados por agencias gubernamentales y no gubernamentales e investigaciones de cualquier diseño y enfoque que respondieran al objetivo planteado entre marzo de 2019 y 2024, en español o inglés sobre la relación entre formación, retención, rotación y migración de enfermeras y condiciones socioeconómicas o políticas públicas. Se excluyeron duplicados, protocolos no finalizados y artículos que no se referían a enfermeras profesionales.

**Resultados:** Se incluyeron 51 fuentes, incluidos 29 artículos con 6.451 participantes. La influencia de estereotipos de género, la falta de recursos educativos y las barreras económicas afectaron el acceso a la formación profesional. La retención y rotación se relaciona con factores de sobrecarga laboral, insatisfacción salarial y ambiente laboral. Se subraya la concentración de personal en áreas urbanas, proponiendo políticas para una mejor distribución. Finalmente, se analiza la migración desde países en desarrollo hacia países desarrollados, explorando sus causas y efectos y la necesidad de políticas que promuevan una migración ética y sostenible.

**Conclusiones:** A pesar de que las políticas en Colombia incorporan diferentes aspectos que inciden en la disponibilidad de profesionales de enfermería, aspectos identificados en la revisión no son recogidos en las mismas, se destaca la importancia de abordar estas cuestiones de manera integral para mejorar la eficiencia y sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería a nivel nacional.

**Palabras clave:** Enfermeras (os), fuerza laboral en salud, condiciones sociales

## **Social and economic conditions of nursing and their relationship with training, retention and migration. Scoping review**

### **Abstract**

**Objective:** To analyze the evidence on the social and economic conditions that influence the training, retention, turnover and migration of nursing professionals to establish public policy recommendations for Colombia.

**Introduction:** Nursing professionals are essential in health systems, however, low- and middle-income countries have, according to the WHO, a deficit of more than 5.9 million. In Colombia, this deficit is critical, being the second country in the Organization for Economic Cooperation and Development - OECD with fewer nurses per 1,000 inhabitants. To improve equity in health and universal coverage, it is key to strengthen the training and retention of nurses considering related economic and social factors.

**Methodology:** Scoping review based on guidelines from the Joanna Briggs Institute-JBI methodological manual. The sources were selected after a complete reading and quality assessment using the JBI quality checklists. The information was organized and summarized using a content analysis of the relevant findings to construct final themes that responded to the objective. Documents published by governmental and non-governmental agencies and research of any design and approach that responded to the objective set between March 2019 and 2024, in Spanish or English, on the relationship between training, retention, turnover and migration of nurses and socioeconomic conditions or public policies were analyzed. Duplicates, unfinished protocols and articles that did not refer to professional nurses were excluded.

**Results:** 51 sources were included, including 29 articles with 6,451 participants. The influence of gender stereotypes, lack of educational resources and economic barriers affected access to professional training. Retention and turnover are related to factors of work overload, salary dissatisfaction and work environment. The concentration of personnel in urban areas is highlighted, proposing policies for a better distribution. Finally, migration from developing to developed countries is analyzed, exploring its causes and effects and the need for policies that promote ethical and sustainable migration.

**Conclusions:** Although policies in Colombia incorporate different aspects that affect the availability of nursing professionals, aspects identified in the review are not included in them, the importance of addressing these issues in a comprehensive manner to improve the efficiency and sustainability of the nursing workforce at the national level is highlighted.

**Keywords:** Nurses, health workforce, social conditions

## Contenido

<b>Introducción</b> .....	4
<b>Metodología</b> .....	6
<b>Pregunta de investigación</b> .....	7
<b>Criterios de selección</b> .....	7
<b>Estrategia de búsqueda</b> .....	7
<b>Selección de la evidencia</b> .....	8
<b>Análisis y extracción de la evidencia</b> .....	8
<b>Resultados</b> .....	9
1. <b>Condiciones y políticas que influyen en la formación</b> .....	10
2. <b>Condiciones y políticas que inciden en la retención y rotación</b> .....	14
3. <b>Condiciones y políticas que afectan la distribución</b> .....	23
4. <b>Condiciones y políticas que inciden en la migración</b> .....	28
<b>Discusión</b> .....	34
<b>Conclusiones</b> .....	35
<b>Recomendaciones</b> .....	37
<b>Conflicto de intereses y agradecimientos</b> .....	37
<b>Referencias</b> .....	38
<b>Apéndices</b> .....	44

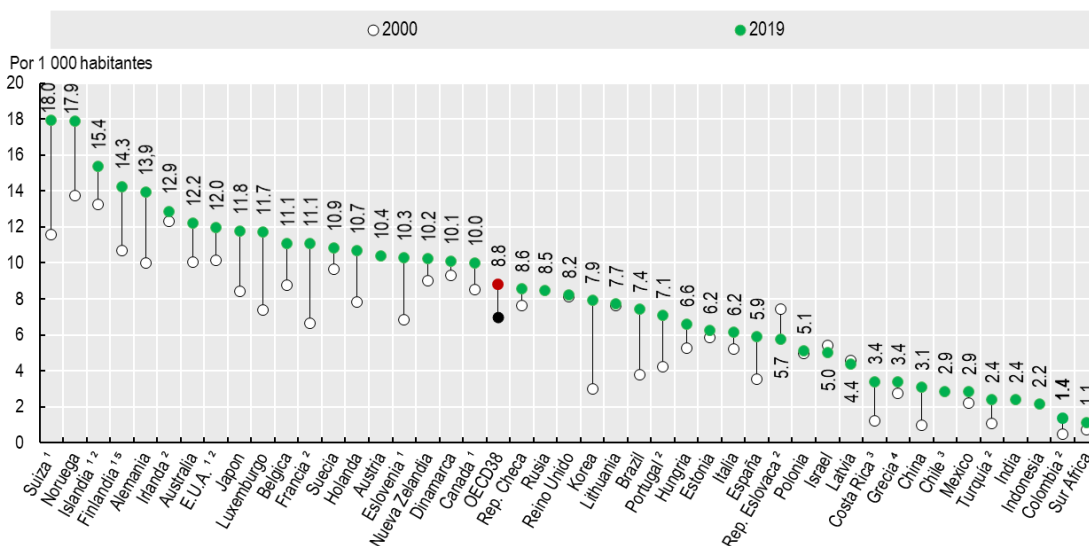
## Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud -OPS, los profesionales de enfermería están en la línea de acción en la prestación de los servicios de salud y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios. La profesión de enfermería proporciona una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud (1)

De otra parte, el informe de la Organización Mundial de la Salud - OMS sobre la situación de la enfermería en el mundo 2020, refiere que existen cerca de 28 millones de enfermeras (os), lo cual representa más de la mitad de los profesionales de la salud (2). Este informe destaca que persiste un déficit mundial de más de 5,9 millones de profesionales de la enfermería en los países de bajos y medianos ingresos. Por su parte, la OPS manifiesta que existe escasez de enfermeras en la Región de las Américas “debido principalmente a la migración de profesionales a otras regiones, a las diferentes condiciones de desarrollo económico de los países, las políticas de recursos humanos en salud y de enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y a la falta de regulación profesional” (3). Para que los países puedan avanzar en el mejoramiento de las condiciones de salud de sus poblaciones, es necesario fortalecer la calidad, cantidad y relevancia de la fuerza laboral de enfermería.

Colombia es el segundo país de la OCDE con menos profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes, superando únicamente a Sur África en este indicador. En contraste, la mayor parte de los países europeos tienen entre 5 y 12 veces más profesionales (4)

Gráfico 1. Profesionales de Enfermería en ejercicio por cada 1.000 habitantes, 2000 y 2019 (o año más cercano)



Fuente: OCDE Health Statistics 2021.

En el mismo sentido, la disponibilidad del personal sanitario en cantidad y cualidades suficientes para soportar una atención con calidad, seguridad y centrado en las personas es fundamental para el adecuado desempeño de las funciones de los sistemas de salud, el logro de la cobertura universal, el goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de brechas de inequidad. (5)

A este respecto, un análisis de los resultados en materia de mortalidad materna e infantil en 118 países evidenció que además de factores sociales y económicos, por cada 10% de crecimiento de la cantidad de profesionales de la salud se observa una reducción del 5% de mortalidad materna y 2% de mortalidad infantil. (6)

De manera particular, el personal de enfermería ha tenido un papel importante en la mejora de la salud y bienestar la población, a través del direccionamiento del sistema de salud, el diseño de políticas, programas y estrategias de salud pública y en la administración y operación de programas sociales, tales como la Atención Primaria en Salud - APS, y los servicios sociosanitarios, con oportunidad, calidad y menor costo (7); asegurar su adecuada cantidad, distribución, diversidad y preparación académica, puede beneficiar tanto a la profesión como a los usuarios del sistema de salud y se considera necesario para enfrentar los desafíos que imponen el envejecimiento poblacional, las inequidades sociales y el creciente déficit de profesionales. (8)

Asuntos como el envejecimiento de la población, la transición demográfica y epidemiológica resultado de los cambios en las condiciones de vida de la población a nivel global, aumentan los requerimientos de personal de enfermería para el cuidado de una población cada vez más dependiente. Sin embargo, a nivel mundial se experimenta una escasez de talento humano, cuya disponibilidad se relaciona con condiciones propias de cada país o región, tales como la poca motivación de los jóvenes para estudiar esta profesión (9), la escasa oferta de escuelas de formación, oportunidades y entornos laborales, incentivos, satisfacción profesional, así como, los flujos migratorios internacionales del personal de salud que benefician a unos países y aumentan la vulnerabilidad de otros (6), problema que se agrava con la concentración del personal de salud en áreas urbanas, lo cual, contribuye a acrecentar las desigualdades en salud que se observan entre la población de zonas rurales versus las urbanas. (10)

No enfrentar el déficit de profesionales de enfermería, puede incidir negativamente en el aumento de la cobertura universal de servicios de alta calidad, la equidad en salud y en el logro de mejores resultados con eficiencia frente a los recursos disponibles (11); razón por la cual, cobra relevancia la identificación y análisis de los aspectos que favorecen una mejor distribución y permanencia del personal de enfermería a nivel territorial (12)

En muchos países, los jóvenes todavía ven la enfermería como una ocupación con bajo estatus profesional y autonomía, y con pocas oportunidades de carrera; la encuesta del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos de la OCDE- PISA 2018, preguntó a los jóvenes de 15 años de 79 países, qué trabajo esperaban tener a los 30 años, entre los resultados destaca la OCDE que siete de las diez primeras ocupaciones informadas por las niñas estaban relacionadas

con la salud, reflejando estereotipos de género, pese a ello solo cerca del 3% esperaba dedicarse a la enfermería. (4)

Por su parte, el porcentaje de estudiantes que aspiran a trabajar en una profesión de la salud cuando tengan 30 años en Colombia, pasó de 13,9% en 2015 y a 12,6% en 2018 (13).

A pesar de que la enfermería es ejercida en su mayoría por mujeres, el género no siempre se estudia en las investigaciones relacionadas con la profesionalización, identificar las razones por las cuales los hombres se dedican menos a la enfermería, es clave para ampliar la comprensión del fenómeno y eliminar el sesgo de género, en beneficio de la profesión y de las mujeres y hombres dedicados a ella. (7)

En contraste con las situaciones descritas que reflejan una falta de motivación por parte de los jóvenes para estudiar enfermería, se encuentra el hecho de que quienes se gradúan en esta profesión migran hacia otros países diferentes al de origen. En el 2019, el 6% de las enfermeras en promedio en los países de la OCDE obtuvieron su título profesional en otro país; Nueva Zelanda y Suiza tienen alrededor del 25% de profesionales formadas en el extranjero, mientras que Australia y el Reino Unido entre 15% y 20%. (4)

Para contribuir a resolver el problema de escasez de profesionales de enfermería en el país y su distribución desigual en el territorio nacional (14), es necesario contar con una visión general o mapeo completo de información disponible tanto a nivel nacional como internacional con respecto a las condiciones sociales y económicas y de política pública que pueden afectar a la fuerza laboral de enfermería, relacionadas con la formación, el ejercicio profesional, la distribución y la migración de profesionales, con el fin de sirva de insumo para orientar políticas públicas que fortalezcan los procesos de formación, ejercicio y retención del personal profesional en enfermería en Colombia. Sin embargo, previa búsqueda preliminar de revisiones de alcance anteriores sobre el tema desarrollados por el JBI Evidence Synthesis y The Cochrane Database of Systematic Reviews se identificó la falta de información que incluya todo el conocimiento disponible, cualitativo y cuantitativo que mapee y valore cuáles son los determinantes o condiciones sociales y económicas que inciden en la formación, retención, disponibilidad y migración de profesionales de enfermería especialmente en países en desarrollo, insumo clave para informar directrices de política pública que mejoren la disponibilidad de estos profesionales clave para el sistema de salud colombiano.

## **Metodología**

Se realizó una revisión de alcance, dado que permite incluir todas las fuentes de información, incluso aquellas de origen gubernamental y no gubernamental, entre otras y porque a diferencia de las revisiones sistemáticas que se centran en la evaluación y síntesis de los hallazgos para cuestiones específicas de investigación, las revisiones de alcance son útiles para examinar evidencia emergente cuando aún no está claro qué otras preguntas más específicas pueden plantearse para la síntesis de evidencia y abordarse de manera valiosa (15).

Para ello, se utilizó la metodología del Manual para la síntesis de evidencia del *Joanna Briggs Institute* – JBI para adelantar revisiones de alcance (16). Los resultados se presentan con base a las orientaciones para la presentación de informes PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (17). El marco de los criterios de población – concepto - contexto, se utilizó para informar los criterios de inclusión, la estrategia de búsqueda y el análisis de la información.

### **Pregunta de investigación**

La pregunta ¿Cuáles son los determinantes que inciden en la formación, retención, rotación y migración de profesionales de enfermería? se formuló empleando la estrategia PCC (Población o problema de salud, Concepto y Contexto) propuesta por el JBI, en donde la Población corresponde a los profesionales de enfermería, el Concepto se relaciona con la formación, retención, rotación y migración y el Contexto está dado por los factores incidentes o determinantes.

### **Criterios de selección**

Se incluyeron los documentos de agencias de regulación o entidades no gubernamentales nacionales e internacionales encargadas de reglamentar y formular políticas relacionadas con la formación y el ejercicio profesional en enfermería, artículos y reportes de investigación de cualquier diseño y enfoque que hayan explorado la relación entre la formación, retención, rotación y migración de profesionales de enfermería y las condiciones sociales, económicas o de política pública. Sólo fueron tenidos en cuenta los documentos publicados entre marzo 2019 y marzo 2024 (últimos 5 años). Documentos escritos en idiomas distintos al español y al inglés no fueron tenidos en cuenta; así mismo, fueron excluidos artículos duplicados, los protocolos no finalizados de los estudios de investigación y aquellos que no se referían a los profesionales de enfermería, por ejemplo; personal técnico en enfermería y enfermeras de práctica avanzada, este último perfil se excluyó debido a que no es común en Latinoamérica, ni adecuado al contexto nacional.

### **Estrategia de búsqueda**

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos se construyeron ecuaciones de búsqueda para cada base de datos, utilizando los siguientes términos MeSH y DeCS: (((nurses) AND (health workforce)) AND (public policy) OR (social conditions)). Se realizó búsqueda en las bases de datos Pubmed (440 resultados), LILACS (37 resultados), SCIELO (0 resultados) y CINAHL Ultimate (17 resultados). Así mismo, se llevó a cabo búsqueda de agencias de regulación o entidades gubernamentales nacionales e internacionales. Adicionalmente, se consultaron documentos producidos en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Colegial de Enfermería de Colombia, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería-ACOFAEN y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia -ANEC. A nivel internacional, se buscaron documentos del Consejo Internacional de Enfermería-CIE, la OMS y su oficina regional para las Américas OPS, encontrando 13 documentos. Una vez seleccionados

los artículos que cumplieron los criterios de selección, se realizó búsqueda manual de cada una de las referencias bibliográficas reportadas en dichos artículos, para identificar otras fuentes relevantes de información (2 resultados), Google académico también fue consultado en donde se encontraron 2 artículos más. Un revisor externo fue consultado para mejorar la objetividad en la selección de los documentos a ser tenidos en cuenta en el análisis. En el apéndice I se detalla la estrategia de búsqueda para todas las fuentes consultadas.

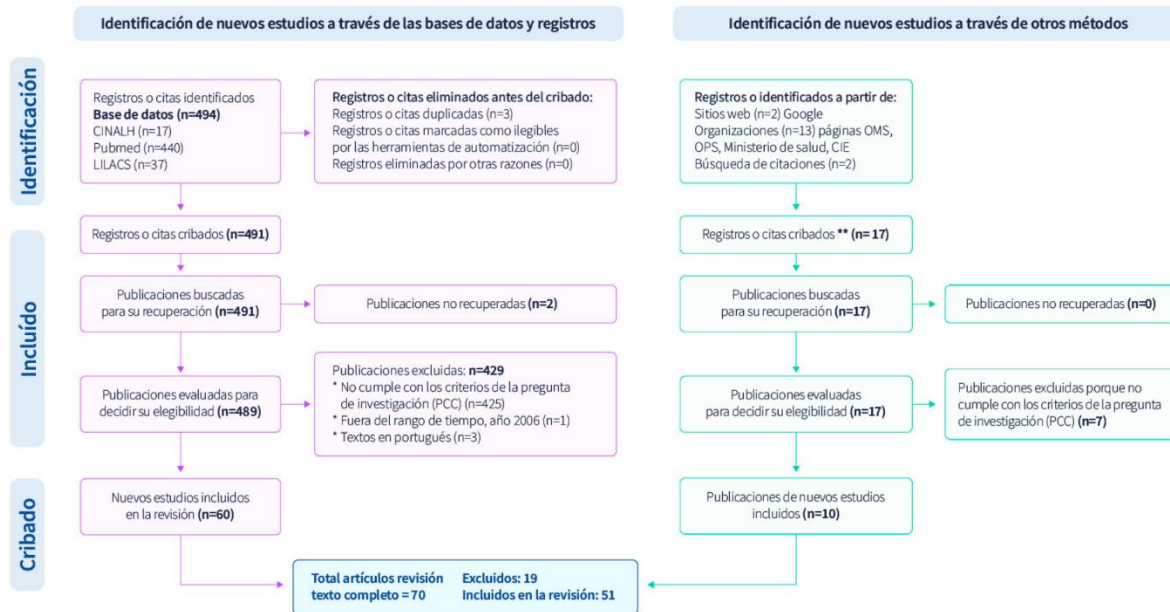
### **Selección de la evidencia**

Una vez identificados todos los documentos, fueron agrupados en una matriz en un archivo *Microsoft Excel* con información general de cada uno, a partir de ello, como primer paso se realizó una lectura de títulos y resúmenes, si alguno de estos no refería en su contenido a los criterios de Población - Concepto –Contexto (PCC) se excluyeron. Como segundo paso, se tomaron todos los documentos seleccionados con el fin de realizar una lectura crítica de texto completo, verificando nuevamente el cumplimiento de al menos uno de los criterios PCC. En esta etapa de revisión se identificaron elementos o condiciones que pueden incluir en la formación, retención, distribución y migración de profesionales de enfermería, así como elementos de política que podrían contribuir al abordaje de las condiciones que afectan a los profesionales en estas esferas y se registraron en un libro de Excel. Un tercer paso consistió en la aplicación de las listas de chequeo o herramientas de evaluación crítica del JBI con el fin evaluar la confiabilidad, idoneidad y relevancia de los resultados de los artículos publicados (18). Un revisor externo acompañó todo el proceso a fin de mejorar la objetividad en la selección de los estudios.

### **Análisis y extracción de la evidencia**

A partir de la lectura de cada documento incluido para revisión en texto completo y aplicada la respectiva lista de chequeo del JBI, se seleccionaron 51 artículos, de los cuales, empleando un análisis de contenido de los hallazgos que resultaron relevantes frente a la pregunta de investigación, se extrajeron citas y anotaciones agrupadas por los conceptos de rotación, retención, disponibilidad y migración, discriminados a su vez entre factores o condiciones que los afectan y políticas o directrices relacionadas. Esta organización facilitó la construcción de las temáticas finales que dan respuesta a los propósitos del estudio.

Gráfico 2. Diagrama de flujo PRISMA: proceso de búsqueda y selección de unidades de análisis.



Fuente: Elaboración propia a partir de la declaración PRISMA 2020

La lista de fuentes excluidas después de la revisión del texto completo y las razones de la exclusión se presentan en el apéndice II.

Para la última fase, se organizaron los resultados en dos secciones, la primera que describe las características bibliográficas de las unidades de análisis y la segunda que describe los resultados extraídos de los documentos revisados, organizados por temáticas conceptuales que dan cuenta de los factores que inciden en la formación, retención, rotación y migración de profesionales de enfermería.

Finalmente, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, teniendo en cuenta que el presente estudio se clasifica como investigación sin riesgo ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental, por lo que se tuvieron en cuenta las normas de referenciación y protección de derechos de autor dispuestas en la Ley 23 de 1982.

## Resultados

De los 511 artículos identificados, el 25,6% se desarrollaron en los Estados Unidos de América, un 25,8% adicional se realizaron en el Reino Unido, Australia, China, Brasil, Canadá y España; sólo el 8% corresponde a estudios en latino América (73,8% en Brasil, Perú y México), de Colombia sólo fueron recuperados 4 documentos correspondientes al 0,8% que incluye tres documentos de política y solo un artículo científico. Entre los documentos excluidos se encuentran artículos referidos a enfermeras de práctica avanzada, estudios sobre el bienestar

de los profesionales, relación del personal de salud con resultados en salud o respuestas de salud en el marco de la pandemia.

De los 51 artículos seleccionados posterior a la lectura de texto completo y valoración de la evidencia, 11 corresponden a documentos de política (cuatro de ellos expedidos entre 2016 y 2018 pero relevantes para el estudio) y 29 son artículos científicos de diferentes enfoques y diseños que sumaron 6.451 participantes.

**Tabla 1.** Número de artículos seleccionados que informan

Concepto	Aspectos que inciden	Políticas
Formación	15	20
Retención – Rotación	21	34
Distribución	14	12
Migración	10	8

**Lagunas de investigación:** El fenómeno de la migración es el que menos evidencia presenta, sólo 10 de los 51 artículos se refieren a aspectos que inciden en ella y 8 sobre aspectos de políticas pública frente a la misma. La limitación de información correspondiente al sur global es aún mayor, pues sólo 4 artículos informan sobre aspectos que afectan la migración y uno de Tailandia reporta medidas de política pública para abordarla.

En la misma línea, la evidencia producida en Latinoamérica es escasa, sólo 7 documentos provienen de la región, incluidos tres documentos de política pública de Colombia.

En el apéndice III se relacionan los artículos incluidos.

## Resultados de la revisión

A continuación, se describen los resultados con respecto a las condiciones que influyen en la formación, retención, rotación y migración de personal y las disposiciones o elementos de política que las pueden afectar.

### 1. Condiciones y políticas que influyen en la formación

#### Género

Existen estereotipos que vinculan a la profesión de enfermería con el género femenino, esto puede llevar a que los hombres se limiten o desmotiven a la hora de escoger esa carrera. Un estudio en Nigeria refirió que algunas comunidades podrían estar en desacuerdo con el hecho de que un hombre atienda a las mujeres (19). Además, las prácticas de segregación horizontal de género entre profesiones practicadas principalmente por mujeres, como ocupaciones de salud y bienestar, o principalmente por hombres, como ingeniería, manufactura y construcción, podrían dar lugar a nichos ocupacionales específicos de género que, a su vez, se han relacionado con la subvaloración socioeconómica de los empleos, roles y actividades de las mujeres (20)

Un estudio transversal de series de tiempo que abarcó 16 años, de 2000 a 2015, e incluyó a 22 países de altos ingresos, miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, sugirió que las políticas que promueven la igualdad de género tienen un efecto en los indicadores de profesionalización de la enfermería, como la proporción de enfermeras reglamentadas y graduadas en enfermería. El estudio clasificó a los países en tres categorías, a saber; *países con familias tradicionales*, *países orientados hacia el mercado* y *países asalariados-cuidadores*. Se encontró que los países de la categoría de familia tradicional mostraban bajos niveles de igualdad de género porque sus políticas apoyaban principalmente el trabajo remunerado a tiempo parcial y temporal para las mujeres, lo que resultaba en su participación relativamente baja en la fuerza laboral, especialmente para las madres de niños pequeños. Los países orientados al mercado mostraron niveles medios de igualdad de género; sus políticas ofrecían: cierto apoyo para fomentar el trabajo remunerado y facilitar carreras profesionales para las mujeres, servicios de cuidado de niños/padres/enfermos en su mayoría privatizados, y en algunos países, legislación del mercado laboral antidiscriminatoria. Los países en la categoría de asalariados-cuidadores alcanzaron niveles más altos de igualdad de género a través de políticas familiares que: facilitaron el acceso de las mujeres al mercado laboral, aseguraron que el trabajo de cuidados se transfiriera al sector público para que las mujeres pudieran dedicar tiempo a sus carreras y facilitaron una división más equitativa del trabajo remunerado y no remunerado entre mujeres y hombres estimulando la participación activa de los padres en el cuidado de sus hijos. (20)

Los estudios sugieren que aumentar la comprensión de las formas en que las políticas de igualdad de género influyen en la oferta y la demanda de recursos humanos de enfermería aumentará la precisión de las herramientas de previsión de recursos humanos de salud, facilitando así una mejora en la sostenibilidad de la fuerza laboral de salud. (20)

### **Representatividad cultural y geográfica**

Expertos de Estados Unidos consideran que la atención a la diversidad racial dentro de la fuerza de trabajo de enfermería clínica es un componente clave de los esfuerzos que deben hacerse para abordar las desigualdades raciales y étnicas en la salud (21) (22). Mejorar la diversidad racial en la fuerza de trabajo de enfermería es una prioridad nacional emergente y creciente. Hoy en día, las enfermeras registradas en USA son 80,8% blancos no hispanos, 6,2% negros, 7,5% asiáticos, y aproximadamente 5% hispanos/latinos. Se considera que una fuerza laboral de enfermería más diversa racialmente probablemente mejorará la calidad de la atención a todos los pacientes a los que sirven (21). Un estudio realizado en Australia recomendó priorizar y facilitar el acceso a formación de enfermeras de zonas remotas pertenecientes a comunidades indígenas y fomentar la práctica rural (23). Estas recomendaciones podrían aplicarse a otros países con contextos rurales dispersos caracterizados por contar con pueblos étnicos que presentan mayores dificultades para acceder a la profesionalización.

Por el lado de la oferta, India describe que la distribución de las instituciones es desigual en el país, donde las instituciones públicas producen sólo la mitad del número total de nuevos médicos

graduados, mientras que, en el caso de las enfermeras, la mayoría (90%) de las instituciones educativas son del sector privado. Se propone distribuir la apertura de las nuevas instituciones propuestas en estados menos desarrollados y más cercanos a áreas remotas, lo cual suele demostrar una mayor retención de médicos en las áreas locales. Sin embargo, es necesario cuidar la calidad de las instituciones educativas en zonas remotas (24).

La formación, reclutamiento y mantenimiento de personal proveniente de las mismas zonas a cubrir es una estrategia que puede favorecer la retención del personal y la cobertura de zonas rurales (25). Una de las medidas relacionadas con la formación y la captación y retención de personal en zonas rurales, consiste en la admisión de estudiantes procedentes de zonas rurales, pues ellos tienen más probabilidades de regresar a ellas para trabajar (26).

### **Oferta educativa y formación de docentes**

La OMS calcula un "déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios para 2030, con respecto a la estimación requerida para alcanzar los ODS relacionados con la salud" (5). Diferentes estudios en el mundo han descrito la necesidad de aumentar el número de facultades de enfermería y de las admisiones de estudiantes (27) (28), dos de estos estudios fueron realizados en Irán y Vanuatu, en el caso de este último país, el desarrollo de la capacidad de la facultad de enfermería también es necesario para que puedan mejorarse a un nivel de posgrado y maestría para impartir formación de enfermeras de calidad.

En algunos países desarrollados como Arabia Saudita, la insuficiente cantidad de escuelas de enfermería, limita la formación de nuevo personal y los ha llevado a depender de las enfermeras migrantes. Para abordar estos problemas, el gobierno de ese país ofreció políticas para reducir el número de enfermeras extranjeras y aumentar el número de enfermeras sauditas nativas. Una vez que el gobierno saudí aplicó estas políticas en 2009, hubo un aumento notable de institutos médicos privados que impartían diplomas en enfermería (29).

Pese a lo anterior, la propuesta de crear más facultades ha de tomarse con cuidado, ya que la literatura también refiere que el crecimiento desmedido de facultades o escuelas de enfermería pueden generar un déficit de docentes, con riesgos de producir demasiados profesionales con escasas bases de investigación afectando la profesionalización y las condiciones salariales y laborales. Esta situación "ha reforzado la imagen popular de la enfermería como una profesión legal, pero no técnico-científica" (30).

La formación de nuevos profesionales tal como lo recomienda el CIE, se puede ver limitado por la escasez de docentes. Un desafío educativo persistente en los países que conforman la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático ASEAN es la grave escasez de profesores calificados para enseñar a nivel de licenciatura y la alta proporción de estudiantes por profesor, para superar esto son clave los programas de formación a nivel de maestría y doctorado (31). La OMS resalta que la falta de docentes e infraestructura adecuada en los países puede afectar la formación de personal de enfermería (32).

## **Procesos de selección y ayudas económicas**

Complementario a lo anterior, se considera que una de las posibles causas de escasez de enfermeras en el mundo obedece a que los procesos de admisión a la carrera de enfermería son inadecuados y a una falta de profesores y facultades de enfermería (27).

De otra parte, señalan los estudios que no hay suficiente publicidad sobre la carrera o sobre las formas para acceder a la formación (19) lo cual, podría llevar a que los jóvenes no estén interesados en estudiar la carrera (28).

En Nigeria un estudio reportó que la falta de becas o subsidios económicos para programas de enfermería puede ser una limitante para acceder a la formación. La insuficiente cantidad de profesores igualmente puede disminuir la oferta (19).

La promoción de la enfermería en las escuelas secundarias o al público y en las redes sociales para aumentar la conciencia de la profesión es necesaria para atraer a una población joven a matricularse en programas de enfermería y aumentar el número de matriculaciones (28); sin embargo, otras investigaciones han descrito que la producción de trabajadores de la salud no es el problema central (33). La mala absorción por el sector público surgió como otro problema, en particular para los médicos y enfermeras. El aumento de la producción de recursos humanos por sí solo puede no ayudar si el sector público no absorbe esta capacidad adicional, por lo tanto, son necesarios los análisis del mercado laboral de salud como una herramienta para mejorar la fuerza laboral de salud basada en evidencia (34).

## **Vocación, mercado laboral y reconocimiento**

El acceso a la formación también se relaciona con la vocación profesional. La vocación se ve influida por factores de tipo familiar, sociocultural y de educación, así como por la búsqueda personal de un mejor ingreso económico. En algunos países como Estados Unidos las personas pueden ver a la enfermería como una “inversión a largo plazo y para toda la vida y que su título podría ayudarles a conseguir sus objetivos profesionales en el futuro”, así como servir a su comunidad (35).

Así las cosas, la comunicación que se traduzca en un reconocimiento social, salarios más altos (incluyendo políticas para proteger el salario básico y de incrementos), la reducción de la carga de trabajo, las mejoras en las condiciones de salud y seguridad en el trabajo y las oportunidades de avance profesional, pueden incentivar a los estudiantes a ingresar a la fuerza laboral (36) (24).

Para lograr lo anterior, es necesario incrementar la inversión en formación y generación de empleo en el sector salud, mediante una mayor inversión en personal de salud. Actualmente en Uruguay, se reporta que sólo 7 de cada 100 recursos invertidos en salud se destinan a la fuerza laboral (37), no solo en las grandes ciudades sino también en las regiones con menor desarrollo. Un estudio en México identificó una correlación positiva entre la densidad de recursos humanos por 1.000 habitantes y el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita ( $\rho = 0,3718$ ,  $p < 0,05$ ). Esta

concentración no sólo se debe a mayores oportunidades laborales e ingresos en los estados más desarrollados, sino también a una mayor concentración de la oferta educativa en dichos estados. Para este caso, el 35% de las matrículas universitarias en enfermería se concentraron en 6 estados (38).

Por último, es importante considerar que la permanencia y culminación de los estudios puede verse limitada por los recursos económicos de los estudiantes o la necesidad de trabajar durante la formación, esto último, se documentó puede incidir en la deserción en cerca de 3 de cada 10 estudiantes (39).

### **Calidad de la formación**

Un estudio en India demostró la importancia de regular la calidad de la educación en el sector privado, ya que sin ello el mercado laboral de la salud puede no absorber la nueva fuerza laboral debido a la incertidumbre sobre sus aptitudes (34).

Para aumentar la producción de profesionales de enfermería, se recomienda el desarrollo de políticas dirigidas a mejorar los procesos de selección de alumnos y matriculación, infraestructura educativa y formación de docentes (40). El marco normativo debe buscar el desarrollo de medidas para garantizar la idoneidad de la fuerza laboral de enfermería (41), programas de aprendizaje contextualizados, la regulación del ejercicio profesional y la acreditación, fomentando la delegación y redistribución de tareas en los equipos, así como la implementación de estrategias y mecanismos para mejorar los procesos de formación con calidad y suficiencia, la educación continua e interprofesional (42).

Los gobiernos deben asegurar que los programas de formación en enfermería sean accesibles, asequibles y de alta calidad. Esto incluye invertir en infraestructura educativa y en la capacitación de profesores calificados para cumplir con los objetivos educativos. Se recomienda establecer políticas que fomenten la matriculación en programas de enfermería, incluyendo la promoción de la enfermería como una carrera atractiva para ambos géneros y para diversas etnias y culturas. Es crucial el diálogo y la coordinación entre los sectores sanitario, educativo, laboral y financiero para alinear la oferta de formación con las necesidades del sistema de salud y evitar desequilibrios (2)

## **2. Condiciones y políticas que inciden en la retención y rotación**

La retención la entendemos como la necesidad de instituciones, regiones o países de mantener activa y estable la fuerza laboral de enfermería, en tanto que la rotación, la comprendemos como la intención de irse de una institución, una zona o un país.

El CIE 2021 recomendó acciones inmediatas para mejorar la retención en enfermería y mitigar la rotación. La tasa global de rotación de enfermería es de aproximadamente 15% a 44% lo cual exacerba la escasez actual de enfermería (43), la alta rotación de enfermeras es una de las principales causas de la escasez mundial de este perfil ocupacional. Varios países han

manifestado esta dificultad, por ejemplo, en Arabia Saudita, existe una creciente preocupación por el elevado número de enfermeras que dejan de trabajar, lo que se ha relacionado con la escasez de enfermeras en el sistema de salud saudí (29).

Un estudio en Estados Unidos encontró una alta tasa de salidas planificadas (39%) y recientes (9%), así como una alta proporción de enfermeras que planean hacer otros cambios, incluyendo la reducción de horas clínicas (28%) y en un 18% la búsqueda de enfermería itinerante (aquella enfermera registrada que asume asignaciones temporales en varios centros de atención médica y se traslada de un lugar a otro según las necesidades del sistema de servicios de salud), se refiere entonces que esta tendencia perjudica la estabilidad de la fuerza laboral de enfermería en el sistema de salud estadounidense (44).

### **Condiciones y cargas laborales**

La planificación inadecuada para la contratación de enfermeras, los bajos salarios y prestaciones, así como la falta de apoyo por parte de los funcionarios y administradores, son situaciones que contribuyen a que las enfermeras tengan la intención de irse o de cambiar de empleo (27). El abandono del empleo o el intento de acceder a otros trabajos puede estar condicionado por los sueldos insuficientes en comparación con otras profesiones, a lo que se suma el bajo estatus social, la impresión negativa de la enfermería como una carrera femenina, las malas políticas y programas para la contratación de mano de obra, la posibilidad de migración hacia otros países que ofrecen mejores condiciones y un insuficiente apoyo en el lugar de trabajo (27). Una encuesta del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2018) encontró que solo el 83 % de las enfermeras registradas tenían un trabajo relacionado con la enfermería. Esto significa que 684.789 enfermeras registradas en ese país no trabajan en el sector de la salud (45).

En Pakistán se informó que los médicos y las enfermeras se concentran en los distritos que tienen altas recompensas monetarias, estos profesionales desean trabajar en ciudades desarrolladas que les brinden mejores incentivos, paquetes, beneficios, entorno operativo y tengan más oportunidades de desarrollar sus carreras (46). Esta situación se observa en varios países y se relaciona con la escasez de profesionales en las zonas rurales en donde la compensación económica suele ser menor.

En China se ha informado que la falta de respeto y de reconocimiento del trabajo de las enfermeras por parte de los pacientes y sus familias, así como de la organización, influye en las intenciones de las enfermeras de abandonar su profesión (36). La violencia hacia el personal de enfermería también puede afectar la retención, el 31,7% de las enfermeras en el Perú ha sufrido agresiones en su puesto de trabajo durante los últimos 12 meses, esta situación ha llevado a que el 17,6% de las enfermeras haya pensado alguna vez en cambiar de trabajo; 33% señalen que su trabajo les estaba agotando y que un 22,6% afirme sentirse frustrada con la labor (30).

Se considera que el aumento de la población podría significar un incremento de las personas con enfermedades y por tanto de los ingresos hospitalarios y demandas de cuidado de enfermería, lo que puede causar una mayor carga de trabajo para las enfermeras (28).

Un estudio en Brasil refiere que 3 de cada 10 enfermeras tienen edades superiores a los 55 años, esto significa que el envejecimiento es un gran desafío para garantizar la cantidad de personal suficiente y la atención de una población que envejece de manera acelerada (37). En China el número de enfermeras por cada 1.000 personas es mucho menor que la recomendación de la OMS de no menos de ocho para una sociedad envejecida. Esto ha conducido a un exceso de trabajo de las enfermeras, y especialmente en los hospitales de nivel terciario, donde se informó una alta prevalencia de agotamiento de las enfermeras (57,1%). Además, el ambiente de trabajo estresado causado por la relación entre pacientes y enfermeras también conduce a resultados indeseables. Una encuesta nacional mostró que el 25,8% de las enfermeras habían sufrido violencia física y el 63,7% violencia no física. Los principales factores que contribuyeron a la violencia en el lugar de trabajo fueron las cargas financieras, los resultados insatisfactorios del tratamiento y la falta de comunicación. La tasa de rotación promedio de enfermeras en China fue del 8,2%, y el 15,3% de ellas informó que el motivo de la renuncia fue la tensa relación enfermera-paciente (47).

La alta carga laboral, el alto número de pacientes a cargo, la asignación de enfermeras novatas para acompañar su entrenamiento y la hostilidad entre colegas, son condiciones que pueden generar insatisfacción laboral y por tanto el deseo de renunciar o rotar (48)

La falta de oportunidades de empleo para las enfermeras se relaciona con factores que condicionan la disponibilidad de profesionales, la baja demanda de enfermeras capacitadas, la mala calidad de la educación, la falta de habilidades y conocimientos no técnicos, el no deseo de optar por la educación superior y la baja tasa de su retención en el sistema. Estas son unas de las razones más importantes que explican la escasez de enfermeras en la fuerza laboral (24) y que terminan influyendo en que las profesionales que continúan activas perciban sobrecarga laboral.

En general puede haber una retribución económica insuficiente para las enfermeras en todos sus campos de acción; sin embargo, existen áreas de desempeño en las que la remuneración podría ser menor. Los recursos humanos de atención domiciliar se caracterizan por la falta de paridad salarial y beneficios insatisfactorios en comparación con la atención hospitalaria o a largo plazo. Los costos de transporte de bolsillo (por ejemplo, los costos de mantenimiento de automóviles) y el reembolso insuficiente de los viajes de larga distancia al punto de cuidado son preocupaciones significativas. En cambio, los salarios apropiados y el reembolso adecuado por kilometraje y tiempo de viaje pueden mejorar las condiciones de trabajo y facilitar la retención de los profesionales de enfermería que se dedican a la atención domiciliar (49).

Las malas condiciones laborales y salariales, la devaluación de la enfermería y la poca disposición de los gobiernos para incentivar la práctica profesional pueden conllevar al abandono de la profesión, en Finlandia se cree que “la obligación a trabajar en lugares peligrosos y mal gestionados” motivaron a enfermeras a solicitar la auto revocación de su licencia (50).

Una revisión sistemática describió como estrategias de retención que requieren compromiso político, el aumento de los sueldos y prestaciones, la mejora de la percepción y reconocimiento

público de la enfermería, el apoyo a las organizaciones gremiales y asociaciones científicas, y la optimización del entorno laboral (27) (47) (51), una de las estrategias propuestas en Irán fue obtener el apoyo de los gremios de enfermería y las asociaciones científicas (27). Se requieren cambios estructurales para mejorar las condiciones laborales y la retención, y "se requiere de un trabajo colaborativo entre enfermeras y médicos para abordar la crisis de la fuerza laboral de enfermería" (41). Por lo tanto, la retención de enfermeras, la satisfacción laboral, el estatus social y la contratación pueden lograrse apoyando las organizaciones de enfermería y mejorando las condiciones de trabajo, salarios de las enfermeras (27) y beneficios (48). Se requiere invertir en reforzar el liderazgo de enfermería en el sistema sanitario y el ámbito académico y garantizar el apoyo, respeto y protección del personal para una atención en entornos laborales seguros (40).

En Corea, un estudio cuasi experimental concluyó que se requieren esfuerzos políticos para fusionar la estructura salarial de las enfermeras en todo el país y mejorar las condiciones laborales (52). Así mismo refiere el estudio que, en el sistema de salud orientado al mercado, la política de dotación de personal de enfermería que combina incentivos financieros para una mejor dotación de personal y restricciones estrictas sobre el reembolso por personal deficiente indujo con éxito a los hospitales a emplear más personal de enfermería. Se necesita un seguimiento y una evaluación continuos para garantizar que los incentivos financieros se devuelvan directamente al empleo adicional de enfermeras y para mejorar el entorno laboral. Vale la pena mencionar que un aumento en los niveles de personal de enfermería también puede verse afectado por los grados existentes del personal de enfermería en los hospitales. Por lo tanto, los líderes y formuladores de políticas de enfermería deben esforzarse por desarrollar políticas más sofisticadas basadas en un sistema de incentivos financieros, considerando la distribución desigual de la fuerza laboral de enfermería entre los hospitales (52).

Un aspecto que debe abordarse es la necesidad de controlar desde la legislación la sobrecarga laboral. Los enfermeros que recientemente abandonaron el lugar de trabajo tenían más probabilidades de reportar un alto uso de políticas obligatorias de horas extras, sugiriendo que la eliminación de esta práctica de gestión promovería los esfuerzos de retención. Los directivos de los hospitales pueden hacer estos cambios dentro de sus propias instituciones (44). Los países que ofrecen malas condiciones laborales pueden tener menos potencial para atraer fuerza laboral de salud. Los líderes organizacionales y los directores de enfermería podrían ayudar a fomentar entornos enriquecidos al abordar las problemáticas relacionadas con la dotación de personal y los recursos, y la participación de las enfermeras en los asuntos hospitalarios (47).

La búsqueda constante de superación profesional y de una mejor calidad de vida personal y familiar también puede motivar a los profesionales a buscar empleo en los grandes centros hospitalarios generalmente ubicados en zonas urbanas (37).

Es indispensable mejorar las condiciones laborales, evitar la explotación, el trato discriminatorio y la promoción de la salud mental y el bienestar del personal de salud, así como el monitoreo de la fuerza laboral, que permitan atraer, retener y sostener una dotación adecuada de recursos humanos para la salud, esto demandará una respuesta intersectorial (42).

## **Crecimiento profesional**

Existen estudios que refieren que a las enfermeras no se les ofrecen suficientes oportunidades ni se les anima a participar en la toma de decisiones en la práctica clínica o en los asuntos hospitalarios. Esto podría deberse al papel tradicional de las enfermeras y a que se las considera asistentes de los médicos, además de tener un nivel educativo más bajo en comparación con los médicos o su imposibilidad para prescribir medicamentos como sucede en varios países, de hecho, se considera que en la práctica las enfermeras están dispuestas a seguir las órdenes de los médicos (47). La falta de crecimiento profesional y del reconocimiento social de la importancia de su labor puede estimular el deseo de renunciar o rotar (48).

Algunos artículos sugieren que los hospitales presten mayor atención a las preocupaciones de las enfermeras, como el desarrollo profesional continuo, la progresión profesional y la mejora salarial, además de transmitir una cultura positiva y valorar a las enfermeras (47) (48).

La satisfacción laboral, la motivación y la seguridad de la promoción, motivan a los trabajadores de la salud a seguir trabajando en las instituciones a medida que se ven alcanzando posiciones más altas con el transcurrir del tiempo. La promoción se destacó en un estudio conexas en Kenia, siendo un factor clave para la retención de los trabajadores de la salud. Otros factores, como las medidas preventivas sobre el acoso en el trabajo, una evaluación clara y justa del desempeño laboral, la flexibilidad para equilibrar las demandas laborales y personales, las medidas de protección contra los daños en el trabajo y contra los conflictos sociales en el trabajo estaban muy asociados con la retención (53).

## **Factores individuales**

En Uganda un estudio de corte transversal describió que estar en el grupo de edad de 31 a 40 años (PR = 0,74, P < 0,001), tener un certificado con el nivel más alto de educación (PR = 0,72, P = 0,008), permanecer con la familia (PR = 1,33, P < 0,001) y trabajar en el centro de salud durante 6 años o más (PR = 0,20, P < 0,001) se asoció significativamente con la retención del trabajador de la salud (53). Mientras que en Nigeria se señaló el importante papel de permanecer con la familia en el lugar de trabajo como un factor fuerte de retención, esto limitaba el deseo de cambiar de empleo (53).

Un estudio en Guinea describió algunos factores que inciden en la permanencia o intención de quedarse después de un año de encontrarse laborando, estos fueron el sentido de compromiso con el Estado, el miedo a perder el trabajo, el destino a una zona preferencial, el apoyo y la cooperación del cónyuge y el hecho de ocupar un puesto de responsabilidad (25).

## **Factores del sistema de salud**

En Uganda, un estudio reportó que el estado físico del centro de salud (PR = 3.15, P = 0,007) se asoció significativamente con la retención, un buen estado de la infraestructura hace que los trabajadores de la salud se sientan motivados para permanecer más tiempo en los centros de

salud. Los trabajadores de la salud que laboran en centros de salud con buena infraestructura tenían más probabilidades de ser retenidos que aquellos que trabajaban en centros de salud con infraestructura deficiente (53). Médicos y enfermeras de Bangladesh destacaron el papel de una buena infraestructura, dotación de equipos, incentivos financieros y apoyo social como aspectos importantes para decidir permanecer en las instituciones (53).

Las enfermeras que cuentan con supervisores inmediatos que los apoyan y que favorecen el ejercicio de la autonomía profesional tienen más probabilidades de permanecer en su trabajo (29). Un estudio en Arabia Saudita sugiere que, cuando las recompensas que reciben las enfermeras se distribuyen en proporción a su contribución al hospital, las enfermeras definirán la situación como justa y que un sentimiento de justicia puede aumentar su intención de permanecer en su trabajo. Los factores organizacionales, incluido el apoyo social de los supervisores inmediatos, el compromiso organizacional y la autonomía son predictores de retención de enfermeras que trabajan en el sistema sanitario de Arabia Saudita (29). Un liderazgo ineficaz de los gerentes o coordinadores de las instituciones puede constituir un factor contribuyente para el deseo de renunciar o rotar (48).

China reporta que los hospitales que enfrentan desafíos financieros podrían no estar dispuestos a aumentar el número de empleados, particularmente la fuerza laboral de enfermería. Por lo tanto, el sector sanitario carece de personal suficiente, lo que lleva mayor sobrecarga laboral y a la intención de renuncia o rotación (47).

Todas estas situaciones descritas llevan a una escasez de profesionales de enfermería. La escasez de enfermeras no solo se observa en las zonas geográficas dispersas, también se presenta en determinados servicios como los de atención domiciliaria o los servicios de salud mental (54).

### **Retención en zonas rurales:**

Un artículo australiano identificó las políticas de apoyo que se consideran favorables para la retención de los trabajadores de la salud a saber: a. Fuerte colaboración intersectorial entre los sectores de la salud y la educación para garantizar una mano de obra adecuada; b. Una política de financiación que ordene la elaboración y aplicación de una fórmula equitativa y basada en las necesidades para financiar servicios de salud rurales; c. Políticas que faciliten la transición al control comunitario, dando prioridad a la formación y el empleo indígena, y encomiendan un contexto de trabajo culturalmente seguro; y d. Una política de empleo que ofrezca flexibilidad en las condiciones de empleo para poder ofrecer paquetes de retención personalizados. Según este artículo, ninguna intervención por sí sola garantizará una mejor retención. Se necesita un paquete de intervenciones como el desarrollo de cursos de formación integrados y carreras profesionales para todos los profesionales de la salud rurales; garantizar un entorno de trabajo seguro y propicio; y satisfacer las necesidades individuales y familiares (23) (53).

Un estudio en Guinea concluyó que, para mejorar la retención del talento humano en salud en zonas rurales, se debe favorecer la contratación local, fortalecer la supervisión, mejorar la

asignación de salarios por la administración local, desarrollar y adoptar planes de carrera y planes de rotación para el personal, implementar puestos médicos especializados en hospitales rurales, mejorar las condiciones de vida y de trabajo, crear incentivos financieros (55). El apoyo de las autoridades locales para la consecución de vivienda, alimentos y medios de transporte fue clave en proceso de instalación. Otro aspecto para tener en cuenta es que el método de pago en zonas dispersas puede agregar desventajas a los trabajadores frente a aquellos que se ubican en cascos urbanos o centros poblados. "Los trabajadores sanitarios destinados en entornos de difícil acceso tienen que pagar parte de sus salarios en concepto de gastos de transporte para acceder a ellos en la oficina de salud del distrito" (25).

Posterior al brote de ébola en Guinea, se adoptaron medidas para aumentar los trabajadores en las zonas rurales, "estas incluían la firma de un contrato de cinco años para la práctica rural; un aumento del 40% en su salario; la deslocalización, a nivel de distrito, del pago del salario; y la creación de una dirección de recursos humanos para la salud dentro del Ministerio de Salud con más responsabilidades en la supervisión de este personal y se modificaron los procesos de selección, despliegue y gestión del personal" (25).

En Uganda, los trabajadores sanitarios dijeron que sólo trabajarían en entornos rurales si mejoraran sus salarios. Según ellos, la significativa disparidad entre los salarios de los trabajadores sanitarios en las zonas urbanas y los de las zonas rurales es una consideración clave que guía su elección del sitio de trabajo (56).

Al diseñar estrategias de retención de trabajadores de la salud, los responsables políticos deberían tener en cuenta la relación entre las comunidades locales y los trabajadores de la salud. La promoción y creación de espacios sociales para el compromiso puede ser utilizado como estrategia de las autoridades del gobierno local para fomentar relaciones positivas. Las comunidades rurales deberían participar en el diseño de intervenciones localmente aceptables pero viables para promover la retención de los trabajadores de la salud en sus comunidades (57).

La posibilidad de convertirse en empleado público, las posibilidades de aprendizaje derivados de contextos diferentes y el deseo de ayudar a personas menos favorecidas motivaron más la intención de trabajar en zonas rurales (25).

La OMS recomienda desarrollar prácticas rurales durante la formación, esto a fin de que los estudiantes de salud tengan contacto con comunidades rurales a través de prácticas clínicas. Esto aumentaría la probabilidad de que elijan trabajar en esas áreas. La OMS también recomienda el diseño y facilidad de acceso a programas de formación continua que respondan a las necesidades del personal de salud rural para apoyar su permanencia en las zonas rurales. (26).

### **Retención en países de acogida**

Una revisión de alcance reportó algunas recomendaciones políticas para la retención en países de acogida: Los países anfitriones pueden revisar las políticas de inmigración para alentar la

inmigración a largo plazo y proporcionar a los empleadores opciones de visado que permiten a las enfermeras migrantes ir acompañadas de cónyuges y familia inmediata en materia de migración. Las organizaciones que emplean a enfermeras migrantes pueden considerar la posibilidad de asignar a personas de países de origen similares para que presten asistencia social y faciliten una transición, adaptación e integración más fáciles en la comunidad y el lugar de trabajo. Las organizaciones internacionales de enfermería deben incitar a los países anfitriones a examinar las condiciones de las enfermeras migrantes para asegurar que no haya discriminación evidenciadas en disparidades salariales y beneficios desiguales entre los países de origen (43).

Un estudio en Arabia Saudita consideró que, para mejorar la retención de enfermeras, los formuladores de políticas en los países con enfermeras migrantes, deben abordar sus necesidades socioeconómicas. Esto incluye proporcionar un mayor acceso a sus familiares dependientes, compensaciones económicas equitativas, lecciones de idioma y orientación cultural para reducir los desafíos lingüísticos y culturales (58). Para que el gobierno saudita evite la rotación y aliente a las enfermeras a quedarse, se consideró necesario estandarizar el sistema salarial e implementar reglas que permitan la equidad salarial basada en el mérito y no en la nacionalidad (29).

### **Retención en países de origen**

Los países de origen tienen una entrada continuamente grande de enfermeras con educación local, lo que les permite exportar trabajadores de la atención médica a los países de acogida, a pesar de las preocupaciones acerca de la escasez local de mano de obra. Los países de origen deben abordar sistemáticamente las razones de los enfermeros para emigrar, más comúnmente identificados como relacionados con los beneficios financieros y la satisfacción organizativa. Aunque los países de origen no pueden prohibir la emigración de enfermeras, pueden crear incentivos que faciliten la permanencia o el retorno a su patria como proporcionarles un registro profesional continuo en el país y méritos a su experiencia en el extranjero considerándolas para puestos de liderazgo, académica y de enseñanza clínica al regresar. Esto no sólo facilitará la transferencia de conocimiento, sino que también proporcionará a las enfermeras migrantes una motivación para regresar, especialmente aquellas que buscan oportunidades de desarrollo profesional. Los países de origen tienen la oportunidad de mejorar las condiciones generales de empleo de los enfermeros, como cargas de trabajo, apoyo administrativo y educativo, remuneración financiera y seguridad en el empleo, para evitar que las enfermeras emigren e induzcan a los enfermeros migrantes a regresar (43). Para reducir el impacto de la emigración de enfermeras, se debe prestar atención a mitigar las causas profundas, reducir las disparidades y fomentar el intercambio mutuo de fuerza laboral. Otras intervenciones críticas incluirán el desarrollo de programas de incentivos para enfermeras en países de ingresos bajos y medios, la mejora de la infraestructura académica y la garantía de la estabilidad social y política. (59).

## **Reingreso de enfermeras no practicantes**

Existen datos que confirman que muchas enfermeras están considerando volver a prestar sus servicios; sin embargo, estas pueden carecer de las herramientas y la educación para hacerlo. El desafío para los formuladores de políticas, los educadores y los centros de atención médica es determinar cómo ofrecer apoyo educativo a las enfermeras que desean regresar a la profesión. Los educadores deben tratar de involucrar no sólo a los estudiantes en la planificación de sus necesidades de aprendizaje/curriculum, sino también a las partes interesadas de la comunidad, como hospitales del área, empleadores y enfermeras expertas. Para aumentar la fuerza laboral de enfermería, las juntas estatales de enfermería deben apoyar el desarrollo y la publicidad de programas de actualización e intentar simplificar la burocracia y el tiempo requerido para reactivar las licencias. Esto requerirá el desarrollo de programas de actualización. (45)

## **Género**

Los países deben mejorar las condiciones de trabajo y tener en cuenta el género abordando la segregación ocupacional de la mujer en puestos peor remunerados, la falta de mujeres en puestos directivos superiores, la discriminación, el acoso sexual, el sesgo de género, la diferencia de remuneración entre los géneros y la planificación inadecuada de la fuerza de trabajo sanitaria (60). Teniendo en cuenta que el 89% del personal de enfermería de las Américas son mujeres, se requiere incorporar el enfoque de género en las políticas de empleo del sector, la mejora de su bienestar implica reducir brechas salariales injustas, eliminar la violencia basada en género y favorecer el balance entre la vida laboral y personal, con medidas para el cuidado de los niños y la protección familiar según el caso (42).

Un ejemplo de las inequidades laborales fue reportado en el sistema público peruano, en donde las brechas salariales se basan en el género y reflejan la consideración social que se le da a la profesión. La brecha salarial global entre hombres y mujeres que trabajan el mismo número de horas en el sector de la salud es de 21,1% y se observa que los ingresos de los médicos y enfermeros hombres eran 8% mayores que los de las médicas y enfermeras mujeres (30).

## **Justificación del costo de enfermería**

Los hospitales dudan en invertir en el mejoramiento del número de enfermeras en sus instituciones y en los entornos laborales, esto puede deberse a factores económicos. Expertos de Estados Unidos han hecho notar que actualmente, la atención de enfermería brindada en los hospitales se factura como parte del precio de la habitación, invisible en el lado de los ingresos del libro contable de la organización. Aunque la enfermería de alta calidad es fundamental para obtener buenos resultados en los pacientes y, por lo tanto, métricas favorables en los programas hospitalarios de pago por desempeño, también es costosa; para muchas organizaciones, el costo puede parecer demasiado alto para justificar las inversiones en enfermería desde una perspectiva puramente financiera. Mientras las inversiones en personal de enfermería y remuneración aumenten los costos sin un flujo proporcional de ingresos y retornos financieros, los hospitales y otras organizaciones de atención médica seguirán luchando para justificar un

aumento del presupuesto de enfermería. Se podría pensar que la falta de un rubro específico organizacional podría superarse mediante regulaciones y/o mandatos de la industria que exijan que los establecimientos de atención de salud cumplan pautas, estándares o proporciones específicas de personal de enfermería. Sin embargo, sin un argumento económico de negocios, las regulaciones o mandatos de personal pueden no lograr las mejoras en los niveles de personal de enfermería y de los entornos de trabajo que el público necesita y las enfermeras esperan. Desde el punto de vista organizacional, las enfermeras deben abogar por una reforma de los reembolsos, con miras a modificar los programas existentes de pago por desempeño en los hospitales y crear mecanismos para el pago directo y visible de los cuidados de enfermería (33).

Es necesario delinear, monitorear y evaluar los roles y responsabilidades de la fuerza de trabajo de enfermería para promover la educación y la práctica colaborativa inter e intraprofesional, con el fin de optimizar el impacto de la enfermería en los sistemas de salud (61)

### **Políticas de talento humano**

Las políticas de talento humano deben incorporar mecanismos intersectoriales, generar compromisos al más alto nivel y recibir financiamiento adecuado, con el fin de mejorar las competencias del personal de salud acorde a las necesidades de la población, su distribución adecuada, retención, la investigación y el sistema de información para la planificación a largo plazo, bajo un proceso de gobernanza y liderazgo fortalecido (5).

### **3. Condiciones y políticas que afectan la distribución**

La distribución hace/ referencia a cómo los profesionales de enfermería se reparten en las diferentes zonas geográficas del país, observando que la concentración tiende a darse en las zonas urbanas con un déficit importante de personal sanitario en las zonas rurales. Un estudio en Pakistán puso en manifiesto que los médicos y enfermeras se concentran en los distritos que tienen altas recompensas monetarias (46). El sudeste asiático, por ejemplo, enfrenta serios desafíos para producir una fuerza laboral de salud adecuadamente capacitada, en número y distribución suficientes para satisfacer las necesidades de la población local (31). La mayor tasa de crecimiento de la población en la actualidad causa efectos significativos en la carga de trabajo en el entorno hospitalario, así como en otros centros de salud rurales debido al aumento de la demanda y el número insuficiente de enfermeras (28).

Se observa que el desequilibrio en la distribución geográfica es un problema más grave en los países de economías emergentes. En México, al igual que en otros países, existen grandes diferencias en la densidad de personal, las zonas con mayor concentración llegan a tener 3,5 veces más trabajadores frente a otras regiones. El 93% se concentra en áreas urbanas, y se sugiere que "para que todos los estados tuvieran una densidad igual a la nacional de 4,6, se tendrían que distribuir alrededor de 12,6% de los recursos humanos en salud entre los estados que estuvieron por debajo del nivel nacional". Un estudio realizado en este país refiere que "los estados por debajo del umbral recomendado por la OMS en la Estrategia Global en Recursos Humanos para la Salud tienen un déficit de casi 60 mil profesionales" (38).

## **Compromiso político**

Un estudio en Turquía refirió que mejorar la distribución del personal requiere compromiso político, infraestructura jurídica y una amplia gama de acciones, acompañadas de paciencia y continuidad de las estrategias para alcanzar resultados (62). En el mundo existen pruebas suficientes de que se cuenta con estrategias de retención eficaces que contribuyen a ralentizar la rotación excesiva de la fuerza de trabajo sanitaria, lo que da lugar a un ahorro significativo de costos y una mejor continuidad de la atención. El problema fundamental comprende una brecha de aplicación en la traducción de las pruebas empíricas existentes en acciones diseñadas para resolver los problemas existentes. Si se desea mejorar la alta rotación del personal en las zonas remotas, a fin de proporcionar un servicio adecuado y equitativo a las poblaciones con posiblemente las más altas necesidades de salud del país, es necesario el compromiso político y ejecutivo para que los entornos políticos sean correctos y garantizar la aplicación coordinada de múltiples estrategias, incluida una mejor vinculación de las estrategias existentes (23).

A pesar de la comprensión de que la retención de los trabajadores de la salud en las zonas rurales es un problema multifacético, las estrategias tienden a fragmentarse y ser selectivas en sus enfoques, como la provisión de incentivos financieros u oportunidades de carrera específicas (57) (26), por tanto, la solución a la inadecuada distribución de los recursos humanos para la salud en las zonas rurales no puede abordarse de forma aislada.

Varios estudios describen que existen incentivos no financieros (como el reconocimiento público en un intento por aumentar el capital simbólico de los trabajadores de la salud en las zonas rurales), que son rentables y no requieren mucho capital y que los gobiernos y sus socios pueden emplear para alentar a más trabajadores de la salud a decidir trabajar en áreas rurales e incluso a evitar renuncias en los que ya se desempeñan en dichas zonas rurales (63) (26) (53). Sin embargo, es necesario identificar y abordar las diferentes situaciones o aspectos que inciden en el interés de trabajar en la ruralidad y permanecer allí, tales como las que se señalan a continuación.

## **Condiciones salariales y de vivienda**

La no retención en zonas rurales se debe a diferencias salariales, un medio ambiente laboral y recursos para el trabajo deficientes, la calidad de las instalaciones (64), la no contratación de nuevo personal para reemplazar a los jubilados y a los jubilados anticipados (41), la concentración de la salud terciaria y facilidades en zonas urbanas y la escasez de personal de salud para la planeación (63). Estudios refieren que las enfermeras que se desempeñan en zonas remotas, han dejado sus empleos debido a las malas condiciones de trabajo, junto con una falta de apoyo de liderazgo de la administración de enfermería (28), un estudio en China reportó que el 28,1% de las enfermeras rurales tenía la intención de abandonar su trabajo (65) por estas causas. Adicional a ello, los entornos de vida, la falta de oportunidades económicas y las limitadas perspectivas de carrera emergen como factores que subyacen a la mala retención de la fuerza de trabajo sanitaria en las zonas rurales (57).

Las condiciones de vivienda en la ruralidad pueden influir en la retención de las enfermeras. Independiente del salario, si las enfermeras no tienen vivienda segura y digna, es más probable que rechacen un trabajo rural. Un estudio en Malawi mostró que, si bien el salario era una consideración importante, este por sí solo no era un factor de motivación suficiente para los encuestados, particularmente cuando no había vivienda, electricidad o agua (64).

Así mismo, las condiciones de trabajo percibidas como inadecuadas en los centros de salud rurales son una barrera para lograr el proyecto rural en Sudáfrica, Malawi, Uganda y Ghana. Los estudiantes de medicina y los trabajadores de la salud han informado en estos países que los profesionales de la salud que trabajan en áreas rurales comúnmente están expuestos a condiciones laborales desmotivadoras, como una carga de trabajo excesiva, falta de tiempo para las vacaciones, equipos e infraestructuras de salud deficientes y una supervisión de apoyo deficiente por parte de los superiores. Estas condiciones afectan la satisfacción laboral y el bienestar de los trabajadores (56).

Un estudio realizado en Bangladesh mostró que las instalaciones de vivienda deficientes, los salarios insuficientes eran responsables de que los trabajadores de la salud optaran por dejar el servicio en los centros de salud rurales (53). En línea con dichos hallazgos, un estudio en Malawi describió que el salario, la vivienda y la calidad de las instalaciones tenían el mayor impacto en la probabilidad de elegir un trabajo rural (OR 1,51, IC 1,32–1,73,  $p < 0,01$ ) como urbanos (OR 1,52, IC 1,32–1,74,  $p < 0,01$ ).

Respecto al salario, si este se incrementara en un 50% generaría 6,67 veces más probabilidades de elegir un trabajo rural (IC 5,66–8,08,  $p < 0,01$ ) (*con el incremento 84,1% aceptaría empleo rural*) 25% más incrementa la probabilidad 1,78 (IC 1,51–2,10,  $p < 0,01$ ). Los encuestados tenían 2,04 veces más probabilidades de elegir un trabajo rural si se les proporcionaba una vivienda superior (con garantía de servicios públicos) en comparación con ninguna vivienda (IC 1,71–2,44,  $p < 0,01$ ) (Preferencia varía de 43,9% -LB a 61,5% con vivienda). Sin embargo, la mejora en la vivienda mostró el mayor costo marginal por punto porcentual de incremento. Los participantes del estudio tenían 1,70 veces más probabilidades de elegir un trabajo rural con instalaciones de calidad avanzada (CI 1,47–1,96,  $p < 0,01$ ). El 43,9% de los encuestados elegiría un trabajo rural inicialmente, pero esto aumentó al 61,5% si se proporcionaran viviendas superiores y al 72,5% si se dieran todas las mejoras a nivel de instalaciones, en comparación con un trabajo urbano sin estas mejoras (64).

### **Factores socioculturales**

El trabajo en las zonas rurales puede ser considerado como una obra destinada a individuos menos inteligentes que son vistos como empobrecidos, esto puede llevar a que los profesionales de la salud de estas zonas se vean estigmatizados. A esto se suma el hecho de que no existe un reconocimiento social del valor del trabajador en zona rural, se reconoce más al urbano (63).

En África Subsahariana un estudio identificó siete barreras principales que obstaculizan la implementación de programas rurales. Estos incluyen la mala preparación de los candidatos a

las escuelas de medicina rurales, las tasas de matrícula, la escasez de escuelas de medicina en las zonas rurales, el acceso limitado a los centros de salud rurales, las condiciones de vida rurales inadecuadas, la percepción de condiciones de trabajo inapropiadas en los centros de salud rurales y la discriminación percibida de los trabajadores sanitarios rurales (56).

Los profesionales de la salud de zonas rurales pueden tener una sensación de aislamiento al encontrarse desprovisto de redes sociales; así mismo, el trabajador rural puede tener efectos negativos para la vida personal y familiar y limitación en el desarrollo profesional (63). La reducción del aislamiento profesional y social mediante la educación, el apoyo personal y profesional adecuado, incluida un acompañamiento cercano a los recién graduados, y la tutoría para enfermeras más experimentadas de las zonas remotas, pueden tener un impacto en la retención de enfermeras (26-6).

Por su parte, estudios de los factores asociados con la retención de trabajadores de la salud en las zonas rurales de Tanzania, sugieren que la capacidad de establecerse en una comunidad rural puede ser más importante que las características del trabajo o el puesto (57). Es por esto por lo que lograr la retención de profesionales de enfermería en contextos rurales requerirá de acompañamiento para que estos puedan adaptarse al medio de trabajo.

### **Factores relacionados con el sistema de salud**

En Pakistán se encontró que un factor que contribuye a la disparidad de la distribución del talento humano en salud, son los varios hospitales terciarios y el número de camas en todo el país. En 2015, la población total de ese país era de 191,71 millones y el número total de hospitales era 1167. En los últimos 15 años, la población aumentó 37%, mientras que el número total de hospitales avanzó un 33%. Esto demostró la deficiencia de los hospitales en el país. Por lo tanto, el Estado debería centrarse en la política de construir hospitales y aumentar el número de servicios, especialmente en aquellos distritos económicamente menos desarrollados, para superar la disparidad de recursos humanos (46).

### **Factores de retención en la ruralidad**

Un estudio en Tanzania concluyó que las comunidades desempeñan un papel importante en la retención de los trabajadores de la salud mediante la prestación de apoyo social, financiero y de alojamiento (57). La comunidad puede influir en la retención de los profesionales de la salud, por ejemplo, las reuniones de bienvenida en la que los trabajadores se presentan a la comunidad, la entrega de premios por desempeño o resultados de salud con participación de la comunidad, son incentivos que hacen que los profesionales quieran permanecer en sus trabajos. Cuando los trabajadores de la salud tienen la sensación de ser valorados crean un sentido de pertenencia y es más probable que se queden y trabajen en esa comunidad en particular. Así mismo, la comunidad puede influir negativamente al rechazar a los trabajadores de la salud debido a que las prácticas tradicionales de salud no son aceptadas por los profesionales, también se puede dar una discriminación a los profesionales por provenir de otras zonas o por tener diferencias culturales o religiosas. Estas situaciones pueden llevar a la renuncia o solicitud de traslado (57).

## **Interferencia política**

Otro aspecto relacionado con la retención de profesionales en contextos rurales se refiere a la interferencia política, por ejemplo, los políticos priorizan la construcción de edificios dejando de lado la dotación de personas y herramientas de trabajo. A esto se suma la incertidumbre con cada cambio de gobierno (63) que puede llevar a la no continuidad de las iniciativas de mejoramiento de la fuerza laboral o de la dotación de instituciones de salud. En Pakistán, especialmente en la provincia de Punjab, casi en todos los sectores la interferencia política es de alto nivel, incluyendo al sector de la salud. Las interferencias políticas también aplacan el avance de la mayoría de los proyectos. Se considera que el gobierno debería despolitizar el sector salud para obtener mejores resultados en el futuro (46).

## **Políticas para afrontar la distribución desigual y las ineficiencias**

La OMS recomendó la adopción de una política que lleve a contar con programas de desarrollo y avance profesional, y trayectorias profesionales para los trabajadores sanitarios en zonas rurales y remotas. Esta focalización rural integral y capacitación en áreas dispersas se puede denominar enfoque de “canalización rural”. El enfoque del canal rural tiene cuatro pilares específicos: (i) promover carreras en profesiones de la salud entre los estudiantes rurales; (ii) priorizar la selección de estudiantes rurales en los programas; (iii) desarrollar un plan de estudios orientado a la salud rural y la exposición rural durante la capacitación y (iv) garantizar la retención de trabajadores sanitarios en áreas rurales a través de apoyo educativo y profesional (56).

Lo anterior, demanda el desarrollo de sistemas de información integrados que permitan analizar el mercado laboral y gestionar el recurso humano, la movilización de recursos, la implementación de incentivos y apoyo personales y profesionales para retener personal en zonas rurales, desatendidas y en labores asistenciales; así como la mejora de las condiciones laborales y el incremento de la participación de mujeres en cargos de responsabilidad (40).

Se debe contar con planes y políticas sustentados en análisis y proyección del número y tipo de profesionales de la salud requeridos y de los aspectos necesarios para aumentar la disponibilidad y motivación de este personal. (26) En Guinea un estudio con enfoque de métodos mixtos realizado a partir de documentos y datos recopilados a nivel nacional, regional y distrital entre octubre de 2016 y marzo de 2017, entregó dos recomendaciones a saber; 1. es esencial que haya orientación, investigación y espacio para los ajustes de política por parte del Ministerio de Salud sobre la aplicación de los diferentes procesos de la fuerza laboral de trabajadores de la salud en el país, sobre todo el despliegue de dicha fuerza laboral en las zonas rurales. Esto podría mejorar la frágil confianza entre el gobierno, los trabajadores y las comunidades. 2. Es necesario iniciar un diálogo con todos los actores pertinentes a nivel nacional para proporcionar un análisis situacional y exhaustivo del mercado laboral de la situación de los trabajadores de la salud, en cuanto a la ampliación de la educación profesional, la financiación y diversas tendencias en el país (55). La planificación de la fuerza laboral es clave para aumentar la misma (37). De la misma manera que lo observado en otros estudios, en Guinea se encontró que las mujeres tienen menores intenciones de trabajar en zonas rurales en comparación con los

hombres. Esto implica retos para los sistemas de salud en un contexto de feminización de las carreras de la salud (25).

### **Incentivos para áreas rurales y desatendidas**

Para atraer y retener personal de enfermería en zonas rurales y remotas, se recomienda implementar incentivos económicos, apoyo personal y profesional, y facilidades para el desarrollo de la carrera (2) (51). Un proyecto para reclutar y retener enfermeras pertenecientes a minorías en Texas, Estados Unidos, describió que contar con un asesor académico conectado con las comunidades, resultó clave para captar y retener a los estudiantes provenientes de minorías poblacionales, y lograr que finalizaran su proceso de formación. "Antes de la implementación del proyecto, ningún estudiante minoritario se había graduado del programa. Al finalizar el proyecto, se habían graduado 18 estudiantes de minorías" (22)

Para la implementación de estas medidas es necesario definir un marco de políticas claras que designen sin ambigüedades las zonas y regiones y las profesiones con derecho a estos incentivos y transparencia y puntualidad en la aplicación de estos beneficios para evitar que se conviertan en fuentes de tensión (26).

### **Programas de servicio social**

El Programa Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS) en Perú para promover el trabajo remunerado de algunos profesionales en áreas rurales y urbano marginales, evidenció "una disminución de la desigualdad en la distribución del personal de salud en favor de las poblaciones más vulnerables, incrementando la dotación y densidad de profesionales, especialmente en médicos y en los distritos más pobres de Perú"; Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la dotación de personal de enfermería. Este programa peruano permitió ampliar el número de profesionales en zonas dispersas.

Se estima que aproximadamente 70 países, incluyendo partes de India, Canadá y Japón, han utilizado o están utilizando esta estrategia, la cual involucra la prestación del servicio por profesionales o estudiantes, por un periodo de 1 a 9 años (66), la cual, aunque resulta ser una medida que aporta al mejoramiento de la distribución de personal a zonas rurales, presenta un desafío con respecto a la capacidad de retención del personal después del año de servicio, ocasionando el ingreso de nuevos profesionales y el comienzo de un nuevo periodo de adaptación (66).

## **4. Condiciones y políticas que inciden en la migración**

La migración y la contratación de trabajadores sanitarios emergió como una esfera de política mundial en el decenio de 1950, dirigida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las Naciones Unidas (ONU) y la OMS. Sin embargo, las mismas situaciones de desarrollo desigual y diferentes condiciones de trabajo se mantienen 70 años después, pero el contexto refleja ahora una globalización económica rápida y amplia en la que participan múltiples agentes de servicios

mundiales, esto, entre otros factores, ha provocado una grave escasez y pérdida de trabajadores sanitarios (60).

Aproximadamente uno de cada ocho enfermeros trabaja en un país diferente al de su nacimiento o formación, y la movilidad internacional está en aumento. La migración no controlada puede agravar la escasez de personal en algunos países y contribuir a un acceso no equitativo a los servicios de salud (2).

Muchos países de ingresos altos dependen de la contratación internacional debido a la baja producción nacional de enfermeros, lo cual puede desestabilizar el mercado laboral en países de origen (2).

El patrón de migración de enfermeras es dinámico y complejo. La corriente típica de migración son las enfermeras que pasan de países de bajos ingresos (fuente) a países de ingresos medios o de ingresos altos (acogida); sin embargo, esto ha evolucionado en donde las enfermeras se mueven de un lado a otro entre los países de origen y de acogida y/o se mueven por diferentes países anfitriones. Algunos países de acogida, como Irlanda, Australia y el Reino Unido, son ahora países de origen y de acogida de enfermeras migrantes. A pesar de la migración de enfermeras, la escasez de personal de enfermería en países desarrollados sigue siendo alta, en parte relacionada con altas tasas de rotación. Si bien algunos países han dependido de mejorar su oferta de mano de obra de enfermería mediante el aumento de la formación de profesionales y la disminución de la rotación de enfermeras, otros estados siguen dependiendo de una constante afluencia de enfermeras migrantes. La continua migración de enfermeras de los países en desarrollo a los países desarrollados exacerba la escasez de enfermería en algunos países en desarrollo (43).

De los países de la Comunidad del Caribe (CARICOM), Jamaica tiene la tasa de emigración más alta; 745.000 (16,9%) en 2017, y los profesionales cualificados constituyen consistentemente una alta proporción de los que emigran. De hecho, el 85% de los trabajadores cualificados de Jamaica emigraron a países más ricos de 1965 a 2000; doce veces más altas que las tasas de emigración de los países más ricos y ocho veces más altas que la media mundial (67).

Perú también reporta una alta tasa de migración de enfermeras en la región de las Américas. Entre 1990 y 2015 migraron 18.198, lo que representa el 7,9% del total de migrantes profesionales de ese país. Se reporta que el 95,6% de las enfermeras migrantes recomendaría migrar (30).

Una encuesta sobre la salud de 2022 del Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (National Health Service-NHS) reveló que, del total de enfermeras y visitantes sanitarios, el 24% no tenían la nacionalidad británica, siendo los principales países de origen India, Filipinas, Nigeria, Irlanda y Zimbawe. Estos datos no incluían a los trabajadores de la salud que han migrado pero que no trabajan en funciones del sistema de salud (60).

Australia ha mostrado un alto interés para contratar profesionales de la salud, lo que ha suscitado preocupaciones en Nueva Zelanda sobre la posible pérdida de trabajadores (60).

### **Determinantes y efectos de la emigración:**

La emigración se refiere al acto de abandonar el propio país para establecerse permanentemente en otro y se asocia principalmente con la búsqueda de mejores condiciones o alejarse de condiciones desfavorables (como conflictos sociales) en el país de origen. La emigración de profesionales de la salud altamente calificados es desproporcionadamente mayor en los países de ingresos bajos y medios (59). En los últimos años, los países de bajos ingresos han perdido muchos profesionales de la salud, especialmente enfermeras, en beneficio de los países industrializados avanzados. Las enfermeras registradas de países de origen eligen frecuentemente trabajar en países desarrollados como Estados Unidos y Reino Unido, lo que compromete el funcionamiento óptimo de los sistemas de salud en los países menos desarrollados (59).

Los factores de emigración de las enfermeras fueron los salarios bajos, las tecnologías sanitarias obsoletas, la falta de oportunidades de empleo y una pobre infraestructura sanitaria. Tener entre 20 y 29 años, vivir fuera de casa, la posibilidad de tener otros trabajos, una evaluación de desempeño ineficaz y tener un compromiso afectivo, fueron los factores que influyeron en la intención de migrar entre los trabajadores de la salud etíopes, incluidas las enfermeras. En Sudáfrica, los principales factores de emigración fueron ser hombre, menos de 31 años, soltero y actualmente desempleado, o trabajar en un entorno urbano, la inseguridad incluyendo altos niveles de criminalidad y tensión racial (59). Otros factores que influyeron en la migración de las enfermeras fueron las agencias de contratación fácilmente disponibles que anuncian vigorosamente sus servicios y prácticas más agresivas de reclutamiento por parte de los países más ricos (59) (42) (67). Se ha descrito que los resultados más pobres de los pacientes se pueden atribuir en parte a la emigración de las enfermeras más calificadas. Los factores impulsores, como falta de oportunidades educativas continuas y la falta de autonomía y respeto profesional en los países de bajos recursos fueron contribuyentes a esta situación (67).

La edad, la experiencia laboral, el empleo, el estado civil y el conocimiento de un idioma extranjero, son algunos de los factores demográficos que afectan significativamente las intenciones de migrar de enfermeras y proveedores de atención médica; otros factores críticos fueron tener familiares viviendo en el extranjero y tener experiencia laboral previa en el extranjero. Los profesionales de la salud que trabajaban en establecimientos de nivel terciario o secundario tenían más probabilidades de migrar que los que trabajaban en un establecimiento de atención primaria de salud. La alta prevalencia del VIH, la escasez de personal, las pesadas cargas de trabajo, los recursos médicos limitados y los efectos adversos de la acción afirmativa en las perspectivas laborales en Sudáfrica fueron algunos de los factores endógenos que provocaron la migración de enfermeras (59).

Muchos países de altos ingresos en diferentes regiones parecen depender excesivamente de la movilidad internacional de estos profesionales, por lo cual, definen salarios, condiciones de vida,

oportunidades laborales, acceso a bienes y servicios que promuevan la atracción de profesionales (37). Los salarios más altos y la posibilidad de enviar remesas a sus países de origen son factores en la decisión de una enfermera de migrar. Las altas tasas de pacientes y la falta de recursos para atenderlos adecuadamente también fomentan la emigración (67).

La distribución equitativa y la fidelización del personal de enfermería son desafíos universales para lograr la retención en los países. La migración de enfermeros es un factor clave que impacta estos aspectos, exacerbando las desigualdades en la atención sanitaria (2).

### **Retención de las enfermeras migrantes:**

La satisfacción laboral de las enfermeras migrantes puede verse afectada por factores como la separación de la familia, las dificultades de lengua y comunicación, el avance hacia el futuro y la equidad en la remuneración (en ocasiones las enfermeras locales reciben mayores ingresos que las extranjeras). Esto tiene implicaciones en la intención de quedarse, situación que es descrita por un estudio de Arabia Saudita en donde se ha visto la necesidad de retener a las enfermeras migrantes (58).

Un ejemplo para estimular la migración y la retención de enfermeras extranjeras está dado por los Estados Unidos, en donde se ha pedido al gobierno que considere a la enfermería en la lista de escasez de ocupación y permita a las enfermeras extranjeras ingresar al país y mantenerse sin visa debido a la escasez de este perfil. En Irán, por el contrario, se ven en la necesidad de utilizar una estrategia inversa y deben adoptarse las medidas necesarias para impedir la migración de enfermeras del país y desarrollar condiciones para su retención (27).

### **Monitoreo de la migración**

La planificación se apoya mejor mediante una infraestructura de datos sólida y estandarizada. Las cuentas nacionales de la fuerza de trabajo sanitaria de la OMS son un sistema mediante el cual los países pueden compartir datos sobre su fuerza de trabajo sanitaria y trabajar para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de esos datos. Todos los Estados miembros de la OMS tienen acceso a la plataforma nacional de la fuerza de trabajo sanitaria. Los datos incluyen densidad de trabajadores de la salud, número, edad, sexo, educación, actividad (práctica, profesionalmente activa, incluyendo gerentes, educadores, investigadores y licencia para la práctica). También se incluye información sobre la propiedad y el tipo de los servicios de salud (públicos o privados). Desafortunadamente, en la actualidad, los datos disponibles son insuficientes como insumo para la planificación (60). Una planificación inadecuada puede conducir a la escasez de profesionales de enfermería (28).

Estudios sugieren que todos los países deben examinar las corrientes internacionales de contratación y determinar su propia autosuficiencia. Alineados con esta necesidad, todas las naciones deben abordar los mecanismos de la migración, incluyendo el deseo y las motivaciones detrás de migración de los trabajadores de la salud. Con ese fin, los países deben mejorar las condiciones de trabajo para favorecer la retención en cada país y tener en cuenta el género

abordando la segregación ocupacional de la mujer en puestos peor remunerados, la falta de mujeres en puestos directivos superiores, la discriminación, el acoso sexual, el sesgo de género, la diferencia de remuneración entre los géneros y la planificación inadecuada de la fuerza de trabajo sanitaria (60). Si bien la migración de los trabajadores sanitarios se ha intensificado, se pueden seguir desarrollando sistemas de seguimiento de la entrada y salida de trabajadores (60).

Existen países que monitorean la fuerza laboral del talento humano en salud; sin embargo, se refieren incoherencias en la presentación de datos lo que sugiere que es necesario mejorar los sistemas de información. De hecho, los metadatos de las cuentas nacionales de la mano de obra sanitaria muestran la considerable variabilidad, periodicidad, calidad y exhaustividad de los datos originales. Estas incoherencias se esperan en el diseño temprano del sistema de datos y ponen de relieve la importancia de la asistencia técnica para mejorar la recopilación y el intercambio de datos. Tan solo el 34,3% de los países de las Américas informan a la OPS la situación migratoria en el marco del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud (42). Se requiere, una mayor colaboración internacional para apoyar la formación y la inversión a través de acuerdos bilaterales bajo una perspectiva de beneficios mutuos (60)

Los países desarrollados han venido compensando su escasez de profesionales de enfermería recurriendo a la contratación de enfermeras de países pobres y en desarrollo (27). Se recomienda que los países desarrollados revisen sus estrategias de retención, ya que cualquier aumento de la tasa de retención reduce su necesidad de seguir contratando enfermeras migrantes y contribuye a la creación de una fuerza de trabajo sostenible a nivel mundial (48).

### **Código de prácticas de la OMS. Contratación ética:**

La OMS ha definido los “Principios rectores clave del código de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario”. Dichos principios a tener en cuenta para prevenir la escasez de personal sanitario son:

1. El reclutamiento internacional ético desalienta el reclutamiento activo en países que enfrentan escasez crítica;
2. El personal sanitario migrante debe recibir un trato justo e igualitario;
3. Se fomenta la cooperación internacional entre los países de origen y de destino para obtener beneficios mutuos;
4. Se fomenta la asistencia técnica y el apoyo financiero a los países en desarrollo;
5. Se alienta a los países a fortalecer la recopilación y planificación de datos sobre el personal sanitario;
6. Los países deben implementar estrategias eficaces de planificación, desarrollo y sostenibilidad del personal sanitario. (60)

La lista de salvaguardias, que indica que los países con graves escasez de trabajadores sanitarios en los que se debe desalentar la contratación activa, es dinámica. La lista no impide la migración voluntaria, pero sugiere que existan salvaguardias para promover la contratación

ética, a saber: defender los derechos de los trabajadores; proteger los sistemas de salud de los países de origen; y alentar a los países de destino a avanzar hacia la autosuficiencia. Aunque la lista de salvaguardia ofrece una dirección clara a los Estados miembros de la OMS sobre los países más vulnerables, el dinamismo de la movilidad de los trabajadores sanitarios plantea hoy varias cuestiones apremiantes para los países de origen dentro y fuera de la lista (60). Si bien la migración es una respuesta humana normal a múltiples factores, no debería ser explotada por sistemas de salud que no han logrado invertir en la planificación y capacitación de trabajadores sanitarios nacionales (60).

### **Medidas restrictivas**

Se han registrado acciones estatales para prevenir la migración de trabajadores de la salud que incluyen el uso de medidas restrictivas de política coercitiva. Por ejemplo, los informes de Zimbabue, que está en la lista de la OMS para el apoyo y la salvaguardia del personal de salud, sugieren que el Ministerio de Salud se niega a expedir sus certificados a las enfermeras, negándoles efectivamente la capacidad de solicitar trabajo en el extranjero (96-20). El caso de la India, una importante fuente migratoria de médicos y enfermeras, plantea preocupaciones sobre la protección efectiva de los derechos de los migrantes y la desigualdad de género relacionada con la migración de enfermeras a países de la región del Mediterráneo Oriental (60).

Medidas de planificación son necesarias por parte de los países, un ejemplo de esto es el caso del Reino de los Países Bajos que cuenta con un comité asesor que integra las necesidades de producción educativa y sistemas de salud en sus previsiones de planificación de la fuerza de trabajo, limitando la necesidad de contratación internacional (60). La planificación también puede superar las incertidumbres políticas considerando escenarios que incluyen, por ejemplo, las corrientes migratorias como resultado de conflictos. Es cada vez más probable que esos escenarios se den por inestabilidad mundial, por lo que las respuestas a la planificación deben anidarse dentro de políticas más amplias sobre la integración efectiva de los refugiados, incluidos los refugiados con antecedentes sanitarios (60).

### **Políticas para la retención y evitación de la migración:**

Los formuladores de políticas, los administradores de servicios de salud y los gerentes de enfermería deben identificar e implementar medidas para frenar la creciente emigración del personal de salud, especialmente de enfermeras (59). Estas medidas pueden estar orientadas hacia el desarrollo del talento humano (como la formación continua y el reconocimiento de los posgrados), el mejoramiento de la remuneración del personal de enfermería es fundamental y alentar a las enfermeras a desistir de la emigración (2). Se considera fundamental el patriotismo de las enfermeras por permanecer en su país de formación y origen para mejorar los resultados de la atención sanitaria (59). El 92% de los profesionales de la salud encuestados en un estudio en el Caribe inglés, afirmaron que tendrían menos interés por migrar si tuvieran oportunidades de promoción y avances profesionales en su país de origen (42)

### **Políticas de movilidad internacional:**

Una estrategia para reducir la escasez de enfermeras en los países asiáticos ha consistido en el desarrollo de políticas que promueven la movilidad internacional de enfermeras, relacionadas con la estandarización de aspectos relacionados con la formación, registro y práctica de la enfermería, así como en el intercambio de información. Sin embargo, la implementación de estas se ha visto afectada por el miedo a que promueva la "fuga de cerebros" y la disminución de la disponibilidad de docentes para la formación. Con respecto a estas políticas, los autores resaltan que además de los aspectos propios de la formación de enfermeras, la movilidad internacional exige, la ética de las campañas de contratación en tiempos de escasez de enfermeras de manera que no terminen afectados unos en favor de otros (31) (40). Estudios sugieren la promoción de acuerdos bilaterales que regulen la migración internacional de enfermeras, asegurando beneficios mutuos y protegiendo los derechos de las personas migrantes. Estos acuerdos deben alinearse con el Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2).

Se requiere garantizar que los acuerdos laborales bilaterales supongan un beneficio proporcional tanto para los países de origen como para los de acogida y protejan a los trabajadores de la salud migrantes (51)

### **Discusión**

Pese a la feminización de la carrera, es notorio el escaso número de estudios que se refieren a los asuntos de género o a las condiciones sociales y culturales que modulan la intención de formarse como profesionales en enfermería, permanecer en un puesto de trabajo o migrar al exterior.

Con respecto a la formación, un desafío referido en la literatura mapeada hace referencia a la importancia de la suficiente oferta de docentes y programas de formación. Aunque en Colombia, los programas de enfermería han aumentado, se carece de un panorama que identifique la suficiencia del cuerpo docente y su grado de formación avanzada. En este proceso de cualificar los docentes es fundamental el aumento de los programas de formación posgradual en enfermería, frente a los cuales, el país sólo cuenta con 13 programas de maestría y 2 de doctorado (68). Por su parte, el proceso de envejecimiento de la población, incluida la fuerza laboral en enfermería, resulta en un desafío para garantizar la cantidad de personal suficiente y la atención de una población que envejece de manera acelerada (35)

De otra, parte, llama la atención que a diferencia de lo reportado en otros países donde los estudiantes consideran a la enfermería como un vehículo para conseguir sus objetivos profesionales de futuro (25), en Colombia, el porcentaje de estudiantes que aspiran a trabajar en una profesión de la salud viene en descenso (13). La transformación de este escenario y la mayor retención de personal, debe comprender la ampliación del campo profesional, su reconocimiento, la modificación de las condiciones laborales y salariales que incentiven a los jóvenes a ingresar a esta carrera, así como, el monitoreo de las dinámicas de la población profesional y los cambios en la fuerza laboral, el ejercicio profesional, la movilidad interna y la migración internacional.

Aunque la distribución no estaba visible en las categorías iniciales de análisis, emerge como un aspecto clave, dado su común denominador a nivel global. Tanto países desarrollados como en desarrollo evidencian retos para la distribución equitativa de profesionales en sus diferentes regiones geográficas, aspecto que se relaciona no solo con aspectos sociales, culturales y económicos ligados al trabajo rural, sino también a la escasa oferta de servicios de salud en las regiones del país. Sobre esto último, un estudio del Banco de la República, señala que, de 1.124 municipios en Colombia, menos de la mitad sólo cuentan con una IPS pública que ofrecen en promedio 18 de los 234 servicios de salud disponibles; 76% menos de 40 servicios (69).

Finalmente, pese a que desde la década de 1950 se ha buscado visibilizar los fenómenos de migración y contratación de personal sanitario, que de manera más reciente se traducen en la adopción del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, la evidencia encontrada señala varios aspectos del código de prácticas de la OMS que presentan un bajo nivel de implementación, especialmente en lo relacionado con la falta de colaboración internacional efectiva para apoyar la formación y la inversión en países en desarrollo, pese a que el Código fomenta acuerdos bilaterales para beneficios mutuos. Así mismo; la protección de los derechos de los migrantes y el uso e implementación de las listas de Salvaguardias dispuestas para proteger a países con escasez crítica de trabajadores sanitarios. En este sentido, se resalta que solo el 34% de los países en las Américas informan a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la situación migratoria en el marco del Código de Prácticas de la OMS, Colombia no presentó informe (70).

En el contexto nacional colombiano, se resalta la expedición de la Resolución 755 de 2022 que adoptó la política nacional de enfermería y plan de acción 2022-2031, la cual, señala aspectos clave relacionados con la formación dirigidos a mejorar la calidad de la formación, la capacitación continua para docentes; el acceso a la formación en enfermería, abordando problemas relacionados con la falta de instituciones educativas y la desigualdad en la distribución de estas. (68)

Así mismo, el plan propone mejorar las condiciones laborales y de remuneración para aumentar la retención de enfermeras en el país y abordar la desigualdad en la distribución de profesionales, incentivando la práctica en zonas rurales y desatendidas; así como invertir en el desarrollo profesional continuo y en políticas que fomenten la carrera de enfermería.

No obstante, tanto la política como el plan no abordan aspectos identificados en la revisión de la literatura que permitan abordar la migración internacional de profesionales, un tema crítico que afecta la disponibilidad de personal de salud a nivel nacional e internacional y cuyo tratamiento podría ser útil para aumentar la disponibilidad de talento humano en el país, así mismo, carece de medidas de política pública para enfrentar las desigualdades de género en el ámbito laboral.

## **Conclusiones**

La Política sobre el personal de salud 2030 (documento CE172/14) de la OPS/OMS: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes instó a los Estados a "implementar políticas integrales, con visión de sistema de salud y con alcances de corto, mediano y largo plazo para la gestión del personal de salud desde los trabajadores comunitarios hasta los especialistas" (42). Sin embargo, los hallazgos del presente

estudio permiten concluir que si bien las políticas y planes relacionados con la profesión de enfermería en Colombia acogen, a la fecha, elementos clave que aportan positivamente a la profesión, algunos temas relevantes deben ser fortalecidos, tales como el estudio y abordaje riguroso del fenómeno migratorio de la fuerza laboral, el estímulo a la gestión del conocimiento e investigación en esta disciplina, la disponibilidad de docentes y actualización profesional y las estrategias de retención y mejora de las condiciones laborales tanto institucionales como nacionales.

En cuanto a la formación y retención son recurrentes en la literatura estudiada elementos incidentes en la baja motivación tanto para estudiar enfermería, como para mantenerse en su ejercicio, ligados a aspectos culturales, laborales y económicos, tales como la percepción de que el cuidado es una “labor femenina” que inciden en inequidad de género y contribuye a la visión de la enfermería como actividad de apoyo médico, limitada autonomía y bajos ingresos. Así mismo, se describe poca disponibilidad de oferta de programas de formación profesional de alta calidad con mínimos estandarizados en la formación, mejoras en infraestructura y escenarios de práctica, así como de docentes con conocimiento en investigación; se identifican pocos incentivos para la actualización de conocimientos y limitadas oportunidades de ascenso profesional y económico, aun cuando se incrementen las competencias, experiencia y formación.

A diferencia de la escasez de evidencia frente a los aspectos que inciden en la formación y la migración, la evidencia con respecto a las condiciones laborales y salariales es abundante, documentada principalmente con relación a los fenómenos de retención y rotación; se destaca en los documentos consultados, la importancia de las condiciones del lugar de trabajo, así como los aspectos de remuneración, reconocimiento y participación de las profesionales en la toma de decisiones para mejorar la retención, mitigar la rotación y asegurar una adecuada distribución geográfica del personal.

Por su parte, la migración de enfermeros es un fenómeno creciente, originado especialmente en la escasez de estos perfiles en países desarrollados cuya demografía, presenta alta carga en el envejecimiento tanto del personal de salud como de la población que demanda en consecuencia mayores cuidados, lo cual, ha derivado en diversas estrategias de reclutamiento internacional de talento humano en salud; así como en la percepción de condiciones laborales, económicas y calidad de vida poco óptimas en los países de origen. Paradójicamente, estas condiciones no siempre mejoran con la emigración, pues las profesionales migrantes suelen acceder a condiciones laborales y salariales menos favorables con respecto a los nativos, por lo que se constituye en uno de los mayores retos a ser abordados desde las políticas publicadas naciones y transnacionales.

Pese a las disposiciones dadas en el código para desalentar el reclutamiento en regiones con escasez crítica de personal, algunos países desarrollados continúan contratando activamente enfermeras de países en desarrollo.

## Recomendaciones

Considerando que el personal de Enfermería constituye la mayoría del personal de salud y su papel en la promoción de la salud y la prestación exitosa de servicios de salud, la fuerza laboral de enfermería debe ser objetivo de iniciativas para mejorar la eficiencia del sistema de salud (20). Para ello, se considera clave que la Política Nacional de Enfermería incorpore acciones para:

- El fomento de la investigación de los fenómenos de retención-rotación, distribución y migración en Colombia dada la poca información disponible.
- Mejorar los sistemas de información: Se necesita mejorar la calidad y exhaustividad de los datos recopilados que permitan una planificación más efectiva de la fuerza laboral sanitaria y el monitoreo del fenómeno migratorio.
- Estrategias de retención: revisión de las estrategias para atraer y retener al personal de enfermería y facilitar el retorno de profesionales emigrados y fomentar una fuerza laboral sostenible.
- Fomento de la autosuficiencia: Los países de destino deben avanzar hacia la autosuficiencia en personal sanitario, evitando depender excesivamente de trabajadores migrantes.
- Fomentar la colaboración entre los sectores de salud, educación y otros sectores relevantes para asegurar una adecuada planificación y gestión del talento humano en enfermería.
- Implementar incentivos económicos y no económicos que han demostrado impacto en el logro de una mejor distribución del personal en áreas rurales y desatendidas.
- La adopción de medidas para garantizar la protección de derechos laborales y condiciones de trabajo seguras y dignas para el personal de enfermería, promover la diversidad racial y étnica dentro del personal de enfermería, y asegurar políticas que aborden la discriminación y promuevan la igualdad de oportunidades.
- Establecer sistemas de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las políticas implementadas y ajustar las estrategias según sea necesario.

## Conflicto de intereses y agradecimientos

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

### Financiamiento

La investigación se desarrolló de manera autofinanciada. Por su parte, las investigaciones y documentos de política pública incorporados fueron financiados por Gobiernos nacionales, Organismos de Cooperación Internacional, por centros de investigación universitarios o autofinanciadas.

### Agradecimientos

A Milton Cardozo Cruz, consultor de OPS/OMS por su contribución en la revisión para la mejora de la objetividad en la selección de los estudios y en la retroalimentación del manuscrito.

## Referencias

1. OPS-OMS. Enfermería y partería [Internet]. 2024 [citado 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria-parteria>
2. OMS. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/332164>
3. OPS-OMS. Enfermería [Internet]. [citado 7 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=189&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=189&lang=es#gsc.tab=0)
4. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. [citado 7 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021\\_ae3016b9-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en)
5. OMS. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 [Internet]. 2016. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254600/A69\\_R19-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254600/A69_R19-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*. 30 de octubre de 2004;364(9445):1603-9.
7. Gunn V, Muntaner C, Villeneuve M, Chung H, Gea-Sanchez M. Nursing professionalization and welfare state policies: A critical review of structural factors influencing the development of nursing and the nursing workforce. *Nurs Inq*. enero de 2019;26(1):e12263.
8. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030. *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity* [Internet]. Flaubert JL, Le Menestrel S, Williams DR, Wakefield MK, editores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021 [citado 7 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573914/>
9. Mann A, Denis V. Can nursing thrive in the age of the coronavirus? What young people think about the profession [Internet]. The OECD Forum Network; 2020. Disponible en: <https://www.oecd-forum.org/posts/can-nursing-thrive-in-the-age-of-the-coronavirus-what-young-people-think-about-the-profession-dce5a659-cc6d-4914-b412-42e994be8197>
10. Cosgrave C, Malatzky C, Gillespie J. Social Determinants of Rural Health Workforce Retention: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. febrero de 2019;16(3):314.
11. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educ Médica*. 1 de enero de 2015;16(1):9-16.
12. Reinhardt AC, León TG, Amatya A. Why nurses stay: Analysis of the registered nurse workforce and the relationship to work environments. *Appl Nurs Res*. 1 de octubre de 2020;55:151316.



24. Karan A, Negandhi H, Kabeer M, Zapata T, Mairembam D, De Graeve H, et al. Achieving universal health coverage and sustainable development goals by 2030: investment estimates to increase production of health professionals in India. *Hum Resour Health*. 2 de marzo de 2023;21(1):17.
25. Kolie D, Van De Pas R, Delamou A, Dioubaté N, Beavogui FT, Bouedouno P, et al. Retention of healthcare workers 1 year after recruitment and deployment in rural settings: an experience post-Ebola in five health districts in Guinea. *Hum Resour Health*. 17 de mayo de 2021;19(1):67.
26. OMS. Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas [Internet] [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582368/>
27. Shamsi A, Peyravi H. Nursing shortage, a different challenge in Iran: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2020;34:8.
28. Tamata, Mohammadnezhad. 'Most nurses in the rural or remote health clinics run away from their job due to no remote allowances and poor working equipment and environment'. Health professional leaders' perception of shortages in the nursing workforce in underserved areas in Vanuatu. *Rural Remote Health* [Internet]. 4 de julio de 2022 [citado 6 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/7229>
29. Alshareef AG, Wraith D, Dingle K, Mays J. Identifying the factors influencing Saudi Arabian nurses' turnover. *J Nurs Manag*. julio de 2020;28(5):1030-40.
30. Arroyo-Laguna J. Redistribution of salary or professional recognition? The difficult construction of a profession, the Peruvian nursing. *Ciênc Saúde Coletiva*. enero de 2020;25(1):223-32.
31. Kunaviktikul W, Turale S, Petrini MA, Tungpunkom P, Avant KC. Experiences from Southeast Asia on nursing education, practice, mobility and influencing policy. *Int Nurs Rev*. diciembre de 2019;66(4):474-81.
32. OMS. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud [Internet]. may 21, 2010. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/5182/A63\\_R16-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/5182/A63_R16-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
33. Boston-Leary K, Yakusheva O. It's Time! The Path for Nursing Reimbursement Reform. *Creat Nurs*. febrero de 2024;30(1):37-40.
34. Garg S, Tripathi N, Mclsaac M, Zurn P, Zapata T, Mairembam DS, et al. Implementing a health labour market analysis to address health workforce gaps in a rural region of India. *Hum Resour Health*. diciembre de 2022;20(1):50.
35. Dos Santos LM. I Want to Become a Registered Nurse as a Non-Traditional, Returning, Evening, and Adult Student in a Community College: A Study of Career-Changing Nursing Students. *Int J Environ Res Public Health*. 5 de agosto de 2020;17(16):5652.

36. Lin Y, Hu Z, Danaee M, Alias H, Wong LP. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Future Nursing Career Turnover Intention Among Nursing Students. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:3605-15.
37. Mendes M, Martins M da S, Acordi I, Ramos FRS, Brehmer LC de F, Pires DEP de. Nursing workforce: scenario and trends. *Rev Enferm UFSM*. 22 de marzo de 2022;12:e11-e11.
38. Montañez-Hernández JC, Alcalde-Rabanal J, Reyes-Morales H. Socioeconomic factors and inequality in the distribution of physicians and nurses in Mexico. *Rev Saúde Pública*. 13 de julio de 2020;54:58.
39. Castañeda-Sánchez O, Hernández-Martínez MJ. Factores psicosocioculturales relacionados con la formación técnica o profesional del personal de enfermería en Tlaxcala, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2023;e1385-e1385.
40. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/351147>
41. Costa DK, Valley TS, Friese CR. Addressing the Nursing Workforce Crisis Through Nurse-Physician Collaboration. *JAMA Intern Med*. 1 de mayo de 2024;184(5):463-4.
42. OPS-OMS. Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes [Internet]. jun 2, 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/ce17214-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud>
43. Villamin P, Lopez V, Thapa DK, Cleary M. Retention and turnover among migrant nurses: A scoping review. *Int Nurs Rev*. 19 de julio de 2023;inr.12861.
44. Medvec BR, Marriott DJ, Khadr L, Ridge LJ, Lee KA, Friese CR, et al. Patterns and Correlates of Nurse Departures From the Health Care Workforce: Results From a Statewide Survey. *Med Care*. mayo de 2023;61(5):321.
45. Reed JM. Learning From Non-Practicing Registered Nurses. *J Contin Educ Nurs*. noviembre de 2022;53(11):486-90.
46. Nawaz R, Zhou Z, Khalid N, Cao D, Liu G, Ren Y, et al. Income-related inequality in distribution of health human resource among districts of Pakistan. *BMC Health Serv Res*. diciembre de 2021;21(1):142.
47. Ying L, Fitzpatrick JM, Philippou J, Huang W, Rafferty AM. The organisational context of nursing practice in hospitals in China and its relationship with quality of care, and patient and nurse outcomes: A mixed-methods review. *J Clin Nurs*. enero de 2021;30(1-2):3-27.
48. Hung MSY, Lam SKK. Antecedents and Contextual Factors Affecting Occupational Turnover among Registered Nurses in Public Hospitals in Hong Kong: A Qualitative Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health*. 28 de mayo de 2020;17(11):3834.

49. Ganann R, Weeres A, Lam A, Chung H, Valaitis R. Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review. *Health Soc Care Community* [Internet]. septiembre de 2019 [citado 5 de agosto de 2024];27(5). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12797>
50. Cubelo F. Self-revocation of nurse licences in Finland - nursing response to deteriorating workplace and patient safety: Implications for future nursing action. *Int Nurs Rev*. septiembre de 2023;70(3):286-90.
51. Organización de las Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal [Internet]. 78/4 oct 5, 2023. Disponible en: <https://documents.un.org/access.nsf/get?OpenAgent&DS=A/RES/78/4&Lang=S>
52. Yi J, Kim J. Impact evaluation of nurse staffing policy reform in Korea: A quasi-experimental study. *J Nurs Manag*. octubre de 2022;30(7):3457-65.
53. Twineamatsiko A, Mugenyi N, Kuteesa YN, Livingstone ED. Factors associated with retention of health workers in remote public health centers in Northern Uganda: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*. 17 de octubre de 2023;21(1):83.
54. Edmonson C, Hayes R, Horton P, Peterson D, Strawn J, Taylor DH. Strategies to expand the distribution of nursing talent in the United States. *Nurs Outlook*. julio de 2023;102003.
55. Van De Pas R, Kolie D, Delamou A, Van Damme W. Health workforce development and retention in Guinea: a policy analysis post-Ebola. *Hum Resour Health*. diciembre de 2019;17(1):63.
56. Kolié D, Van De Pas R, Codjia L, Zurn P. Increasing the availability of health workers in rural sub-Saharan Africa: a scoping review of rural pipeline programmes. *Hum Resour Health*. 14 de marzo de 2023;21(1):20.
57. Sirili N, Simba D, Zulu JM, Frumence G, Tetui M. Accommodate or Reject: The Role of Local Communities in the Retention of Health Workers in Rural Tanzania. *Int J Health Policy Manag*. 1 de enero de 2022;11(1):59-66.
58. Almansour H, Gobbi M, Prichard J. Home and expatriate nurses' perceptions of job satisfaction: Qualitative findings. *Int Nurs Rev*. junio de 2022;69(2):125-31.
59. Konlan KD, Lee TW, Damiran D. The factors that are associated with nurse immigration in lower- and middle-income countries: An integrative review. *Nurs Open*. diciembre de 2023;10(12):7454-66.
60. Walton-Roberts M, Bourgeault I. Health workforce data needed to minimize inequities associated with health-worker migration. *Bull World Health Organ*. 1 de febrero de 2024;102(02):117-22.
61. Silva ÍR, Mendes IAC, Ventura CAA. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery: potentialities and connections in the complex perspective. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3380.

62. Mollahaliloglu S, YardÄ±m M, Telatar T, Uner S. Change in the geographic distribution of human resources for health in Turkey, 2002–2016. *Rural Remote Health* [Internet]. 7 de abril de 2021 [citado 5 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/6478>
63. Nwankwo ONO, Ugwu CI, Nwankwo GI, Akpoke MA, Anyigor C, Obi-Nwankwo U, et al. A qualitative inquiry of rural-urban inequalities in the distribution and retention of healthcare workers in southern Nigeria. Kumar S, editor. *PLOS ONE*. 29 de marzo de 2022;17(3):e0266159.
64. Berman L, Nkhoma L, Prust M, McKay C, Teshome M, Banda D, et al. Analysis of policy interventions to attract and retain nurse midwives in rural areas of Malawi: A discrete choice experiment. Kumar R, editor. *PLOS ONE*. 21 de junio de 2021;16(6):e0253518.
65. Liu J, Mao Y. Continuing medical education and work commitment among rural healthcare workers: a cross-sectional study in 11 western provinces in China. *BMJ Open*. 4 de agosto de 2020;10(8):e037985.
66. Núñez M, Mendoza P, del Campo J, Chilca M, Núñez M, Mendoza P, et al. Efecto del programa SERUMS en la equidad de la distribución de recursos humanos del primer nivel de atención en Perú. *An Fac Med*. octubre de 2021;82(4):290-300.
67. Edwards RL, Patrician PA, Bakitas M, Markaki A. Palliative care integration: a critical review of nurse migration effect in Jamaica. *BMC Palliat Care*. diciembre de 2021;20(1):155.
68. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 755 [Internet]. Política Nacional de talento humano en enfermería y plan estratégico 2022-2031 may 12, 2022. Disponible en: [https://www.suin-juriscol.gov.co/imagenes//29/06/2022/1656510125317\\_Anexo%20Resoluci%C3%B3n%20No.%20755%20de%202022.pdf](https://www.suin-juriscol.gov.co/imagenes//29/06/2022/1656510125317_Anexo%20Resoluci%C3%B3n%20No.%20755%20de%202022.pdf)
69. Guzmán Finol K. Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia [Internet]. Banco de la República; 2014 [citado 9 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.banrep.gov.co/es/dtser-202>
70. OMS. Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud: cuarta ronda de presentación de informes nacionales [Internet]. Ginebra; 2022 may [citado 19 de agosto de 2024]. (75a Asamblea Mundial de la Salud). Report No.: A75/14. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_14-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_14-sp.pdf)

## Apéndices

### **Apéndice I:** Estrategia de búsqueda

Se debe adjuntar una estrategia de búsqueda detallada para todas las fuentes consultadas.

### **Apéndice II:** Fuentes excluidas después de la revisión del texto completo

Una lista de fuentes excluidas después de la revisión del texto completo con las razones principales de la exclusión

### **Apéndice III:** Artículos incluidos

