

Situación de la

enfermería en el mundo

2025



*Invertir en educación,
empleo, liderazgo y
prestación de servicios*



Organización
Mundial de la Salud



CIE
Consejo Internacional
de Enfermeras
La voz global de la enfermería

Situación de la

enfermería en el mundo **2025**

Invertir en educación,
empleo, liderazgo y
prestación de servicios

Situación de la enfermería en el mundo 2025: invertir en educación, empleo, liderazgo y prestación de servicios [State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery]

ISBN 978-92-4-011792-1 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-011793-8 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2025

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

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

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Situación de la enfermería en el mundo 2025: invertir en educación, empleo, liderazgo y prestación de servicios [State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <https://iris.who.int/?locale-attribute=es&>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <https://www.who.int/publications/book-orders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

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

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

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

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

Fotografías de la portada

Izquierda: La enfermera Lillian dirige un debate sobre salud en la vida diaria en el consultorio de enfermedades no transmisibles del Koidu Government Hospital (Sierra Leona). © OMS/Michael Duff

Centro izquierda: Un enfermero administra la vacuna antipoliomielítica a bebés en el territorio palestino ocupado. © OMS

Centro derecha: Una partera o enfermera aplica un apósito adhesivo a Fitriani, de 10 años, después de vacunarla. © OMS/Harrison Thane

Derecha: Una enfermera asistente a una formación en inmunización en Bokhtar (Tayikistán). © OMS

Diseño: Prographics, Inc.

Índice

	Prefacio	iv
	Nota de agradecimiento	v
	Resumen ejecutivo	vii
Capítulo 1	Introducción	1
Capítulo 2	Prioridades en materia de salud y necesidades de personal en la era de los ODS	5
	2.1 Prioridades específicas en materia de salud para los años que restan de la era de los ODS	5
	2.2 Contexto mundial y retos para el personal de salud y asistencial	6
	2.3 Iniciativas acordadas a escala mundial para abordar los retos relacionados con el personal de salud	9
Capítulo 3	Contexto de políticas del personal de enfermería en el mundo	13
	3.1 Objetivos y métodos	15
Capítulo 4	Funciones y contribuciones de la enfermería al logro de los ODS relacionados con la salud, incluida la CUS	19
	4.1 Promoción de la salud	19
	4.2 Atención de salud a lo largo de la vida	20
	4.3 Funciones esenciales de salud pública, incluida la preparación y respuesta ante emergencias	25
→ Áreas prioritarias de políticas de las Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería		
Capítulo 5	Empleos	27
	5.1 Contingente y densidad de personal de enfermería	29
	5.2 Datos demográficos del personal de enfermería	36
	5.3 Previsión del personal de enfermería hasta 2030 y déficit de personal	44
Capítulo 6	Educación	51
	6.1 Dinámica de ingreso y salida de los estudiantes de enfermería	52
	6.2 Reglamentación y normas relativas a la enseñanza de la enfermería	55
	6.3 Duración de los estudios de enfermería previos al empleo	61
Capítulo 7	Prestación de servicios	65
	7.1 Reglamentación del ejercicio de la enfermería	66
	7.2 Condiciones de trabajo	75
	7.3 Sueldos y salarios	82
Capítulo 8	Liderazgo	85
	8.1 Jefes de los servicios públicos de enfermería	88
	8.2 Desarrollo del liderazgo en enfermería	90
Capítulo 9	Orientaciones de política hasta 2030	93
	9.1 Prioridades normativas y áreas de especial interés de las <i>Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería</i>	94
	9.2 Prioridades normativas emergentes para 2026-2030	100
Capítulo 10	Conclusiones	105
	Referencias	108
	Anexo 1 Datos consolidados para cada región de la OMS	120
	Anexo 2 ¿Quién forma parte del personal de enfermería?	132
	Anexo 3 Métodos	134
	Anexo 4 Indicadores de las CNPS y disponibilidad de los datos	138

Prefacio

Es fundamental contar con un personal de salud suficiente, distribuido de manera equitativa y plenamente respaldado, para poder dar cumplimiento a la Agenda para el Desarrollo Sostenible. Las enfermeras y enfermeros constituyen el grupo ocupacional más numeroso y representan una fuerza indispensable con la que combatir las inequidades en el acceso a los servicios de salud y avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud, al tiempo que se promueve la igualdad de género mediante el fortalecimiento y el empoderamiento de una profesión muy feminizada.

La edición de 2025 del informe *Situación de la enfermería en el mundo* ofrece el análisis más completo y actualizado del personal de enfermería. Presenta nuevos indicadores relativos a áreas cruciales para la enfermería, como la capacidad de formación, la enfermería de práctica avanzada y la remuneración. Además de las 12 prioridades normativas establecidas en las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*, se introducen cinco prioridades normativas más y una recopilación de los datos de cada región de la OMS. Los perfiles de país reflejan los datos nacionales de cada uno de ellos y están disponibles para su descarga en el sitio web de la OMS.

Quedan cinco años para que finalice la era de los ODS y nos encontramos en una coyuntura estratégica marcada por el aumento de las tensiones geopolíticas, la reducción del gasto y la coexistencia de crisis prolongadas. Podemos seguir por la senda del estancamiento de los avances en el logro de la cobertura universal de salud y del lento progreso hacia la reducción del déficit de personal de salud o, por el contrario, podemos aprovechar la oportunidad que nos brinda este informe para impulsar inversiones e iniciativas a escala de los países en apoyo de un personal de enfermería que presta servicios esenciales que salvan vidas en unos sistemas de salud más sólidos.

Pedimos a los responsables de la formulación de políticas de los países, las asociaciones de enfermería, los organismos de reglamentación, los asociados para el desarrollo, las organizaciones asociadas y otros interesados que utilicen este informe para el diálogo sobre políticas y la toma de decisiones relativas a cómo y dónde fortalecer la enfermería para lograr la cobertura universal de salud y los demás ODS relacionados con la salud. Los cinco próximos años son nuestra última oportunidad para actuar.



James Campbell

Director
Departamento de Personal de Salud
Organización Mundial de la Salud



Sheila Bonito

Decana
Facultad de Enfermería de
la Universidad de Filipinas



**Amelia Latu
Afuhaamango Tuipulotu**

Directora de Enfermería
Organización Mundial de la Salud



Howard Catton

Director General
Consejo Internacional
de Enfermeras

Nota de agradecimiento

Comité Directivo

Copresidentes: Sheila Bonito (Presidenta, Asociación de Decanos de Facultades de Enfermería de Filipinas; Decana, Facultad de Enfermería de la Universidad de Filipinas, Filipinas), Howard Catton (Director General, Consejo Internacional de Enfermeras, Suiza), Amelia Latu Afuhamango Tuipulotu (Directora de Enfermería, OMS, Suiza), James Campbell (Director, Departamento de Personal de Salud, OMS, Suiza).

Miembros: Sultana Afdhal (Directora General, Cumbre Mundial de Innovación para la Salud, Qatar), Rowaida Al-Maaitah (Profesora, Faculty of Nursing at Jordan University of Science and Technology, Jordania), Edson Correia Araujo (Economista Superior, Banco Mundial, Estados Unidos de América), David Benton (Consultor independiente, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), María Consuelo Cerón-Mackay (Profesora, Universidad de los Andes, Chile), Phil Dickison (Director General, National Council of State Boards of Nursing, Estados Unidos de América), Nester Edwards (Presidente, Caribbean Commission Regional Nursing Body, Granada), Aisha Holloway (Directora de Programas, Nursing Now Challenge, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Deepika Khakha (Asesora de Enfermería, Ministry of Health and Family Welfare, India), Séni Kouanda (Director, National Public Health Institute, Burkina Faso), Glory Msibi (Presidenta, East, Central and Southern African College of Nursing and Midwifery, Eswatini), Devi KS Muthu (Association of Southeast Asia Nations Joint Coordinating Committee on Nursing, Malasia), Peter Preziosi (Director General, TruMerit —anteriormente CGFNS International—, Estados Unidos de América), Michele Rumsey (Secretaría, Red Mundial de Centros Colaboradores de la OMS para la Enfermería y la Partería, Australia), Joy St John (Directora General, Caribbean Public Health Agency, Barbados), Mircea Timofte (Presidente, Consejo Europeo de Enfermería, Rumanía).

Organización Mundial de la Salud

Autores principales: Carey McCarthy, Mathieu Boniol, Melissa Kleine-Bingham, Stephanie Rose Flores, Giorgio Cometto, Tapas Sadasivan Nair, Teena Kunjumen, Lennah Etyang, Khassoum Diallo, James Campbell.

Colaboradores: Adam Ahmat, Onyema Ajuebor, Mollent Akinyi Okech, Fariba Al Darazi, Ghada Alkayali, Gisele Almeida, Midori Anami-Akimoto, Moe Ando, Katthyana Aparicio Reyes, James Avoka Asamani, Sepideh Bagheri Nejad, San Boris Bediakon, Pankaj Bisaria, Ana Paula Cavalcante de Oliveira, Amy Cawthorne, Annie Chu, Laurence Codja, Elizabeth (Lizzie) De Guia Tecson, Deki, Queen Dube, Maria Isabel Duré, Amanda Fehn, Merideth Fendt-Newlin, Siobhan Fitzpatrick, John Fogarty, Samir Garg, Fethiye Gulín Gedik, Abdul Ghani Ibrahim, Brandon Gray, Ines Imbert, Arooj Jalal, Catherine Kane, Faraz Khalid, Rakshita Khanjoui, Berit Kieselbach, Dorota Kilanska, Hyo-Jeoung Kim, Sherianne Kramer, Margrieta Langins, Yu Lee Park, Alba Llop-Gironés, Mariana Lopes Galante, Blerta Maliqi, Viengthong Manivone, Paul Marsden, Michelle McIsaac, Andrew McLellan, Ann-Beth Moller, Bruna Moreno Dias, Jean Bernard Moussounda, Asiya Ismail A Odugleh-Kovel, Sunny C Okoroafor, Irina Papieva, Stefanie Praxmarer-Fernandes, E Benjamín Puertas Donoso, Alissar Rady, Olga Rígina, Katherine Rouleau, Sohail Saikat, Eman Samir Hamid, Julie Storr, Ai Tanimizu, Shamsuzzoha Babar Syed, Maritza Titus, Mark Van Ommeren, Lluís Vinals Torres, Heather Wilson, Huan Xu, Zakiah, Masahiro Zakoji, Tomas Zapata, Yu Zhang, Pascal Zurn.

Colaboradores externos

Sumaya Mohamed Al Blooshi (National Committee of Nursing and Midwifery Affairs, Emiratos Árabes Unidos), Abir Kurdi Alame (Order of Nurses, Líbano), Felipe Cortés Leddy (Ministerio de Salud, Chile), Janette Dill (University of Minnesota, Estados Unidos de América), Pilar Espinoza (Universidad Andrés Bello, Chile), Bianca Frogner (University of Washington, Estados Unidos de América), Achir Yani Syuhaimie Hamid (Universitas Indonesia, Indonesia), Lauren Herckis (TruMerit —anteriormente CGFNS International—, Estados Unidos de América), Habil Dorota Kilańska (Medical University of Gdańsk y Medical University of Lodz, Polonia), Kelley Kilpatrick (McGill University, Canadá), Gaetan Lafortune (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Francia), Francisca Márquez-Doren (Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile), Charlotte McArdle (Royal College of Surgeons in Ireland, Reino Unido), Siobhan O'Connor (King's College London, Reino Unido), Francisca Okafor (Federal Ministry of Health and Social Welfare, Nigeria), Isabel Reilly (University of Edinburgh, Reino Unido), Barbara Sattler (University of San Francisco, Estados Unidos de América), Julia To Dutka (TruMerit —anteriormente CGFNS International—, Estados Unidos de América), Elizabeth Watts (University of Minnesota, Estados Unidos de América), Beata Wiczorek-Wójcik (Specialist Hospital in Wejherowo, Pomeranian Hospitals Ltd, Gdynia, Polonia), Susan Wilburn (Health Care Without Harm, Estados Unidos de América).

Personas que han contribuido a la notificación y el análisis de los datos

La OMS desea expresar su agradecimiento a todos los puntos focales de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud, a los jefes de servicios públicos de enfermería y partería y a las demás personas que han colaborado en el proceso de notificación y análisis de los datos.

Región de África

Kadai Oumar Abatcha, Agbenyo Ablometi Koku, Kingsley Addai Frimpong, Abdoulaye Ag Zakaria, Dalton NJ Agostinho, Arthur Akawakow Tulengi, Medeyele Alakpadong, Josina Almeida Bettencourt, Chriselda Apollus, Tegene Arega, Koku Awoonor-Williams, Yao Badie, Dieudonne Bakala, Tamali Banda, Zenus Banda, Ghislain Banthas Bata, Kigen Bartilol, Luvuyo Bayeni, Tereza Belay, El Hadj Bencherik, Birhan Berhe, Jean Laval Danny Bhujoharry, Moussa Bizo, Vanessa Brazao, Pedro Norberto Cassango Cassoma, Evalyne Chagina, Peter Chalusa, Da Silva Charlemagne, Nyaradzai Chiwara, Bibi Shehnaz Chuttoo, Alphonse Ciza, Rose Clarke Nanyonga, Ndeye Coumba Thiam, Monia Course, Braima Dabo, Irika Dakouri, Selassi D'Almeida, Alice Demba, Martinho Dgedge, Demba Moussa Diallo, Malick Diallo, Mohamed Faza Diallo, Moussa Diamanka, Nonhlanhla Dlamini, Sithembile Dlamini-Nqeketo, Ousmane Drame, Alfred Driwale, Mesfin Kifle Edo, Anna Bella Ekiri Nguie, Gerard Eloko, Ngumbu Epiphane, Maira Eric, Thomas G Fedjo Tefoyet, Tamene Feyissa, Jill Florine, Albert Galandi, Azmach Gebregiorgis, Jean-Baptiste Godui, Joel Gondi, David Goni, Yasser Gulamo, Dako Hadiza, Boukoulme Hainga, Sadou Halidou, Aime Heri Bitakuya, Gislain Arnaud Hollo, Doreen Hotive, Hippolyte Hounye, Anna Isaacs, Hamza Ismaila, Musa Jallow, Priscilla Jemeli Najoli, Silvanus Kadhila-Amoomo, Tchaa Kadjanta, Samuel Kamau, Muthoni Karanja, Agyeman Karikari Marfo, Victor Khanyile, Jenniffer Kiema, John Kihama, George Nasibu Kiwango, Joel Makadi Kombe, Emile Koroma, Bienaime Israel Kouadio, Auguste Kouakou, Jose Kuvula Kivudi, Sidi Mohamed Lemine Radhi, Djib Innocent Lavenir, Tebogo Madidimalo, Macfalane Magambo, Francis Magombo, Terrance Magoro, Safia Mahamat Zene, Cipriano Mainga, Mpoetsi Makau, Samuel Maketh, Saturini Ernest Manangwa, Omar Manjang, Djessica Martins, Felix Matemba, Regis Mbary Daba, Bawinile Mdziniso, Gylan Mein, Nabil Menasria, Yohannes Mersha, Kamel Messar, Fortune Mhlanga, Stanley Midzi, Lucy Mkutumula, Issa Ismail Mmbaga, Lisebo Mapaballo Mohololi, Lipolelo Molapo, Francis Motiri, Tebogo Motumi, Jackson Mpabonyimana, Ahamada Msa Mliwa, Duff Msukwa, Jane Mudyara, Claudio Muianga, Julius Mutiso, Chilweza Musonda Muzongwe, Solome Nampewo, Silvino N'dafa Braba, Guillermo Ndong Ntutume, Gilbert Ndziessi, Irineu Neves, Maiyong Ngo Ella, Serge Rufin N'Guessan D'Zabbah Kouakou, Abdul Jibril Njai, Mary Njogu, Bernard Nkala, Alaisi Nkhoma, Nicolas Nkiere Mashini, Cynthia Norshir, Frankline Sanyuy Nsai, Fabien Ntahizaniye, Emmanuel Ntawuyirusha, Paula A Nuer Jukuir, Francis Nyamari, Joseph Nzambimana, Louis Obambo, Charles Ocan, Samuel Ohouo Brou, Olumuyiwa Ojo, Mie Okamura, John Okobia, Hezron Omollo, Celestin Didier Ondoua Ondoua, Maria Carlota Pacheco Vieira, Etienne Pেকেle Minzah, Jacob Pooda, Tiago K Quissang, Haja Randriamamonjy, Demetrio Rendall, Moilim Roumayssoiou Amir, Helda Rousseau, Keifala Said, Bounou Said Hamidou, Dawda Samateh, Thamiso Janet Sebolao, Ziada J Sellah, Hurai Seydi, Malick Seydi, Daphne Shamambo, Moibah Sherif,

Caroline Shoombe, Salif Siguire, Justin Sossou Adanmavokin, Sadou Sow Thierno, Richmond Doe Sowah, Chileka Taimolo, Sene Teio Conta, Joseph Fode Telliario, Mohammed Teni, Yacob Teame Tesfay, Asimenye Thadzi, Boingotlo Henry Tirelo, Stella Matutina Tuyisenge, Adwoa Twum-Barimah, Nadia Valentin, Peter Wambi, David Wambua, Solomon Woldeamanuel, Ambrose Wreh, Issa Yahaya, Barnabas Yeboah, Mesfin Zbelo, Nornah Zhou, Nestor Zue Ondo, Mbuso Zwane.

Región de las Américas

Ramon Antonio Abrego, Rosmond Adams, Lucia Aicardi, Daniel Albrecht, Sherma Alexander-Campbell, Annella Auer, Carlos Ayala, Asquith Ballah, Lizett Bell, Wilson Benia, Sulma Yaneth Bernal Ruano, Stephanie Bernard-Stephens, Javier Bohorquez, Irma Bois, Edwin Bolastig, Rondalyn Bradshaw, Araceli Camacho, Fredy Canchihuaman, Joel Caraballo, Alejandra Carillo Roa, Joan Carrot, Rodrigo Castro, Paola Alejandra Cea Tenorio, Caroline Chang, Kerthney Charlemagne-Surage, Kishma Cranstoun, Jose Hernando Cubides, Silvia Jimena Cuentas Canaza, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Nalinine Dass-Sutton, Armando De Negri, Gina Dean, Marcos del Risco del Rio, Monica Diniz Duraes, Paul Edwards, Jn Claude Felix, Ileana Fleitas, Alexandre Florencio, Laura Cristina Galvis Lopez, Luis Felipe Garcia Ruano, Claudia Godoy Cubillos, Stacie Goring, Kevena Griffith, Bruno Guimares de Almeida, Maria Josefa Gutierrez Cruz, Fiona Harris-Glenville, Gustavo Hoff, Jose Humberto Murillo, Octavio Izaguirre, Lauren James, Annastacia Jordan, Simone Keizer Beache, Heidi Khodra Jaganath, Konan Kouassi Laurent, Kathy Lee, Claudia Leija, Vera Leiva Carvajal, Florestine Lewis, Rahul Lildhar, Javier Loayza Altamirano, Monserrath Lopez Serrano, Julia Loreto, Marcelo Marques de Lima, Shakira Mascoll, Paulo Mayall Guilayn, Wilson Mejia, Jennifer Mensik Kennedy, Gustavo Mery, Isaias Montilla, Gladys Mora, Gloriana Mora Cascante, Cherita Moxey, Anyda Elizabeth Munoz Montalvan, Indira Neves-Roberts, Sergio Nunez, Luis Carlos Ortiz Monsalve, Monica Padilla, Jessie Ann Panchoo-Bruno, Vishwanath Partapsingh, Julio Pedroza, Juan Lucas Pereyra, Lizzette Perez, Walter Perez Lazaro, Laura Ramirez, Lourdes Ramirez, Richard Ramirez, Terillia Ravaliere, Vernanda Raymond, Diego Restrepo, Nuranni Reyes, Leah-Mari Richards, Alan Richmond, Felipe Roberto Sanchez, Hernan Rodriguez, Ulices Rojas, Whilma Ryan, Nastasia Sancko, Olena Schell, Cristiane Scolari Gosch, Sonia Seecharan-Raphael, Leticia Maria Segovia Cabrera, Gevrealind Sepulveda, Hernan Sepulveda, Yahtyng Sheu, Alicia Sierra, Narine Singh, Tishanna Smart-Felix, Margaret Smith, Susano Solano Romero, Carlos Lino Sosa Manzano, Desiree Stephen, Mermoze Herard Sterlin, Petros Tesfazion, KC Dianne Torres Quintero, Javier Uribe, Bianca Vargas Escamilla, Pedro Pablo Vasquez Choque, Dagoberto Vega, Olavo Viana Costa, Michelle Washko, Susan Weston, Muersia Williams, Debora Yanco.

Región de Asia Sudoriental

Kimat Adhikari, Leela Adhikari, Hla Hla Aye, Aditya Bayu Sasmita, Norberta Belo, Sunil De Alwis, Tshering Dema, Padmal De Silva, Zakiyah Eke, Aida Imaculada da Conceicao Abreu Duca, Salma Hassan, Aishath Irufa, Uraiporn Janta-um-mou, Ayanthi Karunarathne, Rakshita Khanijou, Thitipat Kuha, Ram Krishna Lamichhane, Dilip Mairembam, Suraj Man Shrestha, Aminath Mohamed, Mariyam Murushidha, Kavita Narayan, Thinakorn Noree, Hem Raj Pandey, Md Nuruzzaman, Bala Rai, Bhim Prasad Sapkota, Fathimath Shamah, Pai Thitsar, Timor Utama, Chamari Wijesinghe, Zayar Win, Panarut Wisawatapnimit, Rahmath, Kyaw Zin Hla.

Región de Europa

Susanne Åhlund, Dunyagozel Akmuradova, Natalia Altankova, Daniel Alvarez, Diana Andreasyan, Rolf Arnold, Aizat Asanova, Gulnaz Azhymambetova, Kateryna Balabanova, Zoltán Balogh, Teodor Blidar, Malohat Boinazarova, Ayse Boysan, Veselina Brankova, Liv Heidi Brattås Remo, Neville Calleja, Paloma Calleja, Anna Chabrowska, Maria Cutajar, Adam Cutler, Carmela Damato, Julie Danysz, Pieter de Coninck, Olga Demushkan, Gordana Dimeska, Alexandra Distefano, Milica Dukic, Christelle Durand, Matt Edwards, Nikita Ellul, Alicia Estirado, Maria Evangelou, Emi Fekete, Sharon Fenech, Brigitte Feuillebois, Evelyn Finnema, Yana Gaboyan, Rita Gaidelyte, Dragos Garofil, Anastasia Gazheva, Charlotta George, Georg Gessner, Mika Gissler, Shoshy Goldberg, Ana Paula Gouveia, Steen Hartvig Hansen, Rivka Hazan Hazoref, Hans-Juergen Heilmann, Ivana Herzanova, Geir Hjemas, Brigitte Hofer, Jacques Huguenin, Dagmar Huld Matthíasdóttir, Olga Ingles, Salomudin Jabborovich Yusufi, Andreia Jorge Silva, Dafni Kaitelidou, Leena Kalle, Natalia Kamynina, Essi Karvonen, Papp Katalin, Rachel Kenna, Zukhro Kholovna, Tanya King, Gian Paolo Klinke, Klavdija Kobal-Straus, Zhazgul Kozhonazarova, Maja Krstic, Eleri Lapp, Miljan Ljubicic, Barbara Luebben, Diane Lynch, Agita Melbarde-Kelmere, Gül Mersinglioğlu Serin, Metodi Micev, Janis Misins, Tsega Muzollo, Vladimir Nakov, Mariana Negrean, Cristiana Beatrice Nimoreanu, Helene Norman, Päivi Nygren, Sergiu Otgon, Espen Ottensen Vattekar, Benoit Ourliac, Marija Palibrk, Carme Pallares, Marina Paz, Dalibor Pejovic, Oona Pentala-Nikulainen, Natália Pereira, Päivi Nygren, Catherine Pollak, Michaela Prammer-Waldhor, Katerina Pribylova, Vili Prodan, Alda Recas, Bettina Redert, Paul Resetarics, Mathias Revold, Salikhodjaeva Rikhsi, Josep Romagosa, Cecilija Rotim, Jaime Rozema, Tiitu-Liisa Rummo, Stephanie Saleh, Hans David Schwarz, Vasos Scoutellas, Jesper Sellerberg, Marina Shakhnazarova, Jesmond Sharples, Arnar Sigbjørnsson, Arturas Simkus, Mojca Simoncic, Deborah Stoner, Shuhrat Sultonov, Mircea Timofte, Sue Tranka, Klea Troka, Mario Troselj, Rossana Ugenti, Vootele Veldre, Borgny Vold, Lenka Vostalova, Michèle Wolter, Andrew Xuereb, Gokalp Kadri Yentur, Gulnara Zhaksalykova, Nazira Zholzhanova, Ari Zwiren.

Región del Mediterráneo Oriental

Amel Abdou Abdalla, Mohamed Abdulelah Hasan, Hiba Abu Rasaa, Sabeen Afzal, Elham Ahmadnezhad, Abdullah Al Ajeel, Ghadi Al Asiri, Bin Al Khalifa, Nawras Al Nahhas, Ali Talib Al Riyami, Shamseldin Ali Hassan Khalifa, Hajer Aounallah-Skhiri, Majed Asad, Abbas Ebadi, Fazel Elahi Alizai, Mohammed Bdeghani, Rima Cheaito, Norhan Erfann, Radia Fara'e, Zouheir Ferri, Abdo Garad, Amany Gayed, Dina Hassan, Souma Hassan Eltorky, Kenan Hussein, Talal Kadadha, Roghayeh Khalilnezhad, Abir Kurdi Alame, Maisoon Madi, Arwa Mohammed Alameen, Mariam Nooh JH Al-Mutawa, Sulekha Rashid, Antoine Romanos, Mohamed Ibrahim Saleh Daganee, Mariyam Sarfraz, Hassan Sheikh, Varunendra Verma, Lubna Yaqoob, Abdulaziz Yassin, Ibtisam Mostafa Ali Zakzok, Alya Zaid Mohammed Harbi.

Región del Pacífico Occidental

Thelma Ali, Quynh Anh Doan, Felolini Anitelea, Eriko Anzai, Peter Apau, Mary-Therese Apini, Otgonchimeg Batbaatar, Salehkamal bin Haji Badarudin, Kartini binti Haji Suhai, Anna Boliy, Leon Chia, Dixon Dimiri-Manager, Erdenechimeg Enkhee, Hillia Langrine Enos, Trixie Fritz, Joe Fuata, Sunshine G Garcia, Joseph Gari, Margarita B Gay, Helden Heldhart, Seledonia Helgenberger, Lorraine Hetaraka, Max Ikitule, Mary Kililo, Paulin Koh, Virya Koy, Michael Larui, Gracia Laxina, Ngamatariki Manea, Kaycee Manuel, Courdney Marijoron, Roana Mataitini, Maureen McCarty, Alison Jayne McMillan, Judith Melsul, Nelson Mek, Antoinette Merur, Lorlain Mikel, Paul Mali Momani, Kenye Mongkeya, Kina Morelik, Scott Mori, Helen Murdoch, Gowry Narayanan, Mollent Okech, Maiko Oya, Hyerin Park, Chanfong Philavong, Anne Pinel, Freda Pitakaka, Salote Puloka, Kenneth Ronquillo, Harriet Sam, June Scanlan Lui, Yumiko Shuda, Mele Sii InuKiHa'angana Filise, Rose Siohane, Anousone Sisoulath, Johanna Solon Banzon, Paul Soo, Ulises Tapuvae, Melesete Taula, Florante Trinidad, Coleen Turaga Wilson, Visany Vongsavanh, Nik Yusana binti Tuan Soh, Hui Zhao.

The Burdett Trust for Nursing (Reino Unido) ha prestado apoyo económico para la elaboración y difusión de este informe.

Declaraciones de intereses Las declaraciones de intereses se recopilaron y gestionaron de acuerdo con las normas de la OMS. No se detectó ningún conflicto de intereses que exigiera la adopción de medidas.

Resumen ejecutivo



Izquierda: Una enfermera atiende a una paciente que está en la cama de un hospital de las Islas Cook. © OMS/Yoshi Shimizu
Centro: Hasan Mohammad Al-Hroub, enfermero titulado, en el territorio palestino ocupado. © OMS
Derecha: Una enfermera explora el oído de un niño en Letonia. © OMS/Gatis Orlickis

Introducción

La rápida evolución del contexto mundial plantea retos a los sistemas de salud y repercute en la salud y el bienestar de las personas. Cada vez son más los países afectados por la inestabilidad geopolítica, los conflictos, el cambio climático y las perturbaciones ambientales. Persiste la incertidumbre económica, al igual que el crecimiento de la carga de la deuda, la inflación y la reducción del espacio fiscal, y todo ello repercute en el gasto destinado al sector social. Las consecuencias para la salud humana se traducen en una reducción más lenta de la mortalidad materna, neonatal e infantil y en un aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT), los problemas de salud mental, las enfermedades transmisibles, la resistencia a los antimicrobianos y los peligros infecciosos que suponen una gran amenaza.

Dentro de cinco años, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible tocará a su fin. Es imposible progresar hacia el logro de la cobertura universal de salud (CUS), la seguridad sanitaria y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud sin un número suficiente de trabajadores de la salud y asistenciales que posean las competencias necesarias para satisfacer las necesidades de salud de la población. Aunque el contingente mundial de personal de salud ha aumentado de forma constante en la última década, los avances para atajar su escasez se han ralentizado, por lo que se ha revisado al alza el déficit mundial previsto para 2030, que ya no es de 10 millones, sino de 11 millones, y del cual el 69 % corresponderá a las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental de la OMS. Estas deficiencias en el acceso al personal de salud representan una flagrante inequidad que hay que subsanar.

El informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* ofrece datos actualizados y validados sobre los recursos humanos de enfermería en el mundo, notificados según un método normalizado para los datos nacionales sobre el personal de salud. En comparación con el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, ha aumentado un 33 % el número de países que informan sobre un conjunto básico de indicadores. Al disponer de más datos es posible describir con mayor precisión los retos a los que se enfrentan la educación, el empleo, la prestación de servicios y el liderazgo en el ámbito de la enfermería y planificar adecuadamente las respuestas de política orientadas a abordarlos. Los perfiles de los países, con los correspondientes datos a nivel nacional, están disponibles en línea para su descarga.

Una enfermera del condado de Marsabit (Kenya) aconseja a una madre sobre la importancia de la vacunación sistemática. © OMS/Billy Miaron

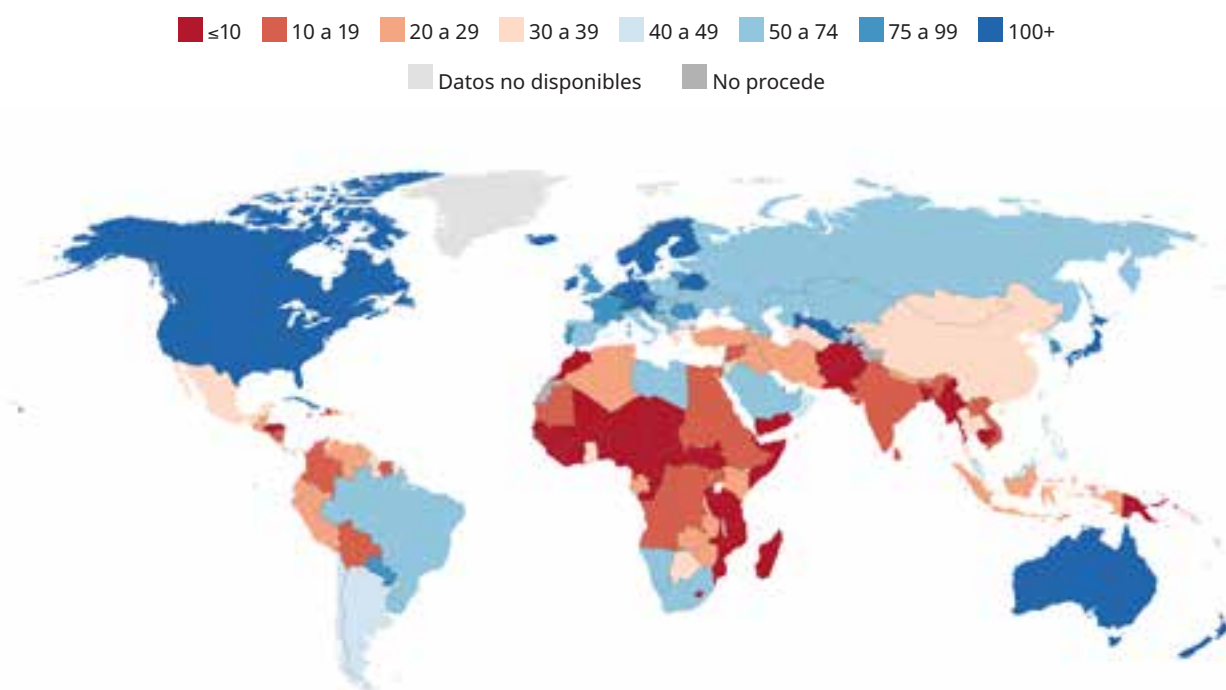


→ Empleos

En 2023, el contingente mundial de personal de enfermería era de 29,8 millones, cifra que refleja un crecimiento con respecto al informe anterior (27,9 millones en 2018); sin embargo, la distribución y la densidad de este contingente son muy desiguales a escala mundial y ocultan un déficit de 5,8 millones de enfermeras y enfermeros. Alrededor del 78 % del personal de enfermería del mundo se encuentra en países que no representan más que el 49 % de la población mundial, y los países de ingreso alto, que apenas representan el 17 % de la población, acogen al 46 % de dicho personal. La densidad mundial de personal de enfermería (37,1 enfermeras o enfermeros por 10 000 habitantes) muestra un sesgo similar cuando se consideran las regiones de la OMS y los grupos de ingreso: en la Región de Europa de la OMS es cinco veces mayor que en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental, y llega a multiplicarse por diez en los países de ingreso alto respecto a los de ingreso bajo. Estas estadísticas dejan patente que gran parte de la población mundial tiene un acceso mucho menor al personal de enfermería para servicios como la atención maternoinfantil, el tratamiento de enfermedades crónicas y la respuesta a las emergencias y las amenazas para la salud pública.

A escala mundial, el personal de enfermería está cada vez más profesionalizado y trabaja fundamentalmente en el sector público. En 2023, se identificó al 80 % de sus integrantes como «profesionales de enfermería», encargados de prestar multitud de servicios de salud con un nivel de autonomía considerable. Aproximadamente el 17 % se clasificaron como «profesionales de nivel medio de enfermería», con menos autonomía en el lugar de trabajo; no fue posible clasificar al 3 % restante en ninguno de los dos grupos ocupacionales de enfermería citados. Alrededor del 70 % del personal de enfermería trabajaba en establecimientos del sector público, y el resto, en establecimientos privados sin ánimo de lucro o privados con ánimo de lucro. La profesionalización puede mejorar la calidad de la atención, pero debe ir acompañada de unas funciones y unos ámbitos de ejercicio profesional diferenciados y de la correspondiente retribución en los entornos de trabajo, con objeto de no alimentar la emigración del personal de enfermería a países que ofrezcan mejores oportunidades profesionales.

Figura 1 Densidad de personal de enfermería por 10 000 habitantes en 2023



Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.

Fuente: CNPS; 2024.

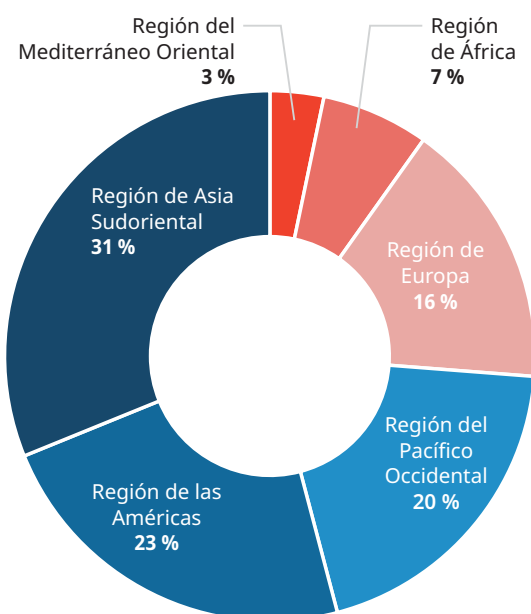
El personal de enfermería mundial está compuesto por un 85 % de mujeres y es relativamente joven, pero la distribución por edades varía según las regiones y los grupos de ingreso. A escala mundial, el 33 % del personal de enfermería es menor de 35 años, frente al 19 % que tiene 55 años o más (es decir, por cada 100 enfermeras o enfermeros que están próximos a jubilarse en el mundo hay 174 que son jóvenes). Sin embargo, en 20 países (en su mayoría de ingreso alto y de la Región de Europa), el número de enfermeras o enfermeros que está previsto que se jubilen en 10 años supera al de los que inician su carrera profesional. Las marcadas diferencias regionales pueden estar apuntando a una situación en la que las regiones más necesitadas de personal de enfermería experimentado contarán con plantillas mayoritariamente novatas, mientras que las regiones con mejores recursos se enfrentarán a la jubilación de un gran número de enfermeras y enfermeros. Estas tendencias también podrían alimentar la migración internacional no controlada y menoscabar la calidad de la atención y la capacidad de mentoría.

La distribución del personal de enfermería nacido en el extranjero indica que hay una movilidad y una migración internacionales continuas. Aproximadamente uno de cada siete enfermeros o enfermeras en activo en 2023 había nacido en otro país. Los países de ingreso alto dependen mucho más de personal de enfermería nacido en el extranjero (23 %) que los de los otros grupos de ingreso; dicho personal representa el 8 % en los países de ingreso mediano alto, el 1 % en los de ingreso mediano bajo y el 3 % en los de ingreso bajo. Esta creciente dependencia por parte de los países de ingreso alto supone una transferencia de las inversiones en educación de los países de ingreso bajo a los de ingreso alto, lo cual compromete el desarrollo de los sistemas de salud en los países de origen al tiempo que compensa involuntariamente la deficiente planificación del personal y las insuficientes inversiones en capacidad de formación en los países de destino.

Aunque se prevé que el contingente mundial de personal de enfermería aumente hasta los 36 millones de aquí a 2030, tanto este crecimiento como la distribución del déficit mundial serán aún más desiguales. A escala mundial, está previsto que la densidad de personal de enfermería

aumente de 37,1 por 10 000 habitantes en 2023 a 42,5 por 10 000 habitantes en 2030, pero en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental el aumento será mínimo o nulo debido al gran crecimiento demográfico de estas. El déficit mundial de personal de enfermería seguirá disminuyendo, de 5,8 millones en 2023 a 4,1 millones en 2030. Sin embargo, la concentración de la escasez de enfermeras y enfermeros en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental (casi el 70 % del total mundial en 2030) menoscabará la capacidad de prestar servicios y ralentizará el avance hacia el logro de la CUS.

Figura 2 Distribución del aumento previsto del contingente de personal de enfermería entre 2023 y 2030 por regiones de la OMS



Fuente: CNPS; 2024.

Educación

Los datos sobre titulados en enfermería han mejorado y muestran que los avances en el aumento de la producción nacional de enfermeras y enfermeros son heterogéneos. La proporción de nuevos titulados en enfermería respecto al contingente de personal de enfermería en 2023 refleja el ritmo y el volumen de la producción nacional de estos profesionales. En los países de ingreso bajo se sitúa dentro del intervalo recomendado por la OMS (8 %-12 %) y es superior a la de los países de ingreso alto (8,3 y 5,3 titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo, respectivamente). Sin embargo, la distribución se invierte en el caso de la proporción de titulados en enfermería respecto a la población: es más alta en los países de ingreso alto y va disminuyendo en los otros grupos de ingreso. Considerando las regiones de la OMS, es mucho más baja en las de África y el Mediterráneo Oriental, lo cual perpetúa las desigualdades y las carencias en el acceso a la atención de salud.

A escala mundial, lo más frecuente es que los programas de enseñanza de la enfermería duren 3 años (53 %), seguidos de los programas de 4 años (31 %) y los de 2 años (9 %). Aunque los países están introduciendo diversos itinerarios educativos para obtener el título de grado, los entornos con recursos limitados pueden tener dificultades para implantar eficazmente los programas más exigentes. En algunos casos es posible que los titulados de programas de grado no encuentren en los entornos de atención de salud unas funciones, unas responsabilidades y unas retribuciones lo bastante diferenciadas como para que supongan una recompensa proporcional al mayor tiempo que han invertido en formarse. La tendencia hacia la implantación de títulos de grado que no se acompañan de la correspondiente diferenciación de funciones genera un desajuste entre la inversión en educación y las oportunidades laborales que podría alimentar la insatisfacción e impulsar la migración.

Hay cuellos de botella que dificultan la expansión de la enseñanza de la enfermería, a saber, las limitaciones en la disponibilidad de profesorado y de centros de formación clínica y las exigencias de los entornos de aprendizaje digital. El desarrollo, la contratación y la fidelización del profesorado de enfermería no han seguido el ritmo de la demanda en un contexto con cada vez más establecimientos educativos y mayores expectativas de carga de trabajo. La escasez de profesorado y de centros de formación clínica genera un problema mixto: además de limitar la capacidad actual de producir titulados, puede poner en peligro la calidad de la formación, con el consiguiente riesgo de que, en el futuro, se vean afectadas la calidad de la atención y la capacidad de los titulados de ejercer de manera autónoma. Se ha difundido el uso de las tecnologías digitales y la inteligencia artificial (IA) en la enseñanza de la enfermería, pero persisten problemas relacionados con la equidad, la competencia profesional, la preparación del profesorado y las oportunidades de recibir formación clínica.

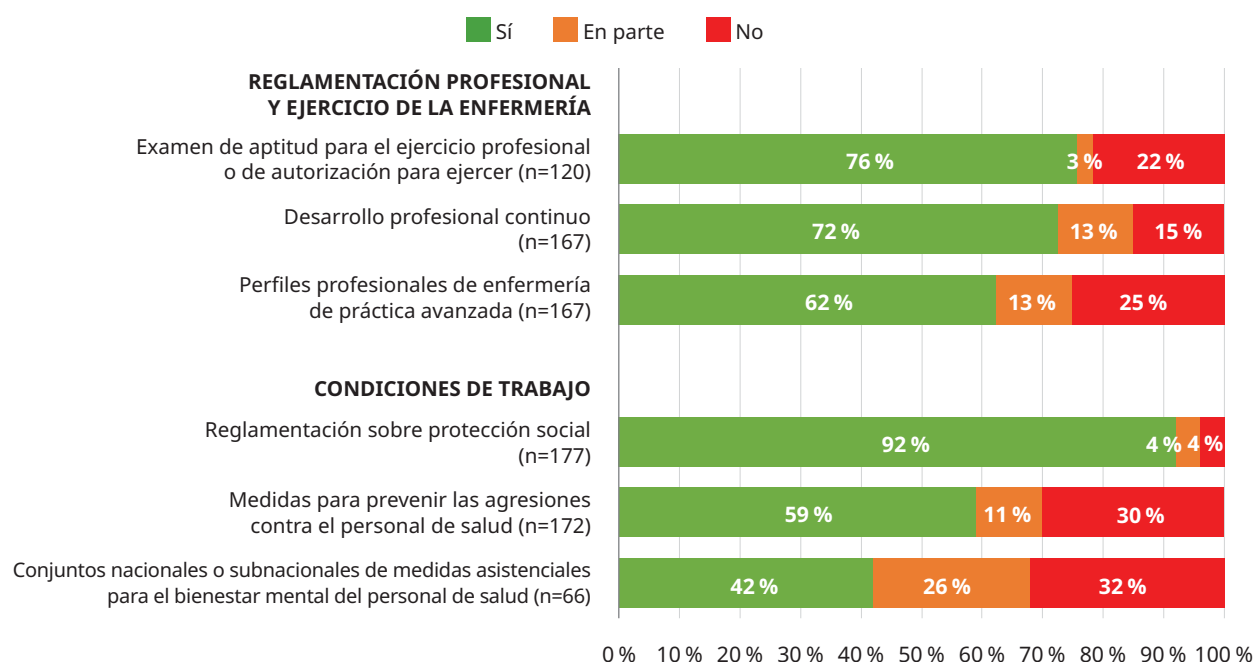
Los mecanismos de garantía de la calidad de la enseñanza de enfermería están muy difundidos, pero hay relativamente poca información sobre su grado de aplicación. La mayoría de los países notificantes comunicaron la existencia de normas relativas a las cualificaciones del profesorado (90 %), de mecanismos nacionales de acreditación (88 %) y de cooperación entre los ámbitos educativo, reglamentario y laboral en materia de normas de acreditación (77 %). Sin embargo, estas disposiciones solo pueden repercutir en la calidad de la enseñanza de la enfermería si cuentan con el apoyo y los recursos suficientes y se aplican adecuadamente. Fue menor el porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de normas de acreditación que incluían la educación interprofesional (62 %) o los determinantes sociales de la salud (45 %), y ello pese a que estos aspectos guardan relación con un ejercicio eficaz de la enfermería en equipos interdisciplinarios y orientados a la atención primaria de salud.

→ Prestación de servicios

La mayoría de los países notificantes comunicaron la existencia de un organismo de reglamentación de la enfermería (92 %), de una evaluación de las competencias iniciales (76 %), de iniciativas de desarrollo profesional continuo (DPC) (72 %) y de perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada (62 %). Muchos de los indicadores relacionados con las competencias iniciales y el mantenimiento de las competencias variaban según la región de la OMS, y los datos publicados describen una notable heterogeneidad mundial en la formación y la reglamentación de la enfermería de práctica avanzada. El hecho de que las normas no concuerden de unos países a otros puede complicar el reconocimiento mutuo de las cualificaciones de enfermería y limitar las posibilidades de movilidad internacional, y podría menoscabar la seguridad de los pacientes. Aunque cada vez hay más datos que demuestran la utilidad de la enfermería de práctica avanzada y de la atención dirigida por personal de enfermería, la restricción del ámbito de ejercicio profesional de dicho personal representa una oportunidad perdida de mejorar el acceso a los servicios de salud y la calidad y eficacia de estos.

La mayoría de los países cuentan con leyes que apoyan y protegen al personal de enfermería en el entorno laboral, pero son demasiado pocos los que notifican la existencia de disposiciones en pro del bienestar mental. La mayoría de los países notificantes comunicaron la existencia de leyes sobre salarios mínimos (94 %), medidas de protección social (92 %) y seguridad de los trabajadores de la salud (78 %). Fue menor el porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de una reglamentación sobre los horarios y las condiciones de trabajo (55 %) y de disposiciones relativas al bienestar mental (42 %). En gran medida se desconoce el grado de aplicación de estas disposiciones de apoyo y salvaguardia; se necesitan unas inversiones y una puesta en marcha adecuadas para hacerlas operativas con miras a mejorar la seguridad, la motivación y la permanencia del personal de enfermería. La falta de apoyo en materia de salud mental amenaza la sostenibilidad de la fuerza de trabajo, sobre todo tras el impacto multidimensional de la COVID-19 en los trabajadores de la salud y asistenciales.

Figura 3 Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de aspectos relacionados con la prestación de servicios (reglamentación profesional, ejercicio de la enfermería y condiciones de trabajo)

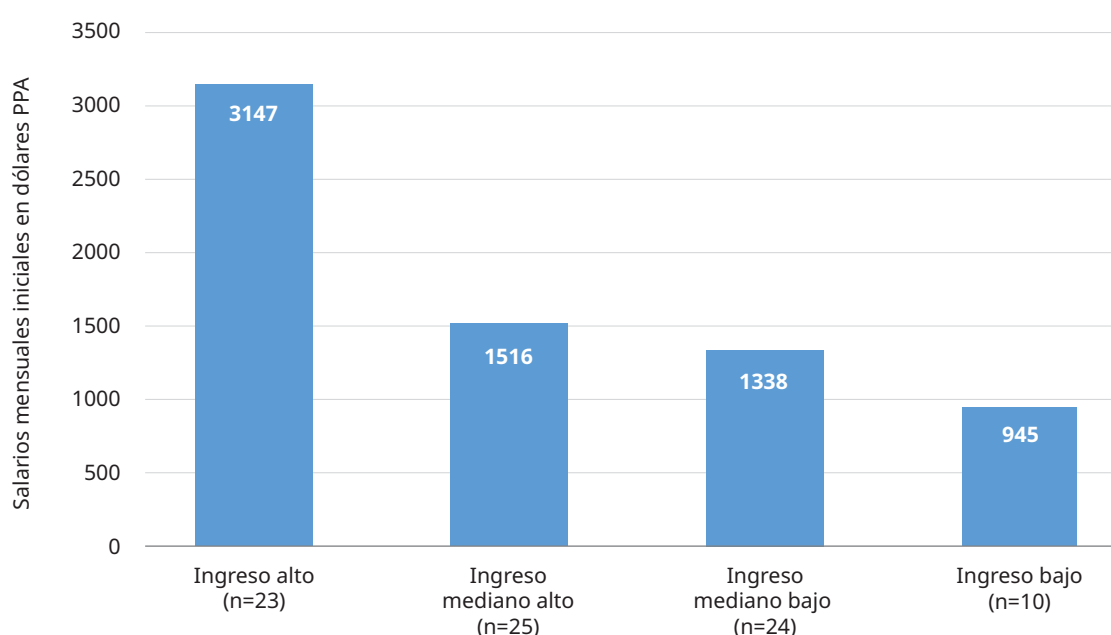


Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.

Fuente: CNPS; 2024.

En 2023, la mediana mundial del salario inicial del personal de enfermería era de USD 774 al mes en 82 países, con notables diferencias entre regiones de la OMS y entre grupos de ingreso. En los países de ingreso alto, la mediana de los salarios era el doble que en los de ingreso mediano alto y el triple que en los de ingreso bajo. Una vez ajustados los salarios iniciales según la paridad del poder adquisitivo (PPA), la mediana más alta corresponde a las Regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental y la más baja, a las de África y de Asia Sudoriental. Un análisis de los datos desglosados de 31 países reveló una brecha salarial del 7 % entre hombres y mujeres. Sumadas a esta brecha, las diferencias en los salarios y la PPA crean poderosos incentivos económicos para la migración al tiempo que perpetúan la desigualdad de género en la profesión.

Figura 4 Mediana de los sueldos y salarios mensuales iniciales en dólares PPA, por grupos de ingreso del Banco Mundial



Notas: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 82 países y relativos a los sueldos y salarios iniciales promedio percibidos mensualmente por el personal de enfermería. La PPA es la paridad de poder adquisitivo en dólares internacionales constantes de 2021, calculada a partir de la estimación a nivel de país en dólares de los EE.UU. y dólares PPA según el Programa de Comparación Internacional, Base de Datos de Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial.

→ Liderazgo

La mayoría de los países notificantes (82 %) comunicaron la existencia de un jefe de los servicios públicos de enfermería (o un cargo equivalente), pero no están claras sus funciones en la gestión del personal de enfermería y en la planificación y la formulación de políticas de salud. Sin unas atribuciones claras y recursos, los jefes de los servicios públicos de enfermería no pueden influir de manera efectiva en la planificación o las políticas que atañen a la fuerza de trabajo, de modo que el punto de vista de la enfermería queda excluido de la toma de decisiones cruciales sobre el sistema de salud. Esta deficiencia en materia de gobernanza afecta a todo, desde la planificación de la formación hasta las condiciones de trabajo y, en última instancia, la calidad de la atención al paciente. Además, existe una brecha en el acceso del personal de enfermería a oportunidades de desarrollo del liderazgo: el 66 % de los países notificantes comunicaron la existencia de programas de desarrollo del liderazgo para dicho personal, pero ese porcentaje apenas llegaba al 25 % en el grupo de países de ingreso bajo.

Prioridades normativas

Las doce prioridades normativas de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025* de la OMS siguen siendo muy pertinentes para el periodo 2026-2030; sin embargo, cada una de ellas tiene unas «áreas de especial interés» en los cuales centrarse durante estos últimos años de la era de los ODS. Además, se identificaron cinco prioridades normativas emergentes en los ámbitos de la enfermería de práctica avanzada, la igualdad de género, la salud digital y las tecnologías, la agenda climática y el personal de enfermería en situaciones de guerra y conflicto.

→ Empleos

Planificar y prever los recursos humanos de enfermería desde el punto de vista del mercado laboral de la salud. En muchos países de ingreso bajo y mediano, la planificación debe centrarse en aumentar el número de titulados en enfermería, garantizar que sean absorbidos por el sistema de salud, y mejorar las condiciones laborales para reducir la emigración excesiva y tener en cuenta el crecimiento de la población y los mercados laborales. Los países de ingreso alto y los de la Región de Europa deben centrarse en aumentar las matriculaciones en los estudios de enfermería previos al empleo y fidelizar a los profesionales en activo, para así compensar las pérdidas de personal por jubilación y reducir la dependencia respecto de la contratación internacional.

Asegurar una demanda suficiente (empleos) en relación con la prestación de servicios de salud para la atención primaria y otras prioridades de salud de la población. Es prioritario acelerar el crecimiento de la demanda de empleos de enfermería, sobre todo en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental. Ello exigirá conseguir unas inversiones nacionales sostenibles y, en caso de que no basten los recursos internos para ampliar suficientemente el espacio fiscal y económico, también unas inversiones externas en personal de salud que estarán en consonancia con las prioridades y los mecanismos nacionales.

Atraer, contratar y fidelizar al personal de enfermería allí donde más se lo necesita. Los países deben elaborar políticas de contratación y fidelización basadas en datos y que estén agrupadas, adaptadas al contexto local y orientadas a atajar las diversas causas profundas de las desigualdades. La puesta en marcha de una «vía rural» ha conseguido que haya más titulados en enfermería que regresan a sus comunidades rurales.

Impulsar la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud («el Código»). Las prioridades urgentes son reforzar el cumplimiento del Código, incluidas las disposiciones que figuran en la *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023*, aumentar las inversiones en el personal de salud de estos países, y establecer acuerdos bilaterales que se traduzcan en beneficios mutuos y proporcionales para los países de origen.

→ Educación

Armonizar los niveles de formación de enfermería con unas funciones optimizadas dentro del sistema de salud y el educativo. Cada vez son más los países que se inclinan por las titulaciones de grado, por lo que es crucial que haya una planificación y coordinación entre el mundo académico, los organismos de reglamentación y los establecimientos de salud para determinar las funciones y responsabilidades de los profesionales con este nivel de preparación respecto a las de los otros tipos de enfermeras y enfermeros y trabajadores de la salud. Es preciso ampliar la investigación sobre el impacto de esta evolución para que abarque también los servicios de atención primaria y los países de ingreso bajo y mediano bajo.

Optimizar la producción nacional de personal de enfermería para satisfacer o incluso superar la demanda del sistema de salud. Muchos países, sobre todo de las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental, necesitan aumentar el número de titulados en enfermería para seguir el ritmo de crecimiento de la población y la expansión de la demanda del mercado laboral. Muchos países tendrán que resolver los cuellos de botella que dificultan la admisión o la matriculación de estudiantes (por ejemplo, la falta de profesorado de enfermería y centros de formación clínica o las limitaciones en infraestructuras y medios de capacitación).

Elaborar programas educativos basados en competencias, aplicar un diseño de aprendizaje eficaz, cumplir las normas de calidad y ajustarse a las necesidades de salud de la población. Hace falta una mayor coordinación entre los organismos de acreditación, las instituciones educativas y los empleadores para armonizar los resultados del aprendizaje con las competencias necesarias en los servicios de salud. La expansión del «aprendizaje combinado» exige invertir más en infraestructuras y recursos para garantizar una educación digital equitativa y pertinente; las normas educativas deben incluir competencias digitales para un ejercicio profesional acorde con los tiempos.

Garantizar que el profesorado se forme en el uso de los mejores métodos y tecnologías pedagógicos y tenga experiencia clínica probada en las áreas de contenido. Las medidas prioritarias para reforzar las capacidades del profesorado son las siguientes: una orientación y una mentoría estructuradas, unas condiciones de trabajo propicias, una remuneración y una promoción profesional adecuadas, y oportunidades de adquirir competencias digitales que faciliten el aprendizaje de los estudiantes, el desarrollo profesional y la atención a los pacientes.

→ Prestación de servicios

Examinar y reforzar los sistemas de reglamentación profesional y apoyar la creación de capacidad de los organismos de reglamentación cuando sea necesario. Es prioritario garantizar que haya unos ámbitos de ejercicio profesional actualizados y diferenciados para los distintos tipos y niveles de personal de enfermería, y que el contenido del DPC permita a dicho personal adquirir las competencias que necesita para atender las necesidades de salud, cada vez más complejas, de la población. Debe optimizarse la reglamentación para favorecer una distribución más equitativa del personal de enfermería y su fidelización, y para permitir flexibilizaciones y adaptaciones durante las emergencias.

Adaptar las políticas relativas al lugar de trabajo para proteger y salvaguardar al personal de enfermería. Es preciso mejorar las condiciones de trabajo para garantizar un entorno laboral digno que atraiga, apoye y fidelice al personal de enfermería. Ello supone mejorar las escalas salariales de dicho personal, respetar el principio de igual remuneración por trabajo igual, garantizar unos niveles de dotación de personal seguros, y salvaguardar la organización colectiva y los derechos legales. Es urgente proteger la salud mental y el bienestar del personal de enfermería.

→ Liderazgo

Crear y consolidar puestos directivos superiores para la gobernanza y la gestión del personal de enfermería y la participación en la formulación de políticas de salud. Se anima a los países a velar por que las atribuciones y responsabilidades de los jefes de los servicios públicos de enfermería reflejen un rango jerárquico adecuado y vínculos con las políticas y la gestión del personal de salud en general. Los jefes de los servicios públicos de enfermería deben participar en la notificación y el uso de los datos sobre el personal de enfermería, en los procesos y mecanismos de política nacionales, y en los foros regionales y mundiales.

Invertir en el desarrollo de las habilidades de liderazgo del personal de enfermería. Es preciso ampliar los programas de desarrollo del liderazgo en enfermería, sobre todo en los países de ingreso bajo, para ofrecer programas contextualizados en función de las competencias necesarias en entornos diversos. Habrá que movilizar recursos para superar obstáculos como la financiación, la falta de personal de enfermería de alto nivel con responsabilidades en la formulación de políticas o la escasa exposición al liderazgo en los programas de educación y formación.

→ Prioridades normativas emergentes

Seguir desarrollando los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada para mejorar el acceso a unos servicios de salud de calidad. La introducción e integración de los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada debe satisfacer una necesidad identificada de dichos perfiles, contar con la aceptación de los ministerios de salud, y reflejar la colaboración entre estos, las instituciones educativas, los organismos de reglamentación, las asociaciones y los empleadores. Es preciso asignar al grupo ocupacional de los profesionales de enfermería de práctica avanzada unas definiciones normalizadas, tanto para su recuento exacto y su seguimiento a escala mundial como para la formulación de políticas.

Combatir los sesgos relacionados con el género, lo que incluye ofrecer unos salarios equitativos y competitivos. Los países deben abordar los factores que impulsan la feminización de la enfermería —como las normas culturales y sociales de género y el acceso a la educación— y apoyar la participación equitativa de hombres y mujeres en la fuerza laboral en todos los contextos. Es preciso que recopilen datos desglosados por sexos y lleven a cabo análisis interseccionales de género del mercado laboral de la salud. Los salarios del personal de enfermería deben ser justos y equitativos, reflejar la dificultad de muchas de sus funciones y tareas, y respetar el principio de igual remuneración por trabajo igual.

Aprovechar el potencial de las herramientas y las tecnologías digitales para satisfacer las necesidades de la población y de los sistemas de salud. Es indispensable que el personal de enfermería esté preparado y cuente con todo el apoyo necesario para utilizar de forma competente las tecnologías digitales en los diversos ámbitos de ejercicio de su profesión, desde la enseñanza hasta la práctica enfermera, pasando por la investigación y la gestión. La adopción, el uso y la implantación acelerada de la IA para la formación y el ejercicio profesional del personal de salud exigirán importantes inversiones dirigidas a fortalecer la capacidad de dicho personal, y preocupan los aspectos relacionados con la equidad y la inclusividad.

Empoderar al personal de enfermería para que contribuya a la agenda climática por medio de la educación, la promoción de políticas, el ejercicio profesional respetuoso con el clima en los entornos de salud, y el liderazgo. Es preciso integrar los resultados del aprendizaje acerca de los efectos del cambio climático sobre la salud en los planes de estudios basados en competencias y en el estudio interdisciplinario. Deberán ampliarse las funciones relacionadas con la educación comunitaria y la promoción de políticas, sobre todo en las poblaciones vulnerables o de riesgo. El personal de enfermería de los establecimientos de salud puede impulsar medidas de concienciación climática y sostenibilidad en el lugar de trabajo. Los jefes de los servicios públicos de enfermería desempeñan un papel estratégico a la hora de facilitar cauces por los que las enfermeras y enfermeros pueden contribuir a la agenda climática.

Prestar apoyo a la formación y las condiciones de empleo y trabajo del personal de enfermería en los entornos frágiles, afectados por conflictos o vulnerables, adaptándolo a las circunstancias concretas. Es indispensable dar prioridad a la seguridad física y al apoyo psicosocial. Hacen falta intervenciones que posibiliten una educación a distancia flexible e innovadora mediante la cual se sigan cursando los estudios de enfermería en entornos que están sufriendo un conflicto o acaban de salir de él. Puede que en estos contextos el personal de enfermería necesite recibir formación en el empleo para reorientar sus habilidades hacia la atención de urgencias y traumatológica; se deberá seguir reconociendo y remunerando el aprendizaje. Los programas posteriores a un conflicto pueden ofrecer posibilidades de readaptación laboral, de reciclaje en caso necesario, y de apoyo para retomar las funciones desempeñadas por las enfermeras y enfermeros antes del conflicto.



Izquierda: El enfermero Maisara trabajando en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital Al-Makassed de Jerusalén. © OMS
Centro izquierda: Una enfermera sonríe mientras sostiene una tableta y un martillo de reflejos en el pasillo de un hospital. © OMS
Centro derecha: Estudiantes de enfermería de uniforme asisten a una sesión de formación en el aula. © Yeshey-Wangmo, Nursing in Focus
Derecha: Una enfermera en el hospital Faiz Mohammad Kateb (Afganistán). © OMS/Zakarya Safari

CONCLUSIONES

En todos los ámbitos de análisis explorados en el presente informe surge un tema recurrente: el de la persistencia y el empeoramiento de las inequidades. Estas son patentes en la distribución, la densidad, la capacidad de formación, los salarios y las condiciones de trabajo del personal de enfermería, y también en su escasez actual y prevista. Esta tendencia a la desigualdad se repite entre las regiones y dentro de ellas, entre los países y dentro de ellos, y entre los grupos de países según el ingreso. Las desigualdades repercuten en la atención a los pacientes y los resultados de salud, el funcionamiento de los sistemas de salud, la equidad en la salud y el acceso a esta, el logro de la CUS, y el desarrollo económico y social. Para alcanzar las metas de los ODS es indispensable y urgente atajar estas inequidades.

Las conclusiones del informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* proporcionan a los responsables de políticas, los planificadores, los empleadores, los educadores, los organismos de reglamentación y los gestores de servicios de salud un conjunto de datos, análisis y opciones de política que pueden aplicar en sus países y contextos. Se recomienda movilizar inversiones nacionales y externas, sostenibles y a largo plazo, en el sector de la enfermería porque ello permitirá potenciar la formación y el empleo en este campo profesional con miras a paliar el déficit, frenar el subempleo y el desempleo entre las enfermeras y enfermeros, mejorar las condiciones de trabajo y ayudar a gestionar la migración.

Invertir en la educación, el empleo, la prestación de servicios y el liderazgo del personal de enfermería estimulará el crecimiento económico, pues se crearán puestos de trabajo dignos para dicho personal y habrá una mayor participación económica de las mujeres en la fuerza de trabajo. Esta evolución puede acelerar los avances hacia el logro de la equidad en la salud, la igualdad de género y la CUS por medio de un enfoque basado en la atención primaria y, en términos más generales, hacia el cumplimiento de la Agenda de Desarrollo Sostenible.

Alrededor del 78 % del personal de enfermería del mundo se encuentra en países que no representan más que el 49 % de la población mundial;
y los países de ingreso alto, que apenas representan el 17 % de la población, acogen al 46 % de dicho personal.



Izquierda: Abdel Ghan es enfermero en el centro de atención primaria Shamarekh de Azzaz (República Árabe Siria). © OMS/Giles Clarke
Centro: La enfermera Naomiridou Dine ante un establecimiento de salud en el Níger. © OMS/Myraim Volonario
Derecha: Una enfermera de Hay River (Canadá) habla con una paciente en un centro de salud comunitario. © OMS/Christine McNab



Evaluación de una paciente en el hospital Faiz Mohammad Kateb (Afganistán). © OMS/Zakarya Safari

Introducción

1. **La enfermería y sus profesionales han gozado de un reconocimiento especial en la OMS desde la creación de esta en 1948.** Las delegaciones de Irlanda y Estados Unidos fueron las primeras en proponer que se reconociera «la fundamental importancia de la enfermería en la mejora de los servicios de salud» y que el Director General, «a la hora de organizar la Secretaría y los comités, [valorara] en toda su dimensión la función que cumple la enfermería» (1). Los órganos deliberantes de la OMS concedieron de inmediato la máxima prioridad a esta profesión: solicitaron la creación de puestos y la asignación de recursos para avanzar en el trabajo con los países, y abordaron el déficit de personal, la existencia de muchos modelos diferentes para garantizar que el contingente sea suficiente, y la necesidad de unas normas relativas a la formación, la contratación y el empleo (2).
2. **Esta segunda edición del informe *Situación de la enfermería en el mundo* mantiene vivo el profundo compromiso de la OMS con el personal de enfermería mundial.** El panorama del desarrollo, la economía y la salud ha cambiado radicalmente en el mundo desde la creación de la OMS, pero sigue siendo indispensable contar con una gestión multinacional y la inversión en los sistemas de salud, el personal de salud y asistencial, y el valor comprobado de la enfermería y quienes la ejercen: una inversión que ha demostrado generar múltiples dividendos en el caso de todos los ODS.
3. **El entorno mundial se define cada vez más por la concurrencia de crisis y conflictos, la incertidumbre económica, la aceleración del cambio climático y el agravamiento de las inequidades sociales.** Se están viviendo conflictos y situaciones de emergencia prolongados en medio de tensiones geopolíticas crecientes. El estancamiento y la regresión de la economía mundial ejercen presión sobre los presupuestos de la asistencia para el desarrollo y, de manera más general, restringen el gasto destinado al sector social (3, 4). Las repercusiones del cambio climático y la degradación del medio ambiente son más evidentes en las poblaciones vulnerables, que se ven afectadas de forma desproporcionada. En muchos países, los cambios demográficos se definen cada vez más por el envejecimiento de la población y las bajas tasas de natalidad, y a ello se suma el constante aumento de la urbanización en todo el mundo. Aunque los avances tecnológicos ofrecen importantes posibilidades de mejorar el acceso a la información, la toma de decisiones y la productividad, sus beneficios conllevan el riesgo de que las brechas de acceso se amplíen y las desigualdades, la desinformación y el desempleo crezcan (5).
4. **Estas tendencias mundiales deterioran los factores determinantes de la salud y repercuten en la salud y el bienestar de los seres humanos.** En 2023, la OMS estimó que el mundo no iba camino de cumplir la mayoría de las metas de

los ODS relacionadas con la salud. El hecho de que no se adopten medidas suficientes para abordar factores determinantes de la salud como la desigualdad de sexo o género, las oportunidades educativas, la pobreza y las medidas de protección social contribuyó a la falta de avances, y también lo hicieron las enfermedades transmisibles y la creciente incidencia de enfermedades no transmisibles como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (5). Las enfermedades epidemiológicas y las epidemias sensibles a los efectos del clima están afectando a comunidades de todo el planeta, y los pequeños Estados insulares en desarrollo (PEID) las sufren de forma desproporcionada.

5. **La inseguridad mundial en materia de salud, la reducción del gasto en salud y las crecientes amenazas para la salud y el bienestar ejercen una gran presión sobre los sistemas de salud.** El avance hacia la CUS, reflejo de la capacidad de dichos sistemas para prestar los servicios necesarios a todos los ciudadanos, se ha estancado o ha retrocedido: en 2021, más de la mitad de la población mundial carecía de acceso a servicios de salud esenciales, y una de cada cuatro personas sufría estrecheces económicas por haber recibido la atención que necesitaba (6).

6. **El acceso a los servicios esenciales está directamente relacionado con la disponibilidad de personal de salud.** Se observa una ralentización similar en los avances hacia la eliminación, para 2030, de la brecha mundial que afecta a los trabajadores de la salud y asistenciales. Debido a un crecimiento más lento de lo previsto de la densidad de personal de salud, sobre todo en los países que mantienen un rápido crecimiento demográfico, hubo que revisar al alza las estimaciones del déficit mundial de personal de salud previstas hasta 2030, de 10 millones en 2022 a 11 millones.

Dicho déficit se concentra cada vez más en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental de la OMS (7). En consecuencia, la CUS seguirá fuera de nuestro alcance si persisten el déficit de personal de salud y la inequidad en el acceso a este.

7. **El año 2025 representa una coyuntura estratégica para lograr avances en la salud y el bienestar mundiales.** Dentro de cinco años llegará a su fin la Agenda para el Desarrollo Sostenible. La OMS, responsable del liderazgo en lo que respecta al logro de las metas de los ODS relacionadas con la salud, ha elaborado el 14.º Programa General de Trabajo 2025-2028 (14.º PGT), centrado en unos sistemas de salud sólidos, sostenibles y resilientes que garanticen la estabilidad y el crecimiento a largo plazo (5). La Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros y los asociados lo han adoptado y respaldado como estrategia para guiar la acción colectiva. En él es clave el compromiso de reorientar los sistemas de salud hacia la atención primaria para mejorar la equidad, la inclusividad, la costoefectividad y la eficiencia en todas las comunidades.
8. **El personal de enfermería representa el componente más numeroso del personal de salud y asistencial y posee una amplia gama de habilidades aplicables en casi todos los entornos de prestación de servicios de salud.** En todo el espectro de dichos servicios, desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, hay personal de enfermería de distintos tipos, y puede que en determinados entornos, sobre todo en zonas rurales, remotas y desfavorecidas, estos trabajadores sean los únicos proveedores de servicios de salud. Las enfermeras y enfermeros están en situación de ayudar de muchas maneras a mejorar la equidad, la inclusividad, la costoefectividad y la eficiencia de los sistemas de salud (8). Sin embargo, hay dificultades de diversos tipos que pueden impedirles ejercer plenamente sus funciones en los respectivos entornos asistenciales

y entorpecer los avances hacia el logro de nuestras prioridades comunes en materia de salud.

9. **El informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* ofrece el conjunto más completo y actualizado de datos sobre el personal de enfermería a escala mundial para orientar las acciones nacionales, regionales y mundiales.** Se presentan los datos más recientes sobre educación, empleo, ejercicio

profesional, reglamentación, condiciones de trabajo y liderazgo en el mundo de la enfermería. Esta edición de 2025 incluye nuevos indicadores, datos y ejemplos más exhaustivos, y opciones de política concretas cuyo fin es potenciar la profesión enfermera como parte de un personal de salud y asistencial integrado. Los datos consolidados correspondientes a cada región de la OMS se presentan en el anexo 1. Los perfiles de cada país están disponibles en línea y para su descarga.



La enfermera jefe del consultorio de urgencias de la Media Luna Roja de Bangladesh y la Cruz Roja Japonesa, Mayumi Kawaguchi. © OMS/Kate Marshall



Una enfermera sostiene con cuidado a un bebé y lo reconforta en un establecimiento de salud. © OMS/Faizza Tanggol

Prioridades en materia de salud y necesidades de personal en la era de los ODS

10. En este capítulo se presentan las prioridades específicas en materia de salud para el resto de la era de los ODS en el contexto de las tendencias mundiales y las demandas que recaen sobre los sistemas de salud, y se pone de relieve el compromiso renovado de las Naciones Unidas con la CUS, incluido en el 14.º PGT 2025-2028.

2.1 Prioridades específicas en materia de salud para los años que restan de la era de los ODS

11. En un entorno cada vez más complejo de tendencias mundiales, de repercusiones de estas en la salud y de demandas que los sistemas de salud deben atender, las Naciones Unidas reforzaron su compromiso con la CUS en 2023 por medio de una declaración política (9), y la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el 14.º PGT con miras a liderar los esfuerzos concertados de la comunidad mundial para alcanzarla. La finalidad general del 14.º PGT 2025-2028 es promover, procurar y proteger la salud y el bienestar de todas las personas, en todas partes (véase el recuadro 2.1).

Recuadro 2.1

Elementos básicos del Programa General de Trabajo de la OMS 2025-2028

Para promover la salud:

- a) responder al cambio climático, una amenaza creciente para la salud en el siglo XXI; y
- b) abordar los determinantes de la salud y las causas profundas de la mala salud en las principales políticas de todos los sectores.

Para procurar la salud:

- a) impulsar el enfoque de la atención primaria de salud y las capacidades esenciales de los sistemas de salud en pro de la cobertura universal de salud; y
- b) mejorar la cobertura de los servicios de salud y la protección financiera para abordar la inequidad y las desigualdades de género.

Para proteger la salud:

- a) prevenir y mitigar los riesgos para la salud derivados de todos los peligros y prepararse para hacerles frente; y
- b) detectar rápidamente todas las emergencias sanitarias y darles una respuesta eficaz y sostenida.

12. El desarrollo del capital humano es la forma más eficaz de hacer realidad estas prioridades específicas en materia de salud y bienestar en un plazo breve y respetando los principios de la Agenda de Desarrollo Sostenible. Dicho capital comprende los conocimientos, las habilidades y la salud que las personas acumulan a lo largo de la vida y que les permiten desarrollar su potencial como miembros productivos de la sociedad (10). La inversión pública en capital humano, especialmente en educación, empleo y salud, puede acelerar los avances hacia el logro de muchos ODS (1, 2, 3, 4, 5, 8, 10) y generar beneficios adicionales en términos de productividad, ingresos y ahorros, reducción de la pobreza y crecimiento económico sostenible (11). Por el contrario, invertir menos de lo necesario en los sistemas de salud, educativos y de protección social se asocia con una capacidad insuficiente y unos medios institucionales limitados, lo cual contribuye en muchos casos a que haya desigualdades en el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y los resultados de salud sean peores (5).

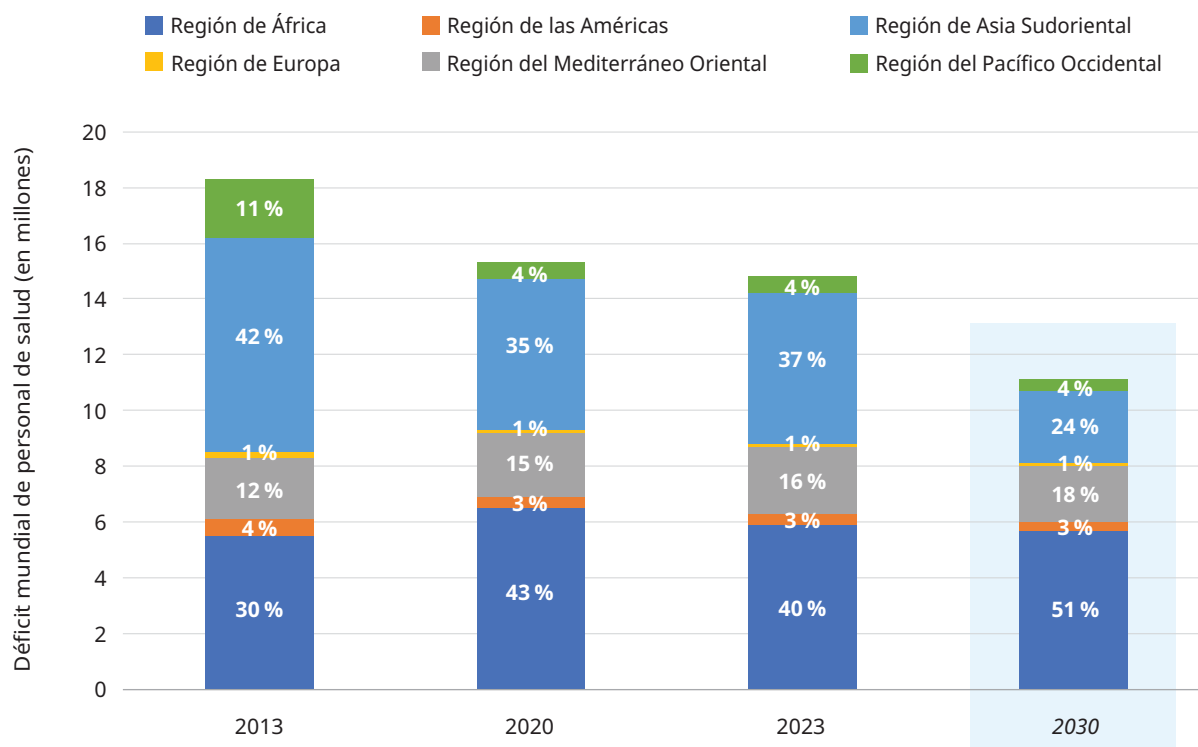
2.2 Contexto mundial y retos para el personal de salud y asistencial

13. Cuando se puso en marcha la Agenda de Desarrollo Sostenible, se detallaron el tamaño y la distribución del personal de salud mundial para garantizar una fuerza de trabajo capaz de lograr los ODS relacionados con la salud, entre ellos, el ODS 3, centrado en la CUS. En 2016 se estimó que para 2030 el déficit mundial de personal de salud rondaría los 18 millones de personas (12), pero era un déficit que se distribuía de forma desigual y predominaba en las Regiones de Asia Sudoriental y de África de la OMS, seguidas de las del Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. El personal de salud mundial no ha parado de crecer en número y el déficit previsto ha descendido de forma constante, aunque desde la pandemia de COVID-19 se reduce más lentamente.
14. La anterior previsión de la OMS (2022), que estimó un déficit de 10 millones de personas para 2030, se ha revisado al alza a 11 millones (7), y la desigualdad en la distribución de dicho déficit sigue aumentando. Los porcentajes de distribución del déficit han disminuido de manera constante en alguna región (como la de Asia Sudoriental) o se han mantenido bajos (entre el 1 % y el 4 %) en otras regiones, pero están aumentando en las de África y el Mediterráneo Oriental, de modo que, para 2030, estas podrían soportar el 69 % del déficit mundial de personal de salud (véase la figura 2.1). Las desigualdades persisten entre los países de cada región, y también dentro de cada país.



En Haití, una enfermera prepara una vía intravenosa mientras coordina la atención de urgencia en la sala de un hospital. © Jayme Gershen/OMS

Figura 2.1 Distribución del déficit mundial de personal de salud por regiones de la OMS en 2013-2023 y previsión para 2030



Nota: Los porcentajes representan la proporción relativa del déficit mundial de personal de salud.

15. Son muchos los factores que contribuyen al déficit y a la desigualdad en el acceso. La escasez de personal de salud puede deberse a que la producción de las instituciones educativas del sector de la salud es insuficiente, lo que da lugar a un contingente de trabajadores disponibles demasiado pequeño, o a que la educación y la formación no se ajustan a las habilidades y capacidades que se necesitan en dicho sector. Sin embargo, en la mayoría de los países de ingreso bajo y mediano bajo, el principal problema radica en que no hay capacidad económica y espacio fiscal suficientes para que el mercado laboral absorba a los trabajadores de la salud: en pocas palabras, en el sistema de salud escasean los puestos de trabajo remunerados para titulados cualificados. Unas condiciones laborales poco atractivas, es decir, unos empleos no tan bien remunerados o en condiciones o ubicaciones menos favorables que en

otros sectores, pueden determinar que haya escaso interés por una posible carrera profesional en el sector de la salud y que resulte difícil atraer, contratar y fidelizar a los titulados cualificados (13). Por el contrario, los países de ingreso alto tienden a ofrecer remuneraciones más elevadas, protección social y mejores condiciones laborales. Dichas condiciones, sumadas a aspectos como las infraestructuras y las perspectivas formativas y profesionales, influyen en la oferta de personal de salud; además, pueden considerarse factores incitadores y disuasivos que repercuten en la fidelización y en la movilidad y la migración internacionales del personal de salud, de modo que muchos recién titulados se ven atraídos por el trabajo en otros países u otros sectores. Todos estos factores pueden mermar la «reserva» de trabajadores disponibles y cualificados de un determinado sistema de salud que prestan servicio en sus comunidades.

16. Muchas de las causas profundas de las desigualdades en la disponibilidad de personal de salud competente se entienden mejor utilizando el concepto de mercado laboral de la salud. Dicho mercado es un sistema dinámico y complejo que comprende la producción de trabajadores de la salud por medio del sistema educativo y su incorporación al conjunto activo de trabajadores de

la salud cualificados y equipados para prestar servicios de salud de calidad allí donde se necesiten (véase la figura 2.2). El análisis del mercado laboral de la salud en su conjunto posibilita conocer a fondo los factores clave que influyen en la oferta y la demanda de trabajadores de la salud e identificar los «fallos» de dicho mercado y otros factores que provocan escasez de personal, como los problemas

Figura 2.2 Marco del mercado laboral de la salud



^a Oferta de personal de atención de salud y asistencia social cualificado y dispuesto a trabajar.

^b Demanda de personal de atención de salud y asistencia social en el sector de la salud y el de la asistencia social relacionado con la salud.

Fuente: Adaptado de Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. *A comprehensive health labour market framework for universal health coverage*. Bull World Health Organ. 2013;91:892-4.

de mala distribución, desempleo o absentismo, las desigualdades de género, y las repercusiones de los conflictos y las perturbaciones sociales, lo cual permite adaptar mejor las respuestas de política y las estrategias de inversión.

2.3 Iniciativas acordadas a escala mundial para abordar los retos relacionados con el personal de salud

17. En 2010, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud* («el Código») (14). El Código reconoce el papel vital de dicho personal en la consecución de los objetivos mundiales relacionados con la salud y tiene en cuenta que la migración internacional de estos profesionales puede reducir su número en los países con pocos recursos que ya venían sufriendo escasez de ellos, por lo cual guía a los organismos de cooperación internacional en la gestión ética de la migración de los trabajadores de la salud y pone de relieve las acciones y las áreas de inversión en los sistemas de salud de los países de ingreso bajo con déficit de personal de salud (15).
18. En 2016, se adoptó la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* de la OMS («la Estrategia mundial») mediante la resolución 69.16 (16). En ella se explicitan las áreas de inversión para desarrollar un personal de salud y asistencial que permita alcanzar los ODS relacionados con la salud: educación del personal de salud, empleo, capacidad institucional y recursos humanos para los sistemas de información sanitaria (13).
19. La adopción de la Estrategia mundial incluyó la implantación progresiva de un sistema normalizado a escala mundial con el que los países pueden hacer un seguimiento de su personal y notificar los



Enfermeras de apoyo a la salud comunitaria en un consultorio de diabetes de Suva (Fiji). © OMS/Toma Vierus

- datos sobre sus trabajadores de la salud y asistenciales por medio de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS). El sistema se convirtió en el mecanismo por el que los Estados Miembros comunican sus datos nacionales sobre el personal de salud; permite planificar y formular políticas relativas a los trabajadores de la salud y asistenciales a escala nacional basándose en datos, y contribuir al seguimiento mundial de los avances, en particular hacia el logro de la CUS. Además, definió normas relativas al seguimiento y la notificación de los indicadores del personal de salud y asistencial, lo cual permite las comparaciones entre países. A febrero de 2025, 189 Estados Miembros utilizaban la plataforma de las CNPS para comunicar a la OMS los datos sobre el personal como un bien de salud pública mundial.
20. En 2016, se reunió la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico para avanzar en la aplicación de la Estrategia mundial en los sectores educativo, laboral y

económico de las administraciones públicas. En el correspondiente informe y sus recomendaciones (17) se pusieron de manifiesto los múltiples dividendos que generan las inversiones en el personal de salud y se aconsejó acelerar las dirigidas a la formación y el empleo de dicho personal para aumentar la prosperidad económica, el empleo juvenil y la participación laboral de la mujer. Dado que el personal de enfermería es predominantemente femenino, las inversiones en su formación, empleo y condiciones de trabajo pueden impulsar los avances no solo en el logro del ODS 3 (mejorar la salud y el bienestar), sino también en el de los ODS 4 (educación), 5 (género) y 8 (trabajo decente y crecimiento económico).

21. La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2017 el Plan de Acción «Trabajar en pro de la salud» y su mecanismo, el Fondo Fiduciario Multipartito (18), y lo renovó en 2021 (19). «Trabajar en pro de la salud» es una alianza de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la OMS creada como una colaboración interinstitucional en torno a la agenda de inversiones y acciones relacionadas con el personal de salud mundial (20). Impulsa la cooperación intersectorial y la coordinación entre los sectores financiero, laboral, educativo, social, de la salud y de asuntos exteriores, y con las organizaciones de empresarios y



Una enfermera atiende a una paciente en un centro de atención primaria de la aldea de Mutanpal, en el distrito de Bastar, Chhattisgarh (India).
© OMS/Atul Loke/Panos Pictures

- de trabajadores del ámbito de la salud, las asociaciones profesionales y otros interesados clave, como la sociedad civil, en cuestiones de política prioritarias (21).
22. En 2022, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que se hacía referencia al *Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales* (19) y se describía cómo proteger al personal de salud y asistencial y salvaguardar sus derechos, promover y garantizar el trabajo decente, y proporcionar un entorno laboral seguro y propicio (22). Tras la pandemia de COVID-19, la OMS y las organizaciones asociadas acordaron una «hoja de ruta» relativa a la capacidad del personal nacional para desempeñar las funciones esenciales de salud pública (FESP), en particular la preparación y respuesta ante emergencias (23), a fin de ayudar a todos los países a armonizar la salud pública e integrarla en las políticas, la planificación y las inversiones relacionadas con la fuerza de trabajo.
23. El año 2023 supuso el ecuator de la aplicación de la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* y una oportunidad para conocer las enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19. El 5.º Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud reunió a ministros de salud y otros delegados de más de 160 países para debatir la manera de superar los «fallos» de mercado entre la formación y el empleo en el sector de la salud y asistencial y generar inversiones en el personal de dicho sector (24). Entre las esferas de acción figuraba el objetivo de aumentar entre un 8 % y un 12 % anual la capacidad de producción nacional en los países con grave escasez de personal de salud para duplicar este en los próximos 10 años (25). Estas iniciativas deben complementar las coinversiones en los sistemas de salud para lograr la absorción de los trabajadores de la salud en los países de ingreso mediano bajo, en particular en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental y en los PEID (26).



Una enfermera de la Secretaría de Salud de Chihuahua explica la importancia de la vacunación a niñas rarámuri, Chihuahua (México). © OMS/Félix Márquez

Contexto de políticas del personal de enfermería en el mundo

24. En este capítulo se aborda el modo en que la primera década de los ODS ha traído consigo el reconocimiento, en los debates de políticas mundiales, de las esenciales contribuciones del personal de enfermería, y se hace hincapié en la necesidad de potenciar al máximo su impacto en el logro de los objetivos de salud comunes.
25. Durante la primera década de la Agenda para el Desarrollo Sostenible se han reconocido de manera explícita, en el discurso de las políticas mundiales, las contribuciones del personal de enfermería y partería a la agenda común. En 2019, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que 2020 fuera nombrado Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería (27). La OMS aprovechó la atención mundial y la dinámica favorable (28) y elaboró el primer informe, *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo* (29), en el que se describían la formación, el empleo, la migración, la reglamentación, el liderazgo y las condiciones de trabajo del personal de enfermería mundial y se presentaban opciones de política basadas en datos para eliminar los obstáculos que dificultan la contribución de dicho personal al logro de los ODS y la CUS. Un año después se publicó el informe *The state of the world's midwifery 2021* (30), en el que se describían detalladamente la situación del personal de partería, los retos a los que se enfrenta y las consideraciones de políticas relacionadas con la profesión.
26. A raíz de los datos presentados en los informes sobre la enfermería y la partería, la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió a la OMS que elaborara la siguiente versión de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería* (31). En el documento propuesto, *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*, se presentaron 12 prioridades normativas basadas en datos, pertinentes en todos los contextos nacionales y aplicables por igual a la enfermería y la partería, que abarcaban los ámbitos de la educación, los empleos, el liderazgo y la prestación de servicios (véase la figura 3.1). El documento fue adoptado por la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud mediante una resolución en la que se instaba a los Estados Miembros y los asociados a aplicar las 12 prioridades normativas y el plan de seguimiento y rendición de cuentas (era la primera vez que una Asamblea Mundial de la Salud adoptaba unas orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería) (32, 33).

Figura 3.1 Prioridades normativas de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*



Fuente: *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*. OMS, 2021.

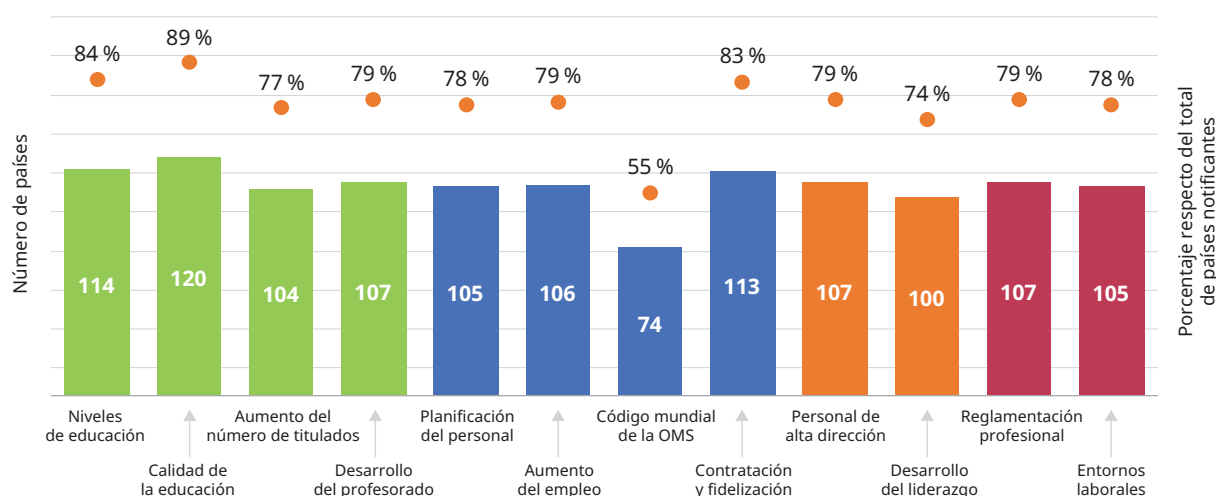
27. Se ha registrado un alto grado de aplicación de las 12 prioridades normativas de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025* (véase la figura 3.2). Entre los ejemplos comunicados a la OMS en el marco de las actividades de seguimiento y notificados al 156.º Consejo Ejecutivo cabe citar los cambios introducidos en la política de enseñanza de la enfermería en Kazajstán para incrementar el número de titulados disponibles en varios niveles del sistema de salud; la India, por su parte, se comprometió a abrir 157 nuevas facultades de enfermería para mediados de 2025 con el objetivo de que cada año se formen 15 700 alumnos más (34); seis países de la Región de África están sirviéndose de análisis del mercado laboral de la salud para fundamentar sus decisiones de contratación de personal de enfermería y partería; Tailandia creó más puestos de alto nivel e instauró mejores salarios para el personal de enfermería y partería en ciertos ámbitos prioritarios, como los cuidados intensivos (35); los líderes de enfermería de

los PEID (tanto del Pacífico Occidental como del Caribe) se reunieron para una cumbre virtual sobre la migración internacional del personal de enfermería (36); y en Jordania, el organismo de reglamentación de la enfermería aumentó el número de actividades acreditadas para el DPC (de 11 en 2021 a 750 en 2024) e instituyó una base de datos nacional de DPC para supervisar y evaluar los avances (37).

3.1 Objetivos y métodos

28. Aunque los datos relativos a la aplicación de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025* proporcionan información útil sobre las medidas de política y de gobernanza adoptadas por los países en relación con su personal de enfermería y partería, se necesita una panorámica más completa de la situación de la enfermería en el mundo para fundamentar la planificación de las necesidades presentes y futuras a escala de los países y orientar el diálogo y la toma de decisiones en todos los foros.

Figura 3.2 Estados Miembros que han notificado actividades en cada una de las prioridades normativas de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*, por número de países (N=135) y porcentaje respecto del total de países notificantes



29. En consonancia con lo anterior, los objetivos del informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* son:

- Conocer la situación del personal de enfermería tras la emergencia de la epidemia de COVID-19 a partir de datos validados.
- Mirar hacia el futuro y planificar el personal de enfermería para alcanzar las metas de 2030 y ulteriores, y contribuir a la agenda mundial sobre emergencias, atención primaria de salud y resiliencia de los sistemas de salud ante emergencias futuras.
- Facilitar la gobernanza y la toma de decisiones en materia de salud a escala mundial para apoyar las medidas de política de los Estados Miembros relacionadas con el personal de enfermería.

30. El método principal para elaborar el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* fue la notificación de estadísticas oficiales a escala de los países mediante el proceso y la plataforma de las CNPS. Para ello se utilizan las clasificaciones y definiciones normalizadas a nivel mundial de los grupos ocupacionales, según figuran en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones 2008 (CIUO-08)¹, y se aplica un proceso anual de notificación y validación basado en puntos focales identificados en los países (38). En la mayoría de los casos, estos puntos focales de las CNPS son altos funcionarios con autoridad en el Ministerio de Salud —por lo general, directores del departamento o la unidad de personal de salud— o en organismos especializados de la administración pública responsables de recopilar la información y las estadísticas relacionadas con la salud. Se encargan de comunicar anualmente los datos sobre el personal de salud y asistencial en nombre de sus países respectivos siguiendo las normas y criterios de las CNPS. Para el informe *Situación de la enfermería en*

el mundo 2025, el periodo de notificación se extendió de febrero a noviembre de 2024; se pidió a los países que comunicaran los datos de 2023 o del último año disponible, y también tuvieron la posibilidad de actualizar y completar los datos de años anteriores. Véase una descripción detallada del proceso de las CNPS en el anexo 3.

31. En el caso del personal de enfermería, existen dos grupos ocupacionales normalizados a nivel mundial: profesionales de enfermería (código 2221 de la CIUO) y profesionales de nivel medio de enfermería (código 3221 de la CIUO). La distinción entre ambos refleja el tipo de atención y servicios que prestan. Así, los trabajadores clasificados como profesionales de enfermería «prestán servicios de tratamiento, apoyo y atención a personas que necesitan atención de enfermería debido a los efectos del envejecimiento, lesiones, enfermedades u otras deficiencias físicas o mentales, o a riesgos potenciales para la salud. Asumen la responsabilidad de planificar y gestionar la atención a los pacientes, incluida la supervisión de otros trabajadores de la salud, trabajando de forma autónoma o en equipos integrados también por médicos y otras personas en la aplicación práctica de medidas preventivas y curativas» (39). Por su parte, los clasificados como profesionales de nivel medio de enfermería «prestán atención básica de enfermería y cuidados personales a personas que los necesitan debido a efectos del envejecimiento, enfermedades, lesiones u otras deficiencias físicas o mentales. En su mayoría, trabajan bajo la supervisión de planes de atención de salud, tratamiento y derivación establecidos generalmente por profesionales médicos, de enfermería y otros profesionales de la salud, y como apoyo de la aplicación de dichos planes» (39). Se pidió a los países que clasificaran a su personal de enfermería según estas dos definiciones; si no lo hacían, los trabajadores se clasificaban como «personal de enfermería: sin definir». Los grupos ocupacionales de personal de partería, personal auxiliar de enfermería

¹ La versión actual de la CIUO utilizada es la CIUO-08, que se publicó en 2008.

y otros trabajadores de la salud auxiliares tienen sus propias categorías en la CIUO-08 y no se incluyeron en las notificaciones destinadas al informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025*.

32. El informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* incluye datos de más países que nunca y sobre más indicadores que nunca. A diferencia del anterior (*Situación de la enfermería en el mundo 2020*), el informe actual se basa en indicadores actualizados, revisados mediante un proceso de consenso mundial (40). Entre los nuevos temas abordados figuran el empleo en el sector público frente al sector privado, los salarios del personal de enfermería, y datos más sólidos sobre los titulados en enfermería y los profesionales de enfermería de práctica avanzada. Se notificaron estadísticas relativas al contingente de personal de enfermería de todos los países, el 83 % de las cuales reflejan el periodo 2021-2023, por lo cual ofrecen una evaluación sistemática posterior a la pandemia de COVID-19. Más de 100 países informaron sobre 34 indicadores de las CNPS y más de 70 informaron sobre 36, frente a

los 18 y 22, respectivamente, del informe de 2020. Tras los controles de calidad de los datos notificados, se determinó que los correspondientes a 34 indicadores (28 de las CNPS más 6 indicadores diseñados específicamente para los informes *Situación de la enfermería en el mundo*) eran suficientes para ser incluidos en el informe. Pese a que la disponibilidad de datos sigue mejorando de año en año, en el caso de determinados indicadores, a los países les sigue resultando difícil notificar datos suficientes como para incluirlos en los presentes análisis. Esos indicadores son las salidas del mercado laboral, las tasas de vacantes, los entornos de empleo del personal de enfermería y la densidad a escala subnacional (en el anexo 4 se ofrecen más pormenores sobre los niveles de notificación). Sin embargo, a medida que los países vayan aplicando el proceso de las CNPS en consonancia con las prioridades nacionales y las iniciativas más generales de fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria, la disponibilidad de datos de estos indicadores y su notificación seguirán mejorando.



Una enfermera atiende a un paciente en la sala de un hospital de la República Democrática Popular Lao. © OMS/Yoshi Shimizu



El enfermero Shueb Hassan atiende a un niño somalí desplazado en una sala para pacientes con diarrea del hospital Banadir, en Mogadiscio. © OMS

Funciones y contribuciones de la enfermería al logro de los ODS relacionados con la salud, incluida la CUS

33. En este capítulo se aborda el papel fundamental del personal de enfermería en el logro de las metas de los ODS relacionadas con la salud, por su trabajo en la primera línea de los sistemas de salud para mejorar los resultados de salud en las comunidades. Sus polifacéticas funciones —prestación directa de servicios, divulgación comunitaria, promoción de políticas y colaboración intersectorial— impulsan los avances mediante la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención y la respuesta a las crisis de salud pública (41, 42).

4.1 Promoción de la salud

34. En las comunidades vulnerables y marginadas, incluidas las zonas remotas y rurales y los PEID, es frecuente que el personal de enfermería actúe como proveedor clave de servicios de salud, pues promueve la resiliencia climática por medio de la telemedicina y la atención preventiva por medio de los consultorios dirigidos por enfermeras o enfermeros (43, 44). Además, lucha contra los obstáculos sistémicos, como la desigualdad de género, por medio de la sensibilización, la educación y las iniciativas impulsadas por la comunidad (45).

35. Los determinantes sociales de la salud son «las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen» (46, 47). El personal de enfermería los aborda mediante la atención y la contribución a políticas que tienen en cuenta los contextos sociales y medioambientales para lograr mejoras oportunas de la salud de la población (26, 33, 46). Estas labores exigen que haya una colaboración intersectorial, un intercambio de buenas prácticas y un compromiso permanente de los interesados, los pacientes, las familias y los profesionales (47). Por ejemplo, es frecuente que el personal de enfermería imparta a los pacientes, las familias y las comunidades educación sobre los riesgos relacionados con el clima, como las olas de calor, los monzones y las enfermedades transmitidas por vectores, y que para ello promueva medidas de resiliencia como la hidratación, la refrigeración de las viviendas y la prevención de infecciones (48-50) (véase el recuadro 4.1).

36. El personal de enfermería se apoya en la participación de la comunidad para tender puentes entre los proveedores de servicios de salud, los trabajadores

sociales, los pacientes, las personas cuidadoras y las comunidades; lo logra generando confianza y amplificando las voces de la comunidad en la planificación y la prestación de servicios de salud. Las enfermeras y enfermeros colaboran a menudo con los sistemas de salud y los miembros de la comunidad para crear conjuntamente soluciones que aborden las necesidades locales y las redes sociales dinámicas que conforman la identidad, los valores y las creencias, más allá de los límites geográficos (51, 52).

4.2 Atención de salud a lo largo de la vida

37. Por ser el grupo ocupacional más numeroso, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la prestación de servicios de salud en todos los niveles de todos los ámbitos de la salud, desde los sistemas orientados a los establecimientos y las enfermedades hasta los servicios integrados y centrados en las personas, que defienden los principios de equidad en la salud, igualdad de género y derecho a la salud para todos (29). Es indispensable para reorientar los sistemas

Recuadro 4.1 Cambio climático y enfermería

Las enfermeras y enfermeros desempeñan un papel crucial a la hora de abordar los efectos del cambio climático sobre la salud mediante la educación, la promoción y las prácticas de salud sostenibles (53). Como trabajadores de la salud en la primera línea de la prestación de servicios, imparten a los pacientes y las comunidades educación sobre los riesgos para la salud relacionados con el clima, como la contaminación atmosférica, el calor extremo y las enfermedades transmitidas por vectores, al tiempo que promueven medidas de protección como la preparación y respuesta ante emergencias, las estrategias de hidratación y la prevención de infecciones (48-50, 54). Sus estrechos vínculos con las comunidades los erige en poderosos promotores de la justicia social, capaces de afrontar el desproporcionado impacto del cambio climático (55, 56), como el aumento de la prevalencia de las enfermedades respiratorias y cardiovasculares debido a la contaminación atmosférica, o de las enfermedades transmitidas por vectores debido a las alteraciones de los ciclos meteorológicos (57).

Más allá de la educación de los pacientes, el personal de enfermería lidera iniciativas para reducir la huella de carbono de los establecimientos de atención de salud y asistenciales: fomenta el reciclaje, reduce el consumo de energía, aplica prácticas de adquisición sostenibles y promueve la telemedicina (43, 55). Estas labores contribuyen a mitigar el impacto ambiental de las actividades de atención de salud y asistenciales al tiempo que propician la resiliencia frente a perturbaciones climáticas como fenómenos meteorológicos extremos, incendios forestales o inundaciones. Sin embargo, el propio personal de enfermería se enfrenta a riesgos para la salud derivados del cambio climático, como la exposición a temperaturas extremas, la mala calidad del aire y la carga psicológica que supone responder a emergencias provocadas por el clima (58). Es fundamental prestar apoyo de salud mental a las enfermeras y enfermeros que sufren estrés, desgaste profesional o traumas para mantener el bienestar y la eficacia de la plantilla (59, 60).

Pese al papel fundamental que desempeñan, muchas enfermeras y enfermeros afirman que su formación en cuestiones de salud relacionadas con el clima es insuficiente (61). En un estudio mundial, el 41 % de los trabajadores de la salud encuestados señaló la falta de conocimientos como un obstáculo para las iniciativas relacionadas con el cambio climático, el 22 % citó el escaso apoyo de sus compañeros y el 31 % consideraba que los trabajadores de la salud tendrían poco impacto, lo que pone de relieve la urgente necesidad de mejorar la formación y el desarrollo de competencias (62). Por ello, el refuerzo de los planes de estudios de enfermería y la ampliación de los programas de DPC prepararán mejor a las enfermeras y enfermeros para hacer frente a los problemas relacionados con el clima en su ejercicio profesional (63-66).

Al integrar en dicho ejercicio una atención de salud respetuosa con el clima, el personal de enfermería contribuye a la resiliencia de la salud mundial y al logro de los ODS (53). Su experiencia tanto en la atención directa a los pacientes como en la sostenibilidad del sistema de salud en general lo convierte en un elemento clave para impulsar una respuesta al cambio climático que esté centrada en la salud y dé prioridad a la prevención, la adaptación y la equidad (48, 50, 61, 67-69).

de salud hacia un enfoque de atención primaria que vaya dirigido a los individuos, las familias y las comunidades —incluidos quienes viven en la pobreza, los migrantes, las poblaciones desplazadas y las personas con discapacidad— y garantice una atención inclusiva, equitativa y accesible. Por medio de sus funciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, garantiza la prestación sistemática de servicios de salud de calidad y debe estar preparado para trabajar en entornos culturales diversos, respetando las tradiciones y creencias locales, pero sin dejar de promover los objetivos de salud mundiales (70).

38. La prestación de una atención de calidad en todos los niveles del sistema de salud para crear unos sistemas de salud equitativos, centrados en las personas y resilientes, orientados hacia la atención primaria, depende en gran medida de la contribución de las enfermeras y enfermeros (71-73) (véase el recuadro 4.2). En el punto de atención, estos garantizan que los servicios

sean seguros y eficaces y den respuesta a las diversas necesidades de las poblaciones, al tiempo que, en muchos casos, dirigen equipos multidisciplinarios para dispensar una atención global, integrada y coordinada que mejore los resultados de salud y la resiliencia del sistema (74). Dado que los sistemas de salud dependen cada vez más de una combinación de profesionales y no profesionales, el personal de enfermería es clave en la coordinación, adaptación, supervisión y comunicación de las medidas asistenciales entre especialistas, asistentes y cuidadores informales (33, 72, 73, 75).

39. Por su condición de cuidadores, promotores, supervisores, educadores y líderes, las enfermeras y enfermeros son esenciales para la seguridad del paciente. Su experiencia en la gestión de riesgos y la atención basada en la evidencia garantiza la seguridad en la prestación de servicios (81, 82). Cabe destacar que el 67 % de los países informan de que han integrado los principios de seguridad del paciente en la enseñanza de la enfermería y con

Recuadro 4.2

El personal de enfermería en la atención primaria

El personal de enfermería es fundamental en la atención primaria de salud: presta unos servicios equitativos, costoefectivos y centrados en las personas, al tiempo que refuerza la capacidad de los sistemas de salud (33, 76). El enfoque de la atención primaria de salud, basado en datos y respaldado por políticas mundiales, sigue siendo clave para lograr la CUS y los ODS (77, 78). La Declaración de Astaná describe tres pilares interrelacionados de la atención primaria de salud:

- los servicios de salud integrados a lo largo de la vida;
- la acción multisectorial sobre los determinantes de la salud; y
- el empoderamiento de las personas y las comunidades para que tomen las riendas de su salud.

Las enfermeras y enfermeros son esenciales para promover estos pilares e impulsar la agenda de la atención primaria (33, 78, 79); con su rica trayectoria asistencial en las comunidades y los hogares, están en primera línea de esta visión. Gracias a su formación de alto nivel y su ámbito de ejercicio profesional ampliado, los profesionales de enfermería de práctica avanzada se perfilan como una prometedora solución laboral al creciente problema de la escasez de médicos generalistas (80).



ello han reforzado funciones clave como la administración de medicamentos y la prevención y el control de infecciones (PCI). Pese a la escasez de personal y otros problemas, las enfermeras y enfermeros respetan las medidas de PCI, como la higiene de las manos y las técnicas asépticas, al tiempo que fomentan la confianza por medio de la educación de los pacientes. Es vital invertir en la capacidad y el liderazgo del personal de enfermería para mantener la seguridad de los pacientes a escala mundial y garantizar una atención respetuosa y protectora.

40. El personal de enfermería desempeña un papel clave en la gestión de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el paludismo, la infección por el VIH, la hepatitis, las infecciones de transmisión sexual y las infecciones respiratorias y gastrointestinales, entre otras (83, 84). Sus contribuciones a la promoción de las iniciativas de prevención comunitarias, la gestión de la atención a los pacientes y la administración de tratamientos —como la atención y el seguimiento

diferenciados de la infección por el VIH—, mejoran el acceso a los servicios de salud que las poblaciones necesitan (29, 83, 85).

41. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos, ya que vela por un uso cuidadoso de los antibióticos, vigila la evolución de los pacientes y educa a las comunidades acerca de las mejores prácticas. Además, puede supervisar el consumo de antimicrobianos y llevar la iniciativa en la optimización de su uso mediante la concienciación sobre este (86, 87).
42. Tanto la prevención como la gestión de las ENT dependen del papel esencial que desempeña el personal de enfermería (88) en la atención de salud. Por ejemplo, los consultorios dirigidos por dicho personal aumentan las tasas de cribado, abordan los principales factores de riesgo, mejoran el cumplimiento del tratamiento farmacológico y pueden ampliar el acceso de los pacientes a la atención (74, 89, 90) (véase el recuadro 4.3). También es

Recuadro 4.3 Consultorios dirigidos por personal de enfermería

Se ha comprobado que los consultorios dirigidos por personal de enfermería dispensan una atención primaria centrada en el paciente, reducen tanto los ingresos hospitalarios como las visitas a los servicios de urgencias, la duración de la estancia hospitalaria y la carga de síntomas, y mejoran la satisfacción, la alimentación y la actividad de los pacientes al tiempo que mitigan la ansiedad y la depresión en estos y potencian la autogestión de las enfermedades crónicas (91-100). Además, las intervenciones coordinadas por personal de enfermería y dirigidas a adultos mayores frágiles que han recibido el alta hospitalaria se han asociado con una reducción de las rehospitalizaciones al mes y a los tres meses (101).

Impulsar la integración de los consultorios dirigidos por personal de enfermería en la atención primaria exige un enfoque global a varios niveles, con políticas de personal específicas a escala nacional, subnacional y comunitaria (102). Puede que problemas tales como limitaciones normativas, incoherencias en los servicios o dificultades para obtener el apoyo del personal directivo o la aceptación de la comunidad obstaculicen su adopción generalizada (92). Reforzar los análisis de costos y las medidas de resultados puede aportar datos más sólidos, mientras que la colaboración interprofesional puede integrar los modelos dirigidos por personal de enfermería en marcos existentes que apoyen su sostenibilidad y escalabilidad (91, 92, 102, 103).

En Filipinas, las enfermeras y enfermeros de salud pública desempeñan un papel clave en la aplicación de la Ley de Atención Universal de Salud, cuyo objetivo es proporcionar a todos los filipinos un acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad con protección frente a riesgos financieros (104). El Departamento de Salud patrocinó el Curso de Desarrollo del Liderazgo para Enfermería de Salud Pública con el fin de mejorar las competencias de la enfermería de salud pública en áreas esenciales para el fortalecimiento de los sistemas de salud (105). En el curso, las enfermeras y enfermeros reciben formación en salud pública y asumen el papel de líderes, gestores, promotores y prestadores de atención de salud para cubrir las necesidades asistenciales de las personas y los grupos de población de la comunidad. Este curso pone de manifiesto la contribución del personal de enfermería de salud pública con habilidades avanzadas, que puede desenvolverse y participar eficazmente en todos los componentes del sistema de salud, lo que confirma su papel cada vez más importante en la aplicación de la CUS a través de la atención primaria de salud (106).

- clave reforzar el apoyo normativo a las intervenciones dirigidas por el personal de enfermería para lograr una gestión eficaz, costoefectiva y sostenible de las ENT (90).
43. El personal de enfermería es el principal proveedor de servicios de anticoncepción y salud reproductiva en todo el mundo y, como tal, en algunos países ve restringidas las tareas propias de su ámbito de ejercicio habitual. En 2023, una encuesta sobre salud sexual, reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente en la que participaron 115 Estados Miembros reveló que el 79 % autorizan al personal de enfermería a administrar de forma autónoma anticonceptivos inyectables, el 52 % lo autorizan a insertar y extraer implantes y el 47 % lo autorizan a insertar y extraer dispositivos intrauterinos (107). Estas cifras ponen de relieve el importante, aunque poco reconocido, papel que desempeñan las enfermeras y enfermeros en la atención integral de la anticoncepción.
44. En todas las etapas de la vida, desde la atención del neonato a la del niño y desde la adolescencia hasta la vejez, el personal de enfermería presta servicios esenciales tanto en los establecimientos como en las comunidades. Desempeña un papel fundamental en todos los niveles del sistema de salud al atender a los recién nacidos pequeños y enfermos y garantizar su supervivencia y bienestar. Las enfermeras y enfermeros suelen ser los primeros en identificar los signos de maltrato físico, emocional y psicológico de los niños en hospitales, escuelas, centros de salud comunitarios y domicilios, y darles respuesta. Es frecuente que identifiquen estos casos en el curso de exploraciones sistemáticas de niños que acuden por problemas ajenos a dicho maltrato (108-110) (véase el recuadro 4.4).

Recuadro 4.4 Programa de Salud Escolar y Servicios de Enfermería en Nepal

El Ministerio de Salud y Población aprobó en 2019 el Programa de Salud Escolar y Servicios de Enfermería para garantizar la presencia de personal de salud en las escuelas y prestar servicios de salud esenciales. Dicho programa busca promover unos hábitos saludables entre los adolescentes mediante la certificación de las escuelas como «Escuelas Promotoras de Salud» y la puesta en marcha de iniciativas de salud nacionales como nutrición, vacunación y educación sexual y reproductiva. Fomenta un entorno escolar seguro y de apoyo, haciendo hincapié en la educación en salud para el cambio de comportamiento, la promoción de la salud mental, los primeros auxilios y la protección frente a accidentes, lesiones y consumo de sustancias. Los reconocimientos médicos periódicos y la oportuna remisión a establecimientos de salud ayudan a resolver los problemas de salud, y el programa trabaja para reducir las tasas de absentismo y abandono escolar. Entre los logros alcanzados cabe citar las campañas de desparasitación, la administración de suplementos de hierro y ácido fólico a las adolescentes, y la cobertura vacunal (COVID-19; sarampión, parotiditis y rubéola —triple vírica—; fiebre tifoidea). La educación en salud ha concienciado respecto a la prevención de enfermedades y los hábitos saludables y ha contribuido con ello a que las comunidades sean más seguras. Ha disminuido el absentismo escolar y se han promovido iniciativas de salud mental por medio del apoyo psicológico y el aprendizaje socioemocional. Además, las escuelas han elaborado planes de preparación ante catástrofes con simulacros periódicos. El programa desempeña un papel clave en la mejora de la salud de los adolescentes y en el avance hacia los objetivos de Nepal relacionados con el logro de la CUS (111-115).

Recuadro 4.5 El papel clave del personal de enfermería en la prestación de las funciones esenciales de salud pública

Las funciones esenciales de salud pública (FESP) abarcan una amplia gama de actividades necesarias para lograr y mantener los objetivos mundiales relacionados con la salud, como la CUS y la seguridad sanitaria mundial. También incluyen la preparación y respuesta ante emergencias, la promoción de la salud, la prevención, vigilancia y seguimiento de enfermedades, y la elaboración de políticas (116, 117). Estas funciones se prestan por medio de servicios y sistemas integrados en diversos sectores de la salud y afines, como la salud animal y la salud ambiental, el agua y el saneamiento, las cadenas de suministro alimentario, la seguridad vial y la planificación urbana.

El personal de salud pública está constituido por todas las personas que contribuyen a la prestación de al menos una de las funciones esenciales de salud pública como parte de los servicios y sistemas integrados en el sector de la salud y otros sectores afines. Comprende una agrupación heterogénea de diversas profesiones y puede enmarcarse conceptualmente en tres grupos que se solapan parcialmente: el grupo central del personal de salud pública; los trabajadores de la salud y asistenciales, y el personal de otras profesiones relacionadas con la salud (23, 118).

Con su labor en las comunidades, las enfermeras y enfermeros contribuyen activamente a la prestación de las FESP. Son clave en la preparación y respuesta ante emergencias, ya que dirigen los equipos de respuesta, dispensan cuidados intensivos durante las emergencias y educan a las comunidades acerca de la preparación ante catástrofes (23). Además, participan activamente en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mediante la educación comunitaria, las campañas de vacunación, la promoción de los hábitos saludables y la realización de cribados para prevenir brotes epidémicos. Están en el lugar idóneo para identificar y abordar los riesgos para la salud en sus comunidades respectivas, lo que incluye la vigilancia y el seguimiento de la salud pública mediante la recopilación y el análisis de los datos de salud, esenciales para detectar precozmente posibles amenazas para la salud de las comunidades (29, 116, 119).

Las enfermeras y enfermeros tienen, además, capacidad de influir en la formulación y aplicación de políticas de salud pública gracias a su conocimiento de las necesidades comunitarias en este ámbito. Pueden promover políticas que fomenten la equidad en salud y mejoren el acceso a la atención, logrando con ello que las iniciativas de salud pública sean, además de eficaces, inclusivas (23, 120). Están en disposición de liderar iniciativas de creación de capacidad basadas en actuar como mentores de otros miembros del equipo de salud pública y organizar programas de formación a fin de garantizar que el personal siga siendo competente y esté preparado para hacer frente a los desafíos presentes y futuros en materia de salud (120). Otro papel clave a su alcance es el de identificar y apoyar a los grupos de población vulnerables, como los adultos de edad avanzada, las personas con múltiples problemas de salud y las comunidades marginadas.

Los responsables nacionales de la planificación y la formulación de políticas deberían facilitar el papel del personal de enfermería en la prestación de funciones de salud pública dotándolo de las competencias necesarias para el desempeño de sus tareas en equipos multidisciplinarios mediante programas de formación basados en competencias a lo largo de todo el proceso de aprendizaje permanente (formación previa al empleo, en el empleo y especializada) (119). A ello se añade que fomentar las alianzas colaborativas entre el personal de enfermería y el de otras profesiones que componen el personal de salud pública mejora la aplicación de las FESP y posibilita un enfoque integrado y global de la salud pública que deriva en unas comunidades más sanas.

4.3 Funciones esenciales de salud pública, incluida la preparación y respuesta ante emergencias

45. El personal de enfermería desempeña un papel clave en el fortalecimiento de los sistemas de salud, la creación de capacidades comunitarias y la garantía de la sostenibilidad de los servicios de salud esenciales durante las emergencias. Su participación en colaboraciones interdisciplinarias e intersectoriales mejora la eficacia de la preparación y respuesta ante emergencias, y con ello se logra que las comunidades estén mejor equipadas para afrontar los riesgos de salud durante las crisis (véase el recuadro 4.5).
46. El personal de enfermería ha sido indispensable en la gestión de servicios de salud esenciales durante emergencias sanitarias mundiales como la pandemia de COVID-19 y los brotes epidémicos de enfermedad por el virus del Zika o el virus del Ébola (33, 116, 117). La encuesta de tanteo de la OMS de 2023 mostró que casi una cuarta parte de los servicios de salud esenciales sufrieron alteraciones a causa de la pandemia de COVID-19 en diversos entornos de prestación de servicios, como la atención primaria, las urgencias y los cuidados intensivos, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la atención comunitaria (121). Las enfermeras y enfermeros ayudan a mantener estos servicios esenciales, y su liderazgo en la gestión de catástrofes y la planificación de la respuesta permite adaptarlos rápidamente para que no haya interrupciones y así el impacto sobre los resultados de los pacientes y los servicios de salud esenciales de calidad sea el menor posible (121-126).
47. Las emergencias sanitarias agudas afectan cada año a millones de personas en todo el mundo, y los riesgos siguen aumentando debido al cambio climático (127). Es fundamental detectar a tiempo estas amenazas y difundir información sobre ellas en el marco de una respuesta multisectorial orientada a reducir sus consecuencias

sociales, políticas, económicas y de salud pública (122, 124, 128). Del mismo modo, es crucial mitigar el riesgo de emergencias para reducir el impacto de las catástrofes, y el personal de enfermería desempeña un papel clave en la protección de las poblaciones en situación de riesgo al actuar por varios cauces: la atención al paciente, la educación comunitaria, los sistemas de alerta temprana, la planificación de catástrofes y la promoción de la resiliencia de los sistemas de salud (122-124, 127, 129). Para apoyar estas labores se han definido las competencias básicas en enfermería de catástrofes, que establecen los criterios mínimos necesarios para que las enfermeras y enfermeros desplegados como parte de un equipo establecido respondan eficazmente a las catástrofes (130).



Un enfermero desinfecta un centro de tratamiento del cólera en la zona de Gofa (suroeste de Etiopía), donde son frecuentes los casos.
© OMS/Mulugeta Ayene



Una enfermera de un hospital de las Islas del Pacífico prepara una jeringa. © OMS/Mesake 'Isileli Taukolo

→ Empleos

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA

Aumentar la disponibilidad de personal de salud mediante la creación sostenible de puestos de trabajo de enfermería, la contratación y retención efectiva de personal de enfermería, y la gestión ética de la movilidad y la migración internacionales.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- En 2023, el contingente mundial de personal de enfermería ascendía a 29,8 millones de personas. De estos trabajadores, el 80 % se clasificaron en el grupo de profesionales de enfermería, el 17 % lo fueron en el de profesionales de nivel medio de enfermería y el 3 % no se clasificaron en ninguno de estos dos grupos.
- Las enfermeras y enfermeros representan aproximadamente el 57 % del personal que ejerce alguna de las cinco ocupaciones del sector de la salud (médicos, personal de enfermería y de partería, dentistas y farmacéuticos).
- Su distribución mundial está muy sesgada. Los países de ingreso alto, que representan el 17 % de la población mundial, acogen a casi la mitad (46 %) de las enfermeras y enfermeros del mundo.
- La densidad de personal de enfermería varía mucho según las regiones y los grupos de ingreso. En los países de ingreso bajo hay 9,3 enfermeras o enfermeros por 10 000 habitantes, mientras que en los de ingreso alto hay 100,4 por 10 000 habitantes, es decir, diez veces más.
- En los 35 PEID, la densidad promedio de personal de enfermería es inferior a la de los países que no forman parte de este grupo (29,6 y 37,1 por 10 000 habitantes, respectivamente).
- Los datos de 130 países recopilados entre 2018 y 2023 revelan un personal de enfermería relativamente joven: el 33 % es menor de 35 años y el 19 % tiene 55 años o más y está cercano a la jubilación.
- Los datos de 150 países muestran que el 85 % del personal de enfermería del mundo son mujeres, con porcentajes que oscilan entre el 91 % de la Región del Pacífico Occidental y el 66 % de la Región de África, y que en 15 países hay más enfermeros que enfermeras.
- En los 80 países que han informado sobre ello, aproximadamente el 15 % del personal de enfermería (es decir, uno de cada siete trabajadores) ha nacido en el extranjero.
- Los países de ingreso alto que aportaron esta información son los que presentan el mayor porcentaje de personal de enfermería nacido en el extranjero (23 %), mientras que los de ingreso mediano bajo (1 %), ingreso mediano-alto (8 %) e ingreso bajo (3 %) muestran porcentajes significativamente menores, distribución que concuerda con los datos de 2020.
- A escala mundial, en promedio, el 70 % del personal de enfermería trabaja en el sector público, el 18 % lo hace en establecimientos privados con ánimo de lucro y el 11 %, en establecimientos privados sin ánimo de lucro.
- Se prevé que el contingente mundial de personal de enfermería alcance los 36 millones en 2030, lo que representa un crecimiento medio anual del 2,7 %.
- El déficit mundial de personal de enfermería era de 5,8 millones en 2023, y se prevé que disminuya a 4,1 millones para 2030, aunque, para esa fecha, el 69 % de dicho déficit afectará a las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental.

48. En este apartado sobre el empleo en enfermería se describen los tipos de enfermeras y enfermeros, su distribución geográfica y sus perfiles por edad y sexo. También se evalúa su distribución según la titularidad de los establecimientos, se formulan previsiones sobre el contingente y la densidad de personal de enfermería hasta 2030, se identifican los déficits en 2023 y se estima la producción de titulados necesaria para cubrir estos de aquí a 2030. Se analiza la compleja dinámica de la movilidad internacional y la migración de dicho personal, para lo cual se presentan datos sobre las enfermeras y enfermeros nacidos en el extranjero y los formados en el extranjero, y se aborda el modo en que el movimiento internacional de estos profesionales afecta a la sostenibilidad del personal de salud mundial.
49. Los 194 Estados Miembros de la OMS han notificado datos sobre el contingente de personal de enfermería y, de ellos, el 88 % han notificado datos correspondientes a

los años 2020 a 2023 (véase el anexo 4). Teniendo en cuenta el crecimiento previsto en los países que comunicaron datos de años anteriores, se calcula que en 2023 había en el mundo 29,8 millones de enfermeras y enfermeros (cuadro 5.1). Sin embargo, tras esta cifra mundial se ocultan profundas diferencias dentro de las regiones y entre ellas (véase el apartado 5.1.3).

50. La estimación de 29,8 millones de enfermeras y enfermeros para 2023 muestra un aumento con respecto a los 27,9 millones estimados por la OMS para 2018 y registrados en la primera edición del informe *Situación de la enfermería en el mundo*, de 2020. Esta cifra más alta obedece tanto a una mejora de la calidad de los datos y su notificación —por ejemplo, a raíz de que países y regiones hayan actualizado o ajustado los datos de las series temporales para tener en cuenta al sector privado (131)— como a un aumento real del contingente.

Cuadro 5.1 Distribución del contingente mundial de personal de enfermería (en millones) en 2013, 2018 y 2023 a partir de varias publicaciones de datos

PUBLICACIÓN DE DATOS	<i>Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030</i>	<i>Situación de la enfermería en el mundo 2020</i>	<i>Situación de la enfermería en el mundo 2025</i>
AÑO DE NOTIFICACIÓN	2013 (enfermería y partería)	2018 (enfermería)	2023 (enfermería)
Región de África	1,0	0,9	1,7
Región de las Américas	4,7	8,4	7,5
Región de Asia Sudoriental	2,9	3,3	3,6
Región de Europa	6,2	7,3	7,2
Región del Mediterráneo Oriental	1,3	1,1	1,3
Región del Pacífico Occidental	4,6	6,9	8,5
Mundial	20,7	27,9	29,8

Nota: Este cuadro presenta el contingente de personal de enfermería según varias publicaciones de datos, desde la de 2016 en el documento *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. No se han ajustado retrospectivamente los datos correspondientes a los años 2013 y 2018, sino que se notifican como en las fuentes originales, a saber, los documentos *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*, *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y *Situación de la enfermería en el mundo 2025*.

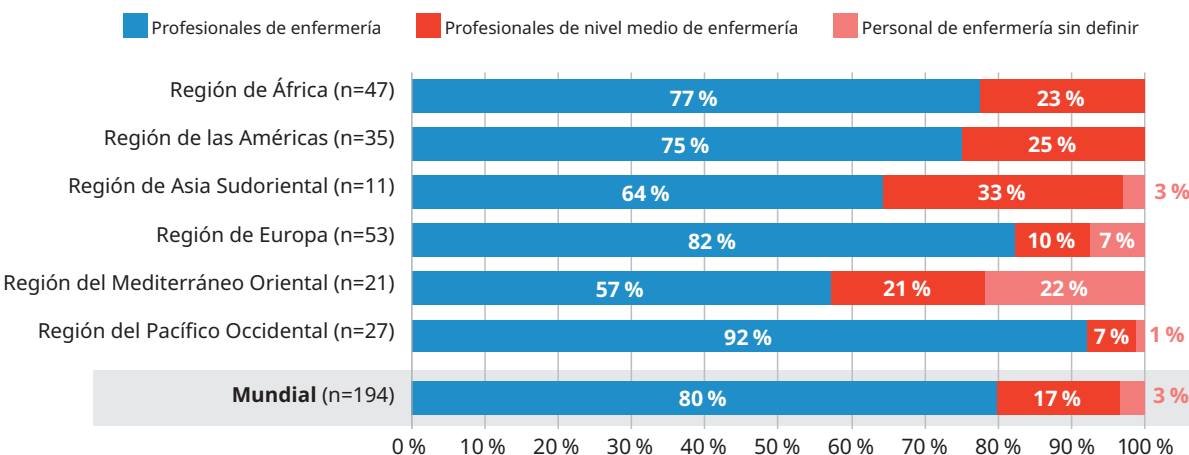
Fuentes: *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*; *Situación de la enfermería en el mundo 2020*; portal de datos de las CNPS para el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025*.

5.1 Contingente y densidad de personal de enfermería

5.1.1 Distribución por tipo de personal de enfermería: profesionales y profesionales de nivel medio

51. De los 29,8 millones de enfermeras y enfermeros notificados a partir de los datos y estimaciones más recientes, 16,8 millones (56 %) se clasificaron como profesionales de enfermería (código 2221 de la CIUO) y 4,7 millones (16 %) lo fueron como profesionales de nivel medio de enfermería (código 3221 de la CIUO), mientras que 8,3 millones (28 %) no se clasificaron en ninguno de estos dos grupos, por lo que para este análisis se categorizaron como «personal de enfermería sin definir». Este porcentaje de personal de enfermería sin definir (28 %) es más elevado que el registrado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* (9 %), lo cual probablemente refleje posibles problemas de armonización de los datos nacionales con la clasificación CIUO-08 o una menor colaboración con los interesados del sector de la enfermería para hacer corresponder los grupos ocupacionales con los de la CIUO-08. El porcentaje de personal de enfermería sin definir fue especialmente elevado en la Región del Pacífico Occidental (63 %).
52. La información suplementaria recopilada y notificaciones anteriores permiten reclasificar al personal de enfermería notificado como «personal de enfermería sin definir»: para ello se utiliza la distribución del personal de enfermería notificada anteriormente o la información sobre la duración de la formación, que cuando es de 3 años o más suele corresponder a los profesionales de enfermería. Con esta información adicional, en 35 de los 46 países que notificaron personal de enfermería sin definir fue posible reclasificar a este. La mayoría de las enfermeras y enfermeros eran profesionales de enfermería (80 %) y los notificaron 182 países; una proporción menor (17 %) eran profesionales de nivel medio de enfermería y los notificaron 98 países. Solo el 3 % de las enfermeras y enfermeros (pertenecientes a 11 países) no pudieron ser reclasificados de manera inequívoca, en particular en la Región del Mediterráneo Oriental (22 %). En el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* se comunicó que el 69 % eran profesionales de enfermería y el 22 %, profesionales de nivel medio de enfermería. Las proporciones relativas de las categorías de personal de enfermería reclasificadas varían según la región de la OMS (véase la figura 5.1).

Figura 5.1 Porcentaje del personal de enfermería perteneciente a cada grupo ocupacional, por regiones de la OMS



Notas: El análisis se basa en los últimos datos disponibles del periodo 2018-2023 correspondientes al contingente de personal de enfermería, o número de enfermeras y enfermeros. Se clasifican en profesionales de enfermería, profesionales de nivel medio de enfermería y personal de enfermería sin definir. Cuando fue posible, se reclasificó al personal de enfermería sin definir basándose en la distribución conocida previamente o en la información sobre la duración de la formación.

Fuente: CNPS; 2024.

5.1.2 Distribución del personal de enfermería en comparación con otros grupos ocupacionales de la atención de salud

53. El análisis del porcentaje que representa el personal de enfermería (entendiendo por tal el conjunto de los profesionales de enfermería, los profesionales de nivel medio de enfermería y el personal de enfermería sin definir) dentro del conjunto de las cinco ocupaciones del sector de la salud (médicos, personal de enfermería y de partería, dentistas y farmacéuticos), utilizado como indicador de seguimiento para la meta del ODS 3.c.1, indica que dicho personal representa aproximadamente el 57 % de estas ocupaciones sanitarias y está comprendido entre el 44 % en la Región del Mediterráneo Oriental y el 68 % en la Región de África (véase el cuadro 5.2).

Es un porcentaje ligeramente inferior al notificado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* (59 %).

5.1.3 Distribución geográfica del personal de enfermería en el mundo

54. La distribución del personal de enfermería en el mundo y su correspondiente densidad por 10 000 habitantes varían considerablemente según la región de la OMS y el grupo de ingreso del Banco Mundial (véase el cuadro 5.3).

Número de enfermeras y enfermeros

55. La región con el mayor contingente estimado de enfermeras y enfermeros es la del Pacífico Occidental (8,5 millones); el menor corresponde, en cambio, a las del Mediterráneo Oriental (1,3 millones) y África (1,7 millones). El personal de

Cuadro 5.2 El personal de enfermería como porcentaje de los trabajadores de la salud considerados en el ODS 3.c.1 (médicos, personal de enfermería y partería, dentistas y farmacéuticos), por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial

POR REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Porcentaje promedio de personal de enfermería
Región de África	47/47	68 %
Región de las Américas	35/35	63 %
Región de Asia Sudoriental	11/11	50 %
Región de Europa	53/53	58 %
Región del Mediterráneo Oriental	21/21	44 %
Región del Pacífico Occidental	27/27	55 %
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL		
Ingreso alto	64/64	64 %
Ingreso mediano alto	54/54	52 %
Ingreso mediano bajo	50/50	52 %
Ingreso bajo	26/26	58 %
Mundial	194/194	57 %

Nota: El indicador ODS 3.c.1 es el utilizado para evaluar los avances hacia la meta 3.c de los ODS. El análisis se basa en los últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.
Fuente: CNPS; 2024.

Cuadro 5.3 **Número de enfermeras y enfermeros en el mundo y densidad por 10 000 habitantes en 2023, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial**

POR REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Personal de enfermería [millones (%)]	Densidad por 10 000 habitantes [global (mín.-máx.)]
Región de África	47/47	1,7 (5,8 %)	14,1 (1,2-63,7)
Región de las Américas	35/35	7,5 (25,1 %)	72,2 (7,1-133,8)
Región de Asia Sudoriental	11/11	3,6 (12,2 %)	17,4 (2,0-50,2)
Región de Europa	53/53	7,2 (24,2 %)	76,9 (28,0-202,6)
Región del Mediterráneo Oriental	21/21	1,3 (4,2 %)	15,5 (1,2-83,7)
Región del Pacífico Occidental	27/27	8,5 (28,5 %)	44,0 (5,1-127,1)
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL			
Ingreso alto	64/64	13,8 (46,3 %)	100,4 (26,5-202,6)
Ingreso mediano alto	54/54	10,3 (34,6 %)	36,0 (13,6-103,2)
Ingreso mediano bajo	50/50	5,0 (16,9 %)	16,3 (1,2-106,8)
Ingreso bajo	26/26	0,7 (2,3 %)	9,3 (1,2-40,7)
Mundial	194/194	29,8 (100 %)	37,1 (1,2-202,6)

Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.
Fuente: CNPS; 2024.

enfermería trabaja mayoritariamente (78 %) en tres regiones de la OMS (Américas, Europa y Pacífico Occidental), que en conjunto representan el 49 % de la población mundial. Los países de ingreso alto, que suponen el 17 % de la población mundial, acogen a casi la mitad del personal de enfermería del mundo (46 %). Esta desigualdad en la distribución mundial prácticamente no ha cambiado con respecto a la notificada en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, cuando las Regiones de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental representaban el 51 % de la población y acogían al 81 % de las enfermeras y enfermeros del mundo.

5.1.4 Densidad de personal de enfermería

56. La Región de Europa de la OMS es la que tiene una densidad más alta (76,9 enfermeras o enfermeros por 10 000 habitantes); en cambio, las Regiones

de África, de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental se caracterizan por unas densidades bajas (más de un 35 % inferiores a la mediana mundial observada hace 10 años, en 2013). Los países de ingreso bajo tienen 9,3 enfermeras o enfermeros por 10 000 habitantes, mientras que los de ingreso alto tienen 100,4 por 10 000 habitantes, es decir, diez veces más. Esta escala de inequidad también se observó en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, con una diferencia de densidad de casi diez veces entre la Región de las Américas (83,4 por 10 000 habitantes) y la Región de África (8,7 por 10 000 habitantes) y de más de diez veces entre los países de ingreso alto (107,7 por 10 000 habitantes) y los de ingreso bajo (9,1 por 10 000 habitantes) en aquel momento.

57. La densidad de personal de enfermería por 10 000 habitantes varía mucho de una

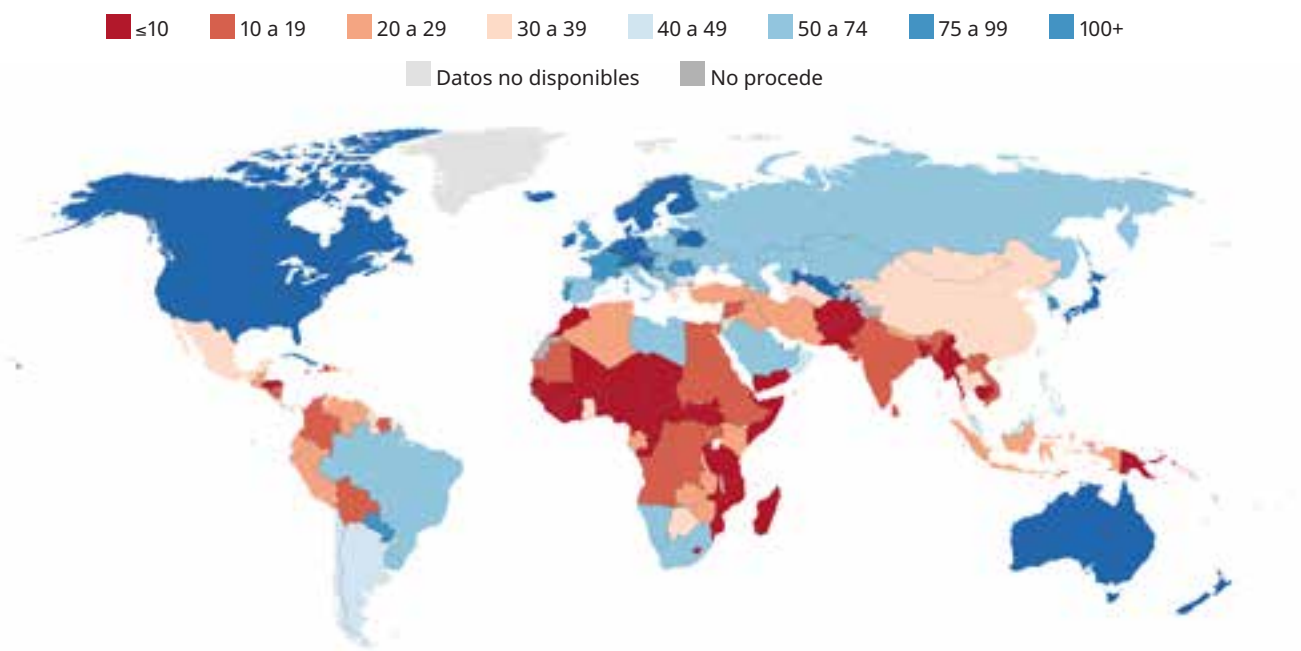
región a otra y dentro de una misma región (véase la figura 5.2): los países con las densidades más bajas se concentran en las Regiones de África, de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental, junto con algunos países de América Central y del Sur.

58. La densidad de personal de enfermería en los 45 Estados Miembros clasificados por el Comité de Políticas de Desarrollo de las Naciones Unidas como países menos adelantados (PMA) era de 8,1 enfermeras o enfermeros por 10 000 habitantes en diciembre de 2023 (véase el cuadro 5.4). Según los datos de 2018 incluidos en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, la densidad era de 6,4 por 10 000 habitantes, cifra que, en ese momento, seguía siendo cinco veces inferior al promedio notificado en los países no

clasificados como menos adelantados (42 por 10 000 habitantes). Además, la mayoría de los PMA se consideran vulnerables según el Índice de Fragilidad de los Estados.²

59. En los 35 PEID, la densidad promedio de personal de enfermería es de 29,6 enfermeras o enfermeros por 10 000 habitantes, inferior a la del resto de países (37,1 por 10 000 habitantes) (véase el recuadro 5.1). Por último, en los 55 países incluidos en la *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023*, la densidad promedio es de 8,8 enfermeras o enfermeros por 10 000 habitantes, es decir, cinco veces inferior a la de los demás países (44,6 por 10 000 habitantes) (véase el recuadro 5.2).

Figura 5.2 Densidad de personal de enfermería por 10 000 habitantes en 2023



Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.

Fuente: CNPS; 2024.

² Países con una puntuación superior a 80 en el Índice de Fragilidad de los Estados.

Cuadro 5.4 **Número y densidad de personal de enfermería en 2023 por categorías de países (nivel de desarrollo, pequeños Estados insulares en desarrollo, Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023)**

NIVEL DE DESARROLLO	Países notificantes	Número (millones)	Densidad por 10 000 habitantes [promedio (mín.-máx.)]
Países menos adelantados	45/45	0,9	8,1 (1,2-39,4)
Otros países	149/149	28,9	42,0 (5,1-202,6)
PEQUEÑOS ESTADOS INSULARES EN DESARROLLO			
Pequeños Estados insulares en desarrollo	35/35	0,2	29,6 (5,1-76,0)
Otros países	159/159	29,6	37,1 (1,2-202,6)
LISTA DE LA OMS PARA EL APOYO Y LA SALVAGUARDIA DEL PERSONAL DE SALUD 2023			
Países de la lista	55/55	1,5	8,8 (1,2-39,4)
Otros países	139/139	28,3	44,6 (2,0-202,6)

Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.

Fuente: CNPS; 2024.

Recuadro 5.1 Pequeños Estados insulares en desarrollo

El informe de 2023 sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible muestra que los PEID se enfrentan a brechas más amplias que el resto del mundo en la consecución de los ODS (132). Hay en el mundo 39 PEID: representan una quinta parte de los miembros de la OMS y en ellos viven 70 millones de personas (133). Sus poblaciones se ven desproporcionadamente afectadas por la crisis climática y por perturbaciones económicas externas, catástrofes naturales y otros problemas relacionados con el desarrollo. La mayoría son países de ingreso mediano y han avanzado hacia el logro de los objetivos sociales, económicos y ambientales del desarrollo sostenible, pero los progresos han sido desiguales y se han visto frenados por sucesivas crisis mundiales, entre ellas, la pandemia de COVID-19 (11).

Por el tamaño de su población, no es posible aprovechar economías de escala para la formación del personal de salud, la concesión de autorizaciones para ejercer y otras funciones de reglamentación profesional. Puede resultar difícil atraer a este personal a zonas remotas y lograr que permanezca. Es frecuente que, en dichas zonas (por ejemplo, las «islas periféricas»), los únicos trabajadores de la salud disponibles sean enfermeras y enfermeros, lo cual puede suponer largos turnos de trabajo y poco tiempo para la vida personal o el desarrollo profesional (134, 135). A ello se suma el riesgo de sufrir una degradación de sus habilidades debido al aislamiento profesional. Cabe añadir que las cifras agregadas de densidad de trabajadores de la salud por número de habitantes pueden no ser aplicables en las zonas con poblaciones muy dispersas.

En los PEID, las prioridades de política consisten en garantizar unos niveles sostenidos de inversión nacional en la enseñanza de la enfermería, el empleo, la enfermería de práctica avanzada y el desarrollo de habilidades y liderazgo. Un imperativo claro es optimizar todo el ámbito de ejercicio profesional del personal de enfermería para que este preste servicios esenciales sobre la base de un enfoque de atención primaria. La prestación de servicios también puede incluir la telemedicina y el uso de personal de enfermería de práctica avanzada y sistemas de derivación. Es posible mejorar la contratación y la permanencia del personal de enfermería si se le garantiza un entorno de trabajo digno, seguridad en el empleo y la remuneración, oportunidades de promoción profesional e incentivos. Los países, y en particular los PEID, podrían además estudiar la posibilidad de aplicar enfoques orientados a reforzar las capacidades, los medios y la autosostenibilidad del personal de enfermería en alianza con otros países: también han resultado eficaces mecanismos basados en mancomunar o coordinar con otros PEID, o con países vecinos más grandes, las funciones relacionadas con la formación y la reglamentación.

Recuadro 5.2 Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud (2023)

En consonancia con los principios rectores del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, la *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud* identifica a los países que sufren una escasez relativa de médicos y personal de enfermería y partería y una baja cobertura de los servicios de salud esenciales (136). Estos países necesitan inversiones para el desarrollo del personal de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como salvaguardias que desincentiven la contratación internacional activa de dicho personal.

Se anima a los países de ingreso alto a colaborar con los gobiernos de los países de la lista con miras a garantizar que el personal de salud sea suficiente para avanzar hacia el logro de la CUS y que los gobiernos de los países de destino proporcionen las coinversiones y el apoyo necesarios (137). No está vetado que los países de la lista firmen acuerdos intergubernamentales relacionados con la movilidad del personal de salud en determinadas circunstancias, pero dichos acuerdos deberían:

- basarse en un análisis del mercado laboral de la salud y en la adopción de disposiciones que garanticen una oferta interna suficiente en los países;
- implicar explícitamente a los interesados del sector de la salud, incluidos los ministerios de salud, en el diálogo y la negociación de los acuerdos que correspondan;
- especificar beneficios para el sistema de salud de los países de origen que sean acordes y proporcionales a los beneficios obtenidos por los países de destino; y
- notificarse a la Secretaría de la OMS a través de los correspondientes procesos de notificación de las CNPS y del Código.

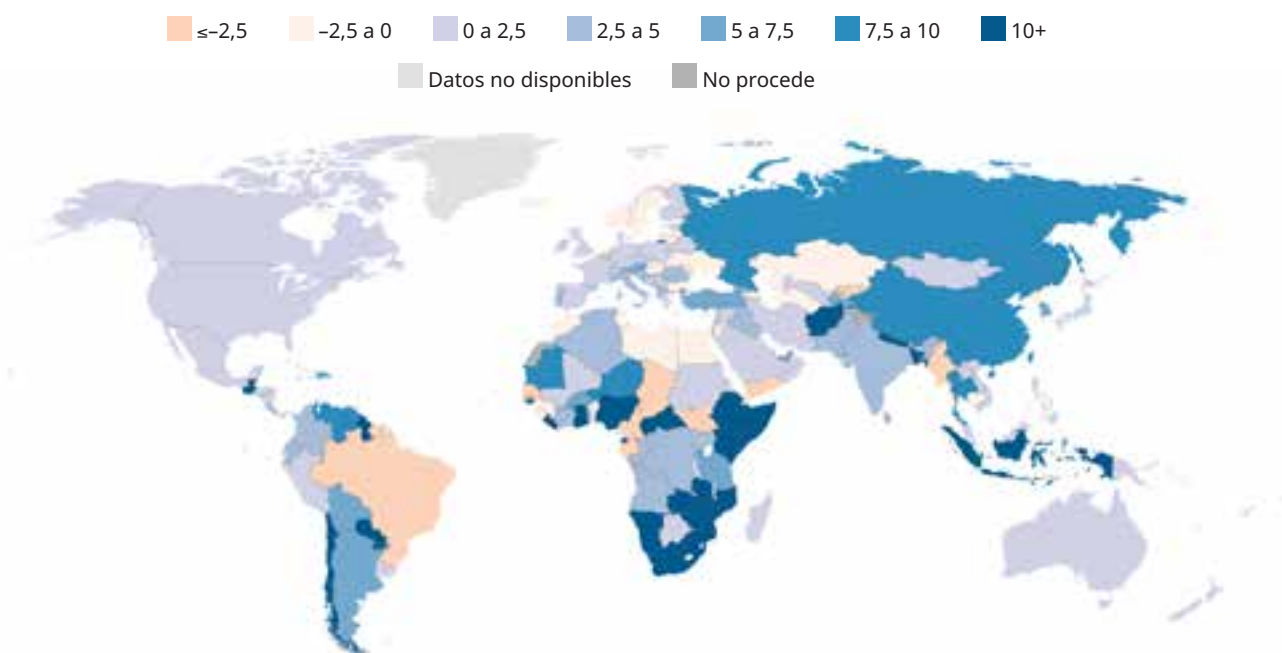
La *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023* incluye a 55 países, de los cuales 37 pertenecen a la Región de África. Estas recomendaciones pueden hacerse extensivas a otros países si procede.

60. La densidad de personal de enfermería registrada en 2023 ha aumentado en comparación con la notificada en años anteriores, como 2013 (año utilizado para estimar el contingente y el déficit de personal de salud que figuran en la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*) (véase la figura 5.3).

61. En muchos países, la densidad de personal de enfermería varió considerablemente entre 2013 y 2023. Los datos apuntan a que en algunos países (en azul oscuro) aumentó un 10 % anual o más, mientras que en otros no se modificó o descendió (países

en tonos rosados). Los descensos del contingente suelen observarse en países con conflictos crónicos o luchas civiles (véase el recuadro 5.3). En contrapartida, muchos países, sobre todo de la Región de África de la OMS, registraron aumentos gracias a iniciativas eficaces de refuerzo del personal de salud (138). Por último, los grandes aumentos o disminuciones podrían deberse a cambios en los datos registrados a medida que los países siguen mejorando la calidad y exhaustividad de la información que notifican mediante la inclusión de datos del año anterior y/o la modificación de los métodos para clasificar y contabilizar el personal de enfermería (138).

Figura 5.3 Variación porcentual anual de la densidad de personal de enfermería entre 2013 y 2023



Fuente: CNPS; 2024.

Recuadro 5.3 El personal de enfermería en zonas de conflicto

Los conflictos en curso han tenido un impacto devastador en las regiones afectadas y dificultan considerablemente la formación y el empleo del personal de enfermería y la prestación de servicios de enfermería a poblaciones muy vulnerables. Muchas instituciones educativas se han visto obligadas a cerrar debido a la violencia y la inestabilidad, lo cual ha paralizado los programas y retrasado la titulación de los estudiantes (139). El desplazamiento del personal docente y de enfermeras y enfermeros experimentados ha reducido aún más la disponibilidad de instructores cualificados para los programas de enfermería (140). También los daños en edificios, infraestructuras y equipos han restringido la formación, tanto teórica como práctica, y dificultado la adquisición de competencias de enfermería (141).

Los desplazamientos generalizados han dejado sin empleo a muchas enfermeras y enfermeros, mientras que los daños sufridos por los establecimientos de salud han reducido el número de puestos de trabajo disponibles para ellos (142). El deterioro de las condiciones en el entorno local puede impulsar al personal de enfermería a emigrar a países vecinos o más lejanos en busca de seguridad y mejores oportunidades laborales (140). En cuanto a la prestación de servicios de enfermería, puede pasar de la atención preventiva, comunitaria y sistemática a la atención de urgencias y traumatológica (136). En las zonas de conflicto, es frecuente que el personal de enfermería se vea obligado a clasificar y atender a las víctimas de la violencia, incluidas las de episodios a gran escala, sin tener formación previa en atención traumatológica (139, 144).

El personal de enfermería que trabaja en zonas de conflicto se enfrenta a riesgos enormes, como bombardeos, ataques a establecimientos de salud y amenazas directas a su seguridad (145). Las enfermeras corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual y secuestros que sus colegas masculinos (146); los desplazamientos de ida y vuelta a los establecimientos de salud aumentan su exposición al peligro (147). En la mayoría de los establecimientos escasean los suministros médicos, los medicamentos y los equipos de protección personal (148). El estrés que provoca un trabajo exigente en estos entornos tiene un importante costo psicológico y provoca agotamiento y problemas de salud mental (149).

Aunque los líderes de enfermería y los asociados pueden ayudar a identificar y abordar los problemas de salud pública (150, 151), en última instancia, la seguridad del personal de enfermería y de la población en general depende de que se ponga fin a la violencia y los conflictos (152, 153). Sigue siendo crucial garantizar la seguridad física y el bienestar mental de los trabajadores de la salud y asistenciales, incluido el personal de enfermería, mientras siguen prestando servicios esenciales que salvan vidas en circunstancias extremadamente difíciles (141, 147, 149).

5.2 Datos demográficos del personal de enfermería

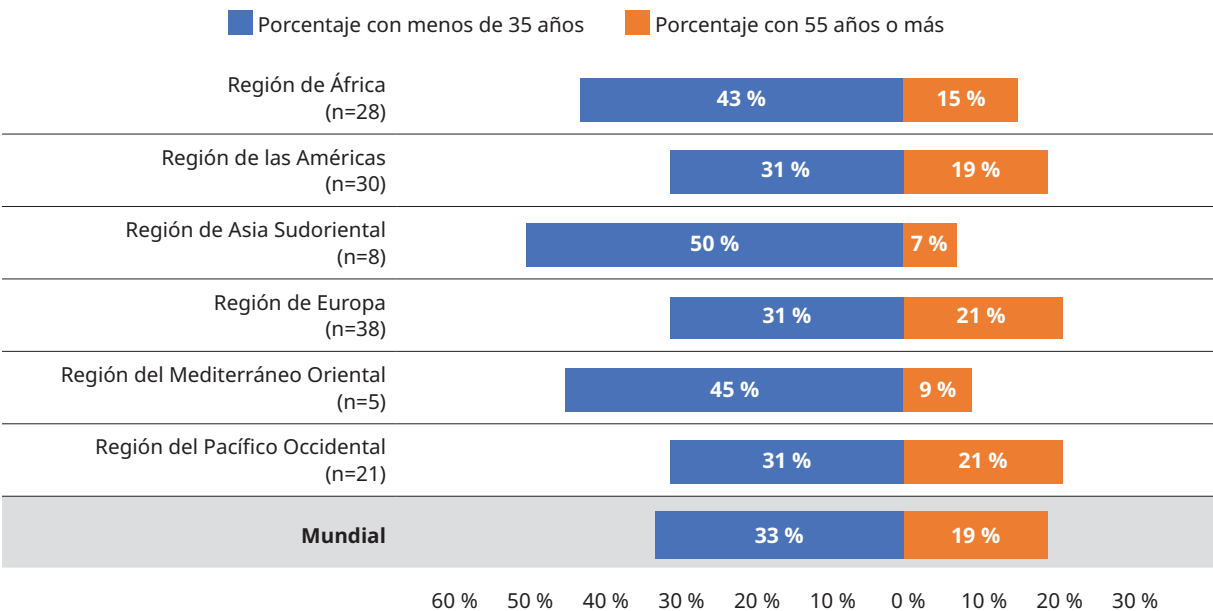
5.2.1 Perfil del personal de enfermería según la edad

62. Los datos disponibles sobre la distribución del personal de enfermería por grupos de edad en 130 Estados Miembros de la OMS durante el periodo 2018-2023 revelaron, en conjunto, una fuerza de trabajo relativamente joven: el 33 % de las enfermeras y enfermeros tienen menos de 35 años, frente a un 19 % que tiene 55 años o más (está previsto que este segundo grupo se jubile en la próxima década). Esta cifra difiere poco de la publicada en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, según el cual el 37 % del personal de enfermería tenía menos de 35 años y el 17 %, 55 años o más. Sin embargo, se observan grandes disparidades regionales en el

envejecimiento de esta población activa (véase la figura 5.4).

63. Dado que el 19 % de las enfermeras y enfermeros tienen 55 años o más, para sustituirlos harán falta unos 3,1 millones de nuevos profesionales entre 2023 y 2030. Esta cifra solo vendría a colmar el vacío creado por quienes van a salir de la fuerza laboral y no tiene en cuenta el número suplementario de enfermeras y enfermeros que harán falta para mantener las densidades (debido al crecimiento demográfico) o para satisfacer las crecientes necesidades en materia de salud y cubrir la escasez de efectivos o la salida (abandono) de la fuerza laboral enfermera. Al personal de enfermería experimentado le cabe desempeñar un importante papel: el de difundir y transferir sus conocimientos (antes de jubilarse), lo cual puede mejorar el desarrollo profesional de quienes acaban de incorporarse a la fuerza de trabajo (154).

Figura 5.4 Porcentaje de personal de enfermería menor de 35 años y de 55 años o mayor, por regiones de la OMS



Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. Se comunicaron datos de menos de la mitad de la población en la Región de Asia Sudoriental y la del Mediterráneo Oriental.
Fuente: CNPS; 2024.

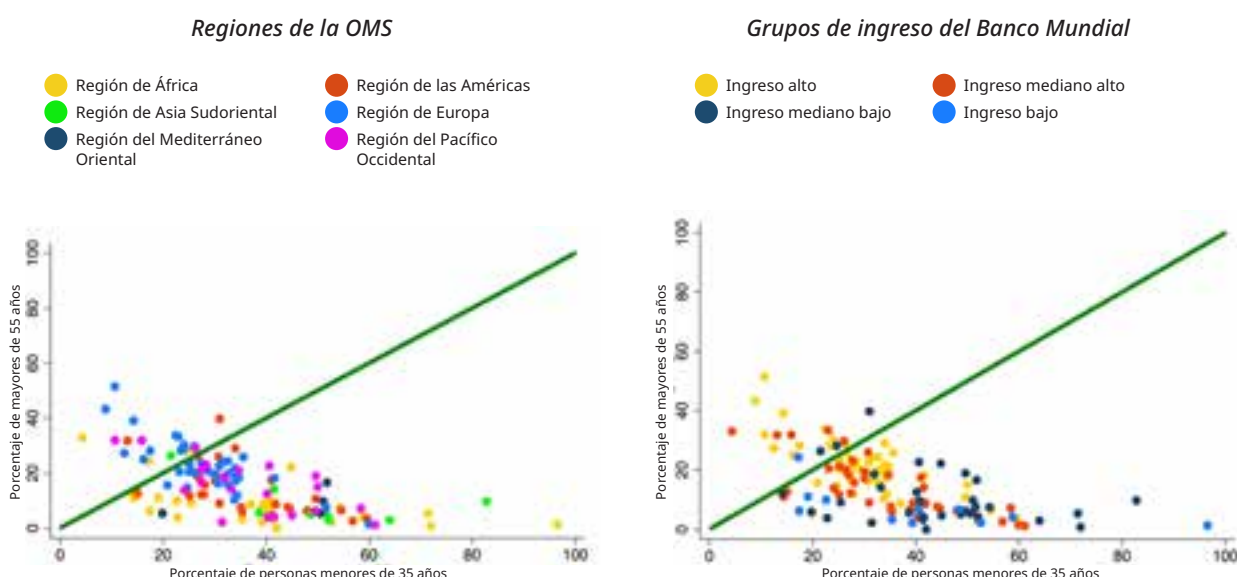
64. Se ilustran las proporciones relativas de personal de enfermería joven y próximo a la jubilación por regiones y por grupos de ingreso (véase la figura 5.5). Los puntos representan a los Estados Miembros de la OMS y la línea verde indica proporciones iguales de personal próximo a la jubilación y personal joven. En los países situados por encima de la línea, la proporción de enfermeras y enfermeros a punto de jubilarse es mayor que la de los que se están incorporando al mercado laboral. Unos 20 países, en su mayoría de ingreso alto y de la Región de Europa, corren el riesgo de no poder mantener constante su contingente de personal de enfermería debido a la estructura etaria de este. Esto supone un aumento con respecto a los datos de 2018 incluidos en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, según los cuales 18 países tenían una plantilla envejecida.

Los países de la Región de Europa han tomado nota de la tendencia y han apostado por una mayor inversión, por la innovación y por alianzas para evitar un mayor déficit de personal de salud y asistencial en el futuro (155).

5.2.2 Perfil del personal de enfermería por sexos

65. En 2024 ha mejorado notablemente la notificación de datos desglosados del personal de enfermería. Los datos de 150 Estados Miembros sobre la distribución de dicho personal por sexos muestran que, a escala mundial, el 85 % son mujeres, con una horquilla que se extiende desde el 91 % en la Región del Pacífico Occidental hasta el 66 % en la Región de África (véase el cuadro 5.5). Estos porcentajes son ligeramente inferiores a los notificados en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, según el cual el 89 % de los

Figura 5.5 Proporciones relativas de enfermeras y enfermeros de 55 años o más y de menos de 35 años, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial



Nota: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 106 países y relativos a la distribución del personal de enfermería por grupos etarios. Cada punto representa un país. La línea verde indica los puntos en los que el número de miembros del personal próximos a la jubilación (55 años o más) es igual al del personal joven (menores de 35 años).

Fuente: CNPS; 2024.

- profesionales de enfermería eran mujeres. La Región de África y la del Mediterráneo Oriental son las que presentan la mayor proporción de hombres entre los profesionales de enfermería (34 % y 27 %, respectivamente) y un 20 % más que la Región de las Américas y la del Pacífico Occidental (13 % y 9 %, respectivamente).
66. Aunque en general se trata de una profesión feminizada, 15 de los 150 países que notificaron datos declararon contar con un mayor número de enfermeros que de enfermeras. Diez de estos países pertenecen a la Región de África y todos, excepto uno, están clasificados como países de ingreso bajo. La menor representación de las mujeres en el sector de la salud y asistencial suele ir asociada a una menor participación global de ellas en el mercado laboral (156, 157).

5.2.3 Personal de enfermería nacido en el extranjero y formado en el extranjero

67. En los 80 países que facilitaron datos sobre la distribución del personal de enfermería por lugar de nacimiento, aproximadamente uno de cada siete de estos profesionales, es decir, alrededor del 15 %, ha nacido en el extranjero (véase el cuadro 5.6). Los datos de 2018 incluidos en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* indicaban que uno de cada ocho enfermeros o enfermeras había nacido en el extranjero o se había formado en el extranjero (se agregaron los datos de estos dos indicadores: nacidos en el extranjero y formados en el extranjero). Por consiguiente, los dos indicadores de los informes de 2020 y 2025 no son directamente comparables respecto a esta dimensión. Además, el número de países que informan sobre este indicador es reducido, lo cual limita las inferencias

Cuadro 5.5 Proporción de personal de enfermería femenino y masculino por regiones de la OMS

REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Proporción de personal de enfermería femenino	Proporción de personal de enfermería masculino
Región de África	34/47	66 %	34 %
Región de las Américas	31/35	87 %	13 %
Región de Asia Sudoriental	10/11	84 %	16 %
Región de Europa	39/53	85 %	15 %
Región del Mediterráneo Oriental	13/21	73 %	27 %
Región del Pacífico Occidental ^a	23/27	91 %	9 %
Mundial	150/194	85 %	15 %

Notas: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 150 países y relativos a la distribución del personal de enfermería por sexos. ^a Los datos notificados corresponden a menos de la mitad de la población.

Fuente: CNPS; 2024.

Cuadro 5.6 Proporción de personal de enfermería nacido en el extranjero, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial

POR REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Porcentaje del personal de enfermería nacido en el extranjero
Región de África ^a	16/47	3 %
Región de las Américas	21/35	6 %
Región de Asia Sudoriental ^a	5/11	8 %
Región de Europa ^a	23/53	14 %
Región del Mediterráneo Oriental ^a	7/21	61 %
Región del Pacífico Occidental ^a	8/27	26 %
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL		
Ingreso alto ^a	41/64	23 %
Ingreso mediano alto ^a	23/54	8 %
Ingreso mediano bajo ^a	12/50	1 %
Ingreso bajo ^a	4/26	3 %
Mundial	80/194	15 %

Notas: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 80 países y relativos a la distribución del personal de enfermería por lugar de nacimiento. Los datos representan la proporción entre el número de enfermeras y enfermeros nacidos en el extranjero y el número total de enfermeras y enfermeros. ^a Los datos notificados corresponden a menos de la mitad de la población.
Fuente: CNPS; 2024.



Un equipo de enfermeras coordina la atención a los pacientes en Tailandia. © OMS/Christine McNab

que puedan hacerse. Aun así, en todas las regiones, el personal de enfermería representa sistemáticamente la mayor población de trabajadores de la salud móviles (158) (véase el recuadro 5.4).

68. La proporción de personal de enfermería nacido en el extranjero está comprendida entre un porcentaje relativamente pequeño en los países notificantes de las Regiones de África y de las Américas (3 % y 6 %, respectivamente) y un porcentaje mayor en las Regiones del Pacífico Occidental (26 %) y del Mediterráneo Oriental (61 %). Sin embargo, dado el reducido número de países que informan sobre este indicador, las cifras de los datos agregados podrían

ser menos representativas en el caso de una región determinada. Por ejemplo, aunque la Región del Mediterráneo Oriental tiene una elevada proporción de enfermeras y enfermeros nacidos en el extranjero, esta cifra no incluye datos actualizados de los países más poblados de la región y excluye datos de una serie de países que apenas recurren a personal de enfermería nacido en el extranjero. El mayor porcentaje de personal de enfermería nacido en el extranjero se registra en los países notificantes de ingreso alto (23 %), mientras que en los de ingreso mediano bajo (1 %), mediano alto (8 %) y bajo (3 %) es menor. Esta distribución concuerda con los datos de 2018 notificados en el informe *Situación*

Recuadro 5.4 Personal de enfermería con movilidad internacional: trayectorias, factores determinantes y retos

La movilidad internacional puede materializarse por diversas vías, como las candidaturas individuales directas, los acuerdos intergubernamentales, las agencias de contratación, los programas educativos y las correspondientes políticas comerciales y de inmigración. Además, puede verse facilitada por la introducción de medidas flexibles en materia de reglamentación, el reconocimiento mutuo de credenciales, la armonización de las normas educativas u otros requisitos reglamentarios.

Se ha prestado especial atención a los factores determinantes de la movilidad internacional y la migración, a menudo denominados factores «incitadores» y «disuasivos». Aunque las circunstancias de cada enfermera o enfermero difieren, las motivaciones para migrar citadas habitualmente en la investigación sobre personal de enfermería de los países de origen son: la perspectiva de mejores condiciones económicas, una mayor remuneración, mejores condiciones laborales, oportunidades de desarrollo educativo y profesional, y conexiones familiares en los países de destino que facilitan la transición (159-178). Otras fuentes indican que el idioma y la proximidad geográfica influyen mucho en las pautas migratorias del personal de enfermería (179).

El personal de enfermería que emigra puede cubrir necesidades esenciales de mano de obra en los países de destino (180). Sin embargo, es posible que enfermeras y enfermeros con movilidad internacional no obtengan el reconocimiento profesional para ejercer como tales en el país de destino y acepten un empleo de trabajador asistencial, es decir, de un nivel inferior a su formación teoricopráctica y a su correspondiente ámbito de ejercicio profesional (181-185). Puede que esta sea una vía de entrada más fácil que acceder a un puesto de profesional de enfermería, y que ayude a mejorar las habilidades lingüísticas exigidas o facilite el presentarse al examen nacional de enfermería, pero ejercer como trabajadores asistenciales siendo enfermeras o enfermeros supone una pérdida de capacidad potencial del personal de salud también para el país de destino y puede derivar en un deterioro progresivo de las competencias específicas de estos profesionales. El problema va más allá de la pérdida de habilidades: también se reducen los dividendos que reporta el empoderamiento económico de las mujeres logrado por medio del empleo como enfermeras. Hoy por hoy no hay datos del número de enfermeras y enfermeros que utilizan la vía del empleo como trabajadores asistenciales para emigrar a los países de destino, y tampoco se sabe cuántos acaban reincorporándose a la profesión enfermera.

de la enfermería en el mundo 2020, según los cuales la proporción de personal de enfermería nacido en el extranjero era del 15,2 % en los países de ingreso alto e inferior al 1 % en los de los otros grupos de ingreso. Aunque, en muchos casos, la migración internacional implica pasar de un país de ingreso más bajo a otro de ingreso más alto (siguiendo los gradientes salariales; véase el apartado 7.3 sobre salarios), los patrones migratorios no siempre son sencillos (véase el recuadro 5.5).

69. En conjunto, aproximadamente uno de cada nueve enfermeros o enfermeras ha recibido formación en el extranjero (11 %) en los 87 países que han notificado



Formación en primeros auxilios para enfermeros y enfermeras de ambulancias en Afganistán. © OMS

Recuadro 5.5 Migración internacional circular

La migración circular se refiere a los desplazamientos repetidos, y de corta duración, entre países por parte de trabajadores de la salud que finalmente regresan a sus países de origen. Se ha propuesto este enfoque como una estrategia eficaz para paliar los efectos negativos de la migración sobre los sistemas de salud de los países de origen. Los trabajadores de la salud de la diáspora son profesionales de la salud que han salido de su país de origen para trabajar en el extranjero, pero mantienen fuertes vínculos con aquel y siguen contribuyendo a su sistema de salud pese a residir en otro lugar. Se pueden aprovechar sus contribuciones positivas para fortalecer los sistemas de salud de sus países de origen. Sin embargo, es probable que ni la migración circular ni las contribuciones de la diáspora, por sí solas, resuelvan por completo el problema que la migración excesiva no planificada supone para los sistemas de salud de los países de origen de ingreso bajo y mediano bajo.

En una revisión exploratoria se observó que la migración circular es limitada entre los trabajadores de la salud de la diáspora, y se da sobre todo entre países próximos en lo geográfico y lo lingüístico (186). Para potenciar su impacto, las políticas deben centrarse en reforzar las relaciones entre los gobiernos y los trabajadores de la salud, armonizar la formación y el reconocimiento mutuo de las cualificaciones entre los países de origen y de destino, y garantizar la seguridad de los viajes. En el caso de los países sin proximidad geográfica, la migración circular podría alentarse mediante incentivos como la reducción de los costos de viaje, la flexibilización de la normativa relativa a la autorización para ejercer y al propio ejercicio profesional, y la mejora de las condiciones económicas y las medidas de seguridad.

Muchos trabajadores de la salud de la diáspora que no se incorporan a la migración circular siguen prestando apoyo a los sistemas de salud de sus países de origen. Es más probable que mantengan su compromiso si las barreras transaccionales son escasas y los gobiernos de los países de origen abordan sistemáticamente las causas profundas de la emigración de los trabajadores de la salud al tiempo que mejoran las condiciones de vida locales. Este enfoque basado en establecer mecanismos facilitadores tanto para la migración circular como para las contribuciones de la diáspora puede ayudar a mitigar los efectos negativos de la migración del personal de salud y apoyar el logro de los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud (14, 186, 187).



En Mongolia, una enfermera atiende en un establecimiento de salud y con ello presta apoyo a los servicios de salud esenciales para la población. © OMS/Yoshi Shimizu

datos de la distribución del personal de enfermería por lugar de formación (véase el cuadro 5.7). Los países notificantes de las Regiones del Pacífico Occidental (22 %) y de Asia Sudoriental (19 %) presentan un alto porcentaje de personal de enfermería formado en el extranjero; en cambio, en los de las Regiones de África y de las Américas, dicho porcentaje es bajo (del 6 % en ambas). En la comparación por grupos de ingreso se observa que los países notificantes de ingreso alto tienen un elevado porcentaje de personal de enfermería formado en el extranjero (16 %), ya que aproximadamente uno de cada seis enfermeros o enfermeras se formó fuera del país, mientras que en los de ingreso bajo esto solo se da

Cuadro 5.7 Proporción de personal de enfermería formado en el extranjero, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial

POR REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Proporción de personal de enfermería formado en el extranjero
Región de África	19/47	6 %
Región de las Américas	21/35	6 %
Región de Asia Sudoriental	5/11	19 %
Región de Europa ^a	25/53	10 %
Región del Mediterráneo Oriental ^a	4/21	14 %
Región del Pacífico Occidental ^a	13/27	22 %
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL		
Ingreso alto	40/64	16 %
Ingreso mediano alto ^a	20/54	6 %
Ingreso mediano bajo	21/50	8 %
Ingreso bajo ^a	6/26	1 %
Total	87/194	11 %

Notas: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 87 países y relativos a la distribución del personal de enfermería por lugar de formación. Los datos se refieren al número de enfermeras y enfermeros formados en el extranjero dividido por el total de la plantilla de enfermería. ^a Los datos notificados corresponden a menos de la mitad de la población.

Fuente: CNPS; 2024.

en el 1 % del personal de enfermería. Una mayor proporción de personal de enfermería formado en el extranjero en los países notificantes de las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental puede reflejar limitaciones de la capacidad de formación de estos países, mientras que una mayor proporción en los países notificantes de ingreso alto puede reflejar la inmigración de enfermeras y enfermeros que, además, nacieron en el extranjero.

5.2.4 Distribución del personal de enfermería según la titularidad del establecimiento de salud

70. Dentro de los países, cabe observar otra posible fuente de inequidad en

la disponibilidad de personal de enfermería en los establecimientos de salud. En este apartado se aborda la distribución de dicho personal según la titularidad del establecimiento, a saber: establecimientos públicos, establecimientos privados con ánimo de lucro o establecimientos privados sin ánimo de lucro (véase el cuadro 5.8). A escala mundial, en promedio, el 70 % del personal de enfermería trabaja en el sector público, el 18 % lo hace en centros privados con ánimo de lucro y el 11 %, en centros privados sin ánimo de lucro. En general, esta distribución se mantiene cuando se analizan los datos por regiones y grupos de ingreso.

Cuadro 5.8 Proporción de personal de enfermería en establecimientos públicos, privados con ánimo de lucro y privados sin ánimo de lucro, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial

POR REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Proporción de personal de enfermería		
		Públicos	Privados con ánimo de lucro	Privados sin ánimo de lucro
Región de África	19/47	76 %	13 %	11 %
Región de las Américas	21/35	58 %	17 %	25 %
Región de Asia Sudoriental ^a	5/11	68 %	28 %	4 %
Región de Europa ^a	25/53	73 %	19 %	8 %
Región del Mediterráneo Oriental	4/21	70 %	28 %	2 %
Región del Pacífico Occidental ^a	13/27	61 %	35 %	4 %
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL				
Ingreso alto ^a	40/64	66 %	21 %	13 %
Ingreso mediano alto ^a	20/54	70 %	20 %	10 %
Ingreso mediano bajo ^a	21/50	66 %	25 %	10 %
Ingreso bajo	6/26	78 %	11 %	11 %
Total	87/194	70 %	18 %	11 %

Notas: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 87 países y relativos a la distribución del personal de enfermería según la titularidad del establecimiento. Los porcentajes pueden no sumar exactamente el 100 % debido al redondeo.
^a Los datos notificados corresponden a menos de la mitad de la población.
Fuente: CNPS; 2024.

5.3 Previsión del personal de enfermería hasta 2030 y déficit de personal

5.3.1 Previsión del contingente y la densidad de personal de enfermería hasta 2030

71. Para evaluar la dinámica del contingente de personal de enfermería notificado en diversas publicaciones de datos desde 2013, y su previsión para 2030, los datos más recientes (2023) se compararon con los publicados anteriormente en los documentos *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* (datos de 2013) y *Situación de la enfermería en el mundo 2020* (datos de 2018). La previsión hasta 2030 se basó en un modelo básico de «existencias y flujos» de recursos humanos publicado en 2022 (188) (se ofrecen más pormenores en el anexo 3).

72. Según los datos notificados, el contingente mundial de personal de enfermería era de 20,7 millones en 2013 (incluido el personal de partería), de 27,9 millones en 2018 (datos publicados en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*), y de 29,8 millones en 2023 (datos publicados en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025*). Se prevé que la cifra siga aumentando hasta alcanzar los 36 millones en 2030, lo que corresponde a una tasa promedio de crecimiento anual del 2,7 % (véase el cuadro 5.9). Dicho aumento será particularmente notable en las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, debido sobre todo al tamaño de las poblaciones de la India y China. Se trata esencialmente de la misma previsión de efectivos de enfermería en 2030 que la estimada en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* (35,9 millones).

Cuadro 5.9

Estimación del contingente de personal de enfermería (en millones) para 2013, 2020 y 2023, y previsión para 2030, a partir de varias publicaciones de datos

PUBLICACIÓN DE DATOS	<i>Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030</i>	<i>Situación de la enfermería en el mundo 2020</i>	<i>Situación de la enfermería en el mundo 2025</i>	
	2013 personal de enfermería o partería	2018 personal de enfermería	2023 personal de enfermería	2030 personal de enfermería (previsión)
Año de notificación				
Región de África	1,0	0,9	1,7	2,1
Región de las Américas	4,7	8,4	7,5	8,9
Región de Asia Sudoriental	2,9	3,3	3,6	5,5
Región de Europa	6,2	7,3	7,2	8,2
Región del Mediterráneo Oriental	1,3	1,1	1,3	1,5
Región del Pacífico Occidental	4,6	6,9	8,5	9,7
Mundial	20,7	27,9	29,8	35,9

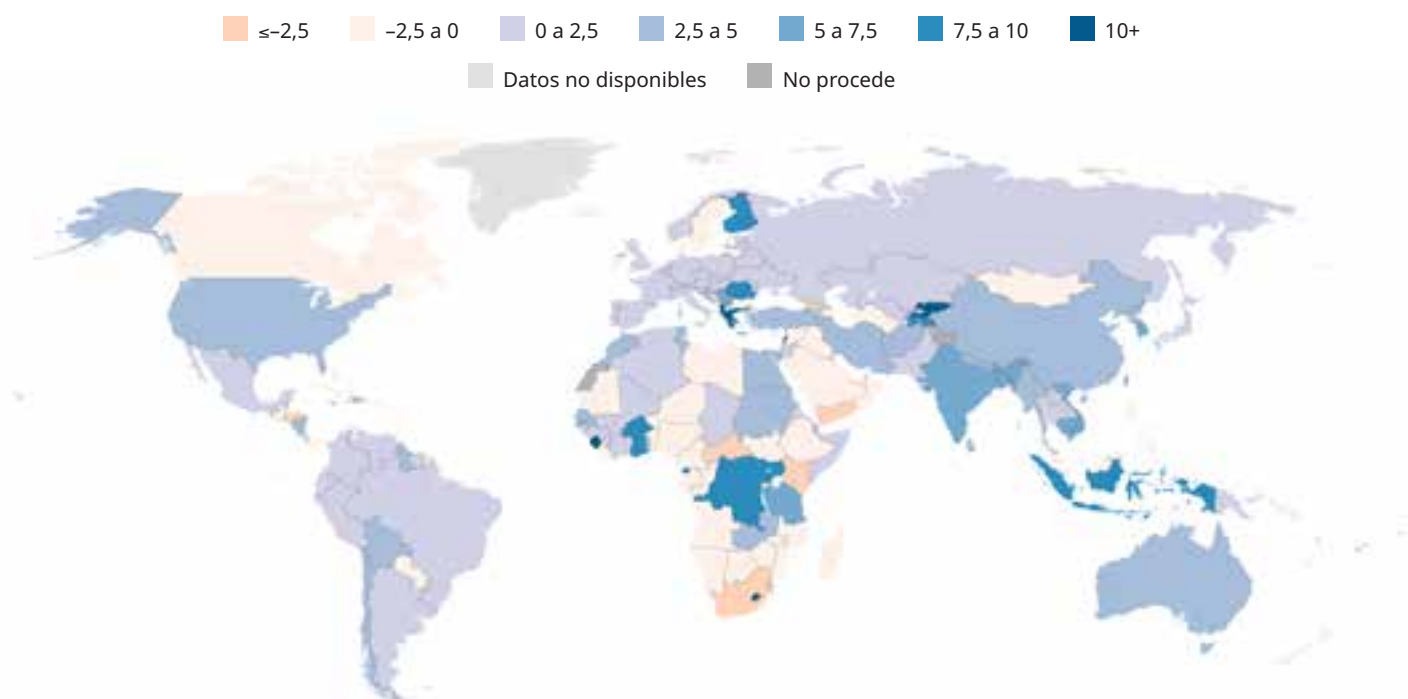
Notas: Este cuadro presenta el contingente de personal de enfermería según varias publicaciones de datos, desde la que figura en el documento *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. No se han ajustado retrospectivamente los datos correspondientes a los años 2013 y 2018, sino que se notifican como en las fuentes originales, a saber, los documentos *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* y *Situación de la enfermería en el mundo 2020*.

Fuentes: *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*, *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, y portal de datos de las CNPS para el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025*.

73. Para tener en cuenta el tamaño de la población y las tendencias demográficas, se estimó la variación de la densidad de personal de enfermería entre 2023 y 2030 (véase la figura 5.6). Aunque se observó un gran aumento en la mayoría de los países entre 2013 y 2023, algunos países marcados en rosa claro en el mapa, sobre todo en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental de la OMS, podrían registrar descensos de la densidad de aquí a 2030. En algunos de estos países, las situaciones demográficas (como unas altas tasas de fecundidad y de crecimiento de la población) o las luchas civiles y los conflictos en curso, sumados a una capacidad insuficiente del sector educativo, y también del sector de la salud para absorber a estos profesionales, son

factores importantes que contribuyen a la disminución de la densidad. Resulta preocupante que muchos de los países en los que se prevé un descenso de la densidad de personal de enfermería figuren en la *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023*, pues indica que es probable que, en los próximos años, los problemas de personal de salud que aquejan a estos países sigan sin resolverse. En todas las regiones se prevé que algunos países vean aumentar la densidad de personal de enfermería en más de un 2,5 % anual, lo cual puede ser consecuencia de inversiones en la producción nacional de enfermeros y enfermeras o de iniciativas en pro del empleo o la fidelización en algunos países.

Figura 5.6 Variación porcentual anual de la densidad de personal de enfermería prevista para el periodo 2023-2030



Fuente: CNPS; 2024.

5.3.2 Déficit de personal de enfermería

74. La estimación del déficit de personal de enfermería se definió, para los países con una baja densidad de dicho personal, como el número de enfermeras y enfermeros necesarios para alcanzar la densidad mediana de estos trabajadores (27,5 por 10 000 habitantes), observada en 2013 en 194 Estados Miembros de la OMS. Partiendo de este umbral de densidad, se estimó que el déficit era de 6,2 millones en 2020, se redujo a 5,8 millones en 2023 y, según las previsiones, descenderá a 4,1 millones para 2030 (véase el cuadro 5.10). Debido a la mejora de los datos, incluso de forma retrospectiva, estos déficits actualizados no son directamente comparables con la estimación de 5,9 millones de enfermeras o enfermeros comunicada para 2018 en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*. La estimación revisada del déficit para 2018, basada en los datos de 2023, sería de 6,2 millones. Aunque este análisis muestra una mejora mundial del déficit de personal de enfermería, los progresos se distribuyen de forma desigual entre las regiones de la OMS y dentro de

ellas. A escala regional, no se prevé ninguna disminución en las Regiones de las Américas y del Pacífico Occidental. Las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental solo experimentarán ligeros descensos y para 2030 concentrarán casi el 70 % del déficit mundial de personal de enfermería, lo cual supone un aumento respecto a las estimaciones basadas en datos de 2020, cuando estas dos regiones soportaban el 58 % de dicho déficit. Según las previsiones, para cubrir el déficit de estas dos regiones de aquí a 2030 habría que multiplicar su contingente por dos, aproximadamente.

75. El nivel de inequidad es similar al documentado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, según el cual, para 2030, el 89 % del déficit se concentraría en los países de ingreso bajo y mediano bajo. Se calculó que para acabar con el déficit mundial de personal de enfermería de aquí a 2030, los países en los que este escasea necesitarían aumentar no solo su producción nacional de enfermeras y enfermeros, sino también mejorar su tasa de absorción, un 8 % anual en promedio.

Cuadro 5.10 **Estimación del déficit de personal de enfermería (en millones) para 2020 y 2023, y previsión para 2030**

REGIÓN	Déficit de personal de enfermería (millones)		Previsión
	2020	2023	2030
Región de África	2,4	1,9	1,8
Región de las Américas	0,2	0,2	0,2
Región de Asia Sudoriental	2,1	2,2	0,8
Región de Europa ^a	–	–	–
Región del Mediterráneo Oriental	1,2	1,2	1,0
Región del Pacífico Occidental	0,2	0,2	0,2
Mundial	6,2	5,8	4,1

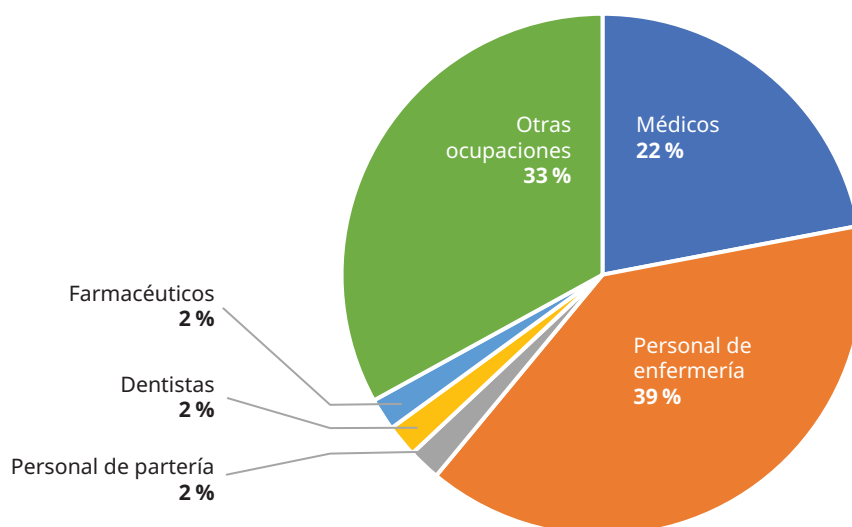
Nota: ^a No aplicable; los países con una densidad superior a la de referencia están excluidos de esta estimación.

76. Como en el caso de los métodos aplicados para el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, los déficits se estimaron teniendo en cuenta la densidad de referencia utilizada en la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. Esto significa que los países con una densidad superior a la de referencia no se incluyeron en esta estimación, pero no implica que en esos países no haya déficits de personal de enfermería: sí pueden darse, por ejemplo, respecto a metas nacionales de prestación de servicios y de configuraciones del sistema de salud. Se anima a todos los países a que lleven a cabo estimaciones específicas de los déficits aplicando metodologías que tengan en cuenta factores como el envejecimiento de la población y de la fuerza laboral, la evolución de los patrones epidemiológicos, la optimización de las funciones de los trabajadores de la salud en la prestación de servicios, y otras dinámicas del mercado laboral.
77. Cualquier avance en la reducción del déficit de personal de enfermería repercutiría en el déficit mundial de personal de salud (que se prevé que supere los 11 millones en 2030), ya que, en 2023, el 39 % de

dicho déficit mundial obedecía a la escasez de enfermeros y enfermeras (véase la figura 5.7).

78. En la estimación del déficit actual se consideró una absorción estable del 70 % de los nuevos titulados por parte del mercado laboral de la salud. Es verosímil que las inestabilidades e incertidumbres económicas relacionadas con la asistencia internacional para el desarrollo menoscaban la capacidad de absorción de titulados, en particular en los países de ingreso bajo. Para tener esto en cuenta, se elaboró un escenario alternativo basado en una capacidad de absorción comprendida entre el 70 % en los países de ingreso alto y el 40 % en los de ingreso bajo. Partiendo de estas cifras, el déficit previsto hasta 2030 se estimaría en 4,8 millones de enfermeras y enfermeros (frente a 4,1 millones en el primer supuesto), lo que supone un descenso del 27 % respecto a 2023 (frente a un descenso del 29 % en el primer supuesto). En este escenario alternativo, la Región de Asia Sudoriental sería la más afectada, con un déficit de 1,2 millones de enfermeras y enfermeros para 2030.

Figura 5.7 Distribución del déficit mundial de personal de salud en 2023 por ocupaciones



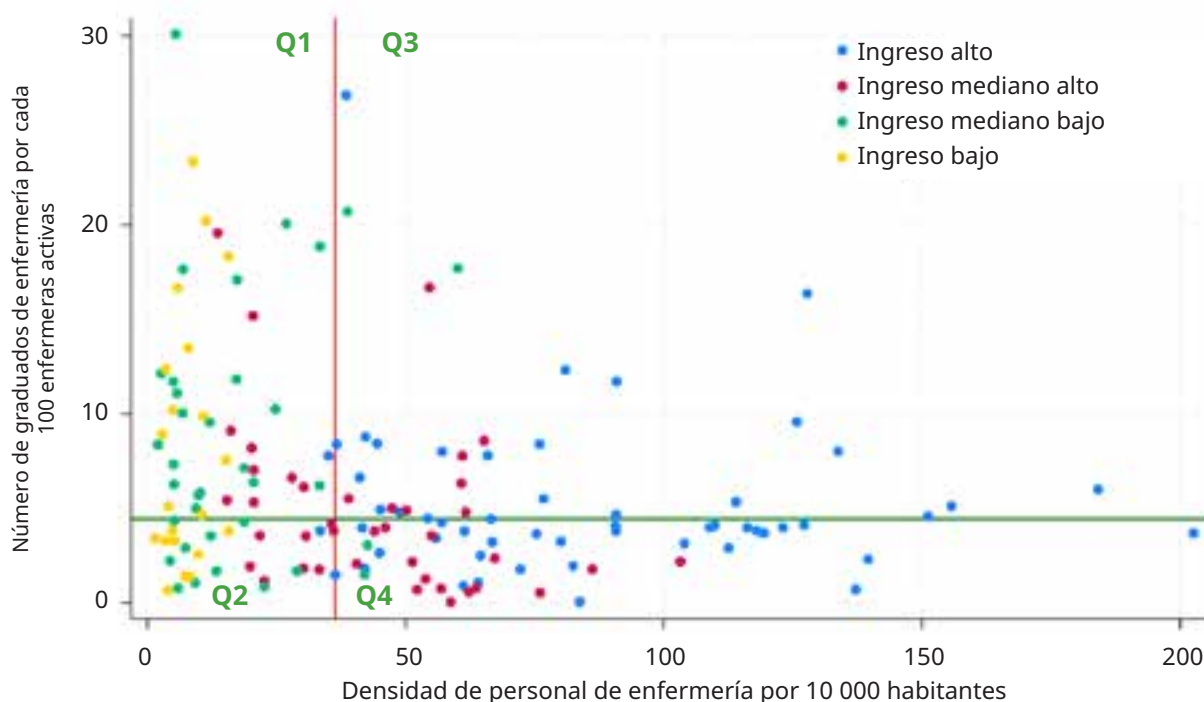
Fuente: CNPS; 2024.

79. Existen otros métodos para estimar o prever el déficit de personal de enfermería (189). Algunos de ellos establecen unas metas más ambiciosas en relación con las necesidades de salud y asistenciales y parten de supuestos distintos respecto a la formación y el abandono de la fuerza laboral enfermera. La OMS reconoce estos diversos métodos y sus puntos fuertes y débiles, pero en el presente informe se atiene a su enfoque general del desarrollo del personal de salud para la era de los ODS (190).

5.3.3 Producción necesaria para atajar el déficit de personal de enfermería de aquí a 2030

80. El análisis de la distribución del contingente, la densidad y los déficits de personal de enfermería reveló importantes disparidades entre las regiones y dentro de ellas. Varios factores del mercado laboral influyen conjuntamente en los retos a los que se enfrenta el sector enfermero, y entre los países con menor densidad, cada uno de ellos tiene problemas específicos que resolver. Un factor común que se analiza más adelante es la capacidad de un país para formar y emplear al personal de enfermería (véase la figura 5.8).

Figura 5.8 Gráfico de puntos de la densidad de personal de enfermería y proporción de titulados respecto del contingente en 2023, por países y por grupos de ingreso del Banco Mundial



Notas: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a los países que comunicaron el contingente de personal de enfermería y el número de titulados en enfermería. Cada punto representa un país. La línea verde representa la mediana de la proporción entre los titulados y el contingente en el conjunto de los países; la línea roja representa la mediana de la densidad de personal de enfermería. Q1, Q2, Q3 y Q4 representan los cuatro cuadrantes con los que se caracteriza la situación de los distintos países.

Fuente: CNPS; 2024.

81. Este análisis muestra que, considerando los países con una densidad más baja de personal de enfermería, en buena parte de ellos la proporción de titulados respecto al contingente en activo está por encima de la mediana (cuadrante Q1) y en un grupo de países supera los 10 titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo. En consecuencia, si bien los países con baja densidad y baja proporción de titulados respecto al contingente en activo (cuadrante Q2) deberían reforzar su capacidad de producción, gran parte de los países ya disponen de una capacidad de producción suficiente para renovar su personal de enfermería y aumentar la plantilla si el mercado de trabajo absorbe a los recién titulados. En estos países se necesitarían otras acciones, como garantizar el empleo de las enfermeras y enfermeros recién titulados o abordar otras disfunciones del mercado laboral de la salud (por ejemplo, una excesiva emigración no planificada).
82. Este análisis revela también situaciones contrapuestas entre los países con una mayor densidad de personal de enfermería. Algunos de ellos tienen tanto una alta densidad como una alta capacidad de producción (cuadrante Q3) y deberían garantizar que las enfermeras y enfermeros formados encuentren trabajo, mientras que otros tienen una baja capacidad de producción (cuadrante Q4) que, sumada al envejecimiento del personal de enfermería, los hará depender más de la migración de estos trabajadores. Para que no se dé esta dependencia respecto del personal de enfermería formado en el extranjero, estos países deberían esforzarse por desarrollar sus centros de formación y promover los estudios de enfermería (191) (véanse en el recuadro 5.6 ejemplos de planificación del personal de salud para afrontar diversos retos y oportunidades relacionados con la formación y el empleo de las enfermeras y enfermeros).

Recuadro 5.6 Ejemplos de planificación del personal de enfermería

La OMS ha ayudado a 49 países a llevar a cabo análisis del mercado laboral de la salud para fundamentar las políticas y los planes de inversión nacionales relacionados con el personal de salud (7), incluido el personal de enfermería (192-195). La experiencia de Ghana ilustra la importancia de tener en cuenta dicho mercado laboral a la hora de planificar el personal de salud. Para aumentar la densidad de personal de enfermería, el Gobierno invirtió en la formación de enfermeras y enfermeros y aumentó el número de titulados de las facultades de enfermería públicas y privadas (196). Sin embargo, no hubo un aumento proporcional de los puestos de trabajo, por lo que dichos titulados no pudieron ser absorbidos por el sistema de salud y permanecieron desempleados durante varios años (197). En posteriores evaluaciones de la densidad de personal y su distribución en los establecimientos de salud se cuantificaron los déficits y, como consecuencia de ello, se elevó el presupuesto para el empleo y se concretó la necesidad de proceder a un análisis del mercado laboral de la salud con miras a elaborar unas políticas basadas en datos que corrigieran las disfunciones de dicho mercado (198).

En Lesotho, un análisis del mercado laboral de la salud llevado a cabo antes de que se elaborara la estrategia nacional del personal de salud reveló que se había subestimado el déficit de personal de enfermería; se recomendaron medidas urgentes orientadas a ampliar las inversiones en formación, contratación, distribución equitativa y fidelización (199).

En Tayikistán, un análisis del mercado laboral de la salud mostró que, aunque el personal de enfermería dirigía casi las dos terceras partes de los dispensarios de atención primaria, era preciso ampliar su ámbito de ejercicio profesional para cubrir mejor las necesidades de salud de la población, sobre todo en las zonas rurales (200). Las consiguientes propuestas de política en relación con la enfermería se centraron en la mejora de la formación, la potenciación de las habilidades de las enfermeras y enfermeros, el refuerzo del marco regulador de la profesión y el aumento de la remuneración (200).



Estudiantes de enfermería de la República Democrática del Congo reunidos frente a su centro de formación y preparados para empezar la jornada.
© OMS/Hugh Kinsella Cunningham

→ Educación

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA

El número de titulados en enfermería se ajusta o supera la demanda del sistema de salud y tiene los conocimientos, las competencias y las actitudes necesarias para cumplir con las prioridades nacionales en materia de salud.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- A escala mundial, la proporción media de titulados en enfermería respecto al contingente activo es de 6,4 titulados por cada 100 enfermeras o enfermeros en activo, con importantes variaciones según la región y el grupo de ingreso y con la proporción más alta en la Región de Asia Sudoriental (8,1).
- También a escala mundial, la proporción de titulados en enfermería respecto a la población es de 25,3 por 100 000 habitantes, y la cifra más alta corresponde a la Región de Europa (42,7 por 100 000 habitantes).
- En los 43 países que comunican la distribución por sexo de los titulados en enfermería, el 82 % son mujeres.
- Entre los Estados Miembros que informaron sobre reglamentación y normas relativas a la enseñanza de la enfermería, el 90 % tienen políticas de cualificación del profesorado, el 88 % emplean mecanismos de acreditación para las instituciones de enseñanza y formación, y en el 77 % se llevan a cabo labores de cooperación entre estas instituciones y los organismos de reglamentación.
- En la Región de Asia Sudoriental, el 100 % de los países notificantes comunicaron la existencia de normas para el profesorado (en comparación con el 68 % en la Región de las Américas), mientras que los mecanismos de acreditación eran más comunes entre los países notificantes de la Región de Europa (96 %) y menos entre los de la Región de África (78 %), con una diferencia notable entre los países de ingreso alto (97 %) y los de ingreso bajo (58 %).
- El 62 % de los países notificantes comunicaron la existencia de normas relativas a la formación interprofesional; en cuanto a los mecanismos de acreditación de los programas de enseñanza y formación de la enfermería, el 45 % de los países notificantes informaron de que disponían de medidas que integran en ellos los determinantes sociales de la salud, y el 57 % informaron de que disponían de medidas que integran en ellos la responsabilidad social.
- Menos de dos terceras partes de los países notificantes de las Regiones de África y de las Américas y solo el 56 % de los países de ingreso bajo (frente al 89 % de los de ingreso alto) comunicaron la existencia de cooperación entre los órganos responsables de la formación y la reglamentación del personal de salud.
- En total, 140 países comunicaron la duración de sus programas de estudios de enfermería previos al empleo: era de 3 años en la mayoría (53 %) y de 4 años en el 31 %.
- A escala mundial, el 9 % de los países notificaron una duración promedio de los estudios de enfermería de 2 años y el 8 %, de 5 años; los programas de 3 años eran más frecuentes en las Regiones del Pacífico Occidental y de África (65 % y 62 %, respectivamente).

83. En este apartado se describen aspectos de la «cadena de abastecimiento educativa» en enfermería, la distribución de los titulados por sexos, la situación de la reglamentación de los estudios, y la duración de la formación de enfermería previa al empleo. En los recuadros de este capítulo se describen temas de gran interés para la enfermería que no están bien cubiertos por los indicadores mundiales, como los estudios de grado en enfermería, el uso de las tecnologías de salud digital en la enseñanza de la enfermería, los desafíos que se plantean en los entornos de aprendizaje clínico, y las inversiones necesarias en profesorado de enfermería.
84. El sistema educativo del sector de la salud representa el lado de la «oferta» del mercado laboral en dicho sector y su producción debe guardar relación directa, tanto cuantitativa como cualitativa, con los puestos de trabajo y los factores de empleo abordados en el capítulo 5. En el caso concreto de la enseñanza de la enfermería, es primordial garantizar que los estudiantes adquieran las habilidades y competencias que necesitarán en los entornos de prestación de servicios de salud y que el número de titulados sea suficiente para cubrir la demanda en el sistema de salud, a fin de evitar los déficits y las insuficiencias en la prestación de servicios. Puede que el número de enfermeras y enfermeros titulados no se corresponda con las necesidades y prioridades de salud de una población dada, ya sea por insuficiencia de las capacidades y las infraestructuras de las instituciones educativas, por inadecuación de las competencias básicas o por limitaciones del ámbito de ejercicio profesional. Con independencia de su causa, el déficit de titulados puede repercutir negativamente en la cobertura efectiva del personal de salud y asistencial y obstaculizar los avances hacia el logro de la CUS. Se necesitan inversiones para reforzar la capacidad institucional, incluido el profesorado de enfermería, y mecanismos para garantizar una formación de calidad (41, 201).

6.1 Dinámica de ingreso y salida de los estudiantes de enfermería

85. Es fundamental hacer un seguimiento de la «cadena de abastecimiento educativa» para planificar eficazmente la fuerza de trabajo y evaluar qué inversiones adicionales en educación y formación hacen falta para responder a las necesidades del sistema de salud.
86. A escala mundial, la proporción media de titulados en enfermería respecto al contingente de personal de enfermería es de 6,4 por 100 enfermeras o enfermeros en activo, con importantes variaciones según la región y el grupo de ingreso (véase el cuadro 6.1). Es ligeramente superior a la notificada en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, de 6,2 por 100 enfermeras o enfermeros en activo. La proporción más alta se registra en la Región de Asia Sudoriental (8,1 por 100 enfermeras o enfermeros en activo) y la más baja, en la de las Américas (5,1 por 100 enfermeras o enfermeros en activo).
87. La comparación por grupos de ingreso revela que la cifra media de titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo es mayor en los países de ingreso bajo y mediano bajo (8,3 y 8,7, respectivamente) y menor en los de ingreso alto y mediano alto (5,3 y 4,8, respectivamente). Aunque es posible que estos países tengan una estructura etaria relativamente más joven y una proporción más alta (ya que el denominador es menor debido al insuficiente número de enfermeros y enfermeras en activo), este dato también podría ser indicativo de que algunos países de ingreso bajo están esforzándose mucho por aumentar su capacidad de producción de personal de enfermería. Aun así, hace falta invertir proporcionalmente en puestos de trabajo de enfermería para evitar el desempleo, que puede alimentar la emigración. Por otro lado, los países de ingreso alto tendrían que orientar sus inversiones hacia un aumento de la producción nacional de personal de

Cuadro 6.1 Producción de titulados en enfermería, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial

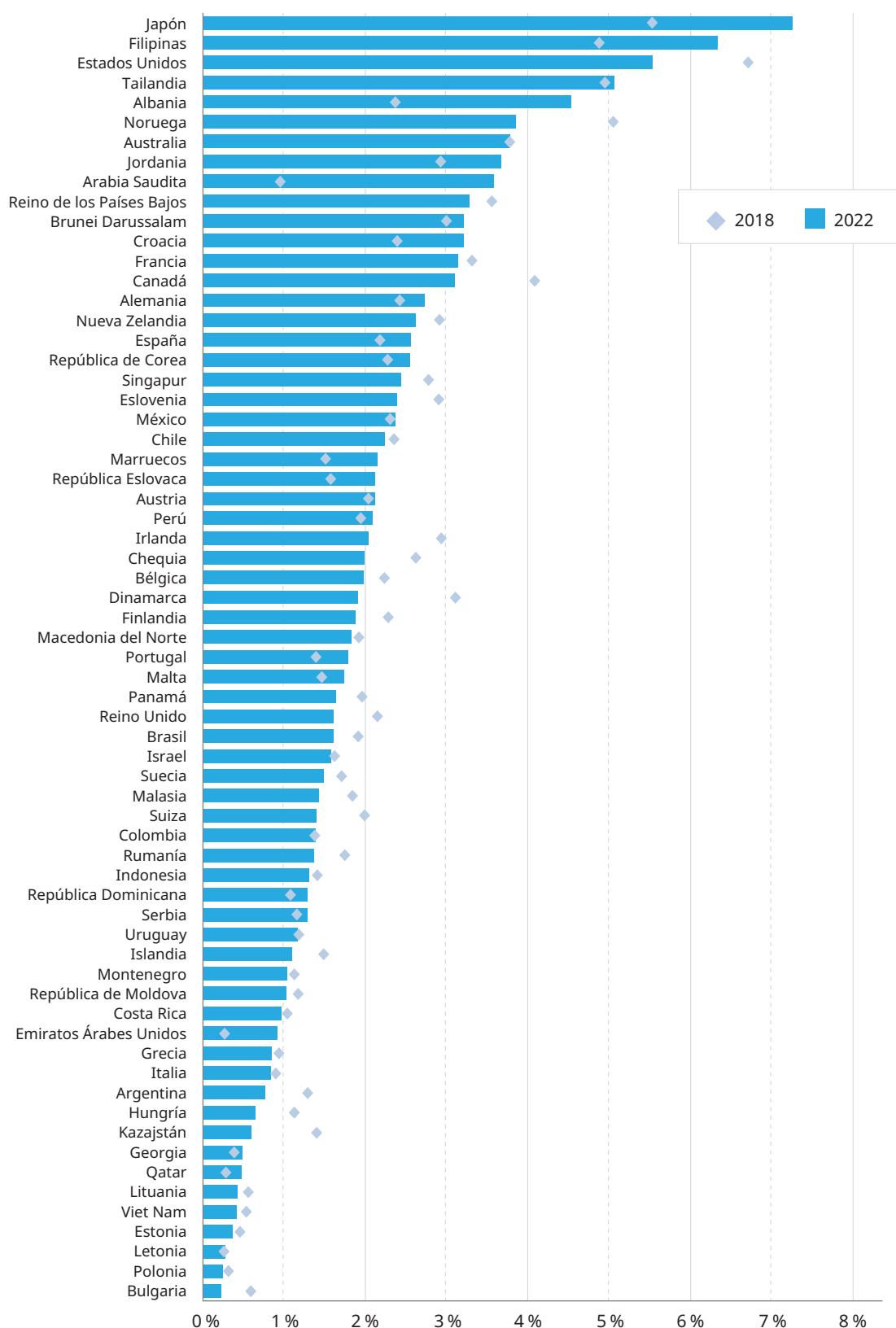
POR REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Número medio de titulados en enfermería por 100 enfermeras o enfermeros en activo (mín.-máx.)	Número medio de titulados en enfermería por 100 000 habitantes
Región de África	40/47	7,6 (0,8-30,1)	9,5
Región de las Américas	25/35	5,1 (<1-9,1)	22,7
Región de Asia Sudoriental	9/11	8,1 (3,5-15,1)	14,4
Región de Europa	50/53	5,6 (<1-26,9)	42,7
Región del Mediterráneo Oriental	14/21	5,6 (<1-17,1)	9,0
Región del Pacífico Occidental ^a	13/27	7,5 (1,5-20,1)	37,5
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL			
Ingreso alto	55/64	5,3 (<1-26,9)	43,7
Ingreso mediano alto ^a	40/54	4,8 (<1-19,6)	17,8
Ingreso mediano bajo	35/50	8,7 (<1-30,1)	16,0
Ingreso bajo	21/26	8,3 (<1-23,3)	7,2
Total	151/194	6,4 (<1-30,1)	25,3

Notas: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. ^a Los datos notificados corresponden a menos de la mitad de la población.
Fuente: CNPS; 2024.

- enfermería para depender menos de las enfermeras y enfermeros nacidos en el extranjero, en concreto en países de ingreso bajo y mediano bajo.
88. En los análisis elaborados para el Quinto Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud se estimó que había que aumentar entre un 8 % y un 12 % el número de titulados del sector de la salud en los países en los que hay un grave déficit o se prevé una rotación muy elevada debido a la estructura etaria, con objeto de duplicar el contingente de trabajadores de la salud en 10 años (25). En el sector de la enfermería se necesitan aproximadamente 8,3 titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo para duplicar el contingente de estos trabajadores en 10 años, en ausencia de migraciones y abandono de la fuerza laboral enfermera, y suponiendo que los recién titulados consigan rápidamente un empleo. Aunque los países de ingreso alto tienen mayores tasas de abandono de la fuerza laboral enfermera por jubilación, en general, esta proporción no se les aplica.
89. A escala mundial, la proporción de titulados en enfermería respecto a la población es de 25,3 por 100 000 habitantes (véase el cuadro 6.1), superior a la cifra de 2018 comunicada en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, que era de 22,6 por 100 000 habitantes. La Región de Europa registró la proporción más elevada (42,7 por 100 000 habitantes). La clasificación de los países por grupos de ingreso del Banco Mundial muestra una relación positiva entre el grupo de ingreso y el número de titulados en enfermería por 100 000 habitantes.
90. Una encuesta en la que se exploró el interés de los estudiantes de 15 años por emprender la carrera de enfermería reveló que dicho interés había disminuido en al menos la mitad de los países de la OCDE entre 2018 y 2022; las mayores reducciones se registraron en el Canadá, Dinamarca, Irlanda, Noruega, el Reino Unido y los Estados Unidos (202). También en los países no pertenecientes a la OCDE se observó una disminución del interés por la enfermería como profesión (véase la figura 6.1).

Figura 6.1

Porcentaje de alumnos de secundaria que afirman tener intención de matricularse en una facultad de enfermería, según las encuestas PISA de 2018 y 2022 (N=61 países)



Nota: Se muestra para los países que notificaron datos tanto en PISA 2018 como en PISA 2022.

Fuente: OCDE, Base de datos de PISA 2018 y 2022.

91. Los datos de solo 43 países que comunicaron la distribución de los titulados en enfermería por sexos indican que el 82 % son mujeres (véase el cuadro 6.2). El desequilibrio es mayor en la Región del Pacífico Occidental (diez tituladas por cada titulado) y menor en las Regiones del Mediterráneo Oriental y de África (dos tituladas por cada titulado).

6.2 Reglamentación y normas relativas a la enseñanza de la enfermería

92. Los mecanismos de acreditación y las normas de calidad de los programas de educación y formación del personal de salud contribuyen a garantizar que todos los trabajadores que integran dicho personal posean las competencias necesarias para satisfacer las necesidades de la población en materia de salud.



Estudiantes de enfermería de Viet Nam introducen información en las historias clínicas de los pacientes como parte del proceso sistemático de documentación y de coordinación de la atención. © OMS/Yoshi Shimizu

Cuadro 6.2

Proporciones de mujeres y hombres titulados en enfermería, por regiones de la OMS

REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Porcentaje de tituladas	Porcentaje de titulados
Región de África ^a	5/47	67,1 %	32,9 %
Región de las Américas ^a	13/35	87,0 %	12,9 %
Región de Asia Sudoriental ^a	5/11	82,9 %	17,1 %
Región de Europa ^a	10/53	85,5 %	14,5 %
Región del Mediterráneo Oriental ^a	6/21	68,9 %	31,1 %
Región del Pacífico Occidental ^a	4/27	90,3 %	8,7 %
Total	43/194	81,6 %	18,3 %

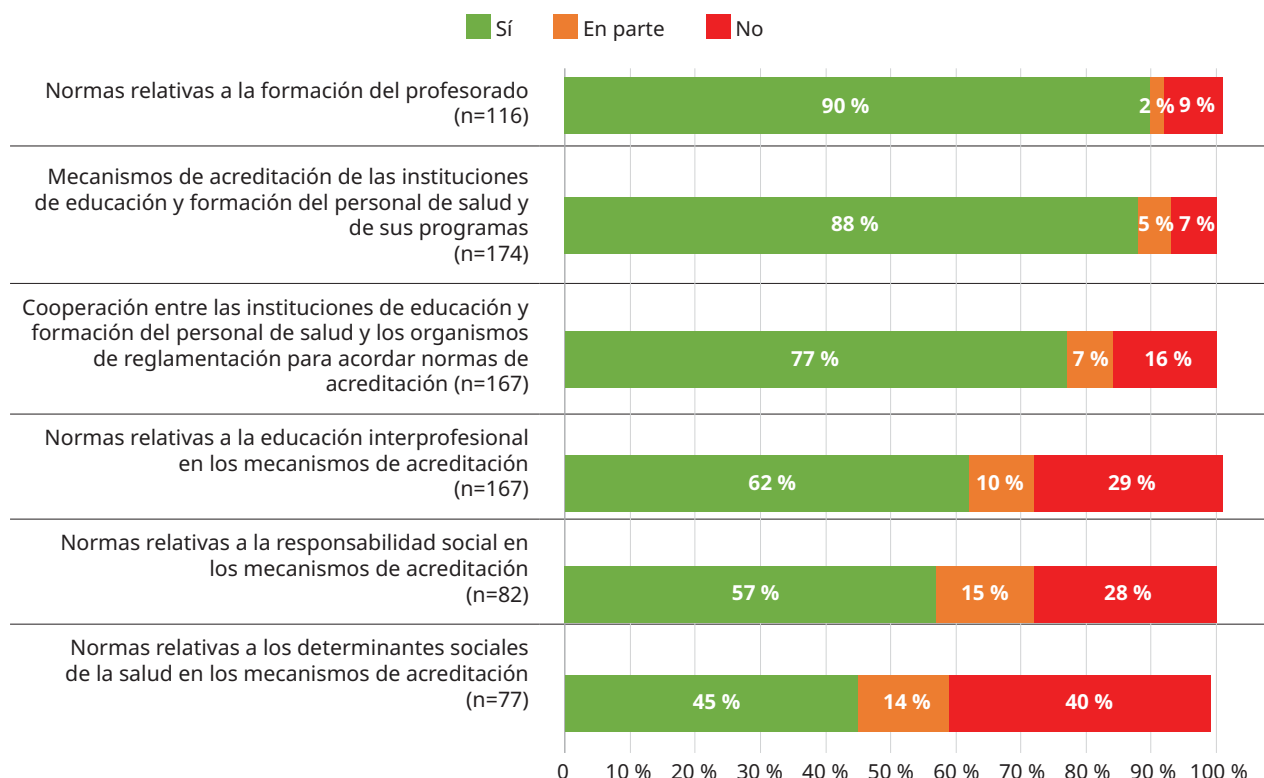
Notas: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 43 países y relativos a la distribución de titulados en enfermería por sexos. ^a Los datos notificados corresponden a menos de la mitad de la población.
Fuente: CNPS; 2024.



Estudiantes de enfermería del Japón participan en un ejercicio de simulación clínica con un maniquí para formación. © OMS/Yoshi Shimizu

La figura 6.2 y el cuadro 6.3 muestran la situación en lo que se refiere a diversas reglamentaciones y normas relacionadas con la enseñanza de la enfermería, según la información comunicada por los Estados Miembros. La mayoría de los países notificantes comunicaron la existencia de las siguientes políticas concernientes a la enseñanza de la enfermería: normas relativas a las cualificaciones del profesorado (90 %), mecanismos para la acreditación de las instituciones de educación y formación del personal de salud y sus programas (88 %), y cooperación entre las instituciones de educación y formación y los organismos de reglamentación para acordar las normas de acreditación (77 %). Esto supone que, en comparación con los datos del informe *Situación de la enfermería en el mundo*

Figura 6.2 Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de reglamentaciones y normas relacionadas con los estudios de enfermería



Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.

Fuente: CNPS; 2024.

Cuadro 6.3

Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de diversas reglamentaciones relativas a la educación y la formación del personal de enfermería, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial

	Mecanismos nacionales y/o subnacionales de acreditación de las instituciones de educación y formación del personal de salud y de sus programas	Normas nacionales y/o subnacionales relativas a la responsabilidad social en los mecanismos de acreditación	Normas nacionales y/o subnacionales relativas a los determinantes sociales de la salud en los mecanismos de acreditación	Normas nacionales y/o subnacionales relativas a la educación interprofesional en los mecanismos de acreditación	Cooperación entre las instituciones de educación y formación del personal de salud y los organismos de reglamentación para acordar normas de acreditación	Existencia de normas relativas a la cualificación del profesorado
POR REGIONES DE LA OMS						
Región de África	78 % (32/41)	60 % (12/20)	47 % (9/19)	70 % (28/40)	64 % (14/22)	90 % (20/22)
Región de las Américas	91 % (31/34)	47 % (7/13)	23 % (3/13)	44 % (15/34)	63 % (10/16)	68 % (13/19)
Región de Asia Sudoriental	90 % (9/10)	40 % (4/10)	60 % (6/10)	40 % (4/10)	80 % (8/10)	100 % (9/9)
Región de Europa	96 % (51/53)	50 % (18/27)	56 % (15/27)	65 % (34/52)	90 % (27/30)	90 % (36/40)
Región del Mediterráneo Oriental	75 % (12/16)	67 % (4/6)	0 % (0/6)	57 % (8/14)	83 % (5/6)	92 % (12/13)
Región del Pacífico Occidental	90 % (18/20)	67 % (2/3)	100 % (2/2)	53 % (9/17)	100 % (2/2)	88 % (14/16)
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL						
Ingreso alto	97 % (58/60)	64 % (21/33)	52 % (16/31)	66 % (38/58)	89 % (31/35)	94 % (50/53)
Ingreso mediano alto	89 % (42/47)	47 % (8/17)	25 % (4/16)	51 % (23/45)	67 % (12/18)	76 % (19/25)
Ingreso mediano bajo	91 % (39/43)	63 % (15/24)	55 % (12/22)	66 % (27/41)	75 % (18/24)	93 % (26/28)
Ingreso bajo	58 % (14/24)	38 % (3/8)	38 % (3/8)	65 % (15/23)	56 % (5/9)	90 % (9/10)
Mundial	88 % (153/174)	57 % (47/82)	45 % (35/77)	62 % (103/167)	77 % (66/86)	90 % (104/116)

Notas: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. En el caso de algunos indicadores, los datos comunicados por los países notificantes pueden no ser representativos de todos los países de la región, por lo que estas cifras deben interpretarse con cautela.

Fuente: CNPS; 2024.

2020, el porcentaje de países con normas relativas a las cualificaciones del profesorado ha aumentado (era del 77 % en dicho informe) y el de países con mecanismos de

acreditación apenas ha variado (era del 89 % en el informe Situación de la enfermería en el mundo 2020) (véanse el recuadro 6.1 y el cuadro 6.3).

Recuadro 6.1 Dificultades y oportunidades para apoyar y mantener al profesorado de enfermería

En todo el mundo se informa de que faltan profesores de enfermería, lo cual limita el ingreso de estudiantes y la calidad de la enseñanza, y contribuye así al déficit de enfermeras y enfermeros y a problemas más generales (203-208). La American Association of Colleges of Nursing observó que, en 2023, 65 766 candidatos cualificados quedaron excluidos de programas de grado y posgrado de enfermería en los Estados Unidos por falta de profesorado y recursos (209).

El Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos han cuantificado su déficit de profesorado de enfermería teniendo en cuenta la estructura etaria que contribuye al problema. En los Estados Unidos, está previsto que una tercera parte del profesorado que trabajaba en 2015 se haya jubilado para 2025 (210); en el Canadá, el 52,8 % del profesorado tenía más de 50 años y el 19,9 %, más de 60 (211); en el Reino Unido, más de una tercera parte (37,6 %) de la plantilla académica tenía entre 51 y 60 años (212). Según los datos, la contratación de profesorado se enfrenta a dificultades comunes, debidas a la falta de salarios competitivos y de mentores académicos cualificados (211-214). Entre las estrategias aplicadas en los Estados Unidos para animar al personal de enfermería a obtener títulos de posgrado y asumir funciones docentes cabe citar la concesión de préstamos a bajo interés para la matrícula en programas de posgrado y la condonación de préstamos para quienes trabajen como profesores (Health Resources and Services Administration), subvenciones públicas para ayudar a las facultades de enfermería a aumentar el número de estudiantes y profesores de enfermería, subvenciones para la mejora de los programas y la modernización de las infraestructuras (proyecto de ley 3770 del Congreso), becas de financiación pública (Department of Veterans Affairs [Departamento de Asuntos de los Veteranos]) para obtener títulos de grado y de enfermería avanzada (215, 216). La mayor parte de estos mecanismos de financiación llevan aparejado un periodo de servicio obligatorio de entre 1 y 3 años. En los Estados Unidos también han tenido éxito iniciativas similares a escala estatal para hacer frente a la escasez de profesorado (217).

Las expectativas para el profesorado universitario van más allá de la docencia a estudiantes e incluyen la investigación y la publicación, el liderazgo y la gestión de establecimientos, y el diseño y la aplicación de programas, a menudo con nuevas modalidades de salud digital y tecnologías en línea (218-219). Entre las preocupaciones más comunes del profesorado cabe citar: un liderazgo que no brinda apoyo, unos entornos de trabajo estresantes (214), una retribución escasa, una carga de trabajo poco realista, la falta de reconocimiento y los problemas personales o familiares (222). La satisfacción con el empleo, el compromiso con la organización y una cultura de apoyo en el trabajo logran que los docentes se sientan más realizados en lo laboral y lo profesional y tengan más intención de permanecer en el puesto (219, 223). En cambio, el desequilibrio entre la vida profesional y la personal reduce la satisfacción laboral y profesional y fomenta la intención de abandonar el puesto (221, 223-225).

Hacen falta una orientación y una mentoría formalizadas y estructuradas para mejorar la transición del profesorado de enfermería novel al entorno académico y las expectativas respecto a sus funciones (221, 226-228). Los programas académicos y el profesorado necesitarán un apoyo técnico y financiero que les permita incorporar las tecnologías de salud digital en todos los niveles de la formación de enfermería para garantizar que las enfermeras y enfermeros adquieran las competencias que les permitirán contribuir a la atención de los pacientes y la salud de la población, como las historias clínicas electrónicas, la telesalud, los sistemas de ayuda a la toma de decisiones, las aplicaciones móviles, la robótica y las herramientas de IA, entre otras (229-233). Se podrían emplear programas académicos y profesorado de informática e ingeniería, o adoptar modos de aprendizaje interprofesional para enriquecer la formación en enfermería con conocimientos especializados sobre competencias digitales (234-236).

93. El 62 % de los países notificantes comunicaron la existencia de «normas relativas a la educación interprofesional», porcentaje ligeramente inferior al que figura en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* (73 %). Las cifras más bajas correspondieron a las medidas relativas a la inclusión de los «determinantes sociales de la salud» y de la «responsabilidad social» en los mecanismos de acreditación de los programas de educación y formación de enfermería: solo notificaron su existencia el 57 % y el 45 % de los países notificantes, respectivamente. Hay que interpretar con cautela los resultados correspondientes a las reglamentaciones y normas relacionadas con la educación, ya que el hecho de que los países notifiquen la existencia de estas medidas no significa que las estén aplicando (véase el recuadro 6.2).
94. Se han resumido los datos relativos a la existencia de mecanismos de reglamentación y acreditación de los programas de educación y formación en enfermería, desglosados por regiones y por grupos de ingreso (véase el cuadro 6.3). El 100 % de los países notificantes de la Región de Asia Sudoriental comunicaron la existencia de normas sobre el profesorado, frente a solo el 68 % en la Región de las Américas; en cambio, no se observó una distribución particular según los grupos de ingreso. La región de la OMS con el mayor porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de mecanismos de acreditación fue la de Europa (96 %), y el porcentaje más bajo correspondió a la Región de África (78 %). En cambio, se observó una gran diferencia entre grupos de ingreso: el 97 % de los países notificantes de ingreso alto comunicaron la existencia de mecanismos de acreditación, frente a solo el 58 % de los de ingreso bajo.

Recuadro 6.2 Educación interprofesional

La educación interprofesional (EIP) dota a los profesionales de la salud de las habilidades necesarias para integrar sus conocimientos especializados en un marco de cohesión y colaboración como componentes de equipos multidisciplinares. Pese a lo importantes que son las iniciativas en este campo, es frecuente que topen con dificultades, sobre todo a la hora de coordinar calendarios entre disciplinas, lo cual puede complicar su aplicación (237, 238). La EPI basada en simulaciones se ha mostrado muy prometedora: mejora significativamente la cultura del trabajo en equipo y fomenta actitudes positivas entre los estudiantes, lo cual pone de relieve su eficacia como herramienta docente (239). En la República Islámica del Irán, su aplicación dirigida a estudiantes de anestesiología no solo mejoró las actitudes hacia el trabajo en equipo interprofesional, sino que además reforzó la colaboración entre los profesionales de la salud (239). La EIP ha repercutido positivamente en los resultados de salud de la atención de la diabetes, la cultura de los servicios de urgencias, la satisfacción de los pacientes, la colaboración en los quirófanos, la reducción de las tasas de errores clínicos y la mejora de la gestión de la atención en el caso de la violencia doméstica y la salud mental (240). Sin embargo, este enfoque también exige importantes inversiones financieras y recursos tecnológicos, lo cual puede limitar su adopción generalizada (237).

Es frecuente que, a nivel individual, las actitudes culturales y las habilidades interpersonales y, en términos más generales, una dinámica de competencia entre profesiones socaven la cohesión de los equipos y supongan barreras para la colaboración interprofesional (241, 242). En las zonas rurales de Australia, estas barreras, sumadas a los problemas organizativos, limitan la efectividad de la EIP y la atención interprofesional y con ello dejan patente la necesidad de mejorar la colaboración en todo el sistema de salud (241). Además, tanto los docentes como los estudiantes pueden desarrollar prejuicios culturales y profesionales respecto a sus funciones o las de los demás, lo cual complica aún más la aplicación de la EIP en los programas de formación (237).

Todo ello indica que es muy necesario promover mecanismos que garanticen la calidad y la pertinencia de la educación y la formación de enfermería en estos países. Menos de dos terceras partes de los países notificantes de las Regiones de África y de las Américas, el 75 % de los países de ingreso bajo y el 89 % de los de ingreso alto notificaron la existencia de normas relativas a la EPI. Esto representa una oportunidad

perdida de educar y formar a las enfermeras y enfermeros de modo que estén preparados para la atención interprofesional en equipo. Aunque no se ha investigado la existencia de normas específicas para la salud digital, se ha producido una expansión del uso de las herramientas digitales en la formación de enfermería (véase el recuadro 6.3).

Recuadro 6.3 Las tecnologías de salud digital en la enseñanza de la enfermería

La pandemia de COVID-19 aceleró la transición al aprendizaje potenciado por la tecnología (243). En todos los niveles de la enseñanza de la enfermería se siguen utilizando tecnologías, desde los sistemas de gestión del aprendizaje hasta las plataformas de redes sociales (244-246). Los programas de educación a distancia en línea, combinados con unas oportunidades adecuadas de formación clínica, pueden propiciar una mayor diversidad del alumnado en los programas de enfermería (247, 248) y ofrecer a potenciales estudiantes de zonas rurales un mejor acceso a la formación en enfermería (249, 250).

Aunque, durante la pandemia, tanto estudiantes como profesores apreciaron la educación en línea, posteriormente, la enseñanza de la enfermería ha evolucionado hacia modelos híbridos que combinan métodos presenciales con otros basados en tecnologías debido a las limitaciones de los métodos de enseñanza exclusivamente en línea, las preferencias de los estudiantes y el profesorado, los recursos necesarios para impartir la enseñanza en línea y los obstáculos a los que se enfrentan algunas personas para acceder a las formas digitales de educación (251-254). En el caso concreto de la enseñanza de la enfermería, dichos obstáculos consisten en un acceso limitado a internet, la falta de equipos informáticos y apoyo técnico, unas tecnologías mal diseñadas, la ausencia o la inclusión limitada de planes de estudios de salud digital y unos niveles de alfabetización digital dispares en los estudiantes y el profesorado (229, 255-259). En el caso de algunos estudiantes de enfermería, dichos niveles son bajos, lo cual obstaculiza su aprendizaje y su desarrollo profesional (260, 261). Durante la pandemia de COVID-19, cuando la enseñanza pasó a ser íntegramente en línea, algunos estudiantes tuvieron que hacer desembolsos (conexión a internet y adquisición de dispositivos digitales personales) para acceder a ella y participar (262, 263).

La mentoría presencial de los estudiantes de enfermería que viven en zonas rurales o distantes puede reforzarse mediante tecnologías móviles y digitales que permiten a los alumnos acceder a recursos educativos electrónicos en entornos clínicos (264-267). La simulación virtual mediante teleconferencias, aplicaciones de realidad virtual y otras tecnologías, junto con los marcos educativos asociados que incluyen escenarios con pacientes estandarizados y técnicas de *debriefing*, se emplean cada vez más para enseñar a los estudiantes del grado de enfermería habilidades y competencias clínicas básicas en entornos didácticos, especialmente cuando los espacios educativos físicos, los equipos de simulación de alta fidelidad y otros recursos son limitados, o cuando el acceso a entornos clínicos o del mundo real es restringido o geográficamente inaccesible, como ocurre en algunas áreas de la atención primaria (229, 268-272). Estos enfoques también pueden ser útiles para la formación de posgrado o la educación continua del personal de enfermería, en particular de quienes buscan dedicarse a la enfermería de práctica avanzada o desempeñar funciones de liderazgo (273).

A raíz de las recientes innovaciones en materia de herramientas basadas en la IA generativa, algunos profesores han utilizado estas para crear asistentes conversacionales (*chatbots*) que ayudan a los alumnos del grado de enfermería a adquirir habilidades clínicas (274, 275) o para elaborar contenidos avanzados dirigidos a estudiantes de posgrado y personal de enfermería en ejercicio (276).

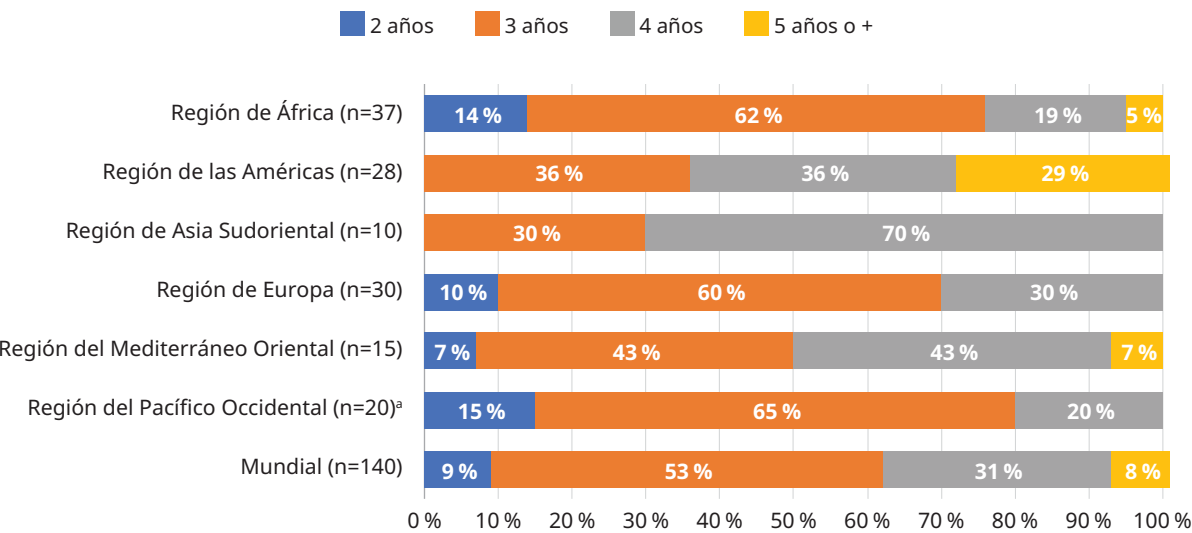
6.3 Duración de los estudios de enfermería previos al empleo

95. En total, 140 países comunicaron datos sobre la duración de sus programas de estudio de enfermería (véase la figura 6.3). La mayoría (53 %) de los países informaron de que duraban 3 años, mientras que el 31 % notificaron programas de 4 años, por lo que un total acumulado del 84 % de los países declararon tener programas de 3 o 4 años. Los resultados de 2023 sobre la duración de los estudios de enfermería no pueden compararse directamente con los notificados en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* porque los datos de 2023 se recopilaron por separado para las dos categorías de personal de enfermería (profesionales de enfermería y profesionales de nivel medio de enfermería); en cambio, en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, los datos se referían únicamente a la categoría de profesionales de enfermería y correspondían a menos de 100 países.



Estudiantes de The UWI School of Nursing, en el campus de Mona (Jamaica), participan en una visita sobre el terreno. © S. Chisholm Ford

Figura 6.3 Distribución de los países según la duración de la formación del personal de enfermería (en años), por regiones de la OMS



Nota: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 139 países y relativos a la duración de los programas de educación y formación en enfermería (en años). Por personal de enfermería se entienden los profesionales de enfermería, los profesionales de nivel medio de enfermería y el personal de enfermería sin definir. ^a Los datos notificados corresponden a menos de la mitad de la población.
Fuente: CNPS; 2024.

Estas duraciones de 3 y 4 años en los datos de 2023 corresponden probablemente a una diplomatura universitaria o un programa de grado que permite acceder a la profesión enfermera. Sigue creciendo el acervo de datos que demuestran la utilidad de un título de nivel de grado en muchos contextos —y los inconvenientes en otros— (véase el recuadro 6.4).

96. A escala mundial, el 9 % de los países notificaron programas de 2 años y el 8 %, programas de 5 años. Fue en las Regiones del Pacífico Occidental y de África en las que más países declararon tener programas de 3 años (el 65 % y el 62 %, respectivamente).

La Región de Asia Sudoriental es la que cuenta con más países que declaran programas de 4 años (70 %), seguida de la Región del Mediterráneo Oriental (43 %). Más de una cuarta parte (29 %) de los países de la Región de las Américas indicaron que el programa educativo era de 5 años, lo cual puede estar reflejando programas de nivel de máster. La Región del Pacífico Occidental tenía el porcentaje más alto de países (15 %) con programas de 2 años, seguida de la Región de África, con un 14 % de los países notificantes. Las nuevas tecnologías utilizadas en la enseñanza de la enfermería, como la IA, presentan ventajas potenciales, pero también suscitan motivos para la cautela (véase el recuadro 6.5).

Recuadro 6.4 Estudios de grado en enfermería

El hecho de disponer de varios niveles de formación en enfermería al mismo tiempo es algo muy común en todos los grupos de ingreso en los que se clasifican los países. En general, se considera que el título de grado confiere un mayor nivel de pensamiento crítico, juicio clínico y liderazgo, lo cual puede traer consigo resultados positivos de diversos tipos a escala del paciente, el establecimiento y el personal de enfermería, como mejoras en los indicadores de rehospitalización y mortalidad (29, 277). Sin embargo, los estudios disponibles siguen procediendo de países de ingreso alto, y principalmente de entornos hospitalarios, lo que limita su generalizabilidad a otros entornos y contextos nacionales.

Encuestas llevadas a cabo a nivel nacional revelaron que los estudiantes del Grado en Enfermería estaban satisfechos con sus programas respectivos: se mencionaba «un conocimiento más profundo y concreto» y mayores competencias en pensamiento crítico, ejercicio profesional basado en la evidencia y atención holística (278-280). Sin embargo, los datos de algunos países que han introducido el Grado en Enfermería indican que existe confusión entre los empleadores, la población y otros profesionales de la salud en cuanto a la diferenciación de tareas entre quienes tienen un título de nivel medio o se han formado como auxiliares de enfermería y quienes han obtenido el Grado en Enfermería (281-283). La confusión puede conducir a que se asignen tareas no diferenciadas, se infrutilicen las habilidades del personal con título de grado en enfermería y no se establezcan diferencias en los salarios o las perspectivas de promoción profesional, lo cual contribuye a la insatisfacción y, en última instancia, al abandono de la profesión (220, 282-284). Esto puede guardar relación con el estatus social de las enfermeras y enfermeros, considerado inferior, y la percepción pública de lo que hacen —incluso los poseedores del título de grado— (220, 282, 283, 285).

Implantar un programa de Grado en Enfermería requiere muchos recursos (219, 283, 286) debido a las exigencias impuestas al entorno educativo y al profesorado y a la necesidad de disponer de las prácticas clínicas adecuadas. Entre las preocupaciones del cuerpo docente figuran la preparación y formación en métodos de enseñanza innovadores, la falta de instalaciones y dispositivos educativos y el apoyo al profesorado en las organizaciones y los sistemas educativos (219). El hecho de que no haya suficientes profesores limita las admisiones y menoscaba la calidad de la enseñanza, por lo que en muchos casos hay que contratar a docentes de enfermería extranjeros y renunciar así a las oportunidades de que el profesorado nacional curse estudios de posgrado (283, 285, 287). En la literatura especializada se preconiza que para las competencias del nivel de grado se establezca un plan de estudios nacional normalizado acorde con las necesidades de la población en materia de salud, y que para la acreditación de los programas haya coordinación entre los programas de enfermería y los empleadores del ámbito de la salud, las instituciones de salud estatales y multilaterales, los organismos de reglamentación y otros asociados pertinentes. Estos procesos también les plantean a los empleadores del sector de la salud el reto de diferenciar las funciones y los salarios según las competencias de las enfermeras y enfermeros, lo cual es necesario para aumentar la «demanda» de personal de enfermería con título de grado.

Recuadro 6.5 La inteligencia artificial en la formación de enfermería

Se pueden usar técnicas y herramientas de IA para crear recursos educativos interactivos y adaptables que mejoren el aprendizaje, ayuden a los estudiantes a desarrollar sus habilidades comunicativas (incluida la redacción), favorezcan la reflexión crítica e impulsen la alfabetización digital de profesores y alumnos (230, 288, 289). La IA puede integrarse en las tecnologías educativas y administrativas y en los procesos de pedagogía digital para impartir mejor los contenidos, supervisar y alentar la participación de los estudiantes en la formación didáctica y clínica, y ofrecerles a estos unos servicios de apoyo adaptados, y unas experiencias de aprendizaje y una retroinformación personalizadas. La adopción de unas medidas adecuadas para reducir todo lo posible el riesgo de que los estudiantes utilicen herramientas de IA para redactar los trabajos garantizará la integridad académica de la formación de enfermería (290, 291).

El profesorado utiliza herramientas basadas en la IA generativa para crear recursos educativos digitales (texto, audio, imágenes, vídeo, animaciones) destinados al plan de estudios de enfermería con el fin de facilitar el aprendizaje de los estudiantes (292). Sin embargo, necesita formación, equipos y recursos (didácticos y clínicos) para introducir dichas herramientas en la práctica pedagógica. La IA también puede ayudar a evaluar a los estudiantes, pero debe combinarse con otros métodos (exámenes clínicos objetivos estructurados, trabajos en grupo, presentaciones, tareas de reflexión, etc.) para llegar a una evaluación holística del aprendizaje. Es probable que los pacientes recurran a herramientas de IA para su salud, lo que exige que el personal de enfermería tenga conocimientos y competencias en esta materia (291). Los marcos de competencias para docentes en materia de IA publicados por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (293) y el marco ético de la inteligencia artificial en el ámbito de la salud publicado por la OMS (294) pueden ayudar a la aplicación de la IA en la enseñanza y el ejercicio de la enfermería. La brecha digital podría empeorar la inequidad en el acceso a las herramientas de IA y con ello reducir las oportunidades del profesorado y los estudiantes de aprovechar esta para el aprendizaje (295).

Ejemplos

- El profesorado creó un agente conversacional virtual (*chatbot*) para ayudar a los estudiantes de enfermería a adquirir conocimientos y habilidades en la administración de vacunas durante el embarazo y logró mejorar el aprendizaje, la participación y la autoeficacia (274).
- Se utilizó un agente conversacional virtual para estudiantes de enfermería como apoyo para la toma de decisiones clínicas y la seguridad de los pacientes. Los estudiantes consideraron que el contenido que ofrecía era informativo y útil en entornos clínicos, pero propusieron mejoras en su diseño y funcionamiento (275).
- Un algoritmo de aprendizaje profundo ayudó a formar a personal de enfermería en la realización de ecocardiografías. Este enfoque podría acelerar el diagnóstico de enfermedades mediante ecografías realizadas por dicho personal, lo cual resultaría útil en entornos con pocos recursos (296).
- Se generaron estudios de casos de pacientes utilizando ChatGPT conectado a un maniquí de formación, de modo que se pudieron mantener conversaciones con los estudiantes, lo cual mejoró la interactividad y reactividad de la situación simulada y potenció el aprendizaje (297).

Puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas de la IA

- **Puntos fuertes:** La IA tiene la capacidad de procesar con rapidez grandes cantidades de datos (como texto, imágenes, audio y vídeo), lo cual permite a las herramientas basadas en ella responder al profesorado y a los estudiantes de forma relativamente precisa con información escrita y audiovisual. Puede ajustar sus respuestas a lo largo del tiempo, de modo que sería capaz de ofrecer experiencias de aprendizaje más personalizadas en tiempo real (298).
- **Puntos débiles:** La IA es dependiente de los datos, por lo que, si estos son de mala calidad, la información generada puede estar sesgada. Además, puede inventarse resultados (lo que se conoce como «alucinaciones»), por lo que docentes y estudiantes deben seguir siendo críticos con la información que ofrece (295).
- **Oportunidades:** La IA permite crear recursos educativos interactivos y adaptables que mejoran el aprendizaje: ayudan a los estudiantes a desarrollar sus habilidades comunicativas (incluida la expresión escrita), favorecen el pensamiento crítico e impulsan la alfabetización digital de profesores y alumnos (288).
- **Amenazas:** La IA suscita inquietudes relacionadas con la propiedad intelectual, el consentimiento, la privacidad y el plagio; la falta de responsabilidad respecto a la información que ofrece y la toma de decisiones del profesorado y los estudiantes; la pérdida de la creatividad, la emoción y la pericia humanas si se utiliza en exceso; la automatización de la enseñanza y la evaluación, que puede sustituir al profesorado y a la administración o la dirección en el ámbito educativo, y la desigualdad en el acceso a ella y en su uso durante la formación en enfermería (299).



Un estudiante de enfermería de la República Democrática Popular Lao mide la tensión arterial de un paciente durante una sesión de formación clínica.
© OMS/Yoshi Shimizu

→ Prestación de servicios

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA

El personal de enfermería trabaja al máximo de su educación y formación en entornos de prestación de servicios seguros y favorables.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- A escala mundial, el 92 % de los países notificantes comunicaron la existencia de un organismo de reglamentación profesional de la enfermería, y los porcentajes eran elevados en todas las regiones.
- El 76 % de los países notificantes se basan en exámenes para garantizar la competencia inicial o la «aptitud para el ejercicio profesional» de las enfermeras y enfermeros.
- A escala mundial, el 62 % de los países notificantes comunicaron la existencia de perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada. Según la clasificación por grupos de ingreso, el mayor porcentaje de países con presencia de estos perfiles se dio en el grupo de ingreso bajo (74 %), lo que podría reflejar una estrategia para optimizar el trabajo de los profesionales de enfermería más cualificados allí donde la disponibilidad de médicos es limitada.
- Los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada son más comunes en los países notificantes con menores densidades de médicos, lo que indica que pueden servir como estrategia para paliar los problemas de acceso en esas zonas.
- A escala mundial, el 55 % de los países notificantes declararon tener leyes o políticas que regulan los horarios y las condiciones de trabajo.
- El 94 % de los países notificantes comunicaron la existencia de leyes o políticas que garantizan un salario mínimo, sin diferencias notables según la región o el grupo de ingreso.
- El 59 % de los países notificantes comunicaron la existencia de medidas para prevenir las agresiones contra el personal de salud. El porcentaje más alto correspondió a los países de la Región de Asia Sudoriental (90 %) y el más bajo, a los de la Región de las Américas (36 %).
- El 42 % de los países notificantes comunicaron la existencia de conjuntos de medidas asistenciales para el bienestar mental, con diferencias significativas entre regiones: desde el 74 % en la Región del Mediterráneo Oriental hasta el 31 % en la Región de las Américas.
- A escala mundial, el 78 % de los países notificantes comunicaron la presencia de mecanismos que promueven la seguridad de los trabajadores de la salud. Por grupos de ingreso, dichos mecanismos estaban presentes en el 83 % de los países notificantes de ingreso alto y en el 71 % de los de ingreso bajo.
- El 43 % de los países notificantes comunicaron la existencia de mecanismos de remuneración en especie para fomentar la permanencia en zonas rurales: el porcentaje más alto se observó en la Región del Pacífico Occidental (67 %) y el más bajo, en la del Mediterráneo Oriental (25 %).
- Los países de ingreso alto son el único grupo en el que los salarios iniciales superan los USD 2000 al mes. Por el contrario, los países de ingreso bajo, los de ingreso mediano bajo y los de ingreso mediano alto suelen ofrecer salarios en su mayoría inferiores a USD 1000 mensuales, con una variación mucho menor dentro de estos grupos. Esta diferencia se mantiene tras el ajuste en función de la paridad de poder adquisitivo.

97. Este capítulo se centra en dos áreas clave de la prestación de servicios por parte del personal de enfermería: la reglamentación del ejercicio profesional y las condiciones laborales. Respecto a la primera, se abordan la existencia de organismos de reglamentación de la enfermería, los mecanismos para garantizar las competencias iniciales y el mantenimiento de las competencias de estos profesionales, y la enfermería de práctica avanzada. Respecto a la segunda, se aborda la existencia, notificada por los países, de leyes y políticas para garantizar la protección y el apoyo de dicho personal en su entorno laboral, con un apartado dedicado a sus salarios.

7.1 Reglamentación del ejercicio de la enfermería

98. La reglamentación del personal de salud, incluido el de enfermería, es esencial para proteger el interés público por medio de la seguridad del paciente, pero también puede ayudar a abordar prioridades más generales de los sistemas de salud, como la formación de los profesionales de salud, la distribución de los trabajadores de la salud, la planificación y movilización de la fuerza laboral, la gestión de los costos, y la resolución de los problemas ligados a la movilidad internacional de los trabajadores de la salud (300-302) (véase el recuadro 7.1).

Recuadro 7.1 Posibles repercusiones de las medidas reglamentarias sobre la movilidad y la disponibilidad del personal de enfermería

En algunos lugares, la necesidad de contratar y fidelizar al personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19 condujo a relajar las normas y reglamentos de la enfermería a escala nacional o subnacional (303). Aunque estas relajaciones de las restricciones a la inmigración y de las limitaciones impuestas por la reglamentación de la enfermería eran transitorias (y en muchos casos sujetas a necesidades concretas) y no se concibieron para integrarlas en un plan de armonización más amplio, son mecanismos que es preciso evaluar si se pretende que sirvan de base para futuras reformas de la reglamentación o iniciativas de armonización (304-306). Otros acontecimientos importantes, como la salida de algunos países de un bloque económico caracterizado por una cierta convergencia reglamentaria, tuvieron el efecto contrario sobre el flujo de personal de enfermería entre jurisdicciones que antes contaban con un reconocimiento mutuo de las normas (307, 308).

Varios acuerdos de reconocimiento mutuo y otras iniciativas orientadas a la armonización interjurisdiccional de las normas que regulan la enfermería han visto la luz en la Región de Asia Sudoriental (por medio de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental [ASEAN]), en la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE) (por medio del Proceso de Bolonia), y en el Caribe (por medio de las iniciativas de la Comunidad del Caribe [CARICOM]) (29). Desde 2020, la literatura especializada describe varios intentos, por parte de los países, de avanzar en esta armonización mediante reformas educativas, mayores inversiones y el fortalecimiento de la reglamentación (284, 309-316).

99. Se presentan los datos de los países que informaron sobre indicadores relativos a la existencia de un organismo oficial de reglamentación de la enfermería, de un examen de «aptitud para el ejercicio profesional» o de autorización para ejercer, y del DPC, que a menudo se exige para mantener la condición de profesional registrado (colegiado) o autorizado para ejercer (véanse la figura 7.1 y los cuadros 7.1 y 7.2). Se utilizó un indicador aparte para cuantificar la existencia de perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada.

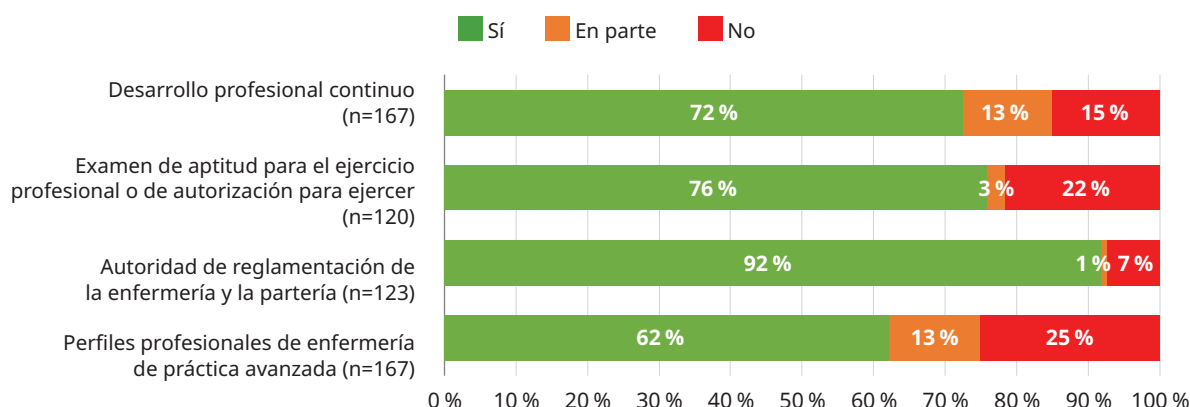
100. A escala mundial, el 92 % de los países notificantes comunicaron la existencia de un organismo de reglamentación de la profesión enfermera. Todas las regiones presentan porcentajes elevados, que van desde el 100 % entre los países notificantes de la Región de Asia Sudoriental hasta el 85 % en la Región del Mediterráneo Oriental. Si bien existen diferencias a nivel

regional, no hay un patrón discernible según la clasificación de los países por grupos de ingreso: el porcentaje más bajo, del 72 %, correspondió a los países de ingreso mediano alto, mientras que en los otros tres grupos de ingreso fue del 97 % o del 100 %.

101. A escala mundial, en el 76 % de los países notificantes se llevan a cabo exámenes para garantizar la competencia inicial o la «aptitud para el ejercicio profesional» de las enfermeras y enfermeros antes de que se les conceda la autorización para ejercer. El porcentaje más alto corresponde a los países notificantes de las Regiones de África y de Asia Sudoriental (86 % y 89 %, respectivamente) y el más bajo, a los de la Región del Mediterráneo Oriental (57 %).

102. Por grupos de ingreso, el mayor porcentaje de países que realizan exámenes de autorización para ejercer se da en el grupo de ingreso mediano bajo (87 %), y el menor,

Figura 7.1 Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de aspectos relacionados con la reglamentación profesional y el ejercicio de la enfermería



Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.

Fuente: CNPS; 2024.

Siguen acumulándose los datos que corroboran tanto la eficacia, la eficiencia y la calidad de la atención prestada por el personal de enfermería como la satisfacción con ella.

Cuadro 7.1

Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de diversas reglamentaciones relativas a la enfermería y aspectos del ejercicio profesional de esta (% Sí), por regiones de la OMS

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Mundial
Autoridad de reglamentación de la enfermería y la partería	95 % (21/22)	90 % (19/21)	100 % (9/9)	90 % (37/41)	85 % (11/13)	94 % (16/17)	92 % (113/123)
Examen de aptitud para el ejercicio profesional/de autorización para ejercer	86 % (18/21)	68 % (13/19)	89 % (8/9)	74 % (29/39)	57 % (8/14)	83 % (15/18)	76 % (91/120)
Sistemas nacionales de desarrollo profesional continuo	69 % (27/39)	67 % (22/33)	70 % (7/10)	83 % (43/52)	83 % (10/12)	57 % (12/21)	72 % (121/167)
Perfiles de enfermería de práctica avanzada	76 % (29/38)	64 % (21/33)	80 % (8/10)	51 % (27/53)	71 % (10/14)	47 % (9/19)	62 % (104/167)

Notas: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. Entre paréntesis se indica el número de países que respondieron afirmativamente respecto al número total de países que informaron sobre ese indicador. En el caso de algunos indicadores, los datos comunicados por los países notificantes pueden no ser representativos de todos los países de la región, por lo que estas cifras deben interpretarse con cautela.

Fuente: CNPS; 2024.

Cuadro 7.2

Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de diversas reglamentaciones relativas a la enfermería y aspectos del ejercicio profesional de esta (% Sí), por grupos de ingreso del Banco Mundial

	Ingreso alto	Ingreso mediano alto	Ingreso mediano bajo	Ingreso bajo	Mundial
Autoridad de reglamentación de la enfermería y la partería	98 % (53/54)	72 % (21/29)	97 % (29/30)	100 % (10/10)	92 % (113/123)
Examen de aptitud para el ejercicio profesional/de autorización para ejercer	80 % (41/51)	62 % (18/29)	87 % (26/30)	60 % (6/10)	76 % (91/120)
Sistemas nacionales de desarrollo profesional continuo	82 % (49/60)	60 % (27/45)	73 % (29/40)	73 % (16/22)	72 % (121/167)
Perfiles de enfermería de práctica avanzada	63 % (38/60)	52 % (24/46)	67 % (28/42)	74 % (14/19)	62 % (104/167)

Notas: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. Entre paréntesis se indica el número de países que respondieron afirmativamente respecto al número total de países que informaron sobre ese indicador. En el caso de algunos indicadores, los datos comunicados por los países notificantes pueden no ser representativos de todos los países de la región, por lo que estas cifras deben interpretarse con cautela.

Fuente: CNPS; 2024.

en el grupo de ingreso bajo (60 %). En algunos países, el presentarse a un examen de obtención de la autorización para ejercer representa la oportunidad de asignar a cada

enfermera o enfermero un identificador único que se mantendrá durante toda la vigencia de su registro profesional (véase el recuadro 7.2).

Recuadro 7.2 Sistema de identificador único de personal de enfermería

Disponer de un sistema de identificador único de personal de enfermería puede resultar útil a la hora de planificar y gestionar el personal de salud, ya que posibilita el seguimiento de las autorizaciones para ejercer, las especializaciones y el despliegue de las enfermeras y enfermeros en las distintas regiones. Permite conocer en tiempo real el personal disponible, lo cual ayuda a los poderes públicos a reasignar rápidamente los recursos durante las emergencias de salud pública y subsanar las deficiencias de cobertura (317).

En los Estados Unidos, el identificador del National Council of State Boards of Nursing (NCSBN ID) se asigna cuando el estudiante se inscribe en el examen nacional con el que se obtiene la autorización para ejercer. Se almacena como un campo clave del sistema Nursys® de modo que el público, los empleadores y los propios enfermeros y enfermeras pueden obtener información en tiempo real sobre el estado de la autorización para ejercer en todas las jurisdicciones por medio de un informe único. Un sistema voluntario complementario llamado eNotify envía a tiempo recordatorios de la necesidad de renovar la autorización para ejercer o de los cambios en el estado de esta, lo cual permite disponer de información actualizada sobre el personal (318, 319).

En la India, el Consejo de Enfermería creó un sistema de registro y seguimiento del personal de enfermería con fines similares. Está vinculado a la información Aadhaar sobre cada enfermera o enfermero (similar al número de la seguridad social), lo cual garantiza que no haya duplicación de profesionales. El sistema mantiene un registro actualizado de las enfermeras y enfermeros indios cualificados que están trabajando en el país y en el extranjero (320).

Estos tipos de sistemas también pueden ayudar a elaborar previsiones sobre personal, ya que permiten el seguimiento longitudinal de las trayectorias profesionales de las enfermeras y enfermeros, como las transiciones de la condición de estudiantes a la de profesionales, de una especialidad a otra o de un entorno de ejercicio profesional a otro (321). Esta información puede ser útil para establecer las necesidades en materia de formación continua, planificar las capacidades y afrontar de forma proactiva la escasez de personal. La incorporación del identificador único de personal de enfermería en las historias clínicas electrónicas de los pacientes proporciona datos de las intervenciones de enfermería en relación con la recuperación de los pacientes y la conformidad con la atención óptima (317). Un identificador único mundial de personal de enfermería podría ayudar a evaluar mejor la efectividad de las iniciativas de desarrollo del personal y el impacto de estrategias específicas de contratación y fidelización (82).

103. Exigir documentación que acredite el DPC o la formación continua es un mecanismo reglamentario utilizado por el 72 % de los países notificantes. La Región del Mediterráneo Oriental alberga el menor porcentaje de países que se basan en un examen para autorizar el ejercicio profesional y el mayor porcentaje de países que utilizan el DPC para garantizar el mantenimiento de las competencias (83 %, como la Región de Europa). No se observó ningún patrón según la clasificación de los países por grupos de ingreso: el porcentaje más alto correspondió a los países de ingreso alto (82 %) y el más bajo al de los de ingreso mediano alto (60 %). Aunque,

en todas las regiones, la mayoría de los países cuentan con sistemas de DPC, los datos no describen su contenido ni si está acreditado o se garantiza de algún modo que es pertinente para el contexto del país o el mantenimiento de las competencias profesionales exigidas al personal de enfermería en un determinado entorno de servicios de salud. Lo ideal sería que el DPC respaldara las competencias básicas esenciales de las enfermeras y enfermeros, incluidas las funciones ampliadas en los entornos de prestación de servicios de salud que atienden a poblaciones que viven más tiempo y con afecciones complejas y crónicas (véase el recuadro 7.3).

Recuadro 7.3 Modelos de aprendizaje digital para el perfeccionamiento y el reciclaje profesionales del personal de enfermería

Los planificadores de los sistemas de salud se enfrentan a una presión cada vez mayor para que el personal de enfermería se perfeccione o se recicle profesionalmente con miras a responder a las necesidades cada vez más complejas de la gestión de la salud de la población en todo el mundo. Los nuevos modelos de aprendizaje digital (centrados en el microaprendizaje, las microcredenciales, las insignias digitales y las macrocertificaciones) están ganando adeptos como vías flexibles y accesibles para el desarrollo profesional. Podrían transformar la oferta educativa existente para la formación continua y reconfigurar el modo en que el personal de enfermería adquiere y confirma sus competencias, en particular en los países con pocos recursos en los que los modelos tradicionales de dicha formación son menos accesibles.

Acceso a la formación en enfermería avanzada en la era digital

El aprendizaje en el empleo con miras a prestar una atención más especializada puede potenciarse mediante programas basados en microcredenciales, tanto de microaprendizaje como de macrocertificación (esta es similar a una cualificación, pero se consigue por medio de múltiples microcredenciales incluidas en temas más amplios) (322). El personal de enfermería puede obtener microcredenciales —pequeñas certificaciones acumulables— que validan determinados conocimientos, habilidades y competencias. Se logran más rápidamente y se centran en temas específicos para satisfacer necesidades concretas. Además, pueden preparar al personal de enfermería para macrocertificaciones más amplias en áreas de estudio más generales, como la atención de rehabilitación. Las microcredenciales digitales permiten a dicho personal dar visibilidad a su aprendizaje en el trabajo (323). A las enfermeras y enfermeros que prestan atención avanzada pero carecen de cualificaciones les resultarán muy provechosas las vías de aprendizaje formal que ofrecen los programas basados en microcredenciales, así como el reconocimiento de los logros formativos que dichas microcredenciales y las insignias digitales ofrecen.

Las insignias digitales representan de manera visual conocimientos, habilidades o competencias y son clave en este ecosistema. Ofrecen al personal de enfermería una forma inmediata y reconocible de exponer su experiencia y su competencia ante empleadores, colegas y organismos de reglamentación. También pueden publicarse en redes sociales, redes profesionales y currículos digitales, lo cual fomenta la movilidad profesional y ayuda a los empleadores a identificar rápidamente a los candidatos adecuados.

Utilidad de las microcredenciales digitales para la práctica avanzada

El sistema de microcredenciales digitales podría influir positivamente en las prácticas enfermeras a escala mundial, ya que mejoraría la movilidad transfronteriza y subsanaría las insuficiencias en materia de competencias de los trabajadores de la salud con miras a cumplir las expectativas establecidas en las normas de formación y los marcos reglamentarios (324). El microaprendizaje, las microcredenciales, las macrocredenciales y las insignias digitales no son solo instrumentos de mejora de las competencias; también pueden ayudar al reciclaje profesional del personal de enfermería según la evolución de las demandas en materia de salud. Además, cuando la evaluación de los logros formativos que conducen a la concesión de la insignia o la microcredencial se basa en demostrar conocimientos, habilidades o competencias que pueden adquirirse mediante el aprendizaje formal, informal y no formal, ello permite que a las enfermeras y enfermeros se les reconozcan las competencias que han adquirido por medio del aprendizaje en el empleo (325).

Un futuro con microcredenciales digitales accesibles y portátiles

El aprendizaje que conduce a la obtención de microcredenciales e insignias digitales desempeñará un papel crucial en la preparación de las enfermeras y enfermeros para los sistemas de salud del futuro (326). A medida que los modelos de prestación de servicios de salud se orientan hacia la atención basada en el valor y la gestión de la salud de la población, es posible que las enfermeras y enfermeros necesiten adquirir competencias en campos como el análisis de datos, la telemedicina y el seguimiento a distancia de los pacientes. Las plataformas de microaprendizaje pueden proporcionar una formación rápida en estas áreas, y las microcredenciales y macrocertificaciones digitales permiten al personal de enfermería demostrar su experiencia.

Las microcredenciales, el microaprendizaje, las macrocertificaciones y las insignias digitales complementan y potencian los modelos tradicionales de enseñanza de la enfermería. A medida que los sistemas de salud evolucionen, las credenciales digitales ayudarán a que el personal de enfermería esté cualificado para afrontar los retos cada vez más complejos que plantea la gestión de la salud de la población.

104. Siguen acumulándose los datos que corroboran tanto la eficacia, la eficiencia y la calidad de la atención prestada por el personal de enfermería como la satisfacción con ella (327). A escala mundial, se está tendiendo a la expansión de las funciones de enfermería, en particular en modelos orientados a optimizar las contribuciones de las enfermeras y enfermeros en puestos de práctica avanzada y atención especializada (88). Los datos muestran unas tendencias similares en el ámbito de los dispensarios dirigidos por personal de enfermería y la enfermería de práctica avanzada (328-330). A medida que los países despliegan enfermeras y enfermeros en puestos de atención avanzada y especializada, que exigen mayores capacidades técnicas, científicas y de ejercicio autónomo, el certificado de especialidad puede servir para normalizar los requisitos para dichos puestos, incluida la evaluación de las competencias iniciales y el mantenimiento de las competencias. Aunque dicho certificado es habitual en los Estados Unidos y se está utilizando cada vez más en otros países anglófonos de ingreso alto, los datos no prueban su impacto e indican que unas evaluaciones a nivel de los sistemas de salud deberán determinar si es probable que esta certificación de enfermería especializada contribuya a los objetivos de atender de forma holística a las personas que viven con múltiples afecciones (331).

105. Las enfermeras y enfermeros de práctica avanzada son profesionales con formación avanzada, por lo general a nivel de máster, y un ámbito de ejercicio profesional más amplio que el de los titulados en enfermería; a menudo están habilitados

para diagnosticar, recetar medicamentos, solicitar pruebas diagnósticas, iniciar derivaciones e ingresar y dar el alta a pacientes en hospitales u otros servicios (332). Los cargos más comunes son los de «enfermera o enfermero de práctica avanzada» (APN), «enfermera o enfermero especialista» y «enfermera o enfermero clínico especialista» (333, 334) (véase el recuadro 7.4).

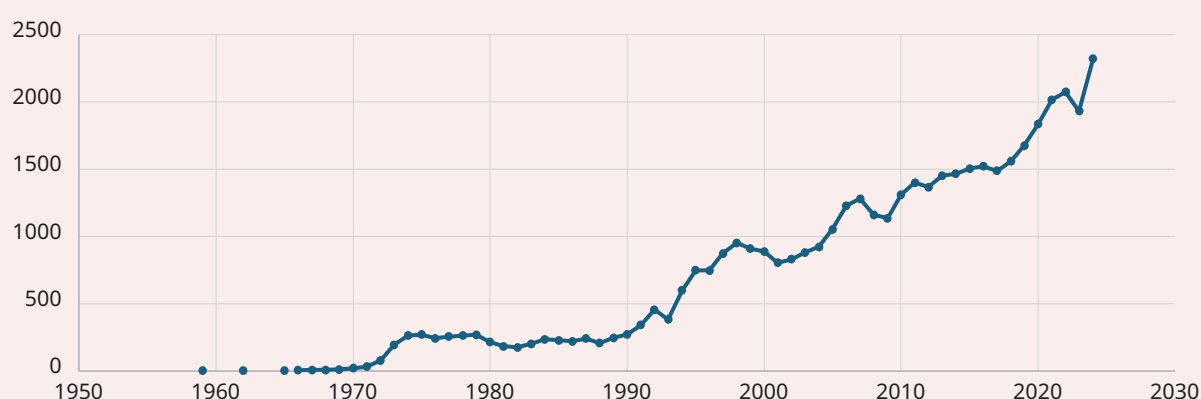


Flavia Naudi muestra la tableta utilizada para registrar digitalmente los datos de salud en el Railways Health Centre de Kisumu (Kenya). © OMS/Genna Print

Recuadro 7.4 Enfermería de práctica avanzada

Cada vez hay más datos sólidos que confirman que los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada mejoran la calidad de la atención y los resultados de salud y de satisfacción de los pacientes, fortalecen los modelos de ejercicio profesional colaborativo, y permiten dispensar servicios especializados en entornos diversos, a poblaciones de pacientes diferentes y con distintos niveles de gravedad o urgencia (329, 335-338). El interés académico por la enfermería de práctica avanzada ha crecido rápidamente desde la década de 1990, pese a que en la literatura especializada predominan los datos probatorios publicados por países de ingreso alto anglófonos y referidos a su propia experiencia (véase la figura 7.2a). Aunque gran parte de la investigación basada en los resultados se ha concentrado en los países en los que los profesionales de enfermería de práctica avanzada llevan trabajando más tiempo, hay datos suplementarios indicativos de que estos profesionales contribuyen notablemente a mejorar el acceso a la atención de salud, sobre todo en zonas desatendidas, en las cuales es frecuente que dispensen atención primaria y con ello subsanen las deficiencias en la prestación, la continuidad y la calidad de los servicios de salud y en la satisfacción de los pacientes con ellos (339-346).

Figura 7.2a Artículos publicados sobre la enfermería de práctica avanzada, por año de publicación



Fuente: Búsqueda en Scopus el 9 de marzo de 2025 "(TITLE-ABS-KEY(("Advanced Practice Nurs*" OR "APRN" OR "Certified nurse Midwife" OR "Nurse Practitioner" OR "Clinical Nurse Specialists" OR "Certified Registered Nurse Anesthetists"))"; años de búsqueda: 1950-2024; resultados: 45 471 artículos.

Los países pueden tener diferentes motivos para implantar perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada: según un estudio, los países de ingreso bajo e ingreso mediano bajo desarrollaron dichos perfiles para prestar servicio a las poblaciones desatendidas, mientras que muchos países de ingreso alto lo hicieron para paliar la escasez de médicos o especialistas (347). En las directrices del Consejo Internacional de Enfermeras se proponen unos requisitos para la legislación, la formación, la reglamentación (título, credenciales, ámbito de ejercicio profesional) y las normas de ejercicio profesional relativas a la enfermería de práctica avanzada (332). Sin embargo, a escala mundial, se observa una gran heterogeneidad en estas esferas (334, 343, 348) y la promoción de los perfiles de enfermería de práctica avanzada se encuentra en etapas muy distintas: desde países sin reconocimiento formal de dichos perfiles hasta jurisdicciones en las que están implantados (334, 349).

Cabe citar dos aspectos clave para el desarrollo y la implantación de perfiles de enfermería de práctica avanzada: que los poderes públicos apoyen sin fisuras el recurso a estos profesionales para cubrir las necesidades en materia de salud y que la legislación o la reglamentación establezca este nivel de ejercicio profesional. Existen diversas vías legislativas y de políticas que pueden facilitar el establecimiento de perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada, como las políticas y estrategias sanitarias nacionales, las políticas de atención primaria, los planes relativos a los recursos humanos para la salud y las leyes que rigen la enfermería y la partería (véase la figura 7.2b) (350-354). Estas políticas no solo proporcionan una vía para introducir dichos perfiles con miras a lograr las prioridades de los sistemas de salud; también sientan las bases para su reconocimiento y ampliación, garantizando así que el personal de enfermería esté equipado para atender necesidades complejas en materia de salud.

Una vez establecidos los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada en la legislación y las políticas, es fundamental contar con un marco reglamentario sólido que permita normalizar las prácticas y garantizar la calidad de la atención (352, 355-359). En muchos países que ya cuentan con dichos perfiles siguen haciendo falta mejoras en la reglamentación que normaliza la práctica, sobre todo en cuanto a la especificación del ámbito de ejercicio y al mantenimiento de la competencia profesional (102, 360). Otros aspectos clave son los programas educativos normalizados, los marcos de competencias adaptables al contexto local, y la evaluación del impacto de estos perfiles (junto a los correspondientes datos probatorios). Las jurisdicciones que cuentan con unos perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada bien definidos, una reglamentación establecida y un ámbito de ejercicio profesional claro están en disposición de integrar eficazmente dichos perfiles en sus sistemas de salud y de demostrar la capacidad de este personal de mejorar la prestación de atención de salud y sus resultados (330, 361).

Figure 7.2b Panorama legislativo y de políticas que ayuda a determinar la fase de desarrollo de la enfermería de práctica avanzada



Así como existen diversas vías legislativas y de política que permiten integrar los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada, también es posible apoyarse en diversos instrumentos reglamentarios para impulsar y reforzar la implantación de dichos perfiles, desde la legislación general de salud pública hasta la legislación específica de la enfermería y los modelos de certificación profesional (352, 353, 358, 362) (véase la figura 7.2c). La promoción de políticas y reglamentos que den al personal de enfermería de práctica avanzada acceso pleno a su ámbito de ejercicio profesional, sumada a iniciativas de sensibilización y mejora del conocimiento público de estos perfiles, contribuirá a una mayor aceptación y uso de sus servicios (363). Las medidas orientadas a promover los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada en los países de ingreso mediano bajo y de ingreso bajo aconsejan empezar por confirmar que los países disponen de los recursos de personal de salud y que existe una necesidad demostrada de esas funciones; además, se debería contar con el apoyo de los principales interesados del ámbito de la formación, las políticas y la reglamentación, y con un enfoque sistemático, participativo y basado en datos científicos (363-366).

Figure 7.2c Mecanismos reglamentarios que pueden utilizarse para impulsar el desarrollo de la enfermería de práctica avanzada



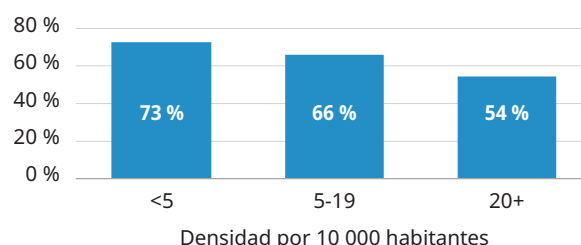
La enfermería de práctica avanzada representa una poderosa estrategia para abordar los problemas de salud mundiales y alcanzar la CUS. Aunque en muchos países se han logrado avances significativos, a escala mundial, su grado de desarrollo e implantación sigue siendo dispar. El camino a seguir exige colaborar con miras a reforzar la base de pruebas científicas, superar los obstáculos y fomentar entornos normativos favorables. Los sistemas de salud pueden aprovechar las competencias y la experiencia de los profesionales de enfermería de práctica avanzada para mejorar el acceso a una atención de calidad, los resultados de salud, y la resiliencia y la capacidad de respuesta del personal de salud (367, 368).

106. A escala mundial, el 62 % de los países notificantes comunicaron la existencia de perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada, lo cual supone un aumento respecto al 53 % notificado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*. Además, el 13 % de los países notificantes indicaron que habían creado «en parte» dichos perfiles profesionales. Los porcentajes más elevados de países que notificaron la existencia de perfiles de enfermería de práctica avanzada correspondieron a las Regiones de Asia Sudoriental y de África (el 80 % y el 76 %, respectivamente). El porcentaje más bajo se registró en la Región del Pacífico Occidental (47 %), lo que indica que posiblemente hay margen para desarrollar más estos perfiles con miras a mejorar la prestación de los servicios de salud (véase el recuadro 7.5).

107. Considerando la clasificación de países por nivel de ingreso, el grupo de ingreso bajo es el que presenta un mayor porcentaje de países que informan de la existencia de perfiles de enfermería de práctica avanzada (74 %), lo cual puede reflejar una estrategia para maximizar el uso de profesionales de

enfermería más cualificados en contextos con una disponibilidad limitada de médicos. Los datos son similares a los notificados en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*: los perfiles de enfermería de práctica avanzada son más frecuentes en los países con menor densidad de médicos, lo cual podría ser indicativo de una estrategia para solventar los problemas de acceso en esas zonas (véase la figura 7.3).

Figura 7.3 Porcentaje de países notificantes en los que existen perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada, por nivel de densidad de médicos por 10 000 habitantes



Nota: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023.
Fuente: CNPS; 2024.

Recuadro 7.5 Gestión eficaz de las ENT por personal de enfermería en Tonga

Tonga respondió a la creciente carga que suponen las ENT para la salud pública mediante profundos cambios en las políticas, los sistemas y la prestación de servicios. Un componente clave de la estrategia fue la creación del Diploma Avanzado en Enfermería para la prevención, detección y gestión de las ENT: en 2014 lo obtuvieron 20 enfermeras y enfermeros especialistas en ENT (369-371).

Se elaboró un programa de extensión asistencial de las ENT muy centrado en la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías reumáticas, y basado en equipos multidisciplinarios para el cribado, la prestación de atención de salud y la derivación. En 2015 se evaluó la prestación de servicios y se observó que se estaba detectando, atendiendo y dando apoyo a un número mucho mayor de pacientes con ENT (372). Y lo que es más importante: las comunidades formularon comentarios positivos sobre la facilidad de acceso a la atención y el hecho de ser atendidos por personal de enfermería. Para lograr este éxito, las enfermeras y enfermeros especializados en ENT tuvieron que desempeñar plenamente sus funciones, incluida la atención a las personas con discapacidad, que exigía medidas específicas. Entre las dificultades que enfrentaron cabe citar la inequidad en el acceso a los recursos. Para aprovechar esta experiencia positiva, Tonga ha elaborado un Plan de Acción centrado en las ENT para el periodo 2023-2025 (370) que incluye un plan de formación del próximo grupo de enfermeras y enfermeros especializados en ENT para optimizar los resultados de salud de la población y que exigirá hacer inversiones sostenibles en una formación de enfermería de calidad.



Una enfermera realiza una visita domiciliar en Tonga para medir la tensión arterial de una paciente como parte de los servicios de extensión relacionados con las ENT. © Stanford Mafuahingano

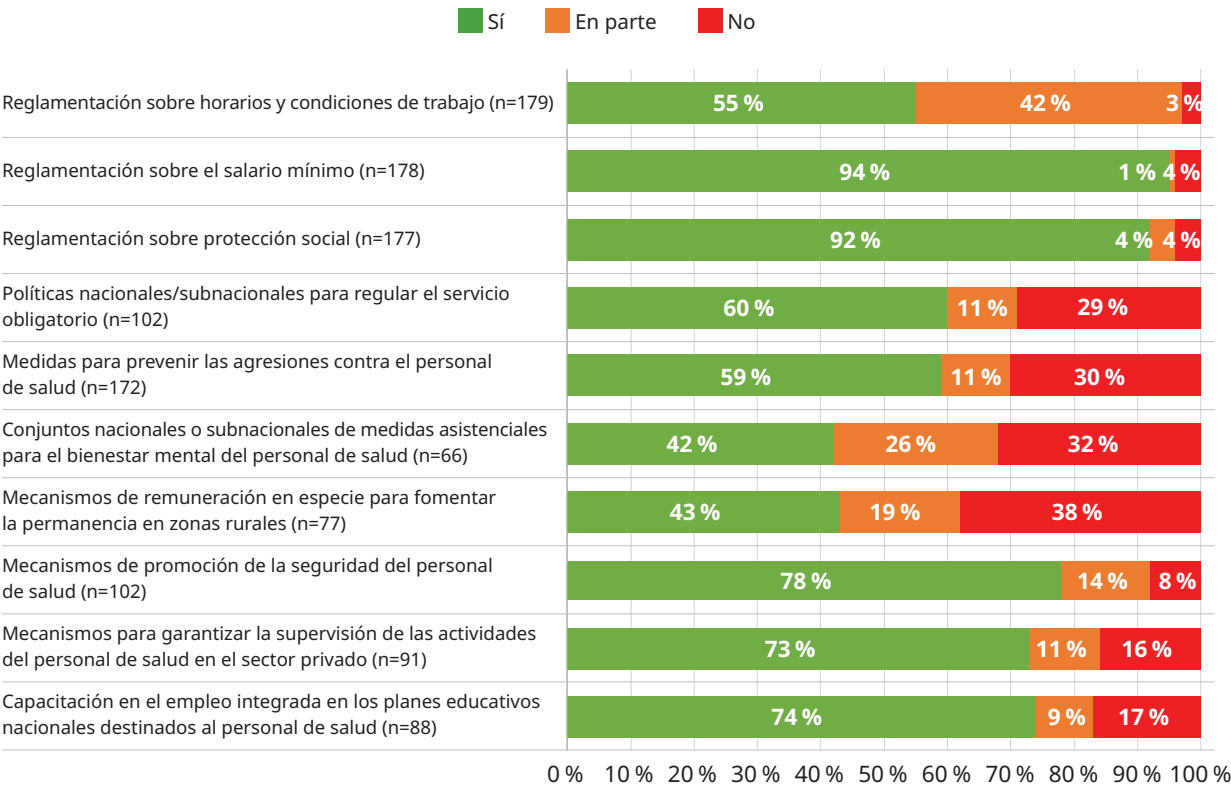
7.2 Condiciones de trabajo

108. La ONU y la OIT llevan mucho tiempo promoviendo el Programa de Trabajo Decente, que se esfuerza por crear lugares de trabajo seguros, inclusivos y respetuosos con los derechos en todos los países y aboga por que los trabajadores de todo el mundo tengan la oportunidad de acceder a empleos que garanticen un salario justo, unas condiciones de trabajo seguras, protección social y el derecho de sindicación. En este apartado se aborda la existencia de leyes o políticas nacionales o subnacionales relacionadas con diversos aspectos de las condiciones de trabajo, y las respuestas que podían dar los países eran Sí/En parte/No; cabe señalar que el

hecho de que notificaran la existencia de estas medidas no implica que estas se hayan aplicado (véanse la figura 7.4 y los cuadros 7.3 y 7.4). En el anexo 4 figuran las tasas de respuesta de todos los indicadores.

109. Según lo notificado, la existencia de leyes y políticas nacionales o subnacionales sobre las condiciones de trabajo varía enormemente en función del tema de la ley o la política, ya que algunas se aplican ampliamente y otras solo en una minoría de países (véase la figura 7.4). El 55 % de los países notificantes comunicaron la existencia de leyes o políticas para proteger a los trabajadores de la salud frente a unas jornadas laborales demasiado largas o unas condiciones de trabajo peligrosas.

Figura 7.4 Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de leyes o políticas sobre diversos aspectos de las condiciones de trabajo del personal de salud



Notas: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. Entre paréntesis se indica el número total de países que informaron sobre ese indicador en concreto.

Fuente: CNPS; 2024.

La región de la OMS con mayor porcentaje de países notificantes que señalaron la existencia de dichas medidas de protección fue la de Asia Sudoriental (70 %), mientras que el porcentaje más bajo correspondió a la del Pacífico Occidental (21 %). Por grupos de ingreso, el mayor porcentaje de países notificantes que declararon haber adoptado disposiciones relativas a las condiciones y los horarios de

trabajo se registró en el de ingreso alto (63 %), y el menor, en el de ingreso bajo (48 %). En otras fuentes se ha descrito una distribución afín a esta: era más frecuente que el personal de enfermería y partería de los países de ingreso bajo y mediano bajo, muchos de ellos africanos, notificara unas jornadas laborales demasiado largas, definidas como superiores a 48 horas semanales (373).

Cuadro 7.3 Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de diversas leyes y políticas relacionadas con las condiciones de trabajo (% Sí), por regiones de la OMS

	África	Las Américas	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental	Mundial
Reglamentación sobre horarios y condiciones de trabajo	65 % (28/43)	50 % (17/34)	70 % (7/10)	68 % (36/53)	40 % (6/15)	21 % (5/24)	55 % (99/179)
Reglamentación sobre el salario mínimo	95 % (40/42)	94 % (32/34)	90 % (9/10)	94 % (50/53)	94 % (15/16)	96 % (22/23)	94 % (168/178)
Reglamentación sobre protección social	86 % (36/42)	91 % (31/34)	100 % (10/10)	98 % (51/52)	93 % (14/15)	88 % (21/24)	92 % (163/177)
Políticas nacionales o subnacionales para regular el servicio obligatorio	54 % (15/28)	52 % (11/21)	88 % (7/8)	64 % (21/33)	50 % (3/6)	67 % (4/6)	60 % (61/102)
Medidas para prevenir las agresiones contra el personal de salud	67 % (28/42)	36 % (12/33)	90 % (9/10)	58 % (31/53)	75 % (9/12)	55 % (12/22)	59 % (101/172)
Conjuntos nacionales o subnacionales de medidas asistenciales para el bienestar mental del personal de salud	54 % (7/13)	31 % (4/13)	67 % (2/3)	33 % (10/30)	75 % (3/4)	67 % (2/3)	42 % (28/66)
Mecanismos de remuneración en especie para fomentar la permanencia en zonas rurales	42 % (11/26)	36 % (5/14)	50 % (1/2)	46 % (13/28)	25 % (1/4)	67 % (2/3)	43 % (33/77)
Mecanismos de promoción de la seguridad del personal de salud	79 % (23/29)	68 % (13/19)	75 % (6/8)	86 % (31/36)	60 % (3/5)	80 % (4/5)	78 % (80/102)
Mecanismos para garantizar la supervisión de las actividades del personal de salud en el sector privado	64 % (16/25)	75 % (12/16)	71 % (5/7)	79 % (27/34)	60 % (3/5)	75 % (3/4)	73 % (66/91)
Capacitación en el empleo integrada en los planes educativos nacionales destinados al personal de salud	68 % (15/22)	57 % (8/14)	70 % (7/10)	84 % (27/32)	88 % (7/8)	50 % (1/2)	74 % (65/88)

Notas: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. Entre paréntesis se indica el número de países que respondieron afirmativamente respecto al número total de países que informaron sobre ese indicador. En el caso de algunos indicadores, los datos comunicados por los países notificantes pueden no ser representativos de todos los países de la región, por lo que estas cifras deben interpretarse con cautela.
Fuente: CNPS; 2024.

Cuadro 7.4

Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia de diversas leyes y políticas relacionadas con las condiciones de trabajo (% Sí), por grupos de ingreso del Banco Mundial

	Ingreso alto	Ingreso mediano alto	Ingreso mediano bajo	Ingreso bajo	Mundial
Reglamentación sobre horarios y condiciones de trabajo	63 % (39/62)	51 % (25/49)	53 % (24/45)	48 % (11/23)	55 % (99/179)
Reglamentación sobre el salario mínimo	93 % (57/61)	94 % (46/49)	98 % (44/45)	91 % (21/23)	94 % (168/178)
Reglamentación sobre protección social	98 % (61/62)	92 % (45/49)	91 % (40/44)	77 % (17/22)	92 % (163/177)
Políticas nacionales o subnacionales para regular el servicio obligatorio	49 % (17/35)	66 % (19/29)	70 % (19/27)	55 % (6/11)	60 % (61/102)
Medidas para prevenir las agresiones contra el personal de salud	67 % (39/58)	50 % (25/50)	52 % (22/42)	68 % (15/22)	59 % (101/172)
Conjuntos nacionales o subnacionales de medidas asistenciales para el bienestar mental del personal de salud	39 % (12/31)	44 % (8/18)	46 % (6/13)	50 % (2/4)	42 % (28/66)
Mecanismos de remuneración en especie para fomentar la permanencia en zonas rurales	39 % (12/31)	59 % (10/17)	44 % (8/18)	27 % (3/11)	43 % (33/77)
Mecanismos de promoción de la seguridad del personal de salud	83 % (35/42)	77 % (17/22)	75 % (18/24)	71 % (10/14)	78 % (80/102)
Mecanismos para garantizar la supervisión de las actividades del personal de salud en el sector privado	79 % (30/38)	74 % (14/19)	68 % (15/22)	58 % (7/12)	73 % (66/91)
Capacitación en el empleo integrada en los planes educativos nacionales destinados al personal de salud	77 % (27/35)	61 % (11/18)	88 % (22/25)	50 % (5/10)	74 % (65/88)

Notas: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. Entre paréntesis se indica el número de países que respondieron afirmativamente respecto al número total de países que informaron sobre ese indicador. En el caso de algunos indicadores, los datos comunicados por los países notificantes pueden no ser representativos de todos los países de la región, por lo que estas cifras deben interpretarse con cautela.

Fuente: CNPS; 2024.

Estos porcentajes indican que, si bien algunas regiones están haciendo esfuerzos, en general, hacen falta unos programas de bienestar mental más completos y generalizados.

Durante la pandemia de COVID-19 se elaboró el Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales con el fin de seguir apoyando a los países a mejorar la seguridad de los entornos de trabajo del personal de salud (véase el recuadro 7.6).

110. El 94 % de los países notificantes comunicaron la existencia de leyes o políticas nacionales o subnacionales orientadas a garantizar un salario mínimo, sin diferencias perceptibles por regiones o grupos de ingreso. Es una cifra superior a la registrada en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, que era del 89 %. Aunque, a escala mundial, el porcentaje promedio de países que comunicaron la presencia de medidas de protección social era alto (92 %) y concordaba con el notificado en el informe

Situación de la enfermería en el mundo 2020 (91 %), difería mucho entre la Región de Asia Sudoriental (100 %) y la de Europa (51 %). Considerando los grupos de ingreso, el 77 % de los países notificantes de ingreso bajo comunicaron la existencia de leyes sobre protección social en el entorno laboral, porcentaje que se situó entre el 94 % y el 98 % en los otros grupos de ingreso.

111. El 60 % de los países notificantes comunicaron la existencia de políticas de servicio obligatorio para los trabajadores de la salud y asistenciales. Son más frecuentes en la Región de Asia Sudoriental (88 %) que en la Región de las Américas (52 %). El porcentaje más alto correspondió a los países de ingreso bajo (70 %) y el más bajo, a los de ingreso alto (49 %), lo que indica un grado distinto de uso del servicio obligatorio como instrumento de política.

Recuadro 7.6 El Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto importantes problemas relacionados con la protección y salvaguardia del personal de salud (374). Ninguno o casi ninguno era nuevo, pero la voluntad y el liderazgo políticos desembocaron en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2021 (WHA74.14) (375) en la que se pedía a la OMS que elaborara el Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales (376), el cual fue reconocido por los Estados Miembros en una resolución posterior (WHA75.17) (19).

Los dirigentes políticos de alto nivel reconocieron la necesidad de invertir en la creación de unos entornos de trabajo seguros, inclusivos, dotados de recursos y basados en los derechos, que tengan en cuenta los derechos humanos y laborales de los trabajadores de la salud, cumplan su deber de diligencia respecto de ellos y generen el entorno propicio para atraer, apoyar y fidelizar a los seres humanos que constituyen el núcleo de la prestación de servicios de salud.

El Pacto Asistencial consolida leyes, tratados, resoluciones y normas internacionales para orientar a los países y los empleadores en la elaboración de recomendaciones y medidas de política relativas a cuatro ámbitos:

- la prevención de daños (protección frente a riesgos laborales, prestación de servicios de salud en general y de salud mental, protección frente a la violencia y el acoso, y protección frente a agresiones en situaciones de fragilidad, conflicto y violencia);
- la garantía de inclusividad (igualdad de trato y no discriminación);
- la dotación de recursos (remuneración justa y equitativa, protección social, entornos laborales propicios); y
- la salvaguardia de los derechos (libertad de asociación y negociación colectiva, protección de los denunciantes y ausencia de represalias).

El Pacto Asistencial recomienda establecer mecanismos de gobernanza y política orientados a crear unos entornos de trabajo seguros, saludables, propicios y respetuosos de los derechos para los trabajadores de la salud y asistenciales. Estos recursos se alojan en el sitio web Health and Care Worker Policy Lab (<https://www.hcwpolicylab.org>). La adopción activa, la defensa y la promoción de los principios del Pacto Asistencial deben ocupar un lugar preeminente en el programa de políticas relacionadas con la enfermería.

112. El 59 % de los países notificantes comunicaron la existencia de medidas para prevenir las agresiones contra el personal de salud, lo que representa un aumento con respecto al 37 % notificado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*. El porcentaje más alto se registró entre los países notificantes de la Región de Asia Sudoriental (90 %) y el más bajo, entre los de la Región de las Américas (36 %) (véase el recuadro 7.7).
113. Solo el 42 % de los países notificantes comunicaron la existencia de conjuntos de medidas asistenciales para el bienestar mental, con grandes diferencias que van desde el 74 % de los países notificantes de la Región del Mediterráneo Oriental hasta el 31 % de los de la Región de las Américas. Estos porcentajes indican que, si bien algunas regiones están haciendo esfuerzos, en general, hacen falta unos programas de bienestar mental más completos y generalizados. Considerando los grupos de ingreso, la



Estudiantes de enfermería participan en un ejercicio de simulación clínica en un centro de formación del Caribe. © Jon Reyes

Recuadro 7.7 Ataques contra los servicios de atención de salud e impacto en el personal de enfermería

Los ataques contra los servicios de atención de salud pueden privar a las personas de la atención que necesitan urgentemente; reducen el acceso, debilitan los sistemas de salud y obstaculizan el logro de los objetivos de salud pública a largo plazo. Las agresiones, la violencia y los conflictos también provocan desplazamientos involuntarios de enfermeros y enfermeras, incluso más allá de las fronteras nacionales (377-380). El personal de enfermería desplazado involuntariamente que intenta trabajar en su nuevo entorno puede verse enfrentado a largos tiempos de espera y a una información limitada sobre los permisos de trabajo en sus países de destino (381).

Los datos del Sistema OMS de Vigilancia de Ataques contra la Atención Sanitaria indican que, entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de marzo de 2025, se notificaron más de 8300 incidentes de ataques procedentes de 22 países o territorios, con más de 3000 muertos y más de 6000 heridos entre los trabajadores de la salud y los pacientes (382). Existen orientaciones mundiales sobre el modo de proteger, prevenir y mitigar las consecuencias de los ataques contra los servicios de atención de salud (383).

Para prestar apoyo al personal de enfermería y a otros trabajadores de la salud en entornos que han salido de un conflicto y reducir el abandono de la fuerza laboral enfermera cabe brindar oportunidades de desarrollo profesional, incorporar incentivos económicos, ofrecer flexibilidad e identificar al personal que tiene estrechos vínculos con la comunidad (381, 384). Las enfermeras y enfermeros que son refugiados pueden atender de manera particularmente adecuada y empática a las poblaciones de refugiados y mejorar la atención en contextos complejos (380). Los investigadores han reclamado más políticas e iniciativas orientadas a ofrecer a los trabajadores de la salud repatriados unas soluciones de reintegración sostenibles (385).

mitad de los países notificantes del grupo de ingreso bajo comunicaron la existencia de conjuntos de medidas asistenciales

para el bienestar mental, frente al 39 % de los del grupo de ingreso alto (véase el recuadro 7.8).

Recuadro 7.8 La importancia de proteger la salud mental y el bienestar de los trabajadores de la salud y asistenciales

El personal de enfermería representa aproximadamente el 44 % del personal sanitario que presta atención de salud mental (386) y trabaja en hospitales, centros de primeros auxilios, dispensarios de atención primaria, centros de salud comunitarios, establecimientos de larga estancia, escuelas y hogares. Esta presencia tan diversificada le permite identificar, tratar, atender y apoyar eficazmente a las personas con problemas de salud mental (387) y ampliar la capacidad general de la fuerza de trabajo para ofrecer servicios de salud mental. El refuerzo de las competencias enfermeras mediante los estudios previos al empleo, la formación en el empleo y los programas de posgrado centrados en la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mejorará los servicios de salud mental de la atención primaria y ayudará a lograr la CUS (388).

En respuesta a las decisiones internacionales que hacen hincapié en las obligaciones de los gobiernos y los empleadores de proteger a los trabajadores, el informe *Nuestro deber de diligencia* (389) recomienda diez medidas normativas en tres ámbitos: aplicación de políticas y planes intersectoriales con base empírica; inversión en iniciativas de apoyo y atención de salud mental, y fortalecimiento de los recursos humanos para la salud y asistenciales. Las *Directrices sobre la enfermería de salud mental 2024* del Consejo Internacional de Enfermeras ofrecen un marco unificador que guía y ayuda a los interesados —el público, los gobiernos, los profesionales de la salud, los responsables de políticas y los educadores— a conocer y aplicar las mejores prácticas en enfermería de salud mental. Promueven la elaboración de unas políticas sólidas, unos planes estratégicos, y unos marcos educativos que faciliten una atención coherente y de calidad y una investigación innovadora en enfermería de salud mental en todo el mundo (388, 389).

114. El 78 % de los países notificantes comunicaron la existencia de medidas que promueven la seguridad de los trabajadores de la salud, lo cual demuestra que se reconoce mayoritariamente la importancia de garantizarles un entorno de trabajo seguro. Por regiones de la OMS, el porcentaje más bajo de países notificantes con presencia de estos mecanismos

se dio en la Región del Mediterráneo Oriental (60 %) y el más alto, en la de Asia Sudoriental (89 %). Por grupos de ingreso, la diferencia fue un poco menos marcada: el porcentaje más elevado se registró entre los países de ingreso alto (83 %), mientras que entre los de ingreso bajo fue del 71 % (véase el recuadro 7.9).

Recuadro 7.9 Salud y seguridad en el trabajo

Incluso cuando se da un alto grado de cumplimiento de las normas de salud y seguridad en el trabajo por parte de los empleadores, el personal de enfermería sigue enfrentándose a la violencia en el lugar de trabajo, a unos controles técnicos y administrativos insuficientes, a un acceso limitado a los equipos de protección personal, a la exposición a sangre y líquidos corporales, y a lesiones por objetos punzocortantes, lo cual pone de relieve la necesidad de mejorar la formación, los recursos y las proporciones de personal para evitar miles de muertes al año y ahorrar millones en costos sanitarios, en beneficio de los pacientes, el personal de salud y los sistemas en general (390–394). Los riesgos psicosociales, como el estrés y el desgaste profesional, agravan aún más los riesgos laborales y menoscaban la seguridad y la satisfacción de los pacientes, la calidad de la atención, y la productividad y la permanencia del personal de enfermería (395). Además, son riesgos que se intensifican con el envejecimiento de la población enfermera, ya que los enfermeros y enfermeras de más edad sufren más lesiones del aparato locomotor, lo cual se traduce en un menor número de horas trabajadas (264, 396).

Recuadro 7.9 (continuación)

Las orientaciones mundiales describen los componentes clave de los programas de salud y seguridad en el trabajo a todos los niveles y citan las prioridades inmediatas siguientes: ampliar la distribución de equipos de protección personal, mejorar los controles, eliminar las prácticas peligrosas, aplicar estrategias de empoderamiento psicológico, y mejorar la dotación de personal mediante la educación, las proporciones obligatorias y el fortalecimiento de los marcos reglamentarios (391, 392, 395, 397-400). Es fundamental llevar a cabo más estudios en los países de ingresos medianos bajos para identificar las disparidades y adaptar las intervenciones a los contextos socioeconómicos específicos (393, 394). Las inversiones en formación en seguridad, programas de vacunación, distribución equitativa de los recursos y estrategias sólidas de dotación de personal de enfermería permitirán afrontar los peligros emergentes y los ya conocidos, y garantizará que se disponga de un personal de enfermería sostenible y resiliente (393, 394, 400-402).

115. El 73 % de los países notificantes comunicaron la existencia de leyes y políticas que garantizan la supervisión del personal de salud que trabaja en el sector privado. Por regiones de la OMS, el porcentaje más alto se registró entre los países notificantes de la Región de Europa (79 %), seguida de las Regiones de las Américas y del Pacífico Occidental (75 % en cada una de ellas), lo que indica que en ellas se concede más atención a dicha supervisión. Al considerar los grupos de ingreso se observó cierta diferencia: el porcentaje más bajo se registró entre los países notificantes de ingreso bajo (58 %), y el más elevado, entre los de ingreso alto (79 %).

116. Solo el 43 % de los países notificantes comunicaron la existencia de mecanismos de remuneración en especie para promover la permanencia en zonas rurales. El porcentaje más alto se registró entre los países notificantes de la Región del Pacífico Occidental (67 %), y el más bajo, entre los de la Región de las Américas (36 %). Por grupos de ingreso, el porcentaje más bajo correspondió a los países notificantes del grupo de ingreso bajo (25 %), frente a cifras de entre el 36 % y el 46 % en los demás grupos de ingreso (véase el recuadro 7.10).

Recuadro 7.10 Mejora de la permanencia del personal de salud en zonas rurales y remotas: el programa indonesio de becas de discriminación positiva para estudios superiores en Papua (ADik)

Indonesia se enfrenta a una importante escasez de personal de salud en las zonas rurales y remotas, y muchos profesionales formados emigran a los centros urbanos en busca de mejores oportunidades. Para hacer frente a esta situación, el Gobierno indonesio puso en marcha el programa de becas ADik Papua, que estaba dirigido a estudiantes de regiones remotas, fronterizas e insulares y les ofrecía la oportunidad de cursar estudios del sector de la salud en 48 universidades públicas y 22 escuelas politécnicas de toda Indonesia. Con él se buscaba aumentar las probabilidades de que los titulados de esas zonas rurales regresaran a sus comunidades a trabajar como personal de salud, para lo cual se mejoró la calidad de la educación y se fomentó el sentido de la responsabilidad hacia sus lugares de origen (403). Al brindarles apoyo financiero y acceso a una serie de disciplinas del sector de la salud, el programa ha logrado que un mayor número de enfermeras y enfermeros permanezcan en las zonas rurales (de 40 970 en 2016 a 69 427 en 2018), con lo que ha ayudado a reducir la brecha de salud entre las poblaciones urbanas y las rurales (404). El programa ADik ha arrojado resultados positivos: es más probable que los estudiantes regresen a las zonas rurales al terminar los estudios, lo cual propicia una distribución más equitativa de los profesionales de la salud y mejora la prestación de los servicios de salud (404). Esta iniciativa puso de manifiesto que unas políticas educativas específicas pueden ayudar a reducir el déficit de personal en las regiones desatendidas (405, 406).

7.3 Sueldos y salarios

117. Como en todas las profesiones, la remuneración inicial del personal de enfermería al incorporarse al trabajo puede variar de un país a otro e incluso dentro de un mismo país. Algunos aspectos del proceso de fijación de salarios que se dan en los países comprenden el grado de coordinación y participación de la administración pública (por ejemplo, en el conjunto del sector de la salud, a escala nacional o provincial, o en los gobiernos locales), las políticas laborales y sociales del país, las condiciones predominantes del mercado laboral de la salud, la titularidad de los establecimientos, el costo de la vida en una zona determinada, el poder de negociación colectiva de los sindicatos y las asociaciones profesionales —e incluso de las asociaciones patronales en algunos países— y las presiones fiscales (407-409). Otros factores que pueden determinar la

remuneración del personal de enfermería son la formación, la experiencia y el tiempo de trabajo o las modalidades de contrato. Puede que las enfermeras y enfermeros que trabajan por cuenta propia tengan un acceso diferente a las medidas de protección laboral y social, como las leyes y políticas sobre los horarios de trabajo, el salario mínimo, y la seguridad y salud ocupacionales.

118. A escala mundial, la mediana del salario inicial del personal de enfermería era de USD 774 al mes, con diferencias significativas según la región de la OMS y el grupo de ingreso del Banco Mundial (véase el cuadro 7.5). En un extremo del espectro, los países de la Región de Asia Sudoriental ofrecían a los enfermeros y enfermeras principiantes un promedio de USD 500 al mes, mientras que, en la Región de Europa, la mediana mensual ascendía a USD 2508. Al comparar el salario inicial promedio por grupos de ingreso se observó

Cuadro 7.5 Sueldos y salarios mensuales iniciales (mediana, mínimo y máximo) en USD y en dólares PPA, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial

POR REGIONES DE LA OMS	Número de países notificantes/total	Sueldo o salario inicial [mediana (mín.-máx.)] (USD)	Sueldo o salario inicial [mediana (mín.-máx.)] (dólares PPA) ^b
Región de África ^a	22/47	480 (150-1384)	1320 (377-3146)
Región de las Américas	23/35	1100 (255-5961)	1827 (442-8920)
Región de Asia Sudoriental	7/11	500 (275-953)	1472 (936-2851)
Región de Europa ^a	10/53	2508 (450-5835)	3376 (1060-5368)
Región del Mediterráneo Oriental ^a	7/21	800 (500-2860)	2629 (1051-5928)
Región del Pacífico Occidental ^a	13/27	775 (250-3852)	1641 (527-8413)
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL			
Ingreso alto ^a	23/64	2302 (915-5961)	3147 (1333-8920)
Ingreso mediano alto ^a	25/54	705 (250-1800)	1516 (527-3482)
Ingreso mediano bajo	24/50	539 (231-2077)	1338 (442-8413)
Ingreso bajo ^a	10/26	360 (150-2556)	945 (377-5928)
Total (n=81)	82/194	774 (150-5961)	1656 (377-8920)

Notas: El análisis incluye los datos del último año notificado del periodo 2018-2023 correspondientes a 82 países y relativos a los sueldos y salarios mensuales promedio del personal de enfermería el comienzo de su carrera. ^a Los datos notificados corresponden a menos de la mitad de la población. ^b Paridad de poder adquisitivo en dólares internacionales constantes de 2021, calculada a partir de la estimación a nivel de país en dólares de los EE.UU y dólares PPA según el Programa de Comparación Internacional, Base de Datos de Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial.
Fuente: CNPS; 2024.

una correlación: era más alto en los países de ingreso alto (USD 2302 al mes) que en los de ingreso bajo (USD 360 al mes). La distribución salarial, desglosada por grupos de ingreso del Banco Mundial, muestra que los países de ingreso alto son el único grupo en el que los salarios iniciales superan los USD 2000 al mes. En cambio, los países de ingreso bajo, los de ingreso mediano bajo y los de ingreso mediano alto ofrecían salarios que por lo general no llegaban a los USD 1000 al mes, con una variación mucho menor dentro de estos grupos. Esta diferencia pone de manifiesto las dificultades económicas a las que se enfrenta el personal de enfermería en los países de ingreso bajo y mediano bajo, donde los salarios no solo son inferiores, sino también más uniformes.

119. Según el análisis llevado a cabo para el presente informe, puede ocurrir que las mujeres cobren menos que los hombres aun estando en la misma categoría ocupacional: es frecuente que, en el sector de la salud y asistencial, los atributos de mercado laboral de las mujeres se infravaloren (156) (véase el recuadro 7.11).

120. Los salarios pueden expresarse en dólares de los EE.UU. al mes, pero también ajustados según la paridad de poder adquisitivo (PPA), para así tener en cuenta la capacidad de compra de bienes en cada

país. El salario ajustado en función de la PPA refleja las disparidades entre las regiones de la OMS y dentro de ellas, así como entre los grupos de ingreso del Banco Mundial. La mediana más alta de los salarios ajustados según la PPA se registra en las Regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental, con unos intervalos entre el salario más alto y el más bajo muy similares; la mediana más baja de los salarios iniciales ajustados a la PPA correspondió a las Regiones de África y de Asia Sudoriental. Dentro de las regiones, había grandes diferencias entre los salarios iniciales más bajos y los más altos, sobre todo en las Regiones de las Américas y del Pacífico Occidental.

121. Por grupos de ingreso, la mediana de los salarios expresada en función de la PPA era dos veces más alta en los países de ingreso alto que en los de ingreso mediano alto y triplicaba a la de los países de ingreso bajo. Estos resultados, interpretados en términos económicos, indican que con lo que ganan en los países de ingreso alto, las enfermeras y enfermeros pueden comprar, en promedio, tres veces más bienes y servicios que sus colegas de los países de ingreso bajo. Los salarios más altos y el menor costo de la vida, junto con otros factores como las condiciones de trabajo, pueden ser determinantes a la hora de tomar la decisión de emigrar de países de ingreso bajo a países de ingreso alto (408, 410).

Recuadro 7.11 Las brechas de remuneración entre hombres y mujeres en la enfermería

A escala mundial, las mujeres se enfrentan a una brecha de remuneración de 24 puntos porcentuales con respecto a los hombres en el sector de la salud y asistencial. Es un sector en el que las mujeres están sobrerrepresentadas en las categorías profesionales peor remuneradas y los hombres lo están en las mejor pagadas. La segregación profesional en el sector, sumada a otros factores, determina que la brecha de remuneración entre hombres y mujeres sea más amplia que la observada en otros sectores (156).

Al examinar las diferencias salariales entre hombres y mujeres en el sector de la enfermería a partir de una muestra de 31 países cuyos datos se habían desglosado lo suficiente como para permitir un análisis de este tipo (véase el anexo 3), se observó una diferencia media del salario bruto por hora de alrededor del 7 % (como referencia, la diferencia de salario bruto por hora en el conjunto del sector de la salud y asistencial de este subgrupo de 31 países es del 18 %). Por consiguiente, aunque el personal de enfermería sigue siendo mayoritariamente femenino, los hombres siguen ganando más que las mujeres, tanto por hora como al mes.



Fabiana Maribel Zepeda Arias, Jefa de Programas de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social: su imagen, tomada en el exterior del Instituto, refleja liderazgo y resiliencia. © OMS/Blink Media - Lisette Poole

→ Liderazgo

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA

Aumentar la proporción y la autoridad de los profesionales de enfermería en los altos cargos del ámbito académico y de la salud y desarrollar continuamente la próxima generación de líderes de enfermería.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

- El 82 % de los países notificantes comunicaron la existencia de jefes de los servicios públicos de enfermería, frente al 71 % registrado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*.
- La región de la OMS con mayor porcentaje de países notificantes que comunicaron la presencia de estos cargos fue la del Pacífico Occidental (93 %), seguida de la Región de África y la de las Américas, ambas con un 86 %. No se observó ninguna distribución particular según la clasificación por grupos de ingreso.
- A los jefes de los servicios públicos de enfermería les corresponde el papel fundamental de velar por que las enfermeras y enfermeros del país contribuyan a gestionar y mitigar los efectos del cambio climático sobre la salud.
- Aproximadamente las dos terceras partes de los países notificantes comunicaron la existencia de programas de desarrollo del liderazgo en enfermería; el porcentaje más alto correspondió a las Regiones de Europa (78 %) y del Mediterráneo Oriental (76 %), y el más bajo, a la Región de África (43 %).
- La diferencia es notable entre los grupos de ingreso: en el grupo de ingreso alto, el 80 % de los países notificantes comunicaron la existencia de programas de desarrollo del liderazgo en enfermería, frente a solo el 25 % en el grupo de ingreso bajo.
- De forma similar a lo descrito en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, los países con programas de desarrollo del liderazgo en enfermería obtuvieron una puntuación ligeramente superior en las esferas de la reglamentación de la educación y la prestación de servicios.
- En los 27 países notificantes, en promedio, el porcentaje de mujeres en puestos de alta dirección de los ministerios de salud era del 55 %.

122. En este capítulo se indican la proporción de países que notifican la existencia de un jefe de los servicios públicos de enfermería o un cargo equivalente y la proporción de países que notifican la existencia de programas de desarrollo del liderazgo en enfermería; un nuevo indicador refleja la presencia de mujeres en puestos de liderazgo del personal de salud, según los datos facilitados por un número menor de países.
123. Un liderazgo y una gobernanza eficaces de la enfermería ayudan a elaborar unas políticas de salud y una planificación estratégica de los recursos humanos de gran solidez para, en última instancia, mejorar la prestación de servicios de salud y los resultados de salud de la población.

Existen múltiples puestos y entornos (administración pública, universidad, organismos de reglamentación, empleadores) en los que los líderes de enfermería pueden definir las políticas y la gestión de la fuerza laboral enfermera; este informe se centra en particular en el papel que desempeñan los jefes de los servicios públicos de enfermería. Aunque pueden tener diferentes atribuciones y responsabilidades según los países (46, 411, 412), sus principales funciones consisten en conocer las políticas, la estrategia, la gestión y la aplicación de los recursos humanos de enfermería, y aportar información para la elaboración de políticas y la toma de decisiones en el ámbito de la salud (véase el recuadro 8.1).



Sana Gul, representante de Nursing Now Challenge, interviene durante una sesión de la 76.ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, 2023. © OMS

Recuadro 8.1 Tipologías de jefes de los servicios públicos de enfermería en la Región de Europa

En 2022, la Oficina Regional de la OMS para Europa puso en marcha una iniciativa para conocer mejor las funciones y responsabilidades de los jefes de los servicios públicos de enfermería y partería y del personal directivo de enfermería y partería y evaluar su influencia sobre las políticas. El objetivo del estudio era ayudar a los Estados Miembros a avanzar hacia la creación o el fortalecimiento de este puesto de jefe de los servicios públicos de enfermería en los países y abordar los factores que facilitan el prestar apoyo a estos cargos superiores o al personal directivo de enfermería y partería para que trabajen de forma más eficaz en pro de unos mejores resultados de salud (413).

Tras entrevistar a 35 jefes de los servicios públicos de enfermería y partería de la región, se consideró que cinco «tipologías» son las que mejor describen el modelo o configuración de la relación de este alto cargo con el ministerio de salud. A continuación se describe brevemente cada modelo.

Modelo del punto focal: En este modelo, el jefe de los servicios públicos de enfermería no pertenece a la administración pública y es reconocido como líder en el mundo académico, en las asociaciones o sindicatos profesionales de enfermería y partería o en la atención clínica. En muchos casos, es designado por el ministerio de salud para participar en reuniones y foros de enfermería y partería en nombre del Gobierno. Presenta informes de las reuniones y asesora al Gobierno en asuntos de enfermería y partería, pero no es responsable de la planificación ni de las decisiones de política.

Modelo basado en la dispersión: En este modelo, el ministerio de salud contrata a enfermeras o enfermeros y parteras o parteros en diversos departamentos y divisiones; no existe una persona responsable de la política o la gestión de la enfermería o la partería. El personal de enfermería y partería que ocupa estos puestos rara vez está a cargo de su propio departamento y permanece alejado de la toma de decisiones central.

Modelo basado en programas: Por lo general, en este modelo, el ministerio de salud asigna a un profesional de enfermería o partería de alto rango jerárquico la dirección de un programa específico (por ejemplo, la seguridad del paciente, los servicios de salud o la educación superior). Es probable que le corresponda intervenir en diversos sectores, pero el jefe de los servicios públicos de enfermería y partería no está a cargo de la gestión del personal de enfermería y partería, ni tampoco de la elaboración de políticas o la planificación.

Modelo consultivo: En este modelo, por lo general, el puesto de jefe de los servicios públicos de enfermería y partería está integrado en el aparato gubernamental y lo ocupa un profesional de enfermería o partería que brinda asesoramiento experto a los responsables superiores de la formulación de políticas (en muchos casos, jefes de los servicios médicos). Participa en la toma de decisiones a nivel nacional y puede coordinar elementos relacionados con la enfermería y la partería (por ejemplo, un grupo especial sobre enfermería), pero no tiene competencias en materia de gestión del personal de enfermería o partería.

Modelo ejecutivo: En este modelo, un profesional de enfermería o partería empleado por el ministerio de salud tiene autoridad directa sobre el departamento de enfermería o partería. La persona que ocupa el puesto define las políticas de salud, ya que orienta las cuestiones relacionadas con la enfermería, como el desarrollo de la profesión, y es responsable de gestionar los presupuestos y garantizar la calidad del personal de enfermería o partería; además, tiene potestad para establecer normas relativas a la educación y el ejercicio profesional.

El estudio concluyó que para que los jefes de los servicios públicos de enfermería y partería trabajen de manera eficaz, su puesto debe incluir una serie de componentes, a saber:

- un mandato para llevar a cabo toda una serie de funciones;
- acceso a una toma de decisiones y una planificación fundamentadas;
- apoyo y recursos para ejercer sus funciones;
- unas atribuciones que incluyan la interacción con otros cargos directivos de enfermería e interesados; y
- competencias, formación y oportunidades en materia de liderazgo individual.

8.1 Jefes de los servicios públicos de enfermería

124. En este apartado se informa de la existencia de cargos de jefe de los servicios públicos de enfermería y de programas de desarrollo del liderazgo por regiones de la OMS y por grupos de ingreso (véase el cuadro 8.1). A escala mundial, el 82 % de los países notificantes comunicaron la

existencia del cargo de jefe de los servicios públicos de enfermería, lo que supone un aumento respecto al 71 % notificado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*. La Región del Pacífico Occidental fue la que registró el mayor porcentaje de países notificantes que declararon contar con este cargo (93 %), seguida de la Región de África y la Región de las Américas (86 % cada una).

Cuadro 8.1 Porcentaje de países notificantes que comunicaron la existencia del cargo de jefe de los servicios públicos de enfermería y de programas de desarrollo del liderazgo en enfermería, por regiones de la OMS y por grupos de ingreso del Banco Mundial

POR REGIONES DE LA OMS	Cargo de jefe de los servicios públicos de enfermería	Programa de desarrollo del liderazgo en enfermería
Región de África	86 % (19/22)	43 % (9/21)
Región de las Américas	86 % (18/21)	71 % (15/21)
Región de Asia Sudoriental	78 % (7/9)	67 % (6/9)
Región de Europa	75 % (30/40)	78 % (31/40)
Región del Mediterráneo Oriental	75 % (9/12)	76 % (9/12)
Región del Pacífico Occidental	93 % (15/16)	56 % (9/16)
POR GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL		
Ingreso alto	81 % (43/53)	80 % (43/54)
Ingreso mediano alto	76 % (22/29)	57 % (16/28)
Ingreso mediano bajo	89 % (25/28)	62 % (18/29)
Ingreso bajo	80 % (8/10)	25 % (2/8)
Mundial	82 % (98/120)	66 % (79/119)

Notas: Últimos datos disponibles del periodo 2018-2023. Entre paréntesis se indica el número de países que respondieron afirmativamente respecto al número total de países que informaron sobre ese indicador. En el caso de algunos indicadores, los datos comunicados por los países notificantes pueden no ser representativos de todos los países de la región, por lo que estas cifras deben interpretarse con cautela.
Fuente: CNPS; 2024.

125. Desde su posición de liderazgo, los jefes de los servicios públicos de enfermería tienen gran capacidad de influir en el modo en que los países adoptan medidas para reorientar los sistemas de salud hacia la atención primaria. Muchos consideran que estos y otros

profesionales de la enfermería que ocupan puestos directivos pueden ayudar a gestionar los cambiantes panoramas de la salud en el mundo y a promover los objetivos de la seguridad sanitaria mundial (41, 414, 415) (véase el recuadro 8.2).

Recuadro 8.2 Liderazgo de los jefes de los servicios públicos de enfermería respecto a la agenda sobre clima y salud

A los jefes de los servicios públicos de enfermería les corresponde el papel fundamental de velar por que las enfermeras y enfermeros del país contribuyan a gestionar y mitigar los efectos del cambio climático sobre la salud (416). Están bien situados para establecer alianzas estratégicas —por ejemplo, con organismos medioambientales y de salud pública— a fin de conocer los planes de adaptación al clima a escala local, las estrategias de preparación ante catástrofes y los mensajes de salud pública (417) y para garantizar que el personal de enfermería se despliegue de forma que se promuevan las prioridades de salud comunes relacionadas con el clima y se dé respuesta a las necesidades de salud de las comunidades afectadas por el cambio climático (50).

Los jefes de los servicios públicos de enfermería ocupan una posición influyente que les permite promover políticas nacionales orientadas a integrar la resiliencia climática en los sistemas de salud y contribuir a su elaboración. En esta línea, podrían abogar por que dichos sistemas estén preparados para afrontar las perturbaciones provocadas por los fenómenos climáticos y se forme al personal de enfermería en la aplicación de los protocolos necesarios para gestionar estas de forma eficaz (46). Están, asimismo, en situación de animar a los empleadores a ofrecer formación especializada sobre los problemas de salud inducidos por el cambio climático y crear oportunidades de desarrollo profesional continuo para que el personal de enfermería actualice sus conocimientos y competencias en cuestiones de salud relacionadas con el clima.

La colaboración entre el jefe de los servicios públicos de enfermería y las instituciones universitarias puede contribuir a fomentar la alfabetización en materia de salud relacionada con el clima entre los estudiantes de enfermería para que los titulados conozcan las repercusiones del cambio climático en la salud y el bienestar (418). La actualización de los planes de estudios basados en competencias puede ayudar a que la educación sobre el cambio climático se convierta en un componente básico de los programas de enseñanza y formación en enfermería (419). Los jefes de los servicios públicos de enfermería pueden alentar la financiación y orientarla hacia la investigación relacionada con las funciones e intervenciones de enfermería relacionadas con el cambio climático.

Los jefes de los servicios públicos de enfermería pueden ser un ejemplo de liderazgo en materia de acción climática al animar a sus homólogos a desempeñar un papel activo en la defensa del clima y la formulación de políticas de salud conexas aportando su punto de vista (66). Pueden, asimismo, elaborar programas de desarrollo del liderazgo de enfermería centrados en la agenda climática, o reorientar los existentes, de modo que el personal de enfermería que inicia su carrera profesional adquiera las habilidades de liderazgo necesarias para explicar y promover las importantes funciones que desempeñan los enfermeros y enfermeras en la respuesta a los problemas de salud que plantea el cambio climático y la mitigación de sus repercusiones a largo plazo en la salud de la población (417).

8.2 Desarrollo del liderazgo en enfermería

126. Dos terceras partes de los países notificantes comunicaron la existencia de programas de desarrollo del liderazgo en enfermería (véase el cuadro 8.1). El porcentaje más alto se registró en las Regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental (78 % y 76 %, respectivamente), y el más bajo, en las de África y el Pacífico Occidental (43 % y 56 %, respectivamente), aunque estas dos Regiones declararon

tener porcentajes elevados de países en los que existía el cargo de jefe de los servicios públicos de enfermería. Un porcentaje mundial del 66 % representa un aumento con respecto al 53 % notificado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, pero hay grandes diferencias en la presencia de programas de desarrollo del liderazgo según los grupos de ingreso: el 80 % de los países notificantes de ingreso alto declararon contar con programas de este tipo, frente a solo el 25 % de los países de ingreso bajo (véase el recuadro 8.3).

Recuadro 8.3 Desarrollo del liderazgo en el hospital terciario nacional (Hospital Nacional Guido Valadares), Timor-Leste

En 2014, un análisis funcional (420) reveló que el personal de enfermería que ocupaba puestos de gestión intermedios en el hospital terciario nacional del Ministerio de Salud de Timor-Leste (Hospital Nacional Guido Valadares) tenía poca capacidad de gestión y escasa formación o capacitación formal; al mismo tiempo, el hospital se enfrentaba a una situación crítica en lo referente a la higiene y a la prevención y el control de las infecciones (PCI). Estos problemas pusieron de manifiesto la urgente necesidad de llevar a cabo cambios estructurales y desarrollar el liderazgo en la institución.

Para darles respuesta, se elaboró un programa de formación de líderes apoyado por asociados del ámbito de la salud y se puso en práctica en el hospital. Se diseñó específicamente para cargos directivos de enfermería y hospitalarios e incluyó sesiones prácticas que permitieron a los participantes aplicar conceptos de liderazgo en tiempo real. Estos también recibieron apoyo continuo mediante mentorías y sesiones específicas sobre liderazgo y gestión adaptadas al entorno del sistema de salud (421).

Tras la aplicación del programa, se ascendió a enfermeras y enfermeros que se pusieron al frente de equipos de Calidad y PCI recién creados con la responsabilidad de mejorar la calidad y gestionar los cambios en todo el hospital. Señalaron que los factores que los ayudaron a avanzar fueron el conocimiento de sus estilos de liderazgo y de los conceptos de gestión del cambio, mejora de la calidad, identificación de los riesgos clínicos, atención centrada en el paciente y estrategias de comunicación.

El programa de desarrollo del liderazgo preparó a estas enfermeras y enfermeros para hacer contribuciones clave durante la transformación de la estructura directiva del hospital. En la actualidad, dirigen sus equipos con eficacia al tiempo que fomentan una cultura de mejora continua y cambio de comportamiento. El programa de formación en liderazgo del Hospital Nacional Guido Valadares, que hoy día es anual, ha demostrado ser una iniciativa fundamental para mejorar las habilidades técnicas y de gestión e impulsar una nueva generación de líderes de enfermería.

127. Cabría esperar que en los países en los que el liderazgo se refuerza con la existencia de un jefe de los servicios públicos de enfermería se observaran avances más rápidos en la reglamentación de la formación y las condiciones de trabajo del personal de enfermería. Sin embargo, el hecho de contar con

ese cargo no se correlacionó de manera estadísticamente significativa con una mejora de la reglamentación educativa y las medidas de protección en el lugar de trabajo, ni tampoco se asoció con la existencia de perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada.

De forma similar a lo descrito en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, los países con programas de desarrollo del liderazgo en enfermería obtuvieron una puntuación

ligeramente superior en las esferas de la reglamentación de la educación y la prestación de servicios (véase el recuadro 8.4).

Recuadro 8.4 Priorizar el desarrollo de las habilidades de liderazgo del personal de enfermería

Es fundamental invertir en las habilidades de liderazgo del personal de enfermería para mejorar la eficacia y la resiliencia de los sistemas de salud (422). Hacen falta inversiones orientadas específicamente al desarrollo de dichas habilidades, con miras a dotar a los líderes de las competencias necesarias para influir en las políticas de salud, gestionar eficazmente el personal e impulsar mejoras sistémicas y la colaboración intersectorial (422, 423). Existen muchos modelos y enfoques para el desarrollo del liderazgo en enfermería, y deberían empoderar a las enfermeras y enfermeros para que asuman funciones fundamentales en los sistemas de salud, dotándolos de capacidades que les permitan identificar y atender las necesidades específicas del sector, ampliar sus ámbitos de ejercicio profesional y aplicar cambios estratégicos (287, 422-425). Con la armonización de las normas de formación en liderazgo entre las distintas regiones se facilitan la movilidad y el reconocimiento de los líderes de enfermería cualificados (426).

Para invertir eficazmente en las habilidades de liderazgo deben existir unos marcos de educación y formación integrales. En África, los organismos de reglamentación y las instituciones educativas desempeñan un papel clave en la elaboración de planes de estudios que incorporan una formación en liderazgo y gestión para el personal de enfermería y partería (427). El establecimiento de unas competencias normalizadas y de unas normas profesionales garantiza que los líderes de enfermería estén uniformemente preparados para desempeñarse según lo exijan sus funciones (427). Para mantener una formación en enfermería y un desarrollo del liderazgo eficaces es preciso que los ministerios de salud, las asociaciones profesionales y las instituciones académicas colaboren entre sí, y también debe haber un apoyo organizativo, una financiación y una cultura que fomente la mentoría y el crecimiento profesional (422). La colaboración es vital para intercambiar información sobre las mejores prácticas y los recursos de utilidad en el desarrollo del liderazgo (426).

Invertir en el desarrollo de las habilidades de liderazgo del personal de enfermería es una prioridad estratégica que contribuye al objetivo más general de reforzar los sistemas de salud. Si estos ofrecen una formación completa y apoyo organizativo e impulsan la colaboración regional, podrán constituir un grupo de líderes de enfermería cualificados. Para poder desarrollar unos sistemas de salud resilientes, reactivos, equitativos y capaces de afrontar los retos presentes y futuros en materia de salud es clave contar con unos líderes de enfermería empoderados.

128. El discurso mundial en torno a la salud ha hecho hincapié en la importancia de empoderar a las mujeres en el lugar de trabajo, tras largas luchas por la igualdad de género en todas las facetas del mundo laboral (428). Puesto que el personal de enfermería es mayoritariamente femenino, el liderazgo de enfermería también puede examinarse desde la perspectiva de la proporción de mujeres que ocupan puestos directivos en el ámbito de la salud. Hubo 27 países que informaron sobre un indicador mundial relativo a la

proporción de mujeres en puestos de alta dirección en los ministerios de salud: el promedio era del 55 %, con un porcentaje mínimo y máximo del 6 % y el 100 %, respectivamente. Aunque esta información solo la comunicó un pequeño número de países, estos pertenecían a todas las regiones y se observaron diferencias: por ejemplo, en los 10 países de la Región de África, el porcentaje promedio de mujeres en puestos directivos era del 24 % y en los siete países de la Región de Europa era del 65 %.



Una enfermera de atención primaria de Ucrania en la recepción de su consultorio, preparada para iniciar las consultas. © OMS

Orientaciones de política hasta 2030

129. Los datos y las conclusiones de este informe dejan patente que las 12 prioridades normativas de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025* siguen siendo pertinentes. En este capítulo se presenta un «área de especial interés» para cada una de ellas durante el periodo 2026-2030. Además, se formulan cinco prioridades normativas emergentes en los ámbitos de la enfermería de práctica avanzada, el género, las tecnologías de salud digital, el clima y la salud, y el personal de enfermería que trabaja en entornos frágiles, conflictivos y vulnerables.

130. Todas las prioridades normativas y las acciones que se deriven de ellas deberán ir respaldadas por inversiones específicas y la colaboración, a escala nacional, entre sectores de la administración pública —como el financiero, el laboral y el educativo—, y por los interesados, que comprenden los docentes de enfermería, los organismos de reglamentación, las asociaciones, los empleadores y las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil.

9.1 Prioridades normativas y áreas de especial interés de las Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería

→ 9.1.1 Empleos

Planificar y prever el personal de enfermería desde el punto de vista del mercado laboral de la salud

131. Muchos países de ingreso alto y países europeos no solo deberán ampliar la matriculación de alumnos en los estudios previos al empleo, sino también centrarse en lograr que las enfermeras y enfermeros permanezcan en activo para compensar las pérdidas por jubilación y reducir la dependencia respecto de la contratación internacional. Muchos países de ingreso bajo y mediano bajo tendrán que aumentar el número de titulados en enfermería, garantizar su absorción por el sistema de salud y mejorar las condiciones de trabajo para reducir la emigración excesiva y tener en cuenta el crecimiento demográfico y la expansión de los mercados laborales. Es posible evaluar las repercusiones de las políticas de empleo y las inversiones en términos de aumento del personal de salud y asistencial y de mejora de las competencias profesionales y las condiciones de trabajo (410).



Enfermeras de Tonga preparan los suministros y cumplimentan la documentación durante una sesión de formación clínica.
© OMS/Mesake 'Isileli Taukolo

Asegurar una demanda suficiente (empleos) en relación con la prestación de servicios de salud para la atención primaria y otras prioridades de salud de la población

132. Pese al crecimiento mundial que ha experimentado la densidad de personal de enfermería desde 2013, en muchos países sigue siendo insuficiente, lo cual obstaculiza los avances de estos hacia el logro de la CUS. Es prioritario acelerar el crecimiento de la demanda de empleos de enfermería, sobre todo en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental y en los países que sufren o, según las previsiones, sufrirán una disminución de la densidad de personal, como los afectados por conflictos y otras emergencias crónicas complejas o los caracterizados por un rápido crecimiento demográfico. Ello exigirá lograr unas inversiones nacionales sostenibles y, cuando los recursos internos no alcancen para ampliar suficientemente el espacio fiscal y económico, también unas inversiones externas en personal de salud, siempre conformes con las prioridades y los mecanismos nacionales y con la Agenda de Lusaka. A escala regional, los mecanismos y oportunidades de participación son, hoy por hoy, el documento fundacional de inversión en personal de salud para África (*Africa Health Workforce Investment Charter*) y la iniciativa emblemática de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (*Investing in a resilient health workforce*), ambos aprobados o adoptados en 2024.

Atraer, contratar y fidelizar al personal de enfermería allí donde más se lo necesita

133. Sigue siendo muy problemático contratar a personal para las zonas rurales y desatendidas y lograr que permanezca en ellas; dentro de un mismo país, la densidad puede ser diez veces mayor de un lugar a otro (188, 429). La puesta en marcha de una «vía rural» de formación de personal de enfermería ha conseguido aumentar el número de enfermeras y enfermeros que regresan a esas zonas a trabajar. Los países deben elaborar políticas de contratación y fidelización basadas en datos científicos y que constituyan un conjunto, se adapten al contexto local y aborden las diversas causas profundas de las desigualdades (430).



La enfermera Akter en servicio en la sala de dengue del Hospital Médico de Daca, Bangladesh. © OMS/Fabeha Monir

Impulsar la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (el Código)

134. La mayor dependencia de los países de ingreso alto respecto de la contratación internacional de personal de enfermería, así como la baja densidad de dicho personal en muchos de los países incluidos en la *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023* y los descensos previstos de la densidad en estos países hasta 2030 indican que es preciso acelerar la aplicación del Código. Las prioridades urgentes son reforzar el cumplimiento de este, en particular las disposiciones que figuran en la *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023*, aumentar la inversión en los sistemas de salud y el personal de salud de estos países, y elaborar y aplicar acuerdos bilaterales que prevean beneficios mutuos y proporcionales para los sistemas de salud de los países de origen. Es fundamental que los países incluidos en la *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023* vigilen estrechamente el mercado laboral de la salud y al mismo tiempo adopten decisiones específicas de política e inversión dirigidas a aumentar la oferta nacional de personal de salud, apoyar las medidas de fidelización, incluida la mejora de las condiciones de trabajo, y desalentar la contratación internacional activa en consonancia con las disposiciones del Código.

→ 9.1.2 Educación

Armonizar los niveles de formación de enfermería con las funciones optimizadas dentro del sistema de salud y el educativo

135. Cada vez son más los países que optan por exigir el título de grado para acceder a la profesión enfermera, por lo que es fundamental establecer una planificación y coordinación entre el mundo académico, los organismos de reglamentación y los establecimientos de salud para determinar las funciones y responsabilidades del personal de enfermería con título de grado respecto a los otros tipos de enfermeras y enfermeros y de trabajadores de la salud. Debe ampliarse la investigación sobre el impacto de dicho personal en particular, de modo que abarque los servicios de atención primaria y los países de ingreso mediano bajo. Todavía hay pocos datos (incluidos los procedentes de estudios longitudinales) relativos a los resultados relacionados con el paciente y con el establecimiento correspondientes al personal de enfermería que ha obtenido el título de grado por la vía de programas puente o de formación acelerada.

Optimizar la producción nacional de personal de enfermería para satisfacer o incluso superar la demanda del sistema de salud

136. Muchos países, sobre todo de las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental, necesitan aumentar su capacidad de producción nacional para hacer frente al crecimiento de la población (cuyas necesidades en materia de salud a menudo están desatendidas y son cada vez más complejas) y a la creciente demanda del mercado laboral. Es probable que los países de ingreso alto tengan que hacer más atractivos los estudios de enfermería y sus trayectorias profesionales para que las matriculaciones crezcan en consonancia con las necesidades de sus respectivos mercados laborales sanitarios. Pueden producirse cuellos de botella a la hora de admitir o matricular a estudiantes por falta de profesorado de enfermería o de centros de formación clínica, así como por las limitaciones en infraestructuras y medios para la capacitación.



Una enfermera educadora modera el examen de un caso clínico por parte de un grupo de estudiantes de enfermería y otros colegas en un hospital de Taiwán (China).
© Yun Chen, Nursing in Focus

Elaborar programas educativos basados en competencias, aplicar un diseño de aprendizaje eficaz, cumplir las normas de calidad y ajustarse a las necesidades de salud de la población.

137. Los países deben velar por que haya una coordinación entre los establecimientos de salud y el mundo académico respecto a las normas de acreditación, de modo que los resultados del aprendizaje estén en consonancia con las competencias que los titulados necesitan adquirir para acceder al mercado laboral; ello supone también maximizar las oportunidades de que los estudiantes dispongan de lugares adecuados para realizar prácticas clínicas. Los centros de aprendizaje clínico también deben cumplir las normas relativas a la supervisión y el desarrollo de competencias. La expansión del «aprendizaje combinado» exige invertir más en infraestructuras y recursos para apoyar una educación digital equitativa y pertinente en entornos didácticos y clínicos; las normas relativas a la educación y la formación en enfermería deben incluir las competencias digitales que el personal de enfermería necesita para ejercer su profesión hoy en día (431, 432).

Garantizar que el profesorado esté debidamente formado en el uso de los mejores métodos y tecnologías pedagógicas y tenga experiencia clínica demostrada en las áreas de contenido.

138. El desarrollo, la contratación y la fidelización de un profesorado de enfermería de calidad no han seguido el ritmo de la demanda en un contexto con cada vez más establecimientos educativos. Hay estrategias con base empírica que refuerzan las capacidades del profesorado, a saber: la orientación y la mentoría formalizadas y estructuradas para facilitar la transición al entorno académico y las expectativas respecto a las funciones; una remuneración adecuada e incentivos no económicos; unas condiciones de trabajo favorables, y oportunidades de promoción profesional. Es probable que el profesorado deba recibir una capacitación complementaria para elaborar e impartir una educación y formación que dote a los estudiantes de enfermería de competencias digitales que les faciliten el aprendizaje, el desarrollo profesional y la atención a los pacientes. Los países tendrán que ofrecer dicha capacitación cuando sea necesario.



Una enfermera realiza un control de salud materna mientras un grupo de estudiantes de enfermería observa durante una sesión de formación clínica en la India.
© Bijali Sinha, Nursing in Focus

→ 9.1.3 Prestación de servicios

Examinar y reforzar los sistemas de reglamentación profesional y apoyar la creación de capacidad de los organismos de reglamentación cuando sea necesario

139. Es preciso que los países examinen y modifiquen la normativa que rige la enfermería para que las enfermeras y enfermeros puedan ejercer aplicando al máximo la educación y la formación recibidas y las competencias evaluadas. Por ejemplo, deben actualizar los ámbitos de ejercicio profesional y velar por que estén suficientemente diferenciados según los distintos tipos y niveles de personal de enfermería (por ejemplo, enfermeras generalistas y enfermeras especialistas o de práctica avanzada). El contenido del DPC debe ayudar a que el personal de enfermería que desempeña funciones ampliadas y atiende necesidades de salud de la población cada vez más complejas adquiera las competencias necesarias, incluido el uso de herramientas y tecnologías digitales para la salud. Se debe optimizar la reglamentación para propiciar una distribución más equitativa del personal de enfermería y su fidelización, e incluir en ella flexibilizaciones y adaptaciones en situaciones de emergencia para mejorar la disponibilidad y al mismo tiempo preservar la seguridad pública.

Adaptar las políticas relativas al lugar de trabajo para proteger y salvaguardar al personal de enfermería

140. Urge una respuesta coordinada de los gobiernos, los empleadores y la sociedad para proteger y salvaguardar la salud mental y el bienestar del personal de enfermería. Recursos como el Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales, el documento *Nuestro deber de diligencia* (389) y el Consejo Internacional de Enfermeras (433) ofrecen orientaciones en materia de políticas e intervenciones a escala de los países y los establecimientos. Un componente clave de un entorno laboral digno es una remuneración equitativa y competitiva. Entre los elementos que podrían reforzar las escalas salariales del personal de enfermería cabe citar: los mecanismos de progresión salarial que remuneran mejor al personal con altos niveles de cualificación, experiencia o práctica avanzada; los complementos salariales destinados a puestos difíciles de cubrir en zonas con un elevado costo de la vida, y las flexibilidades en las cotizaciones y los pagos de pensiones para animar a más enfermeras y enfermeros a permanecer en plantilla o a reincorporarse a ella (408). Puede que algunos países necesiten evaluar de qué modo su sistema salarial respalda la igualdad de género (véase el apartado 9.2).



Personal de enfermería trabajando en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Al-Makassed de Jerusalén. © OMS

→ 9.1.4 Liderazgo

Crear y consolidar puestos directivos superiores para la gobernanza y la gestión del personal de enfermería y la participación en la formulación de políticas de salud

141. Aunque el número de jefes de los servicios públicos de enfermería ha aumentado, se anima a los países a velar por que sus atribuciones y responsabilidades reflejen un rango jerárquico adecuado y vínculos con las estructuras responsables de las políticas y la gestión del personal de salud en general. Deben tener oportunidades de desarrollo profesional, recibir formación en recursos humanos para el liderazgo y la gestión en el ámbito de la salud —incluidos la notificación y el uso de datos—, y participar en procesos y mecanismos nacionales de políticas, y en foros regionales y mundiales. Las enfermeras y enfermeros que ocupan otros puestos directivos en servicios de atención de salud y asistencia social pueden mejorar la toma de decisiones en materia de políticas de salud al aportar el punto de vista de la enfermería. Se anima a los países a que observen y notifiquen el género del personal directivo en el sector de la atención de salud y la asistencia social.

Invertir en el desarrollo de las habilidades de liderazgo del personal de enfermería

142. Los programas de desarrollo del liderazgo en enfermería tienen repercusiones positivas demostrables y deberían ampliarse, sobre todo en los países de ingreso bajo. Existen obstáculos como la falta de financiación, el escaso número de enfermeras o enfermeros en puestos directivos con responsabilidad en la formulación de políticas, o la falta de exposición al liderazgo en los programas de educación y formación (434); es preciso eliminarlos mediante la movilización de recursos y unos programas contextualizados que proporcionen o refuercen las competencias que el personal de enfermería en puestos directivos necesita en diversos entornos. Muchos programas de desarrollo del liderazgo se centran en ofrecer a las enfermeras y enfermeros recién incorporados al mundo laboral oportunidades para participar en la formulación de políticas, tomar decisiones, acceder a redes profesionales y entrar en contacto con la investigación y la innovación, con miras a mejorar su permanencia en la profesión y facilitar la promoción profesional (435, 436).



Una actividad educativa sobre la diarrea acuosa aguda en una escuela de Jartum (Sudán). © OMS

9.2 Prioridades normativas emergentes para 2026-2030

→ 9.2.1 Prioridades normativas emergentes

Seguir desarrollando los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada para mejorar el acceso a unos servicios de salud de calidad

143. La introducción e integración de la enfermería de práctica avanzada debe responder a una necesidad identificada de estos perfiles profesionales, contar con la aceptación de los ministerios de salud y reflejar la colaboración entre estos, las instituciones educativas, los organismos de reglamentación, las asociaciones y los empleadores. Para implantar con éxito dichos perfiles hay que examinar la estructura del sistema de salud, las infraestructuras educativas y las políticas relativas al personal de salud y adaptarlas al contexto específico (29, 364, 437). Existen diversas posibilidades normativas y mecanismos reglamentarios para mejorar el conocimiento y la aplicación de los perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada a fin de lograr un mayor impacto en la salud de la población. También la colaboración interprofesional, la inversión en educación y desarrollo profesional, y la existencia de unas políticas que brinden apoyo permanente son cruciales para el

éxito de la enfermería de práctica avanzada. Para poder hacer un seguimiento mundial preciso y elaborar políticas, es preciso contar con unas definiciones normalizadas del grupo ocupacional de la enfermería de práctica avanzada (diferenciándolo de los profesionales de enfermería).

Combatir los sesgos relacionados con el género, lo que incluye ofrecer unos salarios equitativos y competitivos

144. Es urgente aplicar soluciones colaborativas y multisectoriales para garantizar la igualdad de género en el sector de la salud y asistencial. Hacen falta enfoques específicos de cada contexto para abordar los factores que impulsan la feminización de la enfermería —como las normas culturales y sociales de género y el acceso a la educación— y apoyar la participación equitativa de hombres y mujeres en la fuerza laboral. Las políticas sensibles a las cuestiones de género en materia de educación, contratación, despliegue, gestión, fidelización y promoción profesional contribuyen a crear unos entornos más justos e inclusivos para las enfermeras y enfermeros que ya estén



Examen de la radiografía de tórax de un paciente en un establecimiento de salud de Kazajstán. © OMS

en activo o prevean estarlo. Todos los países deben recopilar datos desglosados por sexos y llevar a cabo análisis interseccionales de género del mercado laboral de la salud. Los salarios del personal de enfermería deben ser justos y equitativos, reflejar la dificultad de muchas de sus funciones y tareas, y respetar el principio de igual remuneración por trabajo igual.

Aprovechar el potencial de las herramientas y las tecnologías digitales para satisfacer las necesidades de la población y de los sistemas de salud

145. Tanto si están ejerciendo la enfermería como si desempeñan funciones docentes o de liderazgo, las enfermeras y enfermeros deben saber utilizar las herramientas de salud digital y trabajar con las tecnologías pertinentes. Estas pueden ayudar a prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, así como a desarrollar la fuerza de trabajo (438). Es indispensable que el personal de enfermería esté preparado y cuente con todo el apoyo necesario para utilizar de forma competente las tecnologías digitales en los diversos ámbitos de ejercicio de su profesión, desde la enseñanza hasta la práctica enfermera, pasando por la investigación y la gestión. La adopción, el uso y la implantación acelerada de la IA para la formación y el ejercicio profesional del personal de salud exigirán importantes inversiones dirigidas a fortalecer la capacidad de dicho personal, y preocupan los aspectos relacionados con la equidad y la inclusividad. La infraestructura y los recursos —que comprenden la formación del personal, los marcos jurídicos y normativos, los mecanismos para la privacidad y la seguridad de los datos, las

normas mundiales técnicas y de otro tipo, y la conectividad a internet— son requisitos básicos para hacer un uso óptimo de las tecnologías digitales y de IA en pro de unos mejores resultados de los pacientes (439).

Empoderar al personal de enfermería para que contribuya a la agenda climática por medio de la educación, la promoción de políticas, el ejercicio profesional respetuoso con el clima en los entornos de salud, y el liderazgo

146. Los asociados del mundo académico deberán integrar los resultados del aprendizaje sobre el cambio climático y sus efectos sobre la salud en los planes de estudios de enfermería basados en competencias y promover el estudio interdisciplinario combinándolo con los campos de la salud pública y ambiental. El papel que desempeña el personal de enfermería en la promoción de políticas de salud pública orientadas a afrontar el cambio climático debe recibir reconocimiento y apoyo. Las enfermeras y enfermeros de los establecimientos de salud pueden liderar acciones en pro de medidas que reduzcan la huella de carbono, minimicen los residuos y promuevan la eficiencia energética en sus lugares de trabajo. Los gobiernos y los establecimientos de salud pueden hacer más hincapié en los problemas de salud relacionados con el clima creando perfiles profesionales específicos, como los de educadores en salud ambiental o defensores de la salud pública para la resiliencia climática. Mediante el establecimiento de alianzas estratégicas, los jefes de los servicios públicos de enfermería pueden lograr que se forme y se despliegue a las enfermeras y enfermeros de modo que puedan impulsar la agenda climática en sus comunidades.

Prestar un apoyo adaptado a la formación, el empleo y las condiciones de trabajo del personal de enfermería en los entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables

147. Es primordial garantizar la seguridad física, lo cual supone ofrecer unas instalaciones y un transporte de ida y vuelta al trabajo que sean seguros, y protección frente a la violencia directa. El personal debe tener a su disposición apoyo psicosocial, asesoramiento y servicios de salud mental. Para sostener los programas de educación y formación deberá potenciarse al máximo el aprendizaje a distancia y móvil; el profesorado necesitará apoyo para elaborar, difundir e impartir los planes de estudio en línea. El personal de enfermería en activo deberá recibir

formación en el empleo centrada en competencias prácticas tales como el triaje y la atención de urgencias y traumatológica. Deben utilizarse métodos flexibles de certificación o acreditación para registrar y reconocer las certificaciones. Es preciso que en las zonas de conflicto se mantengan los salarios y otras retribuciones del personal de enfermería, por ejemplo, mediante mecanismos transitorios. Después de un conflicto, los programas de readaptación pueden ayudar a que las enfermeras y enfermeros se reincorporen, a que se les reconozcan sus cruciales contribuciones, a que se reciclen profesionalmente en caso necesario, y a que se les garantice una retribución y apoyo en el retorno a sus anteriores funciones.



Un enfermero del hospital de Talbisah, en la República Árabe Siria, sostiene un cartel en el que se lee, en inglés, «Soy un enfermero, no un objetivo» para poner de relieve los riesgos a los que se enfrenta el personal de salud en las zonas de conflicto. © OMS

**Todas las prioridades
normativas y las acciones
que se deriven de ellas
deberán ir respaldadas**

por inversiones específicas y a colaboración, a escala nacional, entre sectores de la administración pública —como el financiero, el laboral y el educativo—, y por los interesados, que comprenden los docentes de enfermería, los organismos de reglamentación, las asociaciones, los empleadores y las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil.



Una enfermera se ocupa de la hidratación de un enfermo de cólera y del estado de la vía intravenosa en un centro de tratamiento de Etiopía durante un brote epidémico.
© OMS/Mulugeta Ayene

Conclusiones

148. Aunque el presente informe pone de manifiesto una tendencia continua al aumento del contingente mundial de personal de enfermería, el crecimiento promedio oculta unas desigualdades que van ampliándose y unas pérdidas persistentes en la oferta de enfermeras y enfermeros (por abandono de la fuerza laboral, jubilación y migración internacional). En muchos países, los avances conseguidos con tanto esfuerzo en la tasa de titulación de enfermeras y enfermeros no se están traduciendo en una mejora de las densidades porque el crecimiento demográfico es más rápido. Las poblaciones vulnerables, como las de los países incluidos en la *Lista de la OMS para el Apoyo y la Salvaguardia del Personal de Salud 2023*, los países menos adelantados, los afectados por situaciones de conflicto o inestabilidad, los que presentan unos altos niveles de fecundidad y un rápido crecimiento demográfico, y los PEID, siguen enfrentándose a una disminución de la densidad de personal de enfermería, lo cual pone en peligro la disponibilidad de servicios de salud esenciales.
149. Es evidente que se sigue intentando aumentar el contingente de personal de enfermería por varios cauces: ampliando la capacidad educativa y de formación, incrementando el número de puestos de trabajo para enfermeras y enfermeros en el sistema de salud, mejorando las condiciones laborales, y reforzando el liderazgo y la gobernanza, lo cual, en última instancia, ayuda a lograr los objetivos mundiales relacionados con la salud. Un primer paso fundamental consiste en planificar los recursos humanos de enfermería desde el punto de vista del mercado laboral de la salud para identificar y abordar los problemas en la «cadena de abastecimiento educativa», las discontinuidades en la transición de la educación al empleo, las limitaciones en el espacio económico y fiscal, el subempleo y el desempleo, los perfiles de edad y género, y los factores que influyen en la fidelización y la migración internacional.
150. Aunque la migración internacional del personal de enfermería siempre existirá, puede verse muy incentivada si las condiciones de trabajo son desfavorables y los salarios, relativamente bajos. En el presente informe se constató que muchos países carecen de medidas adecuadas para proteger a las enfermeras y enfermeros y defender sus derechos en el entorno laboral; solo el 42 % disponía de servicios de apoyo a la salud mental y el bienestar. La mediana de los salarios, incluso ajustando estos según la PPA, era tres veces mayor en los países de ingreso alto que en los de ingreso bajo. El análisis basado en datos salariales desglosados por sexos reveló que, aunque la enfermería sigue siendo una profesión en la que se da una clara segregación de género y hay una gran mayoría de mujeres, los hombres siguen ganando más que ellas tanto por hora como al mes.
151. El personal de enfermería está cada vez más profesionalizado en todo el mundo. El aumento del número de países que disponen de perfiles de enfermería de

práctica avanzada se correlaciona con un acervo cada vez mayor de datos que confirman que estos profesionales mejoran el acceso a la atención de salud y la calidad de esta, así como los resultados de los pacientes, los proveedores de atención de salud y las organizaciones, y permiten dispensar servicios de salud costoefectivos en entornos sanitarios diversos, a poblaciones de pacientes diferentes y con distintos niveles de gravedad o urgencia. Normalizar las definiciones de los profesionales de enfermería de práctica avanzada como grupo ocupacional y uniformar la formación, el ejercicio profesional y la reglamentación puede ayudar a superar las barreras que dificultan la optimización de las funciones de estos profesionales en los establecimientos de salud y los entornos comunitarios.

152. Cada vez son más los países en los que existe el cargo de jefe de los servicios públicos de enfermería, circunstancia que brinda una oportunidad única para aprovechar el liderazgo de estos profesionales de la enfermería de alto rango jerárquico. Corresponde ahora a los países garantizar que dicho cargo esté dotado de los recursos necesarios, las habilidades políticas y, sobre todo, la autoridad y el poder decisorio necesarios para contribuir de manera positiva a las políticas de salud y a la planificación de los recursos humanos de enfermería. Los jefes de los servicios públicos de enfermería están bien situados para desempeñar un papel fundamental en la reorientación de los sistemas nacionales de salud hacia la atención primaria. En algunas regiones y en los países de ingreso bajo se han observado deficiencias en la

formación de líderes de enfermería que deben solventarse para garantizar una igualdad de oportunidades que permita a las enfermeras y enfermeros desarrollar todo su potencial.

153. Aunque el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* presenta más datos que el precedente, persisten importantes lagunas en ámbitos clave, como la capacidad de formación (solicitudes, matriculaciones), los tipos de establecimientos en los que trabaja el personal de enfermería, la proporción de este nacido en el extranjero y formado en el extranjero, y la distribución de las enfermeras y enfermeros a escala subnacional. La participación de los jefes de los servicios públicos de enfermería y otros interesados del ámbito de la enfermería en la recopilación, notificación y uso de los datos puede ayudar a seguir mejorando la disponibilidad de estos para futuros informes.
154. La evidencia que aporta el presente informe confirma la necesidad de un diálogo fundamental sobre políticas y de decisiones basadas en datos para seguir aplicando, incluso a mayor ritmo, las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*. Invertir en la formación, la contratación y la fidelización del personal de enfermería estimulará el crecimiento económico al crear puestos de trabajo dignos para las enfermeras y enfermeros y aumentar la participación económica de las mujeres en la fuerza laboral. Unas inversiones en el sector de la salud y asistencial respetuosas de la equidad de género, unidas a unas políticas

Se insta a los países a coordinar el diálogo intersectorial sobre políticas y la toma de decisiones basada en datos en torno a dónde y cómo invertir en enfermería para optimizar plenamente la contribución de esta a la prestación de servicios de salud y a la mejora de los resultados de salud de la población.

transformadoras en materia de género, pueden impulsar unas economías más justas e inclusivas.

155. En estos momentos es urgente acelerar las intervenciones en las áreas de especial interés identificadas en las prioridades normativas de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*, e impulsar las labores en las siguientes áreas prioritarias emergentes: la enfermería de práctica avanzada, la igualdad de género, el clima y la salud, la salud digital y las tecnologías, y el personal de enfermería en los entornos frágiles, conflictivos y vulnerables. Ello ayudará a situar toda la capacidad de la enfermería al servicio de los esfuerzos por reducir al mínimo las inequidades en el acceso, la calidad y la aceptabilidad de los servicios de salud, y a colmar la brecha en la consecución de la CUS mediante un

enfoque basado en la atención primaria. A partir de los datos y las conclusiones de este informe, se insta a los países a coordinar el diálogo intersectorial sobre políticas y la toma de decisiones basada en datos en torno a dónde y cómo invertir en enfermería para optimizar plenamente la contribución de esta a la prestación de servicios de salud y a la mejora de los resultados de salud de la población.

156. Las tendencias a la aparición de inequidades en diversos ámbitos puestas de relieve en el presente informe se repiten entre las regiones y dentro de ellas, entre los países y dentro de ellos, y también cuando se consideran los grupos de ingreso. Estas constataciones no son una sorpresa, pero no por ello debemos aceptarlas. Para alcanzar las metas de los ODS, y en particular la CUS, es urgente subsanar estas inequidades.

Una enfermera prepara la medicación intravenosa para un niño con malnutrición en el hospital de Wau (Sudán del Sur). © OMS



Referencias³

- 1 Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1958 (<https://iris.who.int/handle/10665/39275>).
- 2 Nursing and midwifery in the history of the World Health Organization 1948-2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259535>).
- 3 A un ritmo constante, pero lento: resiliencia en un contexto de divergencia. Washington, D.C., Fondo Monetario Internacional; 2024 (<https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2024/04/16/world-economic-outlook-april-2024>).
- 4 Ayuda bajo presión: 3 cambios acelerados en la Ayuda Oficial al Desarrollo. Naciones Unidas, 2024 (<https://unctad.org/es/publication/ayuda-bajo-presion-3-cambios-acelerados-en-la-ayuda-oficial-al-desarrollo>).
- 5 Global Health Strategy and Fourteenth General Programme of Work 2025–2028. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>).
- 6 Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization, World Bank, International Bank for Reconstruction Development; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374059>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 7 Trabajadores de la salud y asistenciales. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. EB156/15. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2024 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_15-sp.pdf).
- 8 Informe del Día Internacional de la Enfermera 2024. El poder económico de los cuidados. Nuestras enfermeras. Nuestro futuro. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2024 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-05/ICN_IND2024_report_SP_A4_3.1_0.pdf).
- 9 Cobertura sanitaria universal: ampliar nuestra ambición de salud y bienestar en el mundo posterior a la COVID. A/RES/78/4. Nueva York, Naciones Unidas, 2023 (<https://digitalibrary.un.org/record/4025279>).
- 10 Acerca del proyecto de capital humano [sitio web]. Grupo del Banco Mundial, 2025 (<https://www.bancomundial.org/es/publication/human-capital/brief/about-hcp>).
- 11 Background note for the interactive dialogue 5 charting the course toward resilient prosperity. 4th International Conference on Small Island Developing States; 2024 (<https://sdgs.un.org/sites/default/files/2024-05/ID%205%20clean.pdf>).
- 12 Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250368>).
- 13 What do we know about young people's interest in health careers. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2025 (<https://doi.org/10.1787/002b3a39-en>).
- 14 Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. WHA63.16. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/5182>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 15 Código mundial de prácticas de la OMS: descripción general. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2024 (<https://www.who.int/es/publications/m/item/who-global-code-of-practice--an-overview>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 16 Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. WHA 69. Punto 16.1 del orden del día. A69/B/CONF.4. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_BCONF4-sp.pdf).
- 17 High-level commission on health employment and economic growth: report of the expert group. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250040>).
- 18 Personal sanitario: trabajar en pro de la salud: plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021): informe del Director General. WHA74/12. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/357981>).
- 19 Recursos humanos para la salud. WHA75.17. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2022 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_R17-sp.pdf).
- 20 Working for health and growth: investing in the health workforce. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250047>).
- 21 Working for health 2022-2030 action plan. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/365794>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 22 Global health and care worker compact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240073852>).
- 23 Capacidad del personal nacional para realizar las funciones esenciales de salud pública, con atención a la preparación y respuesta ante emergencias: hoja de ruta para armonizar las contribuciones de la OMS y los asociados. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022 (<https://iris.who.int/items/9ee8fd4f-608a-4ea2-94b2-2a5a8f06f46c>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 24 La OMS convoca el 5.º Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (<https://www.who.int/es/news/item/03-04-2023-who-convenes-the-fifth-global-forum-on-human-resources-for-health>).
- 25 Fifth global forum on human resources for health: key areas for action and the way. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/m/item/5gf-outcomes>).
- 26 McPake B, Dayal P, Zimmermann J, Williams GA. How can countries respond to the health and care workforce crisis. Insights from international evidence. Int J Health Plan Manag. 2024;39:879-87 (<https://doi.org/10.1002/hpm.3766>).
- 27 2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería. WHA72(19). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328464>).
- 28 The International Year of the Nurse and the Midwife: taking stock of outcomes and commitments. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375009>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 29 Situación de la enfermería en el mundo 2020. Invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>).
- 30 The state of the world's midwifery 2021. Geneva: United Nations Population Fund; 2021 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwp/2021-sowmy-unfpa.pdf>).
- 31 73.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.
- 32 Fortalecimiento de la enfermería y la partería: inversiones en educación, puestos de trabajo, liderazgo y prestación de servicios. WHA74.15. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R15-sp.pdf).
- 33 Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021–2025. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/351147>).
- 34 Cabinet approves establishment of 157 new nursing colleges. New Delhi: Cabinet Committee on Economic Affairs India; 2023 (<https://www.pib.gov.in/PressReleaseIframePage.aspx?PRID=1919985>).
- 35 Estrategias o planes de acción mundiales que está previsto que expiren en el plazo de un año. Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021–2025. 156.ª reunión del Consejo Ejecutivo EB156/34. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2024 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_34-sp.pdf).
- 36 Small Island Developing States human resources for health virtual interactions for nursing and midwifery leaders. Virtual conference. Pacific Leadership Program University of Technology Sydney; 2024 (<https://utsd8.prod.acquia-sites.com/sites/default/files/article/downloads/SIDS%20HRH%20Brief.pdf>).

³ Consultado el 30 de abril de 2025.

- 37 Jordanian nursing annual report 2024 [sitio web]. Amman: Jordanian Nursing Council; 2024 (https://jnc.gov.jo/ebv4.0/root_storage/en/eb_list_page/english_annual_report_2024_final.pdf).
- 38 Cuentas nacionales del personal de salud: guía de implementación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/330360>).
- 39 Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2023 (<https://ilostat.ilo.org/es/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>).
- 40 Cuentas nacionales del personal de salud: un manual, 2.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/376012>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 41 Informe sobre el Día Internacional de la Enfermera 2023: nuestras enfermeras, nuestro futuro. Con la nueva Carta para el cambio del CIE. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2023 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_SP.pdf).
- 42 Día Internacional de la Enfermera de 2019: recursos y evidencias. Salud para todos: enfermería, salud global y cobertura sanitaria universal. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2019 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Guidance%20Pack%202019_ES.pdf).
- 43 Pichler PP, Jaccard IS, Weisz U, Weisz H. International comparison of health care carbon footprints. *Environ Res Lett*. 2019;14:064004 (<https://dx.doi.org/10.1088/1748-9326/ab19e1>).
- 44 Divakaran B, Lembeck S, Kerr R, Calmus H, Potter T. Nurses see “the big picture”: addressing climate change as a social determinant of global health. *Creat Nurs*. 2016;22:423-8 (<https://doi.org/10.1891/1078-4535.22.4.243>).
- 45 Health promotion [sitio web]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1).
- 46 Langins M, Llop-Gironés A. The role of government chief nursing and midwifery officers in addressing the social determinants of health inequalities in the WHO European Region. *Int J Equity Health*. 2024;23:214 (<https://doi.org/10.1186/s12939-024-02175-7>).
- 47 Integrating the social determinants of health into health workforce education and training. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373710>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 48 Sorensen C, Campbell H, Depoux A, Finkel M, Gilden R, Hadley K et al. Core competencies to prepare health professionals to respond to the climate crisis. *PLOS Clim*. 2023;2:e0000230 (<https://doi.org/10.1371/journal.pclm.0000230>).
- 49 Mashallahi A, Ardalan A, Nejati A, Ostadtaghizadeh A. Climate adaptive hospital: a systematic review of determinants and actions. *J Environ Health Sci Eng*. 2022;20:983-1013 (<https://doi.org/10.1007/s40201-022-00810-5>).
- 50 Romanello M, Napoli C di, Green C, Kennard H, Lampard P, Scamman D et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet*. 2023;402:2346-94 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7)).
- 51 Evaluation of the WHO community engagement research initiative. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/368135>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 52 Relationality in community engagement: its role in humanizing health and achieving quality integrated health services. World Innovation Summit for Health; 2024 (https://wish.org.qa/research-reports/?node_id=7164).
- 53 Harris OO, Bialous SA, Muench U, Chapman S, Dawson-Rose C. Climate change, public health, health policy, and nurses training. *Am J Public Health*. 2022;112:S321-s7 (<https://doi.org/10.2105/ajph.2022.306826>).
- 54 Ludwig-Beymer P. The role of transcultural nurses in climate change. *J Transcult Nurs*. 2024;35:262 (<https://doi.org/10.1177/10436596241259020>).
- 55 Rempel H, Kalogirou MR, Dahlke S, Hunter KF. Understanding nurses' experience of climate change and then climate action in Western Canada. *J Adv Nurs*. 2024 (<https://doi.org/10.1111/jan.16094>).
- 56 Tyagi V, Saravanas GL, Dunsmore M, Power T, McCormack B. Planetary health and person-centred healthcare practice. *J Adv Nurs*. 2025;81:537-40 (<https://doi.org/10.1111/jan.16153>).
- 57 Goodwin MM, Shattell M. Why nurses should care about climate change. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020;58:3-4 (<https://doi.org/10.3928/02793695-20200217-01>).
- 58 Kameg BN. Climate change and mental health: implications for nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020;58:25-30 (<https://doi.org/10.3928/02793695-20200624-05>).
- 59 Clemens V, von Hirschhausen E, Fegert JM. Report of the intergovernmental panel on climate change: implications for the mental health policy of children and adolescents in Europe-a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31:701-13 (<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01615-3>).
- 60 Jagals P, Ebi K. Core competencies for health workers to deal with climate and environmental change. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18083849>).
- 61 Mani ZA, Naylor K, Goniewicz K. Essential competencies of nurses for climate change response in Saudi Arabia: a rapid literature review. *J Adv Nurs*. 2024 (<https://doi.org/10.1111/jan.16372>).
- 62 Kotcher J, Maibach E, Miller J, Campbell E, Alqodmani L, Maiero M et al. Views of health professionals on climate change and health: a multinational survey study. *Lancet Planet Health*. 2021;5:e316-e23 ([https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(21\)00053-x](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(21)00053-x)).
- 63 Redulla R. Climate change, sustainability, and health: what can nurses do. *Gastroenterol Nurs*. 2022;45:393-4 (<https://doi.org/10.1097/sga.0000000000000710>).
- 64 Cadet MJ. Integrating climate change concepts into advanced practice registered nurses curricula with the application of the national organization of nurse practitioner faculties competencies. *J Prof Nurs*. 2022;41:157-65 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.05.006>).
- 65 Boakye DS, Kwashie AA, Adjorlolo S, Korsah KA. Nursing education for sustainable development: a concept analysis. *Nurs Open*. 2024;11:e70058 (<https://doi.org/10.1002/nop2.70058>).
- 66 Gaudreau C, Guillaumie L, Jobin É, Diallo TA. Nurses and climate change: a narrative review of nursing associations' recommendations for integrating climate change mitigation strategies. *Can J Nurs Res*. 2024;56:193-203 (<https://doi.org/10.1177/08445621241229932>).
- 67 Kalogirou MR, Dahlke S, Davidson S, Yamamoto S. Nurses' perspectives on climate change, health and nursing practice. *J Clin Nurs*. 2020;29:4759-68 (<https://doi.org/10.1111/jocn.15519>).
- 68 McDermott-Levy R, Jackman-Murphy KP, Leffers JM, Jordan L. Integrating climate change into nursing curricula. *Nurse Educ*. 2019;44:43-7 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000525>).
- 69 Potter T. Planetary health: the next frontier in nursing education. *Creat Nurs*. 2019;25:201-7 (<https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.3.201>).
- 70 Karam M, Chouinard M-C, Poitras M-E, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N et al. Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: a scoping review. *Int J Integr Care*. 2021;1:16 (<https://doi.org/10.5334/ijic.5518>).
- 71 Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Mundial; 2020 (<https://iris.who.int/items/i4983e45-fce6-4d43-a6e3-d92adf074565>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 72 Marco operacional para la atención primaria: transformar la visión en acción. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021 (<https://iris.who.int/items/8612d89d-e1cd-4bc0-b5c4-8b9f9e7af3f6>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 73 Servicios de salud de calidad: guía de planificación. Ginebra, Organización Panamericana de la Salud, 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56398>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 74 Khatiri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:750 (<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>).
- 75 Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272357>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

- 76 Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: 25 y 26 de octubre de 2018. Astaná, Kazajistán, 2018. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 77 A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/328065>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 78 Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Jakab M, Kringos D, Khalid F. Implementing the primary health care approach: a primer. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376777>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 79 Marco de medición de la atención primaria de salud e indicadores: seguimiento de los sistemas de salud desde el punto de vista de la atención primaria (Serie técnica Atención primaria de salud). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/373544>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 80 Enfermería y atención primaria de salud: hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal [sitio web]. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras; 2024 (<https://www.icn.ch/es/recursos/publicaciones-e-informes/enfermeria-y-atencion-primaria-de-salud-hacia-la-consecucion-de>).
- 81 Sherwood G, Jones CB, Conklin JL, Dodd A. Quality and safety education for nurses: a bibliometric analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2023;55:914-25 (<https://doi.org/10.1111/jnu.12876>).
- 82 The future of nursing 2020-2030: charting a path to achieve health equity. Washington, D.C.: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2021 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573914/pdf/Bookshelf_NBK573914.pdf).
- 83 Guilamo-Ramos V, Thimm-Kaiser M, Benzekri A, Hidalgo A, Lanier Y, Tlou S et al. Nurses at the frontline of public health emergency preparedness and response: lessons learned from the HIV/AIDS pandemic and emerging infectious disease outbreaks. *Lancet Infect Dis*. 2021;21:e326-e33 ([https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30983-x](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30983-x)).
- 84 Ebola West Africa, March 2014-2016 [sitio web]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-outbreak-2014-2016-West-Africa>).
- 85 Coe M, Kawakyu N, Gimbel S, Nyakuya B, Gabriel N, Leonard D et al. Nursing workforce optimization study: a multi-method evaluation and process improvement intervention for HIV service delivery in Tanzania and Zambia. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2023;34:146-57 (<https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000388>).
- 86 Camerini FG, Cunha TL, Fassarella CS, de Mendonça Henrique D, Fortunato JGS. Nursing strategies in antimicrobial stewardship in the hospital environment: a qualitative systematic review. *BMC Nursing*. 2024;23:147 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-01753-y>).
- 87 WHO competency framework for health workers' education and training on antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272766>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 88 Technical brief on strengthening the nursing and midwifery workforce to improve health outcomes: what is known about advancing roles for nurses: evidence and lessons for implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373780>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 89 Kashyap N, Kavita K, Saini SK, Singh A. Task sharing for managing common noncommunicable disease in a nurse led noncommunicable diseases clinic in peri-urban community of Chandigarh. *Indian J Community Med*. 2022;47:596-9 (https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_1048_21).
- 90 Toniolo J, Ngoungou EB, Preux PM, Beloni P. Role and knowledge of nurses in the management of non-communicable diseases in Africa: a scoping review. *PLoS One*. 2024;19:e0297165 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297165>).
- 91 Anthony BF, Surgey A, Hiscock J, Williams NH, Charles JM. General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69:e304-e13 (<https://doi.org/10.3399/bjgp19X702425>).
- 92 Terry D, Hills D, Bradley C, Govan L. Nurse-led clinics in primary health care: a scoping review of contemporary definitions, implementation enablers and barriers and their health impact. *J Clin Nurs*. 2024;33:1724-38 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17003>).
- 93 Connolly C, Cotter P. Effectiveness of nurse-led clinics on healthcare delivery: an umbrella review. *J Clin Nurs*. 2023;32:1760-7 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16186>).
- 94 Sun CA, Parslow C, Gray J, Koyfman I, Hladek MD, Han HR. Home-based primary care visits by nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022;34:802-12 (https://journals.lww.com/jaanp/abstract/2022/06000/home_based_primary_care_visits_by_nurse.5.aspx).
- 95 Huang Z, Liu T, Gao R, Chair SY. Effects of nurse-led self-care interventions on health outcomes among people with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2024;33:1282-94 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16947>).
- 96 Lizcano-Álvarez Á, Carretero-Julián L, Talavera-Saez A, Cristóbal-Zárate B, Cid-Expósito MG, Alameda-Cuesta A. Intensive nurse-led follow-up in primary care to improve self-management and compliance behaviour after myocardial infarction. *Nurs Open*. 2023;10:5211-24 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1758>).
- 97 Molassiotis A, Liu XL, Kwok SW. Impact of advanced nursing practice through nurse-led clinics in the care of cancer patients: a scoping review. *Eur J Cancer Care*. 2021;30:e13358 (<https://doi.org/10.1111/ecc.13358>).
- 98 McMenamin A, Turi E, Schlak A, Poghosyan L. A systematic review of outcomes related to nurse practitioner-delivered primary care for multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev*. 2023;80:563-81 (<https://doi.org/10.1177/10775587231186720>).
- 99 Lei YY, Ya SRT, Zheng YR, Cui XS. Effectiveness of nurse-led multidisciplinary interventions in primary health care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Pract*. 2023;29:e13133 (<https://doi.org/10.1111/ijn.13133>).
- 100 Momin RP, Kobeissi MM, Casarez RL, Khawaja M. A nurse practitioner-led telehealth protocol to improve diabetes outcomes in primary care. *J Am Assoc Nurs Pract*. 2022;34:1167-73 (<https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000759>).
- 101 Parker KJ, McDonagh J, Ferguson C, Hickman LD. Clinical outcomes of nurse-coordinated interventions for frail older adults discharged from hospital: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2024;33:4184-206 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17345>).
- 102 Adams S, Komene E, Wensley C, Davis J, Carryer J. Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a social justice lens: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2024;80:3899-914 (<https://doi.org/10.1111/jan.16093>).
- 103 Piwowarczyk E, MacPhee M, Howe J. Nurses' role in obesity management in adults in primary healthcare settings worldwide: a scoping review. *Healthcare*. 2024;12 (<https://doi.org/10.3390/healthcare12171700>).
- 104 Quality policy on the diagnosis and management of COVID-19 (in-patient) in adult as reference of the corporation. Philippines Health Insurance Corporation; 2022 (<https://www.philhealth.gov.ph/circulars/2022/circ2022-0028.pdf>).
- 105 Tomanan KJ, Fernandez MC, Posadas JJ, Abad PJ, Bonito S. Building capacities for universal health care in the Philippines: development and implementation of a leadership training program for public health nurses. *Philipp J Nurs*. 2022;92(2):3-17.
- 106 Posadas JJB, Abad PJB, Gayeta JR, Cacatian CJV, Reveche KDPB, Tomanan KJL. Leadership development program for public health nurses: an evaluation of workplace application. *Acta Medica Philippina*. 2015;58.
- 107 Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: report on the 2023 policy survey. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379517>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 108 Caring for children who have experienced violence [website]. WHO Academy. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://web-uat.lxp.academy.who.int/coursewares/course-v1:WHO+0013_CM_EN+2024?source=edx).
- 109 Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2023 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57102>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

- 110 WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 111 The Constitution of Nepal - Article 39: Rights of the Child. Kathmandu: Government of Nepal; 2015 (https://nic.gov.np/files/new_files/constitution-of-nepal.pdf).
- 112 National Health Policy. Kathmandu: Government of Nepal; 2019 (<https://publichealthupdate.com/national-health-policy-2019-nepal/>).
- 113 National adolescent development and health strategy (NADHS) 2075. Kathmandu: Government of Nepal; 2019 (<https://publichealthupdate.com/national-adolescent-development-and-health-strategy-2075/>).
- 114 National human resources for health strategy 2021-2030. Kathmandu: Government of Nepal; 2021 (<https://publichealthupdate.com/hrhstrategy2030nepal/>).
- 115 Nepal health sector strategy 2022-2023. Kathmandu: Government of Nepal; 2023 (<https://publichealthupdate.com/nepal-health-sector-strategic-plan-2023-2030/>).
- 116 Defining essential public health functions and services to strengthen national workforce capacity. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376579>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 117 21st century health challenges: can the essential public health functions make a difference. discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/351510>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 118 Essential public health functions: a guide to map and measure national workforce capacity. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/376578>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 119 Global competency and outcomes framework for the essential public health functions. National workforce capacity for essential public health functions collection. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/376577>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 120 National workforce capacity for essential public health functions: operational handbook for country-led contextualization and implementation. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/376576>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 121 Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023: interim report, 1 May 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/367352>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 122 Couig MP, Travers JL, Polivka B, Castner J, Veenema TG, Stokes L et al. At-risk populations and public health emergency preparedness in the United States: nursing leadership in communities. *Nurs Outlook*. 2021;69:699-703 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.005>).
- 123 Labrague LJ, Hammad K. Disaster preparedness among nurses in disaster-prone countries: a systematic review. *Australas Emerg Care*. 2024;27:88-96 (<https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.09.002>).
- 124 Loke AY, Guo C, Molassiotis A. Development of disaster nursing education and training programs in the past 20 years (2000-2019): a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2021;99:104809 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104809>).
- 125 Kleine-Bingham MB, Rangel G, Sarakbi D, Kelleher T, Mensah Abrampah NA, Neilson M et al. Country learning on maintaining quality essential health services during COVID-19 in Timor-Leste: a qualitative analysis. *BMJ Open*. 2023;13:e071879 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071879>).
- 126 Chegini Z, Arab-Zozani M, Kakemam E, Lotfi M, Nobakht A, Aziz Karkan H. Disaster preparedness and core competencies among emergency nurses: a cross-sectional study. *Nurs Open*. 2022;9:1294-302 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1172>).
- 127 Health emergencies [sitio web]. [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/our-work/health-emergencies>).
- 128 Caviglia M, da Silva-Moniz JA, Venturini F, Jambai A, Vandy MJ, Wurie AR et al. Response to mass-casualty incidents and outbreaks: a prehospital disaster training package developed for the national emergency medical service in Sierra Leone. *Prehosp Disaster Med*. 2022;37:701-5 (<https://doi.org/10.1017/s1049023x22001029>).
- 129 Implementing health emergency and disaster risk management [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/activities/implementing-health-emergency-and-disaster-risk-management>).
- 130 El CIE lanza competencias centrales para enfermeras en equipos médicos de emergencias [sitio web]. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2022 (<https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-lanza-competencias-centrales-para-enfermeras-en-equipos-medicos-de-emergencias>).
- 131 A decade review of the health workforce in the WHO African Region, 2013-2022: implications for aligning investments to accelerate progress towards universal health coverage. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376643>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 132 The Sustainable Development Goals report [website]. UN Department of Economic and Social Affairs; 2023 (<https://sdgs.un.org/documents/sustainable-development-goals-report-2023-53220>).
- 133 White paper on elevating the Small Island Developing States agenda within WHO. Geneva: World Health Organization; 2023.
- 134 Vital roles of nurses and midwives in the Western Pacific Region. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/333042>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 135 Vital roles of nurses and midwives [website]. Ultimo, Australia: University of Technology Sydney; 2025 (<https://www.uts.edu.au/research/centres/who-collaborating-centre/what-we-do/leadership/vital-roles-nurses-and-midwives>).
- 136 Lista de la OMS para el apoyo y la salvaguardia del personal de salud 2023. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (<https://iris.who.int/items/df64e5ed-7f3e-417d-9e70-08e139e8a6be>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 137 Cometto G, Boniol M, Mahat A, Diallo K, Campbell J. Understanding the WHO health workforce support and safeguards list 2023. *Bull World Health Organ*. 2023;101:362-a (<https://doi.org/10.2471/blt.23.290191>).
- 138 A decade review of the health workforce in the WHO African Region, 2013-2022: implications for aligning investments to accelerate progress towards universal health coverage. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376643>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 139 Bdaiwi Y, Sabouni A, Patel P, Ekzayez A, Alchalati S, Abdrabbuh O et al. Impact of armed conflict on health professionals' education and training in Syria: a systematic review. *BMJ Open*. 2023;13:e064851 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064851>).
- 140 Bogale B, Scambler S, Mohd Khairuddin AN, Gallagher JE. Health system strengthening in fragile and conflict-affected states: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2024;19:e0305234 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305234>).
- 141 Badri R, Dawood I. The implications of the Sudan war on healthcare workers and facilities: a health system tragedy. *Confl Health*. 2024;18:22 (<https://doi.org/10.1186/s13031-024-00581-w>).
- 142 Arage MW, Kumsa H, Asfaw MS, Kassaw AT, Dagnew EM, Tunta A et al. Exploring the health consequences of armed conflict: the perspective of Northeast Ethiopia, 2022: a qualitative study. *BMC Pub Health*. 2023;23:2078 (<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16983-z>).
- 143 Isangula KG, Lyimo M, Ndungile Y, Robert E. Nurses' preparedness for disaster response in rural and urban primary healthcare settings in Tanzania. *Rural Remote Health*. 2023;23:7547 (<https://doi.org/10.22605/rrh7547>).
- 144 Mani ZA, Innab A, Taleb F. Assessing the frontline competency gap: emergency care perceptions among nurses in Yemen's conflict zone. *Int Nurs Rev*. 2024;72(2):e13047 (<https://doi.org/10.1111/inr.13047>).

- 145 Fouad FM, Sparrow A, Tarakji A, Alameddine M, El-Jardali F, Coutts AP et al. Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for the Lancet–American University of Beirut Commission on Syria. *Lancet*. 2017;390:2516–26 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30741-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30741-9)).
- 146 St Louis P, Makali SL, Paul E. Health-care workers in fragile and conflict-ridden contexts. *Lancet*. 2024;404:1105 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01647-7)).
- 147 Mahase E. Violence against health staff in conflict zones reached record high in 2023. *BMJ*. 2024;385:q1140 (<https://doi.org/10.1136/bmj.q1140>).
- 148 Niven AS, Skomro RP, Dziuba D, Gajic O. Supporting health care workers during the armed conflict in Ukraine. *Chest*. 2023;163:1365–7 (<https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.12.021>).
- 149 Mani Z, Kuhn L, Plummer V. Emergency nurse roles, challenges, and preparedness in hospitals in the context of armed conflict. *Disaster Med Public Health Prep*. 2024;18:e21 (<https://doi.org/10.1017/dmp.2024.7>).
- 150 Salih F. My leadership journey. Blog. *Nursing Now Challenge*; 2021 (<https://www.nursingnow.org/news/my-leadership-journey/>).
- 151 El líder de las enfermeras sudanesas insta a las enfermeras del mundo a presionar a sus gobiernos por la paz [sitio web]. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2023 (<https://www.icn.ch/es/noticias/el-lider-de-las-enfermeras-sudanesas-insta-las-enfermeras-del-mundo-presionar-sus>).
- 152 Kodo TK, Kidie AA, Merecho TH, Tiruneh MG, Yayeh BM, Getaneh BA et al. The impact of armed conflict on services and outcomes related to maternal and reproductive health in North Wollo, Amhara, Ethiopia: a qualitative study. *Int J Womens Health*. 2024;16:1055–66 (<https://doi.org/10.2147/ijwh.S457529>).
- 153 Haar R, Rayes D, Tappis H, Rubenstein L, Rihawi A, Hamze M et al. The cascading impacts of attacks on health in Syria: a qualitative study of health system and community impacts. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4:e0002967 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002967>).
- 154 Denton J, Evans D, Xu Q. Managers' perception of older nurses and midwives and their contribution to the workplace—A qualitative descriptive study. *J Adv Nurs*. 2023;79:727–36 (<https://doi.org/10.1111/jan.15494>).
- 155 Ticking timebomb: without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://www.who.int/europe/news-room/14-09-2022-ticking-timebomb-without-immediate-action-health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>).
- 156 La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362814>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 157 Breaking barriers: women's employment in health in the EMR. The World Innovation Summit for Health; 2024 (<https://wish.org.qa/research-report/breaking-barriers/>).
- 158 Migrants, refugees and societies. Washington, DC: World Bank Group; 2023 (<https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2023>).
- 159 Alameddine M, Kharroubi SA, Dumit NY, Kassas S, Diab-El-Harake M, Richa N. What made Lebanese emigrant nurses leave and what would bring them back. A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2020;103:103497 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103497>).
- 160 Almansour H, Aldossary A, Holmes S, Alderaan T. Migration of nurses and doctors: pull factors to work in Saudi Arabia. *Hum Resour Health*. 2023;21:25 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00809-5>).
- 161 Amofa-Adade E, Koltai J. Health labor force exodus: a systematic review of drivers influencing nurses' migration intentions from source countries. *J Infrastruct Policy Dev*. 2024;8:8400 (<https://doi.org/10.24294/jipd.v8i11.8400>).
- 162 Boadi I, Asamoah-Baah A, Mahama JE, Ameyaw Domfeh K, Ebu Enyan NI, Amoo SA et al. To stay or to go. Outmigration of nurses from Ghana. A GPN/UCC Project. Kassel, Alemania: Global Partnership Network; 2024 (<https://doi.org/10.17170/kobra-202402229629>).
- 163 Dahl K, Nortvedt L, Schrøder J, Bjørnnes AK. Internationally educated nurses and resilience: a systematic literature review. *Int Nurs Rev*. 2022;69:405–15 (<https://doi.org/10.1111/inr.12787>).
- 164 Edwards RL, Patrician PA, Bakitas M, Markaki A. Palliative care integration: a critical review of nurse migration effect in Jamaica. *BMC Palliat Care*. 2021;20:155 (<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00863-7>).
- 165 Galbany-Estragués P, Giménez-Lajara M, Jodar-Solà G, Casañas R, Romeu-Labayen M, Gomez-Gamboa E et al. Exploring nurses' experiences: abandoning the profession and migrating for improved opportunities. *Appl Nurs Res*. 2024;77:151787 (<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151787>).
- 166 Ghimire A, Thapa B, Ranabhat MK. Migration intentions among nursing students in the age of COVID-19: a mixed method scoping review. *J Chitwan Med Coll*. 2024;14(3):8–22.
- 167 Jadhav ST, Roy SM. The sociodemographic characteristics of Indian nursing students and their intentions to migrate overseas for work. *Policy Polit Nurs Pract*. 2024;25:58–62 (<https://doi.org/10.1177/15271544231201347>).
- 168 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*. 2023;10:7454–66 (<https://doi.org/10.1002/nop2.2003>).
- 169 Laari CK, Sapak J, Wumbei D, Salifu I. Migration intentions among nursing students in a low-middle-income country. *BMC Nurs*. 2024;23:492 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02180-9>).
- 170 Ojo TO, Oladejo BP, Afolabi BK, Osungbade AD, Anyanwu PC, Shaibu-Ekha I. Why move abroad. Factors influencing migration intentions of final year students of health-related disciplines in Nigeria. *BMC Med Educ*. 2023;23:742 (<https://doi.org/10.1186/s12909-023-04683-6>).
- 171 Palmer B, Leone C, Appleby J. Recruitment of nurses from overseas: exploring the levels affecting international recruitment. London: Nuffield Trust; 2021 (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2021-10/recruitment-of-nurses-drivers-web.pdf>).
- 172 Soh KL, Japar S, Soh KG, Tsujita Y. Factors influencing migration and job satisfaction amongst Malaysian nurses working in other countries. ERIA Research Project Report. Jakarta: Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA); 2023 (<https://www.eria.org/uploads/HR-Development-Employment-International-Migration-Nurses-Caregivers-Asia-and-Pacific-Region-rev2.pdf>).
- 173 Smith JB, Herinek D, Woodward-Kron R, Ewers M. Nurse migration in Australia, Germany, and the UK: a rapid evidence assessment of empirical research involving migrant nurses. *Policy Polit Nurs Pract*. 2022;23:175–94 (<https://doi.org/10.1177/15271544221102964>).
- 174 Smith DM, Gillin N. Filipino nurse migration to the UK: understanding migration choices from an ontological security-seeking perspective. *Soc Sci Med*. 2021;276:113881 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113881>).
- 175 Tajari M, Ashktorab T. Reasons behind immigration of Iranian nurses: a qualitative study. *Knowledge of Nursing Journal*. 2023;1(1):40–51.
- 176 Toyin-Thomas P, Ikhurionan P, Omoyibo EE, Iwegim C, Ukueku AO, Okpere J et al. Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970–2022: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2023;8 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012338>).
- 177 Review of international migration of nurses from the state of Kerala, India. New Delhi: WHO Country Office for India; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363438>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 178 Yürümezoğlu HA, Çamveren H. Why are Turkish nurses migrating. A mixed-methods study. *Int Nurs Rev*. 2025;72:e13019 (<https://doi.org/10.1111/inr.13019>).
- 179 WHO report on global health worker mobility. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/370938>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 180 Chang Chiu A, Monk J, Docal M, Reynolds NR. Nursing nurses: fostering safety and belonging for successful workplace assimilation of displaced nurses from war and conflict. *Nurse Leader*. 2024;22:146–52 (<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mnl.2023.11.016>).
- 181 Correa-Betancour M, Marcus K, Balasubramanian M. Barriers and facilitators to the professional integration of internationally qualified nurses in Australia: a mixed methods systematic review. *Aust J Adv Nurs*. 2024;41:39 (<https://doi.org/10.37464/2024.411.933>).

- 182 Cubelo F. Policy reform on the qualification pathway of internationally educated nurses in Greenland and its relationship with the Danish system: a qualitative discourse analysis. *Policy Polit Nurs Pract*. 2024;25:172-81 (<https://doi.org/10.1177/15271544241245975>).
- 183 Gotehus A. Agency in deskilling: Filipino nurses' experiences in the Norwegian health care sector. *Geoforum*. 2021;126:340-9 (<https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2021.08.012>).
- 184 Lillekroken D, Nortvedt L. Hope, passion and perseverance: experiences of internationally educated nurses pursuing nursing authorisation in Norway—a qualitative study. *BMC Nurs*. 2024;23:637 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02297-x>).
- 185 Stokes F, Iskander R. Human rights and bioethical considerations of global nurse migration. *J Bioeth Inq*. 2021;18:429-39 (<https://doi.org/10.1007/s11673-021-10110-6>).
- 186 Yakubu K, Gyaase D, Soumyadeep B. Circular migration of health workers and diaspora contributions to health systems in source countries: a scoping review report. The George Institute for Global Health; 2024.
- 187 Nursing agenda drives Indonesia-Australia collaboration. Indonesia-Australia Comprehensive Economic Partnership Agreement Economic Cooperation Program Katalis. Jakarta; 2024 (<https://iacepa-katalis.org/en/press-release/nursing-agenda-drives-indonesia-australia-collaboration>).
- 188 Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>).
- 189 Haakenstad A, Irvine CMS, Knight M, Bintz C, Aravkin AY, Zheng P et al. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022;399:2129-54 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)).
- 190 Boniol M, Siyam A, Diallo K, Campbell J. Urgent need to invest in health and care workers. *Lancet*. 2022;399:2079-80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00576-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00576-1)).
- 191 de Wit H, Deca L, Hunter F. Internationalization of higher education—what can research add to the policy debate. Overview paper. En: Curaj A, Matei L, Pricopie R, Salmi J et al. (eds). *The European higher education area: between critical reflections and future policies*. Cham: Springer International Publishing; 2015:3-12 (https://doi.org/10.1007/978-3-319-20877-0_1).
- 192 Nuruzzaman M, Zapata T, McIsaac M, Wangmo S, Islam MJ, Almamun M et al. Informing investment in health workforce in Bangladesh: a health labour market analysis. *Hum Resour Health*. 2022;20:73 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00769-2>).
- 193 Garg S, Tripathi N, McIsaac 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*. 2022;20:50 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00749-6>).
- 194 Okoroafor SC, Kwesiga B, Ogato J, Gura Z, Gondi J, Jumba N et al. Investing in the health workforce in Kenya: trends in size, composition and distribution from a descriptive health labour market analysis. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009748>).
- 195 Health labour market analysis for Zimbabwe 2022. Ministry of Health and Child Care Zimbabwe; 2022 (https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Zimbabwe_Comprehensive_HLMA_Report_2023_2023_v5.pdf).
- 196 Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Francis AA, Chebere MM, Nabyonga-Orem J. Nurses and midwives demographic shift in Ghana—The policy implications of a looming crisis. *Hum Resour Health*. 2019;17:32 (<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0377-1>).
- 197 Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Akugri FA, Nabyonga-Orem J. The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Hum Resour Health*. 2020;18:16 (<https://doi.org/10.1186/s12960-020-0462-5>).
- 198 Asamani JA, Ismaila H, Plange A, Ekey VF, Ahmed AM, Chebere M et al. The cost of health workforce gaps and inequitable distribution in the Ghana Health Service: an analysis towards evidence-based health workforce planning and management. *Hum Resour Health*. 2021;19:43 (<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00590-3>).
- 199 Asamani JA, Zurn P, Pitso P, Mothebe M, Moalosi N, Malieane T et al. Health workforce supply, needs and financial feasibility in Lesotho: a labour market analysis. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008420>).
- 200 Abdullozoda J, Yusufi S, Nandi S, Makhmudova P, Bustamante JP, Langins M et al. Informing policy with health labour market analysis to improve availability of family doctors in Tajikistan. *Hum Resour Health*. 2024;22:63 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00946-5>).
- 201 Okoroafor SC, Ahmat A, Asamani JA, Milllogo JJS, Nyoni J. An overview of health workforce education and accreditation in Africa: implications for scaling-up capacity and quality. *Hum Resour Health*. 2022;20:37 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00735-y>).
- 202 Programme for International Student Assessment (PISA). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023 (<https://www.oecd.org/en/about/programmes/pisa.html#publications>).
- 203 Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. *BMC Nurs*. 2018;17:3 (<https://doi.org/10.1186/s12912-018-0272-4>).
- 204 Gazza EA. Alleviating the nurse faculty shortage: designating and preparing the academic nurse educator as an advanced practice registered nurse. *Nurs Forum*. 2019;54:144-8 (<https://doi.org/10.1111/nuf.12307>).
- 205 Bond C, Jackson D. Revisiting the nursing academic workforce shortage: where to from here. *J Adv Nurs*. 2025;81(4):2231-3 (<https://doi.org/10.1111/jan.16499>).
- 206 Middleton L, Howard AA, Dohrn J, Von Zinkernagel D, Parham Hopson D, Aranda-Naranjo B et al. The Nursing Education Partnership Initiative (NEPI): innovations in nursing and midwifery education. *Acad Med*. 2014;89:S24-8 (<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000342>).
- 207 Aragon SA, Babbo GM, Bear SJ, Schaffner ML. Nurses at the table: action now! for nursing education. *Online J Issues Nurs*. 2020;25(1).
- 208 Apen LV, Rosenblum R, Solvason N, Chan GK. Nursing academic leadership: an urgent workforce shortage in nursing education. *Nurs Educ Perspect*. 2021;42:304-9 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000851>).
- 209 New AACN data points to enrollment challenges facing U.S. schools of nursing. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; 2024 (<https://www.aacnursing.org/news-data/all-news/article/new-aacn-data-points-to-enrollment-challenges-facing-us-schools-of-nursing>).
- 210 Fang D, Zangaro GA, Kesten K. Assessment of nursing faculty retirement projections. *Nurs Outlook*. 2024;72:102135 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102135>).
- 211 Registered nurses education in Canada statistics 2021-2022. Ottawa: Canadian Association of Schools of Nursing; 2023 (<https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2023/11/2021-2022-RNECS-Report-EN-Final.pdf>).
- 212 Baltruks D, Cooke R, Thang P. The academic workforce in health faculties: analysis of the council's academic staffing census 2019. London: Council of Deans of Health; 2020 (https://www.councilofdeans.org.uk/wp-content/uploads/2020/01/CODH.ASC.report_v4.pdf).
- 213 Mazinga G. NLN annual survey of schools of nursing academic year 2022-2023: executive summary. *Nurs Educ Perspect*. 2024;45:269-70 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000001322>).
- 214 Boamah SA, Callen M, Cruz E. Nursing faculty shortage in Canada: a scoping review of contributing factors. *Nurs Outlook*. 2021;69:574-88 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.018>).
- 215 National Nursing Education Initiative (NNEI). Veteran Affairs; 2024 (www.va.gov).
- 216 Rugs D, Nedd N, Quast T, Wang X, Hyacinthe M, Hall KS et al. An evaluation of the Veterans Health Administration National Nursing Education Initiative. *Nurs Outlook*. 2021;69:193-201 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.11.001>).

- 217 Young L, Adams J. Increasing the number of nursing faculty: evaluation of a university system workforce grant. *Nurs Outlook*. 2024;72:102138 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102138>).
- 218 Smith RM, Gray JE, Homer CSE. Common content, delivery modes and outcome measures for faculty development programs in nursing and midwifery: a scoping review. *Nurse Educ Pract*. 2023;70:103648 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103648>).
- 219 Oguro M, Sakurai S, Htay NN, Horiuchi S. Voices from undergraduate students and faculty members regarding the status and challenges of baccalaureate nursing education in Myanmar: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2022;109:105253 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105253>).
- 220 Hudays A, Gary F, Voss JG, Zhang AY, Alghamdi A. Utilizing the social determinants of health model to explore factors affecting nurses' job satisfaction in Saudi Arabian hospitals: a systematic review. *Healthcare*. 2023;11 (<https://doi.org/10.3390/healthcare11172394>).
- 221 Alanazi FJ, Rossi RA. How nurse faculty in Saudi Arabia view their competencies in all aspects of the faculty role: a descriptive study. *Nurs Educ Perspect*. 2024;45:E25-e7 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000001270>).
- 222 Anderson M, Taylor N, Rowley T, Owens C, Iacob E. Understanding factors influencing nursing faculty departure and intentions. *Nurse Educ*. 2024;49:222-6 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001612>).
- 223 Myint LL, Akkadechanunt T, Sirakamon S, Chitpakdee B. Factors influencing nursing faculty members' intent to stay: a structural equation modeling approach. *Nurs Health Sci*. 2024;26:e13080 (<https://doi.org/10.1111/nhs.13080>).
- 224 Heier C, Nelson-Brantley H. Nurse faculty job satisfaction: a concept analysis. *J Contin Educ Nurs*. 2024;55:331-7 (<https://doi.org/10.3928/00220124-20240301-04>).
- 225 Busby KR, Draucker CB. Institutional factors that affect faculty mentoring in academic nursing programs. *J Prof Nurs*. 2024;54:164-70 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.07.006>).
- 226 Busby KR, Draucker CB, Reising DL. Exploring mentoring and nurse faculty: an integrative review. *J Prof Nurs*. 2022;38:26-39 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.11.006>).
- 227 Dahlke S, Raymond C, Penconek T, Swaboda N. An integrative review of mentoring novice faculty to teach. *J Nurs Educ*. 2021;60:203-8 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20210322-04>).
- 228 Lambert K, Sanders Dorris D, Williams A. The effects of structured mentorship and onboarding of novice nursing faculty. *J Nurs Educ*. 2024;63:405-8 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20240404-09>).
- 229 Kleib M, Arnaert A, Nagle LM, Ali S, Idrees S, Costa DD et al. Digital health education and training for undergraduate and graduate nursing students: scoping review. *JMIR Nurs*. 2024;7:e58170 (<https://doi.org/10.2196/58170>).
- 230 Buchanan C, Howitt ML, Wilson R, Booth RG, Risling T, Bamford M. Predicted influences of artificial intelligence on nursing education: scoping review. *JMIR Nurs*. 2021;4:e23933 (<https://doi.org/10.2196/23933>).
- 231 Booth RG, Strudwick G, McBride S, O'Connor S, Solano López AL. How the nursing profession should adapt for a digital future. *BMJ*. 2021;373:n1190 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>).
- 232 De Gagne JC, Hwang H, Jung D. Cyberethics in nursing education: ethical implications of artificial intelligence. *Nursing Ethics*. 2024;31:1021-30 (<https://doi.org/10.1177/09697330231201901>).
- 233 O'Connor S, Zhang M, Honey M, Lee JJ. Digital professionalism on social media: a narrative review of the medical, nursing, and allied health education literature. *Int J Med Inform*. 2021;153:104514 (<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104514>).
- 234 Chikware AB, Roman NV, Davids EL. Improving health informatics competencies: a scoping review of the components of health informatics academic programs. *SAGE Open*. 2024;2024 (<https://doi.org/10.1177/21582440241293259>).
- 235 Forman TM, Armor DA, Miller AS. A review of clinical informatics competencies in nursing to inform best Practices in education and nurse faculty development. *Nurs Educ Perspect*. 2020;41:E3-E7 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000588>).
- 236 Harerimana A, Wicking K, Biedermann N, Yates K. Integrating nursing informatics into undergraduate nursing education in Africa: a scoping review. *Int Nurs Rev*. 2021;68:420-33 (<https://doi.org/10.1111/inr.12618>).
- 237 Bogossian F, New K, George K, Barr N, Dodd N, Hamilton AL et al. The implementation of interprofessional education: a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2023;28:243-77 (<https://doi.org/10.1007/s10459-022-10128-4>).
- 238 Bogossian F, Craven D. A review of the requirements for interprofessional education and interprofessional collaboration in accreditation and practice standards for health professionals in Australia. *J Interprof Care*. 2021;35:691-700 (<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1808601>).
- 239 Khalafi A, Sarvi Sarmeydani N, Akhoondzadeh R. Simulation-based interprofessional education (IPE) for enhanced attitude and teamwork of anesthesiology residents and nurse anesthesia students in Iran. *J Adv Med Educ Prof*. 2023;11:105-12 (<https://doi.org/10.30476/jamp.2022.95701.1657>).
- 240 Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013:CD002213 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>).
- 241 Martin P, Pighills A, Burge V, Argus G, Sinclair L. Promoting interprofessional education and collaborative practice in rural health settings: learnings from a state-wide multi-methods study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5162 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18105162>).
- 242 Perron D, Parent K, Gaboury I, Bergeron DA. Characteristics, barriers and facilitators of initiatives to develop interprofessional collaboration in rural and remote primary healthcare facilities: a scoping review. *Rural Remote Health*. 2022;22:7566 (<https://journals.co.za/doi/abs/10.7196/AJHPE.2020.v12i4.1391>).
- 243 Giltenane M, Dowling M. Student nurses' experiences of remote learning during Covid-19 pandemic: a qualitative evidence synthesis. *J Adv Nurs*. 2024;80:2614-28 (<https://doi.org/10.1111/jan.15887>).
- 244 Buthelezi LI, Wyk JMV. The use of an online learning management system by postgraduate nursing students at a selected higher educational institution in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Health Prof Educ*. 2020;12:211-4 (<https://doi.org/10.7196/AJHPE.2020.v12i4.1391>).
- 245 Poza-Méndez M, Bas-Sarmiento P, Erahmouni I, Fernández-Gutiérrez M. Assessment of health literacy among migrant populations in Southern Spain: a cross-sectional study. *Nurs Open*. 2023;10:2600-10 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1520>).
- 246 O'Connor S, Jolliffe S, Stanmore E, Renwick L, Booth R. Social media in nursing and midwifery education: a mixed study systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74:2273-89 (<https://doi.org/10.1111/jan.13799>).
- 247 Hays C, Devine S, Wongtongkam N, Glass B. Studying nursing at Australian satellite university campuses: a review of teaching, learning and support. *Aust J Rural Health*. 2021;29:226-35 (<https://doi.org/10.1111/ajr.12741>).
- 248 Hays C, Devine S, Glass BD. Exploring the nursing student experience at a remote Australian university campus: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2022;21:211 (<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00996-x>).
- 249 Jowsey T, Foster G, Cooper-Ioelu P, Jacobs S. Blended learning via distance in pre-registration nursing education: a scoping review. *Nurse Educ Pract*. 2020;44:102775 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102775>).
- 250 Cleaver K, Don C, Chojnacka I, Essex R, Weldon S, Markowski M. A systematic scoping review of undergraduate nursing hub-and-spoke placement models. *Br J Nurs*. 2023;32:252-8 (<https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.5.252>).
- 251 Dedeilia A, Papapanou M, Papadopoulos AN, Karela N-R, Androutsou A, Mitsopoulou D et al. Health worker education during the COVID-19 pandemic: global disruption, responses and lessons for the future—a systematic review and meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2023;21:13 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00799-4>).
- 252 Kanagaraj P, Sakthivel R, Christumary PC, Arulappan J, Matua GA, Subramanian U et al. Nursing student's satisfaction with virtual learning during COVID-19 pandemic in India. *SAGE Open Nurs*. 2022;8:23779608221144933 (<https://doi.org/10.1177/23779608221144933>).

- 253 Kim S, Jeong SH, Kim HS, Jeong YJ. Academic success of online learning in undergraduate nursing education programs in the COVID-19 pandemic era. *J Prof Nurs*. 2022;38:6-16 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.005>).
- 254 Maheshwari K, Ladha N, Khapre M, Deol R. Perception of online learning among health sciences' students - a mixed methods study. *J Educ Health Promot*. 2022;11:286 (https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_364_22).
- 255 Brown J, Morgan A, Mason J, Pope N, Bosco AM. Student nurses' digital literacy levels: lessons for curricula. *CIN*. 2020;38:451-8 (<https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000615>).
- 256 Kumar A, Kalal N, Rana N, Vyas H, Choudhary V, Rani R. Online learning in nursing students: satisfaction and barriers. *J Educ Health Promot*. 2021;10:411 (https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1221_20).
- 257 Martzoukou K, Luders ES, Mair J, Kostogiolas P, Johnson N, Work F et al. A cross-sectional study of discipline-based self-perceived digital literacy competencies of nursing students. *J Adv Nurs*. 2024;80:656-72 (<https://doi.org/10.1111/jan.15801>).
- 258 Nowell L, Dolan S, Johnston S, Jacobsen M, Lorenzetti D, Oddone Paolucci E. Exploring student perspectives and experiences of online opportunities for virtual care skills development: sequential explanatory mixed methods study. *JMIR Nurs*. 2024;7:e53777 (<https://doi.org/10.2196/53777>).
- 259 O'Connor S, LaRue E. Integrating informatics into undergraduate nursing education: a case study using a spiral learning approach. *Nurse Educ Pract*. 2021;50:102934 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102934>).
- 260 Makhene A. Digital divide in nursing education: an issue of social justice. *Health SA*. 2023;28:2513 (<https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2513>).
- 261 Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2022 (https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Spanish.pdf).
- 262 Andrewes T, Morley D, Holley D, Gelling L. Opportunity or inequity. The paradox of open educational resources for continuing professional development in nursing. *J Clin Nurs*. 2023;32:5423-4 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16663>).
- 263 Rodrigo MMT et al. Overcoming digital divide: lessons from nursing students with low to absent connectivity and capability. Proceedings of the 29th International Conference on Computers in Education. Asia-Pacific Society for Computers in Education. Philippines: College of Nursing and Health Sciences, Jose Rizal University; 2021 (<https://icce2021.apsce.net/wp-content/uploads/2021/12/ICCE2021-Vol.II-PP-732-734.pdf>).
- 264 Chen B, Wang Y, Xiao L, Xu C, Shen Y, Qin Q et al. Effects of mobile learning for nursing students in clinical education: a meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2021;97:104706 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104706>).
- 265 O'Connor S, Andrews T. Smartphones and mobile applications (apps) in clinical nursing education: a student perspective. *Nurse Educ Today*. 2018;69:172-8 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.07.013>).
- 266 Morgan K, Wagg A, Purssell E, Kilburn A. Evaluation of a virtual practice placement: a model to increase student capacity. *Nurse Educ Pract*. 2024;75:103884 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103884>).
- 267 Wagg AJ, Morgan K. Online virtual nursing placements: a case study on placement expansion. *SAGE Open Nurs*. 2022;8:2377960822117392 (<https://doi.org/10.1177/2377960822117392>).
- 268 Cant R, Cooper S, Ryan C. Using virtual simulation to teach evidence-based practice in nursing curricula: a rapid review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022;19:415-22 (<https://doi.org/10.1111/wvn.12572>).
- 269 Mulyadi M, Tonapa SI, Rompas SSJ, Wang R-H, Lee B-O. Effects of simulation technology-based learning on nursing students' learning outcomes: a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Nurse Educ Today*. 2021;107:105127 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105127>).
- 270 Woon APN, Mok WQ, Chieng YJS, Zhang HM, Ramos P, Mustadi HB et al. Effectiveness of virtual reality training in improving knowledge among nursing students: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Nurse Educ Today*. 2021;98:104655 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104655>).
- 271 Kowitlawakul Y, Tan JJM, Suebnukarn S, Nguyen HD, Poo DCC, Chai J et al. Utilizing educational technology in enhancing undergraduate nursing students' engagement and motivation: a scoping review. *J Prof Nurs*. 2022;42:262-75 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.07.015>).
- 272 Park S, Shin HJ, Kwak H, Lee HJ. Effects of immersive technology-based education for undergraduate nursing students: systematic review and meta-analysis using the grading of recommendations, assessment, development, and evaluation (GRADE) approach. *J Med Internet Res*. 2024;26:e57566 (<https://doi.org/10.2196/57566>).
- 273 Kresge C, Justice S, Stanford S, McClerking C. The use of virtual reality in teaching diagnostic reasoning to advanced practice registered nurse students. *Nurse Educ*. 2024;49:55-6 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001479>).
- 274 Chang CY, Hwang GJ, Gau ML. Promoting students' learning achievement and self-efficacy: a mobile chatbot approach for nursing training. *Br J Educ Technol*. 2022;53:171-88 (<https://doi.org/10.1111/bjet.13158>).
- 275 Rodriguez-Arrastia M, Martinez-Ortigosa A, Ruiz-Gonzalez C, Ropero-Padilla C, Roman P, Sanchez-Labraca N. Experiences and perceptions of final-year nursing students of using a chatbot in a simulated emergency situation: a qualitative study. *J Nurs Manag*. 2022;30:3874-84 (<https://doi.org/10.1111/jonm.13630>).
- 276 Tam W, Huynh T, Tang A, Luong S, Khatri Y, Zhou W. Nursing education in the age of artificial intelligence powered Chatbots (AI-Chatbots): are we ready yet. *Nurse Educ Today*. 2023;129:105917 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105917>).
- 277 Schnell A, Steiner LM, Bonetti L, Levati S, Desmedt M. A bachelor's degree for entering the nursing profession: a scoping review for supporting informed health care policies. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;6:100171 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100171>).
- 278 Teresa-Morales C, Rodríguez-Pérez M, Ramos-Pichardo JD. Reasons for choosing and completing nursing studies among incoming and outgoing students: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2023;125:105794 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105794>).
- 279 Zeleníková R, Gurková E, Pěrušková R, Štůrková L, Jarošová D, Kajander-Unkuri S. Self-assessed competence of final-year nursing students. *Nurs Open*. 2023;10:4607-18 (<https://doi.org/10.1002/nop.2.1708>).
- 280 Leong FF, He HG, Premarani K, Lim SH. Nurses' perceptions of nursing education transformation and its impact on care delivery in Singapore. *Int Nurs Rev*. 2022;69:340-9 (<https://doi.org/10.1111/inr.12733>).
- 281 Darmann-Finck I, Hülsmann L, Nikolajev S. Task profiles of nurses in Germany with a bachelor's degree. *Gesundheitswesen*. 2024;86(1):43-8 (<https://doi.org/10.1055/a-2098-3357>).
- 282 Nigenda G, Zárate-Grajales RA, Aristizabal P, Squires A, Ostigüin-Meléndez RM, Salcedo RA et al. Labor market participation of bachelor's degree prepared nurses in Mexico: lessons for capacity building. *J Prof Nurs*. 2022;39:109-16 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.01.002>).
- 283 Edwards L, Corley AG, Lucea MB. An assessment of the Libyan baccalaureate nursing education during political turmoil. *Public Health Nurs*. 2022;39:831-8 (<https://doi.org/10.1111/phn.13047>).
- 284 Antão C, Antolí-Fornier A, Fernandes H, Alves SB, Pimentel H. Current nursing education considering Southern Europe's reality and legal framework: a two-phased research approach. *Nurs Rep*. 2023;13:1342-53 (<https://doi.org/10.3390/nursrep13040113>).
- 285 Ahmadi Chenari H, Zakerimoghadam M, Baumann SL. Nursing in Iran: issues and challenges. *Nurs Sci Q*. 2020;33:264-7 (<https://doi.org/10.1177/0894318420920603>).
- 286 Li XZ, Yan YW, Zhang HZ, Zhang Y. Evaluating the accelerated BSN program at the University of Washington and its potential for implementation in China. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:3517-24 (<https://doi.org/10.2147/jmdh.S474278>).
- 287 Street NW, Bermudez L, Lawton A, Barry D, Mandel L. Developing nursing leadership potential through education in a low-resource setting. *Nurse Educ*. 2021;46:E184-e8 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001021>).
- 288 O'Connor S, Permana AF, Neville S, Denis-Lalonde D. Artificial intelligence in nursing education 2: opportunities and threats. *Nursing Times*; 2023 (<https://www.nursingtimes.net/education-and-training/artificial-intelligence-in-nursing-education-2-opportunities-and-threats-09-10-2023/>).
- 289 O'Connor S, Yan Y, Thilo FJS, Felzmann H, Dowding D, Lee JJ. Artificial intelligence in nursing and midwifery: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2023;32:2951-68 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16478>).

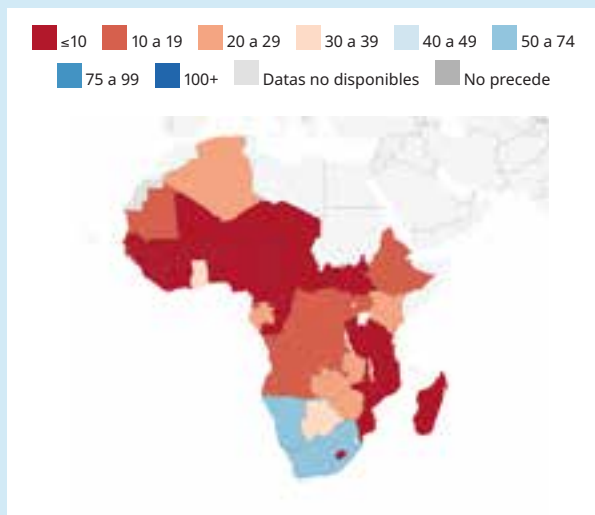
- 290 Abdulai A-F, Hung L. Will ChatGPT undermine ethical values in nursing education, research, and practice. *Nurs Inq*. 2023;30:e12556 (<https://doi.org/10.1111/nin.12556>).
- 291 O'Connor S. Teaching artificial intelligence to nursing and midwifery students. *Nurse Educ Pract*. 2022;64:103451 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103451>).
- 292 Topaz M, Peltonen LM, Michalowski M, Stiglic G, Ronquillo C, Pruinelli L et al. The ChatGPT effect: nursing education and generative artificial intelligence. *J Nurs Educ*. 2024;1-4 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20240126-01>).
- 293 La inteligencia artificial en la educación. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2024 (<https://www.unesco.org/es/digital-education/artificial-intelligence>).
- 294 Ética y gobernanza de la inteligencia artificial en el ámbito de la salud: orientaciones de la OMS: resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350263>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 295 Inteligencia artificial y educación: guía para las personas a cargo de formular políticas. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2021 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379376>).
- 296 Narang A, Bae R, Hong H, Thomas Y, Surette S, Cadieu C et al. Utility of a deep-learning algorithm to guide novices to acquire echocardiograms for limited diagnostic use. *JAMA Cardiol*. 2021;6:624-32 (<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.0185>).
- 297 Musallam E, Alhaj Ali A, Alkhafaji M. OpenAI's ChatGPT clinical simulation: an innovative teaching strategy for clinical nursing education. *Nurse Educ*. 2024;49:E361-E2 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001657>).
- 298 O'Connor S, Permana A, Neville S, Denis-Lalonde D. Artificial intelligence in nursing education 1: strengths and weaknesses. *Nursing Times*; 2023 (<https://www.nursingtimes.net/education-and-training/artificial-intelligence-in-nursing-education-1-strengths-and-weaknesses-11-09-2023/>).
- 299 Abujaber AA, Abd-alrazaq A, Al-Qudimat AR, Nashwan AJ. A strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analysis of ChatGPT integration in nursing education: a narrative review. *Cureus*. 2023;15:e48643 (<https://doi.org/10.7759/cureus.48643>).
- 300 Mahat A, Dhillon IS, Benton DC, Fletcher M, Wafula F. Health practitioner regulation and national health goals. *Bull World Health Organ*. 2023;101:595-604 (<https://doi.org/10.2471/blt.21.287728>).
- 301 Leslie K, Bourgeault IL, Carlton AL, Balasubramanian M, Mirshahi R, Short SD et al. Design, delivery and effectiveness of health practitioner regulation systems: an integrative review. *Hum Resour Health*. 2023;21:72 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00848-y>).
- 302 Health practitioner regulation: design, reform and implementation guidance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378775>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 303 Scheidt L. Challenges to nursing regulation during the Pandemic: a case study. *J Nurs Regul*. 2022;12:47-9 ([https://doi.org/10.1016/s2155-8256\(22\)00012-6](https://doi.org/10.1016/s2155-8256(22)00012-6)).
- 304 Panteli D, Maier CB. Regulating the health workforce in Europe: implications of the COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health*. 2021;19:80 (<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00624-w>).
- 305 Stievano A, Caruso R, Shaffer F. Navigating the health professional migration tsunami in the era of COVID-19 and globalization: a call to action for a collective and coordinated response from government and non-government organizations. *Healthcare*. 2023;11 (<https://doi.org/10.3390/healthcare11070931>).
- 306 Economic and social survey of Asia and the Pacific 2021: towards post-COVID-19 resilient economies. UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2021 (<https://www.unescap.org/kp/2021/economic-and-social-survey-asia-and-pacific-2021-towards-post-covid-19-resilient-economies>).
- 307 Kovács R. Health professionals on the move: analysing Brexit's influence on diploma recognition and the employment of health care workers. *Annales Universitatis Scientiarum Budapestinensis de Rolando Eötvös Nominatae - Sectio Iuridica*. 2024;62(1):163-88.
- 308 Rodriguez-Arrastia M, Ropero-Padilla C, Fernández-Sola C, Portillo MC. Nursing emigration in the United Kingdom: a qualitative exploration of the Spanish nursing community. *Nurs Open*. 2021;8:675-87 (<https://doi.org/10.1002/nop2.672>).
- 309 Anders RL, Kunaviktikul W. Distance education: an opportunity to support nursing in Southeast Asia. *J Probl Based Learn*. 2021;8:35-40 (<https://doi.org/10.24313/jpbl.2020.00304>).
- 310 Briža I, Pipere A. Clinical training in nursing study programmes in Latvia and Europe. *Rural Environment Education Personality*. 2022;15 (<https://doi.org/10.22616/REEP.2022.15.001>).
- 311 Camedda C, Scalorbi S, Longobucco Y. The family and community nurse core competencies: integrating European standards into the Italian context. *Acta Biomed*. 2021;92:e2021329 (<https://doi.org/10.23750/abm.v92i52.11898>).
- 312 Kyoko S, Naruse K, Puangrat B. Does the mutual recognition agreement on nursing services accelerate nurse migration in member countries of the Association of Southeast Asian Nations. *Nurs Open*. 2020;7:1187-96 (<https://doi.org/10.1002/nop2.504>).
- 313 Lino MM, Martini JG, Barbieri-Figueiredo MdC. Academic-professional mobility and internationalization of nursing: contributions of the Bologna process. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2022;31(54).
- 314 Pantaleo F, D'Angelo D, Stievano A, Albanesi B, Petrizzo A, Notarnicola I et al. An example of evaluation of tuning nursing competences in the licensure exam: an observational study. *Heliyon*. 2023;9:e13412 (<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13412>).
- 315 Rustami E, Pula A, Dine A. Challenges of Fulfilling European Union directives: the Importance of clinical practice at the bachelor nursing study program. *Medicus*. 2023;7:52-62 (<https://doi.org/10.58944/kpoy2458>).
- 316 Afuh V, Mekolle P. Degree structure and recognition before and within the Bologna process: a comparative analysis between higher education in Cameroon and the United Kingdom. *Eur J Edu Stud*. 2024;11:164-94.
- 317 Chan GK, Cummins MR, Taylor CS, Rambur B, Auerbach DI, Meadows-Oliver M et al. An overview and policy implications of national nurse identifier systems: a call for unity and integration. *Nurs Outlook*. 2023;71:101892 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.10.005>).
- 318 Beale NJ, Rajwani N. Implementation of a unique nurse identifier. *Nurs Manage*. 2022;53:6-9 (<https://doi.org/10.1097/01.Numa.0000805040.87004.37>).
- 319 Alexander S, Frith KH. Using Nursys® as a primary source for licensure information. *Nurs Educ Perspect*. 2021;42:200-1 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000821>).
- 320 Government of India. The development of a national nursing registration tracking system and working with state nursing councils to aggregate all nurses data from across the country. New Delhi: Government of India; 2024.
- 321 Demonstrating the value of nursing care through use of a unique nurse identifier policy statement. Alliance for Nursing Informatics; 2020.
- 322 The difference between macro- and micro-credentials, digital badges, and what they mean for your association. Association Trends; 2018 (<https://www.associationtrends.com/the-difference-between-macro-and-micro-credentials-digital-badges-and-what-they-mean-for-your-association/>).
- 323 Southard EP. Micro-credentials and badges in healthcare. *American Nurse Journal*. 2021;16(10):10 (<https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2021/09/an10-Badges-920.pdf>).
- 324 Zdunek K, Dobrowolska B, Dziurka M, Galazzi A, Chiappinotto S, Palese A et al. Challenges and opportunities of micro-credentials as a new form of certification in health science education – a discussion paper. *BMC Med Educ*. 2024;24(1):1169 (<https://doi.org/10.1186/s12909-024-06174-8>).
- 325 Womack-Adams K, Morbitzer KA, Ondek C, Collins H, McLaughlin JE. A review of microcredentials in health professions continuing professional development. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1532811 (<https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1532811>).
- 326 Mitchell S, Hart J, Gharaibeh M, McMahon GT, Rhoda A, Fitzpatrick S et al. Principles to award learning achievements for lifelong learning in health using micro-credentials: an international Delphi study. *Hum Resour Health*. 2025;23(1):7 ([doi:10.1186/s12960-024-00969-y](https://doi.org/10.1186/s12960-024-00969-y)).

- 327 Paier-Abuzahra M, Posch N, Jeitler K, Semlitsch T, Radl-Karimi C, Spary-Kainz U et al. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. *Hum Resour Health*. 2024;22:74 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00956-3>).
- 328 Kim MJ, McKenna H, Davidson P, Leino-Kilpi H, Baumann A, Klopfer H et al. Doctoral education, advanced practice and research: an analysis by nurse leaders from countries within the six WHO Regions. *Int J Nurs Stud Adv*. 2022;4:100094 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-024-00969-y>).
- 329 Htay M, Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: a systematic review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021;3:100034 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnusa.2021.100034>).
- 330 Kilpatrick K, Savard I, Audet LA, Costanzo G, Khan M, Atallah R et al. A global perspective of advanced practice nursing research: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2024;19:e0305008 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305008>).
- 331 Whitehead L, Ghosh M, Walker DK, Bloxsome D, Vafeas C, Wilkinson A. The relationship between specialty nurse certification and patient, nurse and organizational outcomes: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2019;93:1-11 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.001>).
- 332 Directrices de enfermería de práctica avanzada. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2020 (https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_ES_WEB.pdf).
- 333 Sastre-Fullana P, Gray DC, Cashin A, Bryant-Lukosius D, Schumann L, Geese F et al. Visual analysis of global comparative mapping of the practice domains of the nurse practitioner/advanced practice nursing role in respondent countries. *J Am Assoc Nurs Pract*. 2020;33:496-505 (<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000458>).
- 334 Bryant-Lukosius D, Wong FYW. International development of advanced practice nursing. En: Tracy MF, O'Grady ET, Phillips SJ, Hamric and Hanson's advanced practice nursing: an integrative approach, 7th edition. Elsevier; 2022:137-66.
- 335 Chavez F, Kelly T, Kunisch JR, Kurth A. Systems leadership doctor of nursing practice: global relevance. *Int Nurs Rev*. 2019;66:482-9 (<https://doi.org/10.1111/inr.12527>).
- 336 Schlunegger MC, Palm R, Zumstein-Shaha M. The contribution of advanced practice nurses in Swiss family practices: multiple case study design. *Pflege*. 2023;36:40-7 (<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000890>).
- 337 Osakwe ZT, Aliyu S, Sosina OA, Poghosyan L. The outcomes of nurse practitioner (NP)-provided home visits: a systematic review. *Geriatr Nurs*. 2020;41:962-9 (<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.001>).
- 338 Ordóñez-Piedra J, Ponce-Blandón JA, Robles-Romero JM, Gómez-Salgado J, Jiménez-Picón N, Romero-Martín M. Effectiveness of the advanced practice nursing interventions in the patient with heart failure: a systematic review. *Nurs Open*. 2021;8:1879-91 (<https://doi.org/10.1002/nop2.847>).
- 339 Miller M, Prodan-Bhalla N, Marchuk S. The NP role and practice in Canada. En: Thomas SL, Rowles JS (eds) *Nurse practitioners and nurse anesthetists: the evolution of the global roles*. Cham: Springer International Publishing; 2023:145-55 (https://doi.org/10.1007/978-3-031-20762-4_10).
- 340 Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 2022;88:42 (<https://doi.org/10.5334/aogh.3698>).
- 341 Almukhaini S, Weeks LE, Macdonald M, Martin-Misener R, Ismaili ZA, Macdonald D et al. Advanced practice nursing roles in Arab countries in the Eastern Mediterranean region: a scoping review. *JBI Evid Synth*. 2022;20:1209-42 (<https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00101>).
- 342 Christmals CD, Armstrong SJ. The essence, opportunities and threats to advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Heliyon*. 2019;5:e02531 (<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02531>).
- 343 Brownwood I, G. Lafortune. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: recent developments and persisting implementation challenges. OECD Health Working Papers No. 165. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2024 (<https://doi.org/10.1787/8e10af16-en>).
- 344 Kim S, Lee TW, Kim GS, Cho E, Jang Y, Choi M et al. Nurses in advanced roles as a strategy for equitable access to healthcare in the WHO Western Pacific region: a mixed methods study. *Hum Resour Health*. 2021;19:19 (<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00555-6>).
- 345 Dezoti AP, N CSG, Fortunato Barbosa MA, Weissheimer G, Khalaf DK, de Azevedo Mazza V. Implementação da prática avançada de enfermagem na América Latina. *Implem Adv Nurs Pract in Latin America*. 2021;12:35-41 (<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5187>).
- 346 Dos Santos Bezerril M, Chiavone FBT, Mariz CMS, Sonenberg A, Enders BC, Santos VEP. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: context analysis. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2018;31:636-43 (<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800087>).
- 347 Scanlon A, Murphy M, Smolowitz J, Lewis V. Advanced nursing practice and advanced practice nursing roles within low and lower-middle-income countries. *J Nurs Scholarsh*. 2023;55:484-93 (<https://doi.org/10.1111/jnu.12838>).
- 348 Ndirangu-Mugo E, Kimani RW, Onyancha C, Mutwiri BD, May B, Kambo I et al. Scopes of practice for advanced practice nursing and advanced practice midwifery in Kenya: a gap analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71(2):276-284 (<https://doi.org/10.1111/inr.12947>).
- 349 Elliott N, Daly L, Bryant-Lukosius D, Fleming S, Varley J, Cotter P et al. Exploring factors affecting the rollout of a policy on registered advanced nurse practitioners in Ireland. *J Nurs Manag*. 2024;1-8 (<https://doi.org/10.1155/2024/6681576>).
- 350 Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:214 (<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-214>).
- 351 Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D. Optimizing the role of nurses in primary care in Canada. Ontario: Canadian Nurses Association; 2014 (<https://docslib.org/doc/8735329/optimizing-the-role-of-nurses-in-primary-care-in-canada>).
- 352 Schober MM, Gerrish K, McDonnell A. Development of a conceptual policy framework for advanced practice nursing: an ethnographic study. *J Adv Nurs*. 2016;72:1313-24 (<https://doi.org/10.1111/jan.12915>).
- 353 Cassiani SHB, Moreno Dias B. Perspectives for advanced practice nursing in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210406 (<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0406en>).
- 354 Patel EY, Petermann V, Mark BA. Does state-level nurse practitioner scope-of-practice policy affect access to care. *West J Nurs Res*. 2019;41:488-518 (<https://doi.org/10.1177/0193945918795168>).
- 355 Schober M. Advanced nursing practice: an emerging global phenomenon. *J Adv Nurs*. 2006;55:275-6 (https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03971_2.x).
- 356 Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Fliedner M et al. Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48:201-9 (<https://doi.org/10.1111/jnu.12199>).
- 357 Fairman JA, Rowe JW, Hassmiller S, Shalala DE. Broadening the scope of nursing practice. *New Engl J Med*. 2011;364:193-6 (<https://doi.org/10.1056/NEJMp1012121>).
- 358 Scanlon A, Bryant-Lukosius D, Lehwaldt D, Wilkinson J, Honig J. International transferability of nurse practitioner credentials five countries. *J Nurs Pract*. 2019;15:487-93 (<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.02.007>).
- 359 Chappell K, ElChamaa R, Jeong D, Kendall-Gallagher D, Salt E, Reeves S et al. Conceptualization and operationalization of certification in the US and Canadian nursing literature. *J Nurs Adm*. 2018;48:238-46 (<https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000608>).
- 360 Mackavey C, Henderson C, van Leeuwen EdZ, Maas L, Ladd A. The advanced practice nurse role's development and identity: an international review. *Int J Adv Pract*. 2024;2:36-44 (<https://doi.org/10.12968/ijap.2024.2.1.36>).
- 361 Maier C, Aiken L, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. OECD Health Working Papers No. 98. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://doi.org/10.1787/a8756593-en>).
- 362 Halter M, Drennan V, Chattopadhyay K, Carneiro W, Yiallouris J, de Lusignan S et al. The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:223 (<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-223>).
- 363 Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2020;104:103443 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>).

- 364 Gray DC, Rogers M, Miller MK. Advanced practice nursing initiatives in Africa, moving towards the nurse practitioner role: experiences from the field. *Int Nurs Rev*. 2024;71:205-10 (<https://doi.org/10.1111/inr.12835>).
- 365 Dlamini CP, Khumalo T, Nkwanyana N, Mathunjwa-Dlamini TR, Macera L, Nsibandze BS et al. Developing and implementing the family nurse practitioner role in Eswatini: implications for education, practice, and policy. *Ann Glob Health*. 2020;86:50 (<https://doi.org/10.5334/aogh.2813>).
- 366 Geyer N, Christlms CD. Advanced practice nursing in Africa. En: Hassmiller SB, Pulcini J (eds). *Advanced practice nursing leadership: a global perspective*. Cham: Springer International Publishing; 2020:63-76 (https://doi.org/10.1007/978-3-030-20550-8_6).
- 367 Moore C, Kabbe A, Gibson TS, Letvak S. The pursuit of nurse practitioner practice legislation: a case study. *Policy Polit Nurs Pract*. 2020;21:222-32 (<https://doi.org/10.1177/1527154420957259>).
- 368 Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña L M, Brousseau L. Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017 (<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>).
- 369 Ministry of Health corporate plan and budget 2023–2026. Government of Tonga; 2023.
- 370 NCD nursing action plan 2023–2025. Government of Tonga; 2022.
- 371 National noncommunicable disease strategy implementation plan 2020–2025. Government of Tonga; 2020.
- 372 Gallagher R. Evaluation of the noncommunicable diseases outreach program in the Kingdom of Tonga. University of Sydney; 2015.
- 373 Enfermeras y matronas: ¿sobrecargadas de trabajo, mal pagadas e infravaloradas? [sitio web]. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2023 (<https://ilostat.ilo.org/es/nurses-and-midwives-overworked-underpaid-undervalued/>).
- 374 Kavanagh MM, Radakrishnan A, Annikrishnan V, Cometto G, Kane C, Friedman EA et al. Laws for health and care worker protection and rights: a study of 182 countries. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4:e0003767 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003767>).
- 375 Proteger y salvaguardar al personal sanitario y asistencial e invertir en él. WHA74.14. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R14-sp.pdf).
- 376 Global health and care workers compact: technical guidance compilation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373347>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 377 Barsukova A, Shvab M, Puttkammer NH, Vitruk O, Ihnatiuk AP, Hetman LI et al. Impact of war on HIV-related healthcare services and health workers in eastern Ukraine: a qualitative study. *AIDS Care*. 2024;1-9 (<https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2332445>).
- 378 Bou-Karroum L, El-Harakeh A, Kassamany I, Ismail H, El Arnaout N, Charide R et al. Health care workers in conflict and post-conflict settings: systematic mapping of the evidence. *PLoS One*. 2020;15:e0233757 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233757>).
- 379 Duclos D, Fouad FM, Blanchet K. When refugees care for refugees in Lebanon: providing contextually appropriate care from the ground Up. *Med Anthropol Theory*. 2021;8 (<https://doi.org/10.17157/mat.8.3.5159>).
- 380 Lin TK, Werner K, Kak M, Herbst CH. Health-care worker retention in post-conflict settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan*. 2023;38:109-21 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czac090>).
- 381 Gotlib J, Cieślak I, Wawrzuta D, Jaworski M, Theofanidis D, Wójcik G et al. Challenges in job seeking and the integration of Ukrainian war refugee healthcare workers Into the Polish healthcare system: Facebook content analysis. *Int J Public Health*. 2023;68:1606139 (<https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606139>).
- 382 Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA). Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx>).
- 383 Prevention and protection against attacks on health care: good practices. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375802>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 384 Rees GH. Forced displacement and the health workforce crisis: Venezuelan healthcare workers in Peru. *Int J Health Plann Manage*. 2024;39:963-9 (<https://doi.org/10.1002/hpm.3758>).
- 385 Rayes D, Meiqari L, Yamout R, Abbata A, Nuwayhid I, Jabbour S et al. Policies on return and reintegration of displaced healthcare workers towards rebuilding conflict-affected health systems: a review for The Lancet-AUB Commission on Syria. *Confl Health*. 2021;15:36 (<https://doi.org/10.1186/s13031-021-00367-4>).
- 386 Mental health atlas 2020 [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/345946>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 387 Fuerza laboral mundial de enfermería de salud mental: es el momento de priorizar e invertir en salud mental y bienestar [sitio web]. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2022 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Mental_Health_Workforce_report_SP_web.pdf).
- 388 Directrices sobre la enfermería de salud mental 2024. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2024 (<https://www.icn.ch/es/recursos/publicaciones-e-informes/directrices-sobre-la-enfermeria-de-salud-mental>).
- 389 Abdul-Rahim H, Fendt-Newlin M, Alharahsheh S, Campbell J. Nuestro deber de diligencia: Llamamiento mundial a la acción para proteger la salud mental de los trabajadores de la salud y asistenciales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022 (https://www.who.int/es/publications/m/item/wish_report). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 390 Rae P, Pearce S, Greaves P, Dall'Ora C, Griffiths P, Endacott R. Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;67:103110 (<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103110>).
- 391 Lasater KB, Aiken LH, Sloane D, French R, Martin B, Alexander M et al. Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open*. 2021;11:e052899 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>).
- 392 Griffiths P, Saville C, Ball JE, Jones J, Monks T. Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: a simulation and economic modelling study. *Int J Nurs Stud*. 2021;117:103901 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103901>).
- 393 Ridge LJ, Dickson VV, Stimpfel AW. The occupational health of nurses in the economic community of West African States: a review of the literature. *Workplace Health Saf*. 2019;67:554-64 (<https://doi.org/10.1177/2165079919859383>).
- 394 Amare TG, Tesfaye TT, Girmay B, Gebreagziabher TT. Exposure to occupational health hazards among nursing and midwifery students during clinical practice. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2211-20 (<https://doi.org/10.2147/rmhp.S280555>).
- 395 Yesilbas H, Kantek F. Relationship between structural empowerment and job satisfaction among nurses: a meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71:484-91 (<https://doi.org/10.1111/inr.12968>).
- 396 Chen C, Shannon K, Napier S, Neville S, Montayre J. Ageism directed at older nurses in their workplace: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2024;33:2388-411 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17088>).
- 397 McHugh MD, Aiken LH, Windsor C, Douglas C, Yates P. Case for hospital nurse-to-patient ratio legislation in Queensland, Australia, hospitals: an observational study. *BMJ Open*. 2020;10:e036264 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036264>).
- 398 Schlak AE, Aiken LH, Chittams J, Poghosyan L, McHugh M. Leveraging the work environment to minimize the negative impact of nurse burnout on patient outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):610.
- 399 Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383:1824-30 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)).
- 400 Şenol Çelik S, Sarıköse S, Çelik Y. Structural and psychological empowerment and burnout among nurses: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71:189-201 (<https://doi.org/10.1111/inr.12878>).
- 401 Ridge LJ, Arko-Mensah J, Lambert J, Aziato L, Zeantoe GC, Duah H et al. Sharps injuries among healthcare workers in Liberia and Ghana: a cross-sectional survey. *Int J Qual Health Care*. 2024;36 (<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae066>).

- 402 Descatha A, Hamzaoui H, Takala J, Oppliger A. A systematized overview of published reviews on biological hazards, occupational health, and safety. *Saf Health Work*. 2023;14:347-57 (<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2023.10.008>).
- 403 ADik Papua Scholarship Programme: bridging the gap in rural healthcare education. Government of Indonesia; 2020.
- 404 Improving retention of health workers in rural and remote areas: case studies from WHO South-East Asia Region. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334227>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 405 Kementerian Kesehatan RI [Indonesia Health Profile]. Jakarta: Government of Indonesia; 2016.
- 406 Scholarship program for medical specialists. Jakarta: Government of Indonesia; 2017.
- 407 Buchan J, Black S. The Impact of pay increases on nurses' labour market: a review of evidence from four OECD countries. OECD Health Working Papers No. 57. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 (https://www.oecd.org/en/publications/the-impact-of-pay-increases-on-nurses-labour-market_5kg6jwn16tjd-en.html).
- 408 Buchan J, Shembavnekar N, Bazeer N. Nurses' pay over the long term: what next. London: The Health Foundation; 2021 (<https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/nurses-pay-over-the-long-term-what-next>).
- 409 Buchan J, Kumar A, Schoenstein M. Wage-setting in the Hospital Sector. OECD Health Working Papers No. 77. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2014/09/wage-setting-in-the-hospital-sector_g17a2530/5jxx56b8hqhl-en.pdf).
- 410 Evaluación de los efectos en el empleo de los trabajadores y cuidadores de la salud: marco rector. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379811>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 411 Rumsey M, Iro E, Brown D, Larui M, Sam H, Brooks F. Development practices in senior nursing and midwifery leadership: pathways to improvement in South Pacific health policy. *Policy Polit Nurs Pract*. 2022;23:195-206 (<https://doi.org/10.1177/15271544221095768>).
- 412 La importancia estratégica de la inversión nacional en los profesionales de enfermería en la Región de las Américas. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2022(<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56055>).
- 413 Technical brief on strengthening the nursing and midwifery workforce to improve health outcomes: government chief nursing and midwifery officers (GCNMOs) in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362261>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 414 Nkengasong JN, Raji T, Ferguson SL, Pate MA, Williams MA. Nursing leadership in Africa and health security. *EclinicalMedicine*. 2021;36:100930 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100930>).
- 415 Hernandez MAA, Paguio JT, Bonito SR. Development of an online nursing leadership program for global health in the Western Pacific Region. *Acta Med Philipp*. 2024;58:48-55 (<https://doi.org/10.47895/amp.v58i12.9397>).
- 416 Butterfield P, Leffers J, Vázquez MD. Nursing's pivotal role in global climate action. *BMJ*. 2021;373:n1049 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n1049>).
- 417 Bérubé A, Diallo T, Roberge M, Audate PP, Leblanc N, Jobin É et al. Practicing nurses' and nursing students' perceptions of climate change: a scoping review. *Nurs Open*. 2024;11:e70043 (<https://doi.org/10.1002/nop2.70043>).
- 418 Fertelli TK. Awareness, worry, and hope regarding climate change among nurses: a cross-sectional study. *Arch Environ Occup Health*. 2023;78:413-22 (<https://doi.org/10.1080/19338244.2023.2278521>).
- 419 Cubelo F. Internationally educated nurses' role in climate change: sustainability and mitigation practices. *Public Health Nurs*. 2023;40:585-9 (<https://doi.org/10.1111/phn.13185>).
- 420 National health sector strategic plan support project: HNGV functional analysis report. Dili: Ministry of Health; 2014.
- 421 Birrell K, Ramsay D, Dingle B. Empowering nurse managers in Timor-Leste. Australian College of Nursing; 2018 (<https://www.acn.edu.au/nurseclick/empowering-nurse-managers-timor-leste>).
- 422 Rosser EA. Investing in nursing and its leadership to secure global health: are we making progress. *Int Nurs Rev*. 2022;69:121-4 (<https://doi.org/10.1111/inr.12765>).
- 423 Llop-Gironés A, Azhymambetova GK, Asanova AK, Salomuddin Y, Boynazarova MH, Raupov FO et al. Building health systems resilience in Central Asia through nursing and midwifery: evidence to inform policy action. *Hum Resour Health*. 2024;22:82 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00964-3>).
- 424 Chang YC, Hsieh LW, Chen TC, Yen M. Developing and evaluating the effectiveness of a leadership integrated educational program for master's nursing students in Taiwan. *Hu Li Za Zhi*. 2022;69:56-67 ([https://doi.org/10.6224/jn.202210_69\(5\).08](https://doi.org/10.6224/jn.202210_69(5).08)).
- 425 Ainslie M, Bigley MB, Yingling C, Hooks JD, DeClerk L. The national organization of nurse practitioner faculties leadership mentoring program: ten years of positive outcomes. *J Prof Nurs*. 2024;54:249-56 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.08.001>).
- 426 Nawagi F, Kneafsey R, Modber M, Mukeshimana M, Ndungu C, Bayliss-Pratt L. An overview of nursing and midwifery leadership, governance structures, and instruments in Africa. *BMC Nurs*. 2023;22:168 (<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01336-3>).
- 427 Katende G, Nabirye R, Sebalda L, Karani A, Katungi B. Developing regional guidelines for the harmonization of nursing and midwifery education for recognition in the EAC Partner States; 2015 (<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1433.9043>).
- 428 Global Health 50/50 report 2019: equality works. Global Health 50/50 initiative; 2019 (<https://globalhealth5050.org/updates/document/gh5050-2019-report-equality-works/>).
- 429 Boniol M, McCarthy C, Lawani D, Guillot G, McIsaac M, Diallo K. Inequal distribution of nursing personnel: a subnational analysis of the distribution of nurses across 58 countries. *Hum Resour Health*. 2022;20:22 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00720-5>).
- 430 Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/346648>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 431 Honey ML, Skiba DJ, Procter P, Foster J, Kouri P, Nagle LM. Nursing informatics competencies for entry to practice: the perspective of six countries. *Stud Health Technol Inform*. 2017;232:51-61.
- 432 Wilson ML, Elias BL, Moss JA. Education in nursing informatics. En: Berner ES, (ed.). *Informatics education in healthcare: lessons learned*. Cham: Springer International Publishing; 2020:23-43 (https://doi.org/10.1007/978-3-030-53813-2_3).
- 433 Día Internacional de la Enfermera 2025: nuestras enfermeras, nuestro futuro. Cuidando de las enfermeras fortalecemos la economía. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2025 (<https://www.icn.ch/es/nuestras-acciones/campanas/dia-internacional-de-la-enfermera>).
- 434 Rumsey M, Thoms D, Deki, Leong M, Wilson CT, Filise MSI et al. Enablers and inhibitors of nursing and midwifery leadership in Pacific Island collectivist cultures. *Int Nurs Rev*. 2025;72:e13092 (<https://doi.org/10.1111/inr.13092>).
- 435 Mitchell G. Global network of early career nurses spearheading change. *Nursing Times*; 2025 (<https://www.nursingtimes.net/global-nursing/global-network-of-early-career-nurses-spearheading-change-15-01-2025/>).
- 436 Devereux E. Global alliance aims to unite student and early career nurses. *Nursing Times*; 2024 (<https://www.nursingtimes.net/global-nursing/global-alliance-aims-to-unite-student-and-early-career-nurses-12-07-2024/>).
- 437 K, Tchouaket E, Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A. Structural and process factors that influence clinical nurse specialist role implementation. *Nurs Spec*. 2016;30:89-100 (<https://doi.org/10.1097/nur.000000000000182>).
- 438 Transformación de la salud digital y práctica de la enfermería. Declaración de posición. Ginebra, International Council of Nurses, 2023 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL_30.06_SP.pdf).
- 439 Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/344251>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Región de África

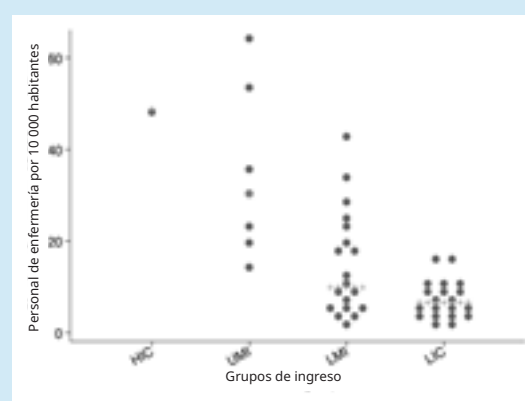


1,7 millones de profesionales de enfermería

14,1 profesionales de enfermería por 10 000 habitantes

La Región de África de la OMS consta de **47 Estados Miembros** con una población de **1200 millones** en 2023

Distribución de la densidad de personal de enfermería por grupos de ingreso del Banco Mundial



Empleos

Distribución del personal de enfermería por subregión

Subregión	Contingente ^a	Densidad por 10 000 habitantes (mín.-máx.)
Septentrional y occidental (n=17)	532 000	10,8 (2,6–33,4)
Oriental (n=16)	555 000	11,9 (1,5–48,8)
Central (n=9)	225 000	10,9 (1,2–19,9)
Meridional (n=5)	432 000	59,9 (5,4–63,7)

^a Redondeado a la cifra de millar más próxima.

Movilidad

Distribución del personal de enfermería por subregión

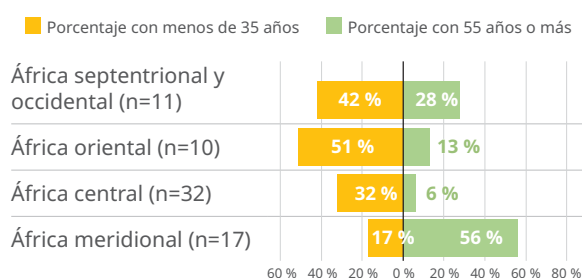
3% de 16 países

Formado en el extranjero

6% de 19 países

Sexo (de 34 países)	66% mujeres	34% hombres
Edad (de 28 países)	43% con menos de 35 años	15% con 55 años o más

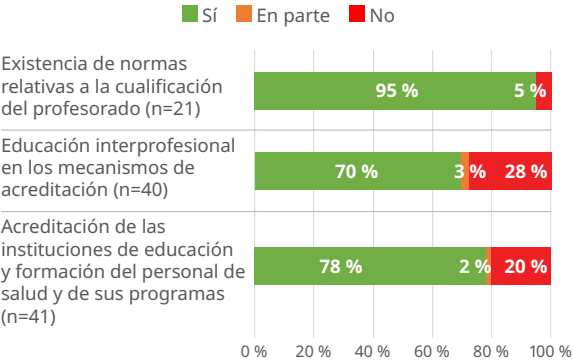
Edad por subregión



Educación

7,6	titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (de 40 países)
9,5	titulados por 100 000 habitantes
67%	tituladas (de 5 países)
24%	de los países (de 37 países) ofrecen formación con una duración de 4 años o más

Reglamentación de la enseñanza

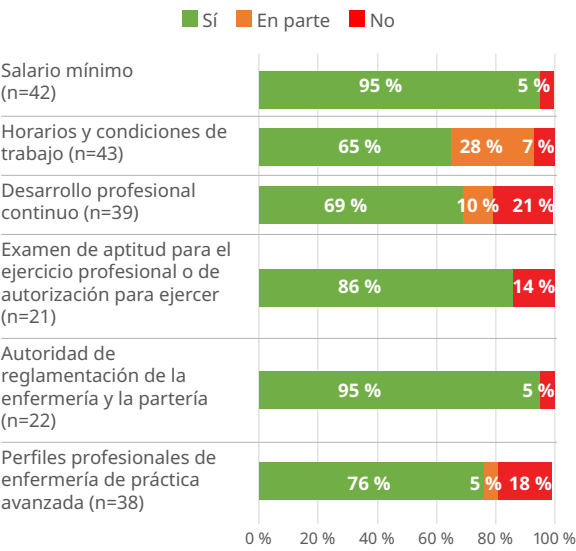


Producción anual de titulados por subregión

Subregión	Número medio de titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (mín. - máx.)
Septentrional y occidental (n=12)	9,1 (1,4-23,3)
Oriental (n=16)	6,6 (<1-18,3)
Central (n=7)	7,0 (<1-20,2)
Meridional (n=5)	7,4 (<1-30,1)

Prestación de servicios

Reglamentación y condiciones de trabajo



Liderazgo

86%

de los países (n=22) notificaron la existencia de un **jefe de los servicios públicos de enfermería o equivalente**

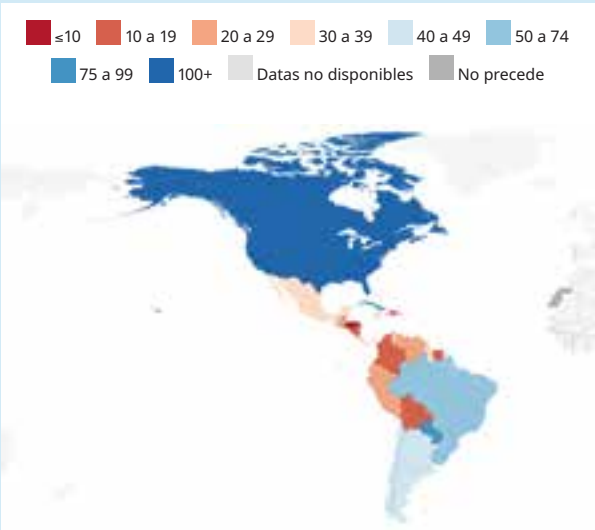
43%

de los países (n=21) cuentan con un **programa de liderazgo en enfermería**

Nota: Los subgrupos son los siguientes: **ÁFRICA ORIENTAL:** Burundi (BDI), Comoras (COM), Etiopía (ETH), Eritrea (ERI), Kenya (KEN), Madagascar (ODM), Malawi (MWI), Mauricio (MUS), Mozambique (MOZ), República Unida de Tanzania (TZA), Rwanda (RWA), Seychelles (SYC), Sudán del Sur (SSD), Uganda (UGA), Zambia (ZMB), Zimbabwe (ZWE); **ÁFRICA CENTRAL:** Angola (AGO), Camerún (CMR), Chad (TCD), Gabón (GAB), Guinea Ecuatorial (GNQ), República Centroafricana (CAF), República del Congo (COG), República Democrática del Congo (COD), Santo Tomé y Príncipe (STP); **ÁFRICA MERIDIONAL:** Botswana (BWA), Eswatini (SWZ), Lesotho (LSO), Namibia (NAM), Sudáfrica (ZAF); **ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y OCCIDENTAL:** Argelia (DZA), Benin (BEN), Burkina Faso (BFA), Cabo Verde (CPV), Côte d'Ivoire (CIV), Gambia (GMB), Ghana (GHA), Guinea (GIN), Guinea-Bissau (GNB), Liberia (LBR), Malí (MLI), Mauritania (MRT), Níger (NER), Nigeria (NGA), Senegal (SEN), Sierra Leona (SLE), Togo (TGO).

Fuente: Últimas estadísticas notificadas durante el periodo 2018-2023, CNPS (2024); División de Estadística de las Naciones Unidas (2024).

Región de las Américas

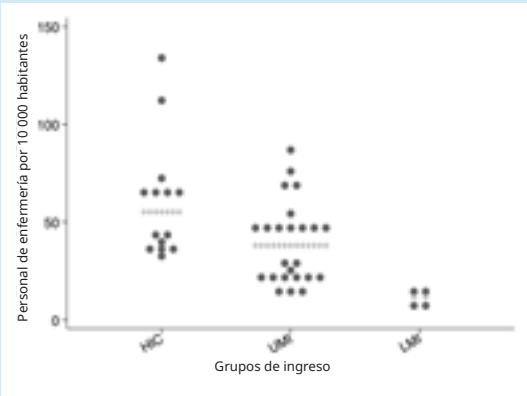


7,5 millones de profesionales de enfermería

72,2 profesionales de enfermería por 10 000 habitantes

La Región de las Américas de la OMS consta de **35 Estados Miembros** con una población de **1037 millones** en 2023

Distribución de la densidad de personal de enfermería por grupos de ingreso del Banco Mundial



Empleos

Distribución del personal de enfermería por subregión

Subregión	Contingente ^a	Densidad por 10 000 habitantes (mín.-máx.)
Caribe (n=13)	132 000	33,4 (7,1–76,0)
Centroamérica (n=8)	498 000	27,3 (7,3–33,4)
América del Sur (n=12)	1 820 000	42,0 (15,4–86,2)
América del Norte (n=2)	5 037 000	131,5 (112,6–133,8)

^a Redondeado a la cifra de millar más próxima.

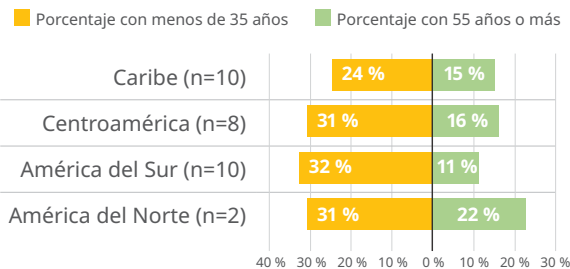
Movilidad

Distribución del personal de enfermería por subregión
6% de 21 países

Formado en el extranjero
6% de 21 países

Sexo (de 31 países)	87% mujeres	13% hombres
Edad (de 30 países)	31% con menos de 35 años	19% con 55 años o más

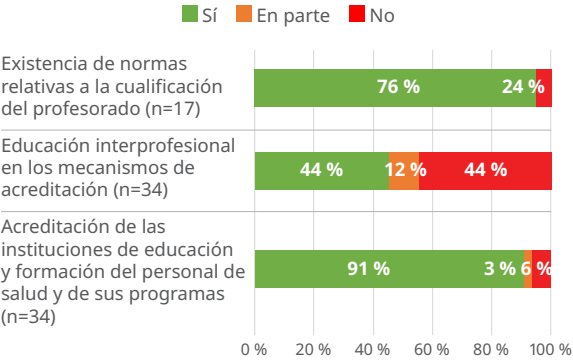
Edad por subregión



Educación

5,1	titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (de 25 países)
22,7	titulados por 100 000 habitantes
87%	tituladas (de 13 países)
64%	de los países (de 28 países) ofrecen formación con una duración de 4 años o más

Reglamentación de la enseñanza

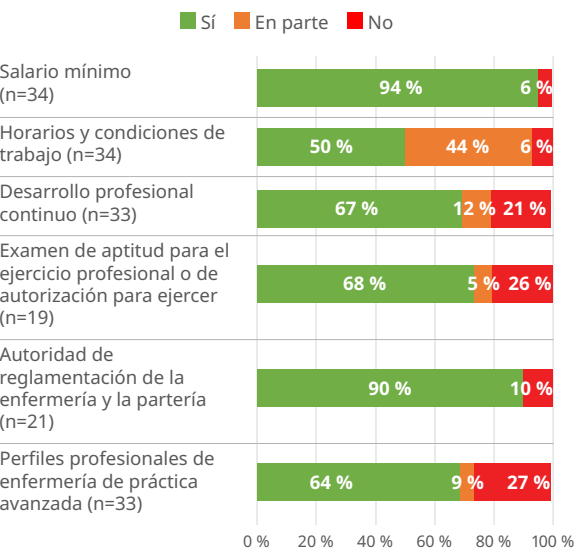


Producción anual de titulados por subregión

Subregión	Número medio de titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (mín. - máx.)
Caribe (n=9)	6,3 (< 1-9,1)
Centroamérica (n=7)	3,8 (1,2-6,1)
América del Sur (n = 7)	4,7 (1,8-8,4)
América del Norte (n = 2)	5,5 (2,9-8,0)

Prestación de servicios

Reglamentación y condiciones de trabajo



Liderazgo

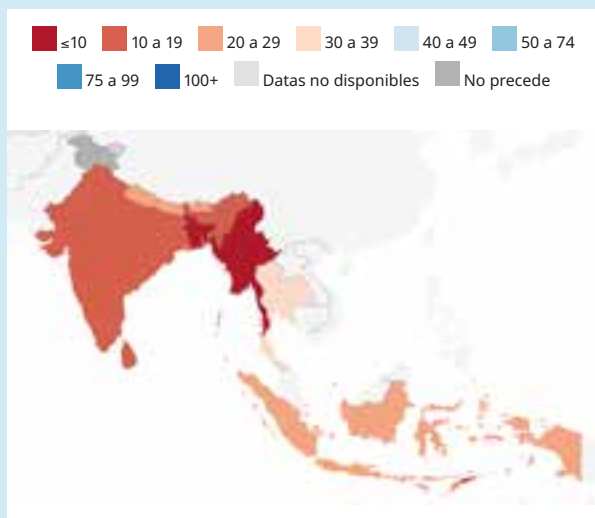
86% de los países (n=21) notificaron la existencia de un **jefe de los servicios públicos de enfermería o equivalente**

71% de los países (n=21) cuentan con un **programa de liderazgo en enfermería**

Nota: Los subgrupos de la Región de las Américas son los siguientes: **CARIBE:** Antigua y Barbuda (ATG), Bahamas (BHS), Barbados (BRB), Cuba (CUB), Dominica (DMA), Granada (GRD), Haití (HTI), Jamaica (JAM), República Dominicana (DOM), Saint Kitts y Nevis (KNA), Santa Lucía (LCA), San Vicente y las Granadinas (VCT), Trinidad y Tabago (TTO); **CENTROAMÉRICA:** Belice (BLZ), Costa Rica (CRI), El Salvador (SLV), Guatemala (GTM), Honduras (HND), México (MEX), Nicaragua (NIC), Panamá (PAN); **AMÉRICA DEL SUR:** Argentina (ARG), Bolivia (Estado Plurinacional de) (BOL), Brasil (BRA), Chile (CHL), Colombia (COL), Ecuador (ECU), Guyana (GUY), Paraguay (PRY), Perú (PER), Suriname (SUR), Uruguay (URY), Venezuela (República Bolivariana de) (VEN); **AMÉRICA DEL NORTE:** Canadá (CAN), Estados Unidos (USA).

Fuente: Últimas estadísticas notificadas durante el periodo 2018-2023, CNPS (2024); División de Estadística de las Naciones Unidas (2024).

Región de Asia Sudoriental

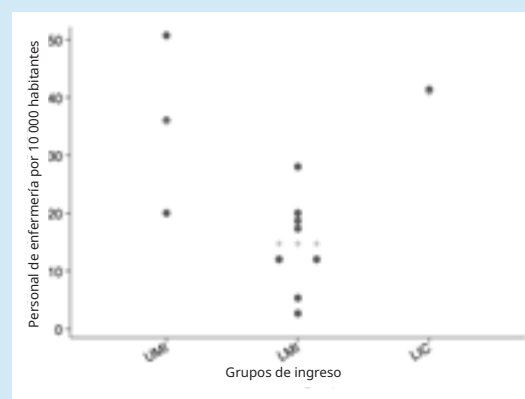


3,6 millones de profesionales de enfermería

17,4 profesionales de enfermería por 10 000 habitantes

La Región de Asia Sudoriental de la OMS consta de **11 Estados Miembros** con una población de **2100 millones** in 2023

Distribución de la densidad de personal de enfermería por grupos de ingreso del Banco Mundial



Empleos

Movilidad

Distribución del personal de enfermería por subregión

8% de 5 países

Formado en el extranjero

19% de 5 países

Sexo

(de 10 países)

84%

mujeres

16%

hombres

Edad

(de 8 países)

50%

con menos de 35 años

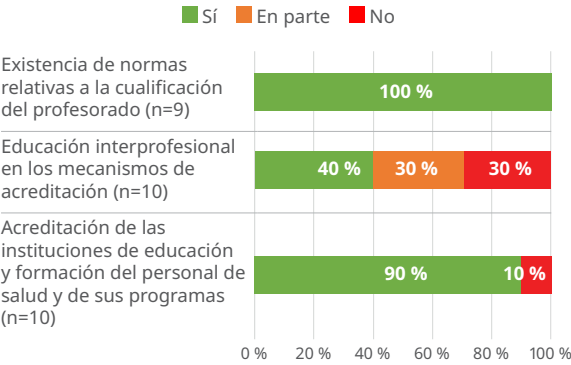
7%

con 55 años o más

Educación

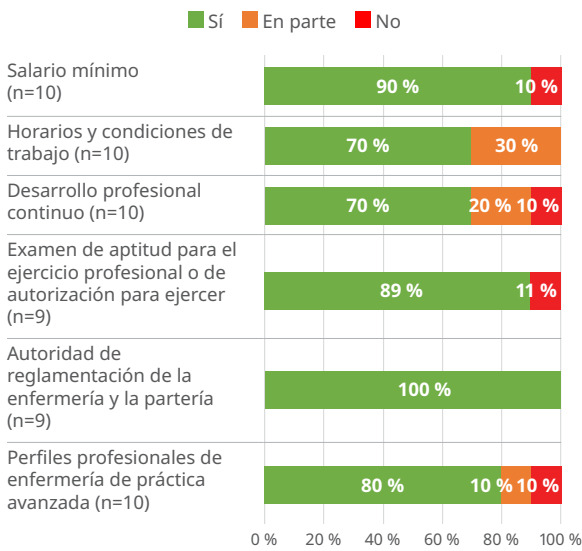
8,1	titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (de 9 países)
14,4	titulados por 100 000 habitantes
82,9%	tituladas (de 5 países)
70%	de los países (de 10 países) ofrecen formación con una duración de 4 años o más

Reglamentación de la enseñanza



Prestación de servicios

Reglamentación y condiciones de trabajo



Liderazgo

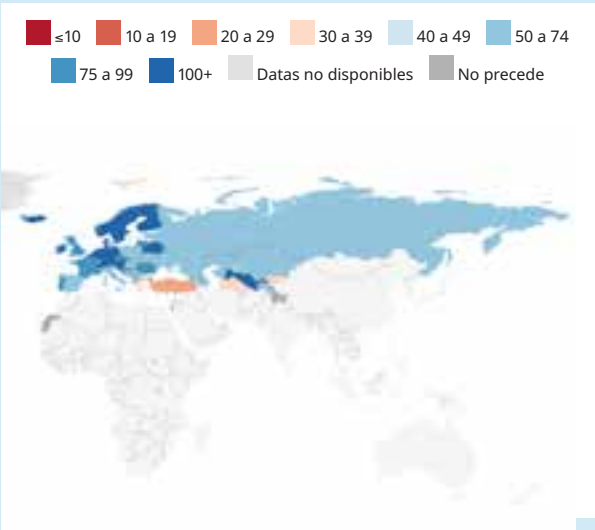
78% de los países (n=9) notificaron la existencia de un **jefe de los servicios públicos de enfermería o equivalente**

67% de los países (n=9) cuentan con un **programa de liderazgo en enfermería**

Nota: La lista de países incluye Bangladesh (BGD), Bhután (BTN), India (IND), Indonesia (IDN), Maldivas (MDV), Myanmar (MMR), Nepal (NPL), República Popular Democrática de Corea (PRK), Sri Lanka (LKA), Tailandia (THA), Timor-Leste (TLS).

Fuente: Últimas estadísticas notificadas durante el periodo 2018-2023, CNPS (2024); División de Estadística de las Naciones Unidas (2024).

Región de Europa

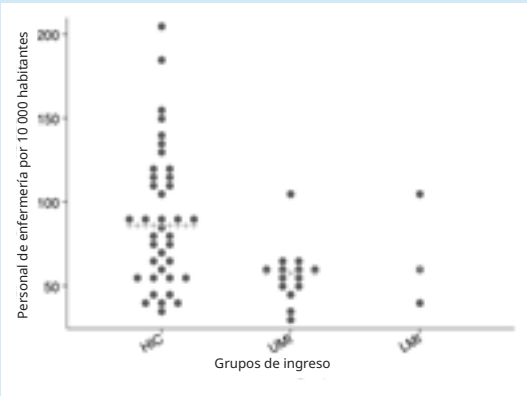


7,2 millones de profesionales de enfermería

76,9 profesionales de enfermería por 10 000 habitantes

La Región de Europa de la OMS consta de **53 Estados Miembros** con una población de **939 millones** in 2023

Distribución de la densidad de personal de enfermería por grupos de ingreso del Banco Mundial



Empleos

Distribución del personal de enfermería por subregión

Subregión	Contingente ^a	Densidad por 10 000 habitantes (mín.-máx.)
Asia central (n=5)	619 000	76,6 (33,3–106,8)
Europa oriental (n=10)	1 948 000	68,1 (42,0–103,2)
Europa septentrional (n=10)	1 083 000	100,3 (41,6–155,7)
Europa meridional (n=14)	952 000	63,5 (38,5–104,0)
Asia occidental (n=6)	391 000	34,0 (28,0–58,7)
Europa oriental (n=8)	2 228 000	111,9 (90,6–202,6)

^a Redondeado a la cifra de millar más próxima.

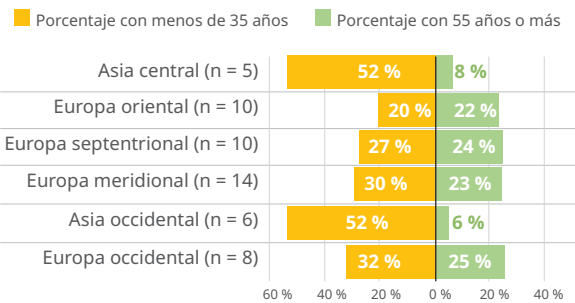
Movilidad

Distribución del personal de enfermería por subregión **14%** de 23 países

Formado en el extranjero **10%** de 25 países

Sexo	85%	15%
(de 39 países)	mujeres	hombres
Edad	31%	21%
(de 38 países)	con menos de 35 años	con 55 años o más

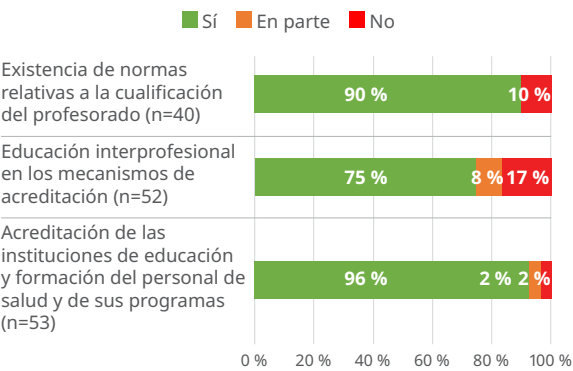
Edad por subregión



Educación

5,6	titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (de 50 países)
42,7	titulados por 100 000 habitantes
85,5%	tituladas (de 10 países)
30%	de los países (de 30 países) ofrecen formación con una duración de 4 años o más

Reglamentación de la enseñanza

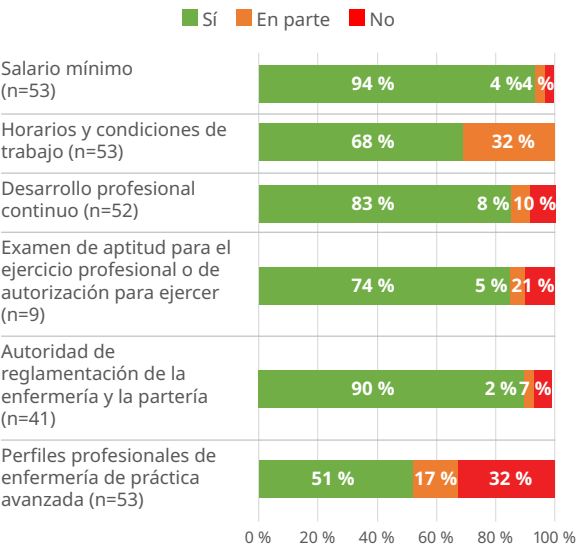


Producción anual de titulados por subregión

Subregión	Número medio de titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (mín. - máx.)
Asia central (n=4)	12,0 (1,7-20,7)
Europa oriental (n=9)	4,8 (1,8-12,3)
Europa septentrional (n=10)	5,3 (2,3-16,4)
Europa meridional (n=13)	6,6 (< 1-26,9)
Asia occidental (n=6)	3,4 (< 1-8,0)
Europa occidental (n=8)	3,9 (< 1-6,0)

Prestación de servicios

Reglamentación y condiciones de trabajo



Liderazgo

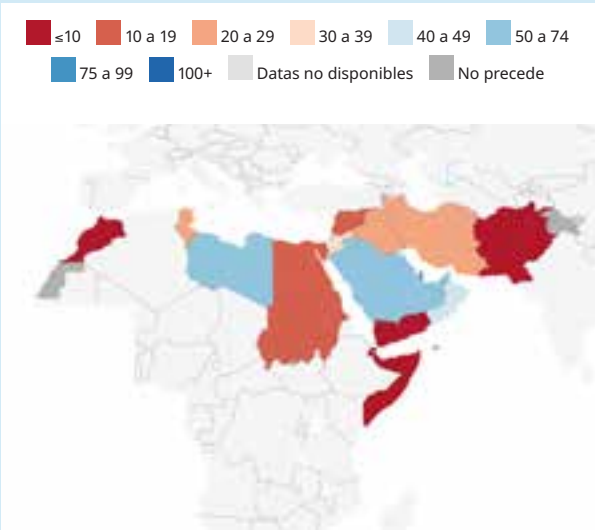
75% de los países (n=40) notificaron la existencia de un **jefe de los servicios públicos de enfermería o equivalente**

78% de los países (n=40) cuentan con un **programa de liderazgo en enfermería**

Nota: Los subgrupos de la Región de Europa son los siguientes: **ASIA CENTRAL:** Kazajstán (KAZ), Kirguistán (KGZ), Tayikistán (TJK), Turkmenistán (TKM), Uzbekistán (UZB); **EUROPA ORIENTAL:** Belarús (BLR), Bulgaria (BGR), Chequia (CZE), Eslovaquia (SVK), Federación de Rusia (RUS), Hungría (HUN), Moldova (MDA), Polonia (POL), Rumanía (ROU), Ucrania (UKR); **EUROPA SEPTENTRIONAL:** Dinamarca (DNK), Estonia (EST), Finlandia (FIN), Irlanda (IRL), Islandia (ISL), Letonia (LVA), Lituania (LTU), Noruega (NOR), Reino Unido (GBR), Suecia (SWE); **EUROPA MERIDIONAL:** Albania (ALB), Andorra (AND), Bosnia y Herzegovina (BIH), Croacia (HRV), Eslovenia (SVN), España (ESP), Grecia (GRC), Italia (ITA), Macedonia del Norte (MKD), Malta (MLT), Montenegro (MNE), Portugal (PRT), San Marino (SMR), Serbia (SRB); **ASIA OCCIDENTAL:** Armenia (ARM), Azerbaiyán (AZE), Chipre (CYP), Georgia (GEO), Israel (ISR), Türkiye (TUR); **EUROPA OCCIDENTAL:** Alemania (DEU), Austria (AUT), Bélgica (BEL), Francia (FRA), Luxemburgo (LUX), Mónaco (MCO), Países Bajos (Reino de los) (NLD), Suiza (CHE).

Fuente: Últimas estadísticas notificadas durante el periodo 2018-2023, CNPS (2024); División de Estadística de las Naciones Unidas (2024).

Región del Mediterráneo Oriental

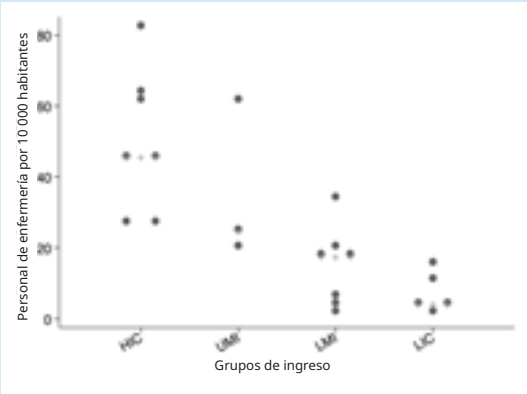


1,3 millones de profesionales de enfermería

15,5 profesionales de enfermería por 10 000 habitantes

La Región del Mediterráneo Oriental de la OMS consta de **21 Estados Miembros** con una población de **804 millones** in 2023

Distribución de la densidad de personal de enfermería por grupos de ingreso del Banco Mundial



Empleos

Distribución del personal de enfermería por subregión

Subregión	Contingente ^a	Densidad por 10 000 habitantes (mín.-máx.)
África septentrional (n=6)	361 000	15,0 (2,1–62,2)
Oriente Medio (n=15)	890 000	15,8 (1,2–83,7)

^a Redondeado a la cifra de millar más próxima.

Movilidad

Distribución del personal de enfermería por subregión

61% de 7 países

Formado en el extranjero

14% de 4 países

Sexo (de 13 países)	73% mujeres	27% hombres
Edad (de 5 países)	45% con menos de 35 años	9% con 55 años o más

Educación

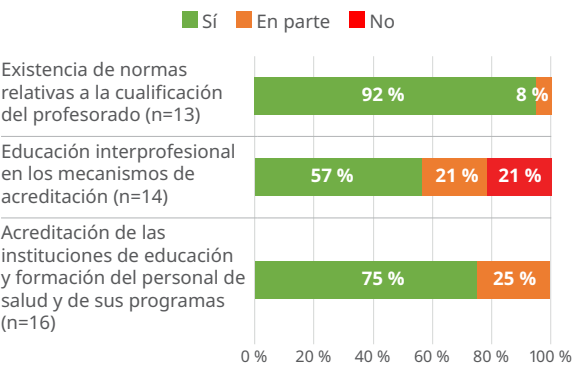
5,6 titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (de 14 países)

9,0 titulados por 100 000 habitantes

68,9% tituladas (de 6 países)

50% de los países (de 15 países) ofrecen formación con una duración de 4 años o más

Reglamentación de la enseñanza

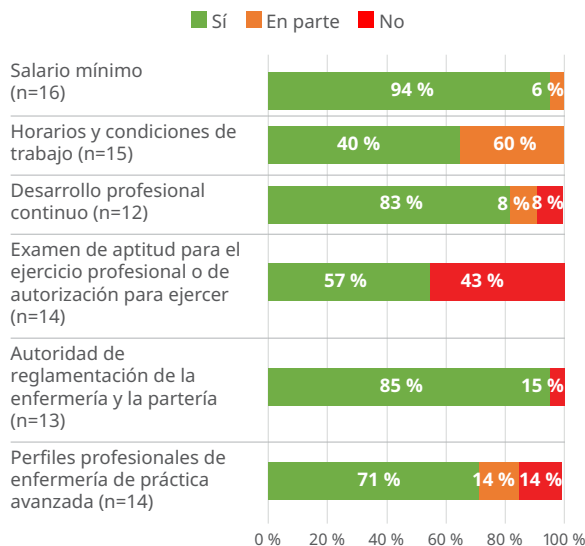


Producción anual de titulados por subregión

Subregión	Número medio de titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (mín. - máx.)
África septentrional (n=3)	6,8 (< 1–10,0)
Oriente Medio (n=11)	5,2 (< 1–17,1)

Prestación de servicios

Reglamentación y condiciones de trabajo



Liderazgo

75%

de los países (n=12) notificaron la existencia de un **jefe de los servicios públicos de enfermería o equivalente**

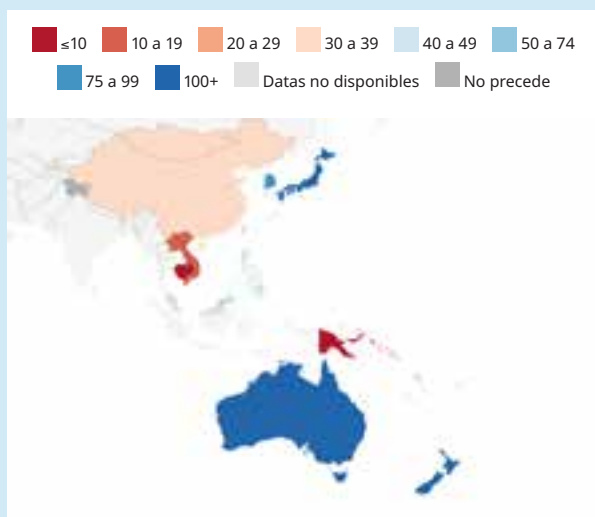
76%

de los países (n=12) cuentan con un **programa de liderazgo en enfermería**

Nota: Los subgrupos de la Región del Mediterráneo Oriental son los siguientes: **ÁFRICA SEPTENTRIONAL:** Egipto (EGY), Libia (LBY), Marruecos (MAR), Sudán (SDN), Somalia (SOM), Túnez (TUN); **ORIENTE MEDIO:** Afganistán (AFG), Arabia Saudita (SAU), Bahrein (BHR), Djibouti (DJ), Emiratos Árabes Unidos (ARE), Irán (República Islámica del) (IRN), Iraq (IRQ), Jordania (JOR), Kuwait (KWT), Líbano (LBN), Omán (OMN), Pakistán (PAK), Qatar (QAT), Siria (SYR), Yemen (YEM).

Fuente: Últimas estadísticas notificadas durante el periodo 2018-2023, CNPS (2024); División de Estadística de las Naciones Unidas (2024).

Región del Pacífico Occidental

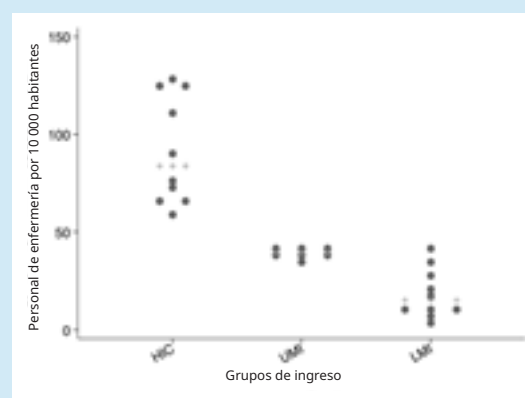


8,5 millones de profesionales de enfermería

44,0 profesionales de enfermería por 10 000 habitantes

La Región del Pacífico Occidental de la OMS consta de **27 Estados Miembros** con una población de **1900 millones** in 2023

Distribución de la densidad de personal de enfermería por grupos de ingreso del Banco Mundial



Empleos

Distribución del personal de enfermería por subregión

Subregión	Contingente ^a	Densidad por 10 000 habitantes (mín.-máx.)
Países insulares del Pacífico (n=14)	13 000	9,7 (5,1–112,0)
Países no insulares del Pacífico (n=13)	8 474 000	44,1 (5,8–127,1)

^a Redondeado a la cifra de millar más próxima.

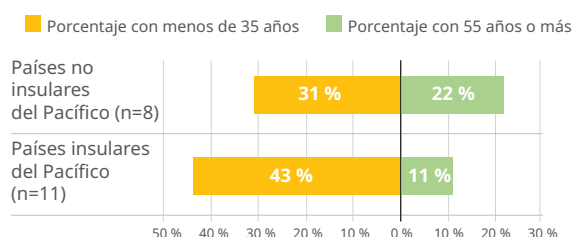
Movilidad

Distribución del personal de enfermería por subregión
26% de 8 países

Formado en el extranjero
22% de 13 países

Sexo (de 23 países)	91% mujeres	9% hombres
Edad (de 21 países)	33% con menos de 35 años	19% con 55 años o más

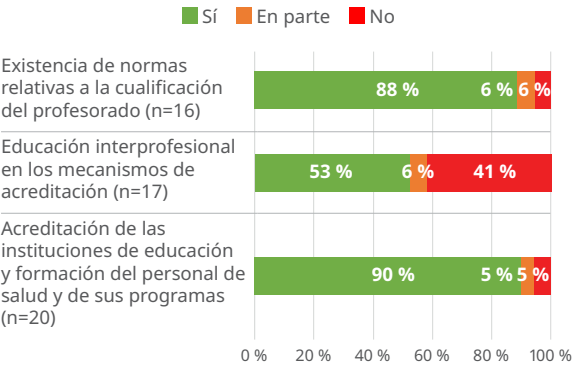
Edad por subregión



Educación

7,5	titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (de 13 países)
37,5	titulados por 100 000 habitantes
90,3	tituladas (de 4 países)
20%	de los países (de 20 países) ofrecen formación con una duración de 4 años o más

Reglamentación de la enseñanza

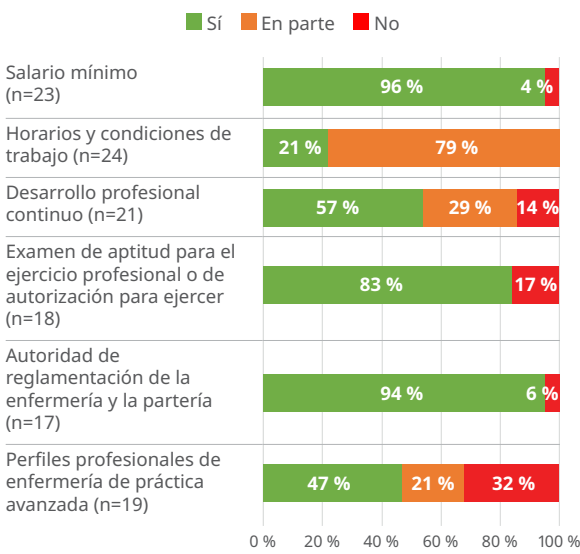


Producción anual de titulados por subregión

Subregión	Número medio de titulados por 100 enfermeras o enfermeros en activo (mín. - máx.)
Países insulares del Pacífico (n=4)	10,6 (5,5–20,1)
Países no insulares del Pacífico (n=9)	6,1 (1,5–11,7)

Prestación de servicios

Reglamentación y condiciones de trabajo



Liderazgo

93%

de los países (n=27) notificaron la existencia de un **jefe de los servicios públicos de enfermería o equivalente**

56%

de los países (n=16) cuentan con un **programa de liderazgo en enfermería**

Nota: Los subgrupos de la Región del Pacífico Occidental son los siguientes: **Países insulares del Pacífico:** Fiji (FJI), Kiribati (KIR), Islas Cook (COK), Islas Marshall (MHL), Islas Salomón (SLB), Micronesia, Estados Federados de (FSM), Nauru (NRU), Niue (NIU), Palau (PLW), Papua Nueva Guinea (PNG), Samoa (WSM), Tonga (TON), Tuvalu (TUV), Vanuatu (VUT); **Países no insulares del Pacífico:** Australia (AUS), Brunei Darussalam (BRN), Camboya (KHM), China (CHN), Filipinas (PHL), Japón (JPN), Malasia (MYS), Mongolia (MNG), Nueva Zelandia (NZL), República de Corea (KOR), República Democrática Popular Lao (LAO), Singapur (SGP), Viet Nam (VNM).

Fuente: Últimas estadísticas notificadas durante el periodo 2018-2023, CNPS (2024); División de Estadística de las Naciones Unidas (2024).

¿Quién forma parte del personal de enfermería?

Las enfermeras y enfermeros prestan servicios muy diversos a las personas en todos los entornos de atención de salud, desde hospitales especializados hasta puestos de salud y comunidades. Sus cargos reciben distintos nombres y la profesión se caracteriza por funciones e itinerarios formativos diversos. En enfermería, los cargos más frecuentes son los de enfermera/o titulada/o o generalista, enfermera/o técnica/o, enfermera/o de práctica avanzada, enfermera/o especialista y auxiliar de enfermería. Sin embargo, las funciones de una enfermera o enfermero pueden diferir de unos países a otros, aunque el cargo reciba el mismo nombre; de ahí que no sea adecuado utilizar este como método de clasificación y análisis a escala internacional.

El objetivo del presente informe es ofrecer los mejores datos comparables internacionalmente —notificados y validados por los Estados Miembros de la OMS— de que se dispone acerca del personal de enfermería según la definición de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de 2008 de la OIT (CIUO-08). Para lograrlo, las CNPS clasifican al personal de salud según el sistema de la CIUO-08. Se pidió a los países que clasificaran a su personal de enfermería con arreglo a uno de los dos códigos principales de la CIUO-08: profesionales de enfermería (código 2221 de la CIUO) y profesionales de nivel medio de enfermería (código 3221 de la CIUO). Cabe destacar que en el presente documento se informa sobre el personal de enfermería entendiendo como tal el grupo ocupacional definido anteriormente, pero debe tenerse en cuenta que la «atención de enfermería», que sitúa al personal de enfermería dentro de un sistema de salud multidisciplinario, abarca otras ocupaciones no descritas aquí. Por ejemplo, en la CIUO y cualquier sistema nacional basado en ella, los «auxiliares de enfermería» se clasificarían como trabajadores de los cuidados personales en servicios de salud, que constituyen un grupo ocupacional de apoyo más amplio.

En las orientaciones de la CIUO se ofrecen descripciones detalladas para saber qué trabajadores de la salud deben contabilizarse en cada categoría (cuadro A2.1). En resumen, los profesionales de enfermería asumen la responsabilidad de planificar y gestionar la atención de enfermería de los pacientes y trabajan de forma autónoma o en equipos integrados también por médicos y otros profesionales. Los profesionales de nivel medio de enfermería proporcionan atención básica de enfermería y cuidados personales y, por lo general, trabajan bajo la supervisión o como apoyo de profesionales médicos o de enfermería u otros profesionales de la salud.

Sin embargo, en algunos países, no está clara la distinción entre profesionales de enfermería y profesionales de nivel medio de enfermería. Lo mismo ocurre con la distinción entre profesionales de nivel medio de enfermería y auxiliares de enfermería. Por ello, en estos casos, se pidió a los interesados nacionales que aplicaran su propio criterio. Se aconsejó a los países que tuvieran en cuenta tanto las funciones y las responsabilidades como la duración de la formación previa al empleo a la hora de decidir si un grupo ocupacional se clasificaba como profesionales de enfermería, como profesionales de nivel medio de enfermería, o como trabajadores ajenos a la enfermería. Por ejemplo, por regla general, un profesional de enfermería habrá realizado unos estudios previos al empleo de al menos 3 años de duración. Para los casos en los que un país no pueda decidir qué categoría aplicar, las CNPS incluyen la opción «personal de enfermería sin definir»; algunos países decidieron incluir en ella a todo o parte de su personal de enfermería. Esta categoría se corresponde con los profesionales de enfermería o los profesionales de nivel medio de enfermería, pero excluye sistemáticamente a los auxiliares de enfermería, que pertenecen al grupo profesional de los trabajadores de los cuidados personales en instituciones, no analizado en el presente informe.

Cuadro A2.1 Definiciones del personal de enfermería según la CIUO

Profesionales de enfermería

TAREAS QUE DESEMPEÑAN:

- planificar, proporcionar y evaluar la atención de enfermería a los pacientes de acuerdo con las prácticas y las normas de la enfermería moderna;
- coordinar la atención a los pacientes en consulta con otros profesionales de la salud y los miembros de los equipos de salud;
- elaborar y aplicar planes asistenciales para el tratamiento biológico, social y psicológico de los pacientes en colaboración con otros profesionales de la salud;
- planificar y proporcionar cuidados personales, tratamientos y terapias, incluida la administración de medicamentos, y vigilar las respuestas al tratamiento o al plan asistencial;
- limpiar heridas y aplicar apósitos;
- vigilar el dolor y las molestias de los pacientes y aliviar el dolor con diversas medidas terapéuticas, entre ellas, el uso de analgésicos;
- planificar programas de educación en salud y de promoción de la salud, y actividades de formación del personal de enfermería en entornos clínicos y comunitarios, y participar en ellos;
- responder a las preguntas de los pacientes y los familiares e informar sobre prevención de enfermedades, tratamientos y medidas asistenciales;
- supervisar y coordinar el trabajo de otros trabajadores del ámbito de la enfermería, la salud y los cuidados personales;
- investigar sobre prácticas y procedimientos de enfermería y difundir los resultados en medios tales como artículos e informes científicos.

Los profesionales de nivel medio de enfermería (profesionales asociados de enfermería) desempeñan las siguientes tareas

TAREAS QUE DESEMPEÑAN:

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

Fuente: Adaptado del informe de la Organización Mundial de la Salud titulado *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. OMS, 2020, basado en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de la OIT. OIT, 2008. (<https://ilostat.ilo.org/es/>).

Métodos

A3.1 Fuentes de datos

Los datos sobre personal de salud de los 194 Estados Miembros de la OMS se extrajeron de la plataforma de datos de las CNPS de la OMS a 20 de diciembre de 2024. Los datos que contiene dicha plataforma son aportados de manera prospectiva por los Estados Miembros a lo largo de los años y durante 2024 se hizo un esfuerzo especial para recopilar, cotejar y notificar datos correspondientes a los indicadores relacionados con el personal de enfermería. Se invitó a los puntos focales de las CNPS de los Estados Miembros a contribuir al informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* en febrero de 2024, y con ocasión de los seminarios en línea mundiales celebrados en marzo; posteriormente se enviaron con regularidad correos electrónicos y recordatorios. Todos los niveles de la OMS (sede, oficinas regionales, oficinas en los países) prestaron apoyo a los Estados Miembros. Se supervisaron los avances en la notificación de datos mediante tarjetas de puntuación que se compartieron con todos los interesados que prestaban apoyo a los países. Para facilitar la notificación, se comunicaron los perfiles de datos a los puntos focales de las CNPS en febrero, mayo y septiembre de 2024. Además de dichos puntos focales, se invitó a los jefes de los servicios públicos de enfermería a participar en la notificación de datos de las CNPS con motivo de la reunión de los asociados mundiales del campo de la enfermería y la partería celebrada en mayo de 2024.

También se invitó a las organizaciones asociadas a apoyar las iniciativas nacionales de supervisión y notificación de dichos datos a las CNPS por medio de seminarios en línea y talleres organizados durante 2024. Se alentó a todos los interesados a mantener una coordinación nacional con el apoyo de los puntos focales de las CNPS para garantizar la comunicación de datos de calidad a la OMS a través de la plataforma de datos de las CNPS. En el caso de los países que ya contribuyen a la recogida conjunta de datos sobre estadísticas no monetarias relacionadas con la atención de salud de la OCDE, Eurostat y la Oficina Regional de la OMS para Europa (RCD OCDE/Eurostat/OMS-Europa), se cargaron los datos sobre población, migración y titulados en la plataforma de datos de las CNPS como mecanismo oficial de notificación y se pidió a los puntos focales de estos Estados Miembros que aportaran la información sobre los demás indicadores. Además de los datos comunicados por los Estados Miembros, cuando se observaron grandes lagunas de información en las estadísticas sobre el contingente (cosa que ocurrió en menos de 10 países), se consultaron publicaciones oficiales sobre estadísticas relacionadas con la atención de salud para actualizar en lo posible las cifras de personal.

Tras la fase de seguimiento y notificación de datos, de octubre a noviembre de 2024, el Departamento de Personal de Salud de la OMS llevó a cabo la evaluación de la calidad de los datos mediante análisis y triangulación de estos para detectar valores atípicos y posibles errores de notificación. Durante esta fase, se consultó a los puntos focales de las CNPS de algunos países para aclarar desviaciones de las tendencias u otras anomalías de los datos. También se pidió a todos los puntos focales que examinaran sus proyectos de perfil de país a la luz de los datos comunicados. Este proceso de control y validación de la calidad dio lugar a intercambios individuales y solicitudes de aclaración de la información en el último trimestre de 2024 y contribuyó a garantizar la exactitud y fiabilidad de los datos comunicados.

Los datos de la población de cada país entre los años 2018 y 2030 se extrajeron de la revisión de 2024 de los datos de World Population Prospects, preparados por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de la Naciones Unidas (datos consultados el 24 de

septiembre de 2024). Los datos relativos a los grupos de ingreso se extrajeron de la clasificación por grupos de ingreso del Banco Mundial publicada en julio de 2024, es decir, de la basada en el ingreso nacional bruto per cápita de 2023 (datos consultados el 24 de septiembre de 2024). En ella están incluidos 191 Estados Miembros de la OMS. Dado que se disponía de datos sobre el personal de enfermería de los tres países no incluidos formalmente en dicha clasificación, para evitar que se omitiera información, se clasificó a estos países según el ingreso nacional bruto per cápita, comparándolos con países similares de sus zonas geográficas respectivas y con clasificaciones anteriores (en el caso de Venezuela, con la de 2022). Así, las Islas Cook y Niue fueron asignados al grupo de ingreso alto y Venezuela, al de ingreso mediano-alto.

A3.2 Análisis

La recopilación de datos para el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025* se atuvo al marco de seguimiento de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025* (1), que utiliza fundamentalmente indicadores de las CNPS más otros seis indicadores específicos de la enfermería. Estos indicadores suplementarios eran todos indicadores de capacidad para los que había tres respuestas posibles (Sí/En parte/No) y permitieron recopilar información sobre la existencia de una autoridad de reglamentación de la enfermería, de exámenes de aptitud para el ejercicio profesional o de autorización para ejercer, de normas relativas a las cualificaciones del profesorado, de un jefe de los servicios públicos de enfermería o cargo equivalente, de oportunidades de desarrollo del liderazgo, y de una asociación nacional para profesionales que aún no poseen la autorización para ejercer o están iniciando su carrera. Los metadatos de estos indicadores pueden solicitarse en esta dirección electrónica: hrhstatistics@who.int.

Las respuestas a estos indicadores se recopilaron a lo largo de 2024 mediante hojas de cálculo dinámicas de Excel de uso compartido y con la participación de los jefes de los servicios públicos de enfermería (o cargos equivalentes) de los Estados Miembros y los puntos focales de las CNPS. Estos indicadores se incluyeron en todas las tarjetas de puntuación y los perfiles de datos mencionados anteriormente. Sus tasas de respuesta figuran en el cuadro A4.1 del anexo 4.

Para los indicadores numéricos, el análisis agregó los resultados por regiones, por grupos de ingreso y a escala mundial. En los casos en los que se dispuso de datos de indicadores numéricos para al menos 100 países y no se observaron grandes desequilibrios de notificación entre regiones o grupos de ingreso, se tomó a los trabajadores de la salud como unidad de análisis. Esto significa que se sumaron los datos brutos del numerador y el denominador para la categoría de interés antes de calcular las proporciones, y supone tener en cuenta el peso poblacional de cada país. Sin embargo, en los casos en los que la información del indicador procedía de menos de 100 países o existía un desequilibrio importante entre regiones o grupos de ingreso, se tomó como unidad de análisis el país; en otras palabras, se calculó primero cada proporción a nivel nacional antes de promediar los resultados, lo cual corresponde a un promedio no ponderado. Este último método, aplicado cuando el número de países notificantes era más bajo, se utilizó para limitar el peso de los países más poblados. En los cuadros y figuras en los que se agregan los datos por categorías generales, se incluye una nota para identificar las categorías para las que se dispuso de datos de menos de la mitad de la población.

En el caso de los indicadores cualitativos, se agregaron los datos a nivel de país y se comunicaron como porcentaje de los países notificantes. El análisis del contingente de personal de enfermería se basó en la última cifra de densidad comunicada por los países. Podía ocurrir que los últimos datos comunicados por un país correspondieran a un año distinto de 2023, por lo que se aplicó la última densidad comunicada al tamaño de la población de cada país en 2023 para ajustar el contingente a este año.

La previsión del contingente y la densidad del personal de enfermería hasta 2030 se basó en un modelo sencillo de «existencias y flujo» ya utilizado en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y, más recientemente, en un análisis mundial del contingente y las previsiones de déficit para 2020 (2). En pocas palabras, consiste en partir del contingente de personal de enfermería de cada país en 2023 y, año a año, llegar hasta 2030 sumando los nuevos titulados (70 %) y restando las enfermeras y enfermeros que se jubilan. La edad de jubilación se fijó en los 65 años, y ello por los motivos siguientes:

- los datos sobre la edad se notificaron por grupos de 10 años y la categoría superior era «65 años o más», por lo que considerar otra solución habría exigido formular otras hipótesis sobre un grupo de edad subyacente desconocido;
- en varios países, la edad legal o real de jubilación ronda los 65 años; y
- la edad de jubilación está aumentando en varios países.

Esta aproximación tiene en cuenta tanto el hecho de que algunas enfermeras y enfermeros se jubilan antes de los 65 años como el de que otros lo hacen a una edad más avanzada. La OCDE estima que, en los países que la integran, la edad de jubilación se sitúa, en promedio, en los 63,6 años para las mujeres y los 64,4 para los hombres, y prevé que aumente hasta los 66,3 para los hombres y los 65,8 para las mujeres (3).

En lo que respecta a los países con una densidad de personal de enfermería inferior a la mediana mundial de 2013 (cifra de referencia), se calculó el déficit de enfermeras y enfermeros como el número de ellos necesario para alcanzar dicha densidad mediana. Este método es equivalente, compatible y comparable con el de la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*, el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y el análisis del personal de salud a escala mundial para 2020. La densidad mediana era de 27,5 enfermeras o enfermeros por 10 000 habitantes en 2013. Una cifra casi idéntica a la que figura en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020* (27,4 por 10 000 habitantes), aunque este cálculo se basó inicialmente en un umbral que incluía otras profesiones (médicos y personal de partería). Este nuevo umbral revisado, cuyo orden de magnitud es similar, no modifica la magnitud de la estimación del déficit, pero puede interpretarse fácilmente como una medida de los avances correspondientes solo al personal de enfermería, en comparación con la situación real en 2013.

En ocasiones, los países corrigen retrospectivamente sus datos de años anteriores en las CNPS o en la RCD OCDE/Eurostat/OMS-Europa, y a veces toda su serie temporal. Por lo general, la corrección obedece a que se dispone de datos de mejor calidad debido a un cambio en la fuente de estos; por ejemplo, al hecho de que se notifiquen datos sobre el personal de enfermería en ejercicio para toda la serie temporal, mientras que antes solo se conocía la cifra de enfermeras y enfermeros con autorización para ejercer. Otro ejemplo, observado sobre todo en la Región de África, es la mejora de la disponibilidad de datos sobre el contingente del sector privado en varios países que antes solo contaban con información sobre el personal de enfermería del sector público. Cabe subrayar que estas correcciones modificaron escasamente las estimaciones.

Los datos sobre salarios se definieron como el sueldo o salario promedio en dólares de los EE.UU. percibido por las enfermeras y enfermeros al incorporarse al mercado de trabajo como miembros activos, excluidas las cotizaciones sociales. Para permitir la comparación entre regiones teniendo en cuenta los costos de los bienes en cada país, estos salarios se han expresado también en dólares PPA, utilizando en el caso de cada país la estimación del Banco Mundial de la conversión en dólares de los EE.UU. y dólares PPA para 2023.

Los 31 países utilizados en el análisis de las diferencias salariales entre hombres y mujeres (Recuadro 7.11) fueron Angola, Bangladesh, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bosnia y Herzegovina, Botswana, Brasil, Camboya, Côte d'Ivoire, Ecuador, Egipto, El Salvador, Estados Unidos de América, Eswatini, Filipinas, Guyana, Honduras, Jordania, Kenya, Lesotho, el Líbano, Liberia, Maldivas, Nepal, Pakistán, República Democrática Popular Lao, Senegal, Sri Lanka, Tailandia, Uganda, Uruguay y Zambia.

Indicadores de las CNPS y disponibilidad de los datos

A4.1 Procesamiento de datos e indicadores utilizados en el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025*

De acuerdo con el ciclo anual de notificación de datos a través de las CNPS, se invitó a los puntos focales de los Estados Miembros de la OMS a presentar entre febrero y noviembre de 2024 sus datos más recientes sobre el personal de enfermería por medio de 47 indicadores: 41 correspondientes a las CNPS y 6 indicadores suplementarios específicos (véase el cuadro A4.1). De estos indicadores, 34 (28 de las CNPS y 6 suplementarios) se comunicaron en grado suficiente y con la calidad adecuada para ser incluidos en el informe. El manual de las CNPS ofrece definiciones y metadatos detallados para cada indicador (4, 5).

Cuadro A4.1 Los 47 indicadores considerados para el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025*

	Nombre del indicador	Número del indicador	Tasa de respuesta Diciembre de 2024
Contingente y distribución del personal de enfermería	Densidad de personal de enfermería ^a	1-01	100 %
	Densidad de personal de enfermería a nivel subnacional	1-02	26 %
	Distribución del personal de enfermería por grupos etarios ^a	1-03	68 %
	Distribución del personal de enfermería por sexos ^a	1-04	78 %
	Distribución del personal de enfermería por titularidad del establecimiento ^a	1-05	49 %
	Distribución del personal de enfermería por tipo de establecimiento	1-06	48 %
	Distribución del personal de enfermería por lugar de nacimiento ^a	1-07	49 %
	Distribución del personal de enfermería por lugar de formación ^a	1-08	52 %
	Entradas anuales de personal de enfermería al mercado de trabajo	1-09	15 %
	Salidas anuales de personal de enfermería del mercado de trabajo	1-10	16 %
	Tasa de vacantes de enfermería	1-11	8 %
	Distribución del personal de enfermería por tipo de contrato	1-12	14 %

	Nombre del indicador	Número del indicador	Tasa de respuesta Diciembre de 2024
Educación y formación de enfermería	Plazas de alumnado en instituciones de educación y formación de enfermería	2-01	39 %
	Solicitudes de matrícula en programas de educación y formación de enfermería	2-02	31 %
	Matriculaciones en programas de educación y formación de enfermería ^a	2-03	47 %
	Titulados de programas de educación y formación de enfermería ^a	2-04	73 %
	Duración de los programas de educación y formación de enfermería ^a	2-05	72 %
	Existencia de mecanismos nacionales o subnacionales de acreditación de las instituciones de educación y formación de enfermería y de sus programas ^a	2-06	90 %
	Existencia de normas nacionales o subnacionales relativas a la responsabilidad social en los mecanismos de acreditación de los programas de educación y formación de enfermería ^a	2-07.1	42 %
	Existencia de normas nacionales o subnacionales relativas a los determinantes sociales de la salud en los mecanismos de acreditación de los programas de educación y formación de enfermería ^a	2-07.2	40 %
	Existencia de normas nacionales o subnacionales relativas a la educación interprofesional en los mecanismos de acreditación de los programas de educación y formación de enfermería ^a	2-07.3	86 %
	Existencia de cooperación entre las instituciones de educación y formación de enfermería y los organismos de reglamentación para acordar normas de acreditación ^a	2-07.4	44 %
	Existencia de sistemas nacionales de desarrollo profesional continuo para el personal de enfermería ^a	2-07.5	86 %
	Existencia de capacitación en el empleo integrada en los planes nacionales de formación del personal de enfermería ^a	2-07.6	45 %
Gasto en personal de enfermería y su remuneración	Gasto en retribuciones al personal de enfermería	3-01	8 %
	Sueldos y salarios iniciales del personal de enfermería ^a	3-02	42 %
Finanzas de la educación de enfermería	Gasto total en educación de enfermería	3-03	16 %
	Gasto por titulado de un programa de educación y formación de enfermería	3-04	16 %
	Costo promedio de la matrícula por estudiante de enfermería	3-05	16 %

Otros indicadores específicos del informe *Situación de la enfermería en el mundo*

	Nombre del indicador	Número del indicador	Tasa de respuesta Diciembre de 2024
Características del empleo y condiciones de trabajo	Existencia de políticas o leyes nacionales o subnacionales que regulen los horarios y las condiciones de trabajo ^a	4-01.1	92 %
	Existencia de políticas o leyes nacionales o subnacionales que regulen el salario mínimo ^a	4-01.2	92 %
	Existencia de políticas o leyes nacionales o subnacionales que regulen la protección social ^a	4-01.3	91 %
	Existencia de políticas o leyes nacionales o subnacionales que regulen el doble ejercicio profesional	4-01.4	54 %
	Existencia de políticas o leyes nacionales o subnacionales que regulen el servicio obligatorio ^a	4-01.5	53 %
	Existencia de políticas o leyes nacionales o subnacionales para prevenir ataques contra el personal de salud ^a	4-01.6	89 %
	Existencia de conjuntos nacionales o subnacionales de medidas asistenciales para el bienestar mental del personal de salud ^a	4-01.7	34 %
	Existencia de mecanismos de remuneración en especie para promover la permanencia en el entorno rural ^a	4-01.8	40 %
	Existencia de mecanismos de reglamentación para promover la seguridad del personal de salud ^a	4-01.9	53 %
	Existencia de mecanismos de reglamentación para garantizar la supervisión de las actividades del personal de salud en el sector privado ^a	4-01.10	47 %
Composición del conjunto de competencias para los modelos asistenciales	Existencia de perfiles profesionales de enfermería de práctica avanzada ^a	4-01.12	86 %
	Proporción de mujeres en puestos de liderazgo del personal de salud ^a	4-03	14 %
Indicadores adicionales específicos del informe <i>Situación de la enfermería en el mundo</i>	Existencia de una autoridad de reglamentación de la enfermería ^a	NN1	63 %
	Examen de aptitud para el ejercicio profesional o de autorización para ejercer ^a	NN2	62 %
	Existencia de normas relativas a la cualificación del profesorado ^a	NN3	60 %
	Existencia de un jefe de los servicios públicos de enfermería o equivalente a nivel nacional ^a	NN4	62 %
	Existencia de oportunidades de desarrollo del liderazgo ^a	NN5	61 %
	Asociación nacional para profesionales que aún no poseen la autorización para ejercer o están iniciando su carrera ^a	NN6	60 %

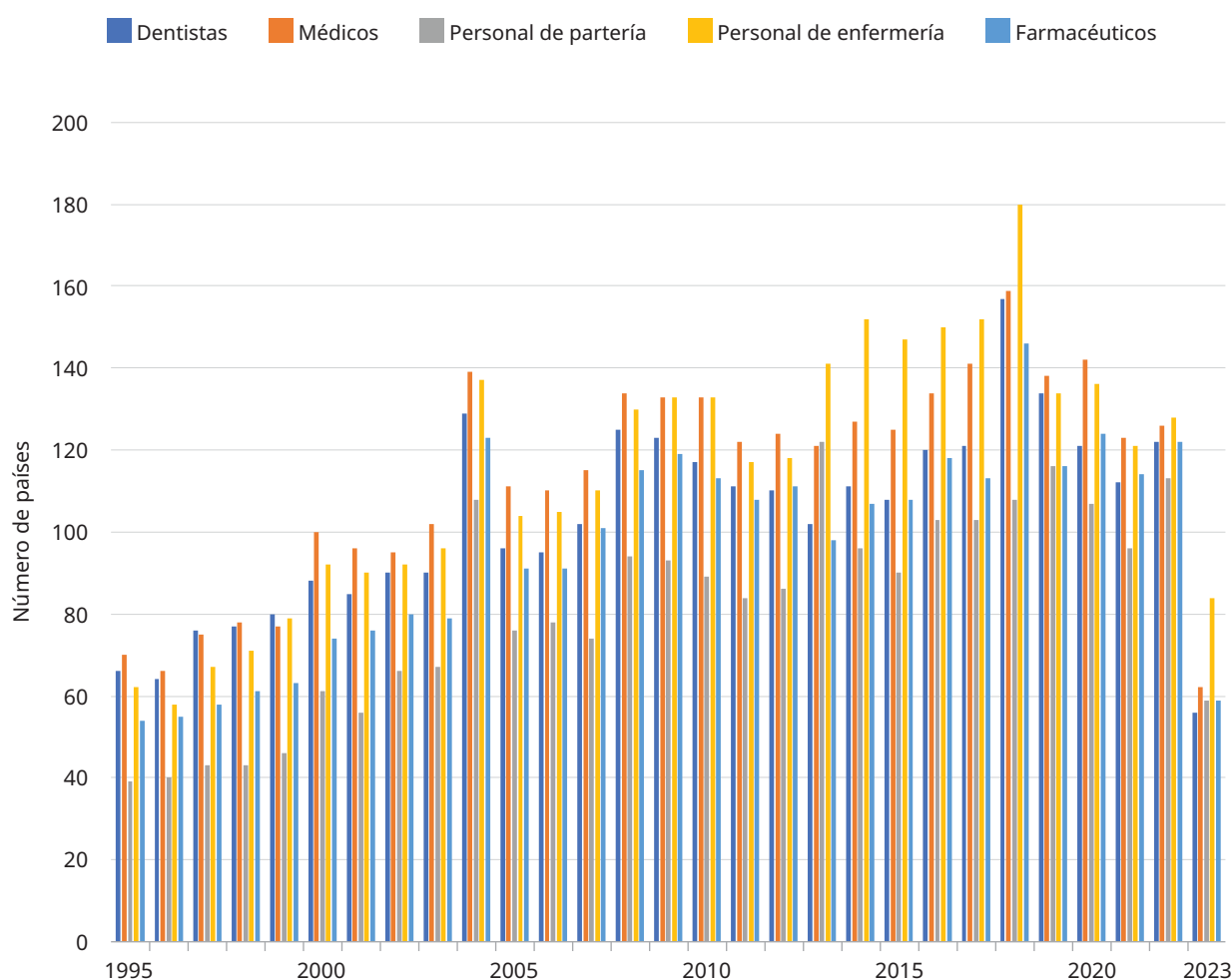
Notas: Del conjunto de indicadores y subindicadores, 41 proceden del manual de las CNPS y 6 se concibieron específicamente para el presente informe. Respecto a los indicadores de las CNPS, puede consultarse información detallada con metadatos en el citado manual (<https://iris.who.int/items/d1ecf892-142b-475e-bfb2-ea70fdb9c87>). Los metadatos de los otros seis indicadores incluidos en el presente informe (denominados NN1 a NN6) están disponibles previa solicitud en: hrhstatistics@who.int

^a Indicadores sobre los cuales han informado un número suficiente de países y cuyos datos se han considerado de calidad adecuada.

A4.2 Datos notificados

La figura A4.1 ilustra la creciente disponibilidad y exhaustividad de los datos, y muestra en concreto el número de países que notifican datos sobre las cinco ocupaciones relacionadas con la salud de la meta ODS 3.c.1 (médicos, personal de enfermería y partería, dentistas, farmacéuticos). Los datos sobre el personal de enfermería se sitúan sistemáticamente en el nivel de notificación más alto o entre los más altos, lo cual refleja los crecientes esfuerzos de los países de todo el mundo por recopilar y notificar periódicamente datos sobre el contingente de las cinco ocupaciones relacionadas con la salud.

Figura A4.1 Número de países cuyos datos sobre el personal están disponibles en la plataforma de datos de las CNPS de la OMS (1995-2023)

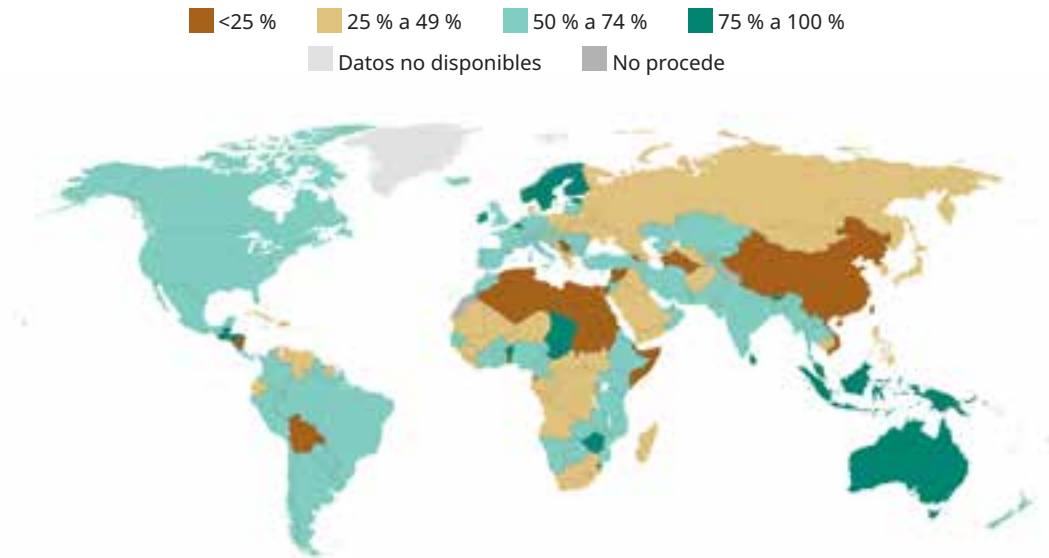


Notas: El desfase entre la disponibilidad de los datos y su notificación explica la aparente tendencia a la baja de los últimos años. Es un fenómeno previsto en las estadísticas oficiales y se espera disponer de más puntos de datos para 2021-2023, lo cual debería permitir que se mantenga una tendencia positiva al alza de los datos sobre el contingente de personal de enfermería.

Fuente: CNPS; 2024.

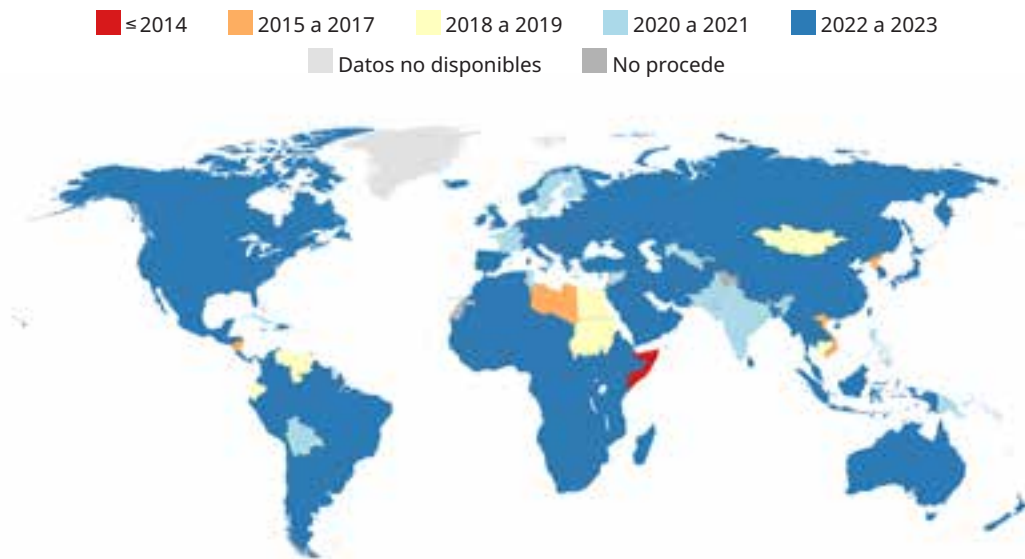
En total, 194 Estados Miembros de la OMS comunicaron datos directamente a través de la plataforma de datos de las CNPS o por medio de las oficinas regionales u otros procesos internacionales, como la RCD OCDE/Eurostat/OMS-Europa. En la figura A4.2 se observa que la mayoría de los países pudieron proporcionar datos de entre el 50 % y el 75 % de los indicadores, como mínimo. En el caso del indicador relativo al contingente, la notificación fue adecuada y la gran mayoría de los 194 Estados Miembros comunicaron datos recientes (de 2020 o posteriores) (véase la figura A4.3).

Figura A4.2 Porcentaje de indicadores notificados para el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025*



Nota: 28 indicadores de las CNPS y 6 indicadores suplementarios de las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*.
Fuente: CNPS; 2024.

Figura A4.3 Año de notificación del contingente de personal de enfermería para el informe *Situación de la enfermería en el mundo 2025*



Fuente: CNPS; 2024.

A4.3 Limitaciones en la disponibilidad de datos

Aunque, en términos generales, tanto la notificación como la disponibilidad de los datos han mejorado, sigue habiendo problemas en cuanto a la exhaustividad y la calidad de los notificados. Por ejemplo, si bien la planificación del personal de salud y el análisis del mercado laboral de la salud exigen disponer de información sobre la financiación y los gastos, es difícil hacer un seguimiento regular de estos indicadores; la disponibilidad de sus datos es más limitada y ello restringe el alcance del análisis de costos y la viabilidad de una expansión en función de consideraciones relativas al espacio fiscal.

La mayoría de los Estados Miembros aún no facilitan información sólida sobre otros indicadores que son esenciales para conocer las dimensiones del mercado laboral de la salud (como los flujos de entrada y salida o las vacantes). En cuanto a la «cadena de abastecimiento del sistema educativo», se dispone de mejores datos sobre los titulados, pero aún no se notifican de manera uniforme los correspondientes a las plazas de formación disponibles, las solicitudes y las matriculaciones.

Uno de los principales obstáculos para lograr la permanencia del personal de enfermería, sobre todo en las zonas desatendidas, son las condiciones de trabajo, lo que incluye, entre otros factores, los contratos y la remuneración. Aunque en este informe se presentan por primera vez datos de los salarios del personal de enfermería, corresponden a menos de la mitad de los países, y el número de ellos que notificaron datos del tipo de contratos fue aún menor. Del mismo modo, menos de la mitad de los países notificaron datos que reflejaran su dependencia respecto del personal de enfermería nacido en el extranjero y formado en el extranjero, pese al importante problema que supone la migración internacional. Para acelerar los avances en la aplicación del Código hará falta reforzar la notificación de datos sobre estos indicadores.

Aunque algunas de las bajas tasas de notificación ponen de manifiesto las dificultades que plantean los indicadores dependientes de datos de otros sectores (educación, finanzas, etc.), en otros casos, las limitaciones de los datos y el análisis se debieron a que los países notificaron datos de años diferentes o de hace más de 5 años.

Pese a estas deficiencias, la disponibilidad de datos ha mejorado mucho desde la publicación del informe *Situación de la enfermería en el mundo 2020*. Se anima a los países y los asociados a acelerar aún más la aplicación progresiva de las CNPS, y ello también mediante la participación de los interesados del ámbito de la enfermería.

Referencias de los anexos

1. *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021–2025*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351147/9789240036529-spa.pdf>).
2. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>).
3. *Pensions at a glance 2023: OECD and G20 indicators*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023.
4. *Cuentas nacionales del personal de salud: guía de implementación*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/330360>).
5. *Cuentas nacionales del personal de salud: un manual*. 2.ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/376012>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Organización Mundial de la Salud

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

<https://www.who.int/teams/health-workforce>