

Escasez de enfermeras en la India, con referencia especial a su migración internacional

Reema Gill

Introducción

Los recursos humanos en salud son centrales para su funcionamiento. Como brindan habilidades diversas y asumen varias funciones en el sistema de salud, juegan un papel crucial en la determinación del estado de salud de la población. La escasez de trabajadores de salud afecta de modo negativo la calidad y la eficiencia de los servicios provistos por el sistema de un país.

Los datos revelan una falta severa de trabajadores de salud en la mayor parte del mundo (JLI, 2004). Las disparidades en la distribución de trabajadores son un problema principal enfrentado por los sistemas de salud hoy en día (independientemente del país). Los países con necesidades relativamente altas de atención médica no cuentan con suficientes trabajadores empleados, mientras que países con necesidades relativamente bajas de salud son unos de los consumidores más grandes de servicios de salud. La disponibilidad de los profesionales de salud en la mayoría de los países no corresponde a las necesidades de la población en esta materia. La mayoría de los países de todo el mundo enfrenta en la actualidad una escasez severa de enfermeras y vive una mala distribución de trabajadores de salud en los estados y las regiones urbanas y rurales. Las enfermeras están involucradas en la provisión directa de atención médica a la población y conforman una parte esencial del sistema de salud, de manera conjunta con otros profesionales.

Con el fin de superar esta escasez, los países desarrollados están reclutando activamente enfermeras extranjeras. La mayor parte de las enfermeras emigrantes a los países de altos ingresos, proviene de países en vías de desarrollo (Buchan y Scholaski, 2004). India es una de las principales

naciones que están proveyendo enfermeras a los países desarrollados. Cuando las enfermeras emigran, tanto del sector privado como del público, los sistemas de salud de los países fuente enfrentan pérdidas severas de personal capacitado (especialmente los de los países en vías de desarrollo). Un país con un sistema de salud de por sí lúgubre sufre aún más cuando las enfermeras abandonan el sistema de salud y migran a otros países.

El presente artículo intenta explorar la emigración de enfermeras de India en el contexto de escasez del país. Trata de explorar la relación entre el desarrollo de la enfermería, la escasez de enfermeras que vive el país y la migración internacional de enfermeras hindúes.

El artículo consta de tres secciones: la primera, gira en torno a la historia de la enfermería en el país y proporciona un cuadro sobre el desarrollo de la profesión antes y después de su independencia. La segunda, analiza la escasez de enfermeras y los motivos detrás de ésta. La tercera, explora la emigración internacional de enfermeras de la India. Se ha hecho el intento por entender las experiencias de migración y post migración de las enfermeras hindúes.

En la redacción de este artículo se utilizaron fuentes de información secundarias. La información ha sido provista por documentos gubernamentales, informes preparados por varias organizaciones internacionales, artículos de periódico, libros académicos y artículos de revista. Los recursos humanos en salud constituyen un área de profunda importancia en la India. La escasez de enfermeras y su migración internacional no ha sido estudiada de manera satisfactoria; el presente artículo pretende entender una pequeña parte de este problema, el de las enfermeras.

Historia de la enfermería en India

Históricamente, la enfermería en India evolucionó bajo el imperio británico. Los servicios médicos

Reema Gill. Investigadora, Centro de Medicina Social y Salud Comunitaria, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad "Jawaharlal Nehru"
Correo-e: reemagill@gmail.com

británicos fueron los primeros en desarrollar a la enfermería como profesión en el país (posteriormente conocidos como Servicios Médicos de India). La educación formal empezó bajo varias escuelas basadas en hospitales que ofrecían formación en enfermería.¹ Fueron las mujeres anglohindúes, europeas e hindúes cristianas, quienes constituyeron la fuerza de trabajo de la enfermería bajo el imperio británico. La enfermería era considerada una profesión cristiana.

Los británicos consideraban importante la participación de los indios en los servicios de enfermería para poder organizar una mano de obra de enfermeras que pudiera atender pacientes, llevar a cabo tareas administrativas y de enseñanza (GOI, 1918). Sin embargo, encontraron que la educación de las enfermeras era difícil porque éstas lo consideraban un trabajo de baja categoría. Las normas de casta y religiosas impedían que las mujeres hindúes y musulmanas se hicieran enfermeras (*The American Journal of Nursing*, 1907). Las fuertes prácticas de casta existentes y el bajo estatus social conferido a la enfermería, tuvieron un impacto sobre el número de hindúes que se hicieron enfermeras (Noordyk, 1921).

Bajo el imperio británico, la educación en enfermería fue organizada y promovida como un campo educativo. El primer esfuerzo para regularizarla fue el establecimiento de consejos de enfermería en diversas partes del país, que llevaban a cabo exámenes de admisión a las escuelas de enfermería (Gulani, 2001).² El primer examen fue realizado en 1910, bajo el Consejo Unido de Examinadores para Hospitales Misionarios del Norte de India (*North India United Board of Examiners for Mission Hospitals*). De manera similar, en 1913, un Comité de Enfermería de la Asociación Médica del Sur de India condujo un examen para un programa de formación. Más tarde, con el fin de beneficiarse de los exámenes públicos conducidos por tales Consejos y para recibir el

¹ Tales escuelas estaban situadas en Madrás, Bombay, Calcuta, Bangalore, Punjab, Delhi, las Provincias Unidas y Mysore. Los hospitales misionarios fueron los primeros en llevar a cabo un programa de tres años de duración para la capacitación de enfermeras, capacitadas en hospitales misionarios ubicados en Lucknow, Benarés y Patna (Jaggi, 2001).

² El curso tenía tres años de duración, más un año de entrenamiento adicional como parteras. Los exámenes eran llevados a cabo en inglés o en urdu (en el norte); en el sur, la capacitación y los exámenes eran en los idiomas regionales. La educación mínima requerida para los candidatos europeos era haber cursado ocho años de educación formal y cuatro años para los hindúes.

reconocimiento otorgado por ellos, muchos hospitales gubernamentales se hicieron parte de los diversos consejos de enfermería del país (Jaggi, 2001).

Con el objetivo de estandarizar la formación en enfermería se establecieron entre 1920 y 1939 muchas escuelas en varias partes del país (Gulani, 2001). Al momento de la independencia, la mayoría de las provincias ya había sido capaz de establecer sus propias escuelas de enfermería.³ Gran parte, sin embargo, estaban ubicadas en el sur.

El servicio de enfermería ha sido considerado parte integral de los aspectos “preventivos y curativos” del sistema de salud del país. El desarrollo de la enfermería durante el periodo posterior a la independencia puede ser rastreado de manera histórica a través de los informes preparados por varios Comités de Salud y de los Planes de Cinco Años desarrollados por la Comisión de India, así como de otros recursos gubernamentales.⁴ Los datos sobre el número de enfermeras en el país están disponibles a través de varias fuentes gubernamentales; el Consejo de Enfermería de India (establecido en 1950) ha provisto cifras desde sus inicios (Mathur y Manocha, 1988).

Los hallazgos de los informes del Comité de Salud hacen un relato sobre el desarrollo de la educación y de la formación de la enfermería. El Comité Shetty recomendó incluir dos grados de enfermeras y parteras: uno de enfermeras totalmente cualificadas, para aquéllas que hubieran realizado estudios de entre tres años y medio y cuatro de duración, y otro para auxiliares, con una capacitación de dos años (GOI, 1954). El Comité Mudaliar sugirió un grado de enfermería de cuatro años de entrenamiento que incluyera seis meses de entrenamiento como parteras y seis de salud pública (GOI, 1961). Posteriormente, el Comité de Alto Poder de Enfermería apoyó esta propuesta (GOI, 1989). Los programas ofrecidos en la actualidad están divididos en: programas básicos y post-básicos (Licenciatura en Enfermería), un

³ La escuela de Administración Hospitalaria de Delhi condujo a la introducción de un programa de capacitación de cuatro años (nivel universitario) para obtener el grado de licenciado, había empezado a operar en 1946 (Jaggi, 2001).

⁴ Los informes del Comité de Salud incluyen: el Comité Bhole, de 1946, el informe del Comité Shetty, 1954; el del Comité Mudaliar, 1962; la Política Nacional en Salud, 1982; el informe del Comité Bajaj, 1987; y el informe del Comité de Alto Poder, 1989. Los documentos de la Comisión de Planeación incluyen los Planes de Cinco Años.

diplomado en Enfermería General y Partería (GNM, por sus siglas en inglés), un programa para Auxiliar de Enfermería y de Partería (ANM, por sus siglas en inglés) y una maestría y un doctorado en enfermería (Kumar, 2005).

Las cifras del número de enfermeras certificadas registran, principalmente, a individuos con diplomado y con licenciatura. Basándose en los datos registrados, los informes del gobierno reconocen una escasez de enfermeras y han discutido las razones detrás de este déficit. Entre los problemas más importantes enfrentados se han citado: la falta de instalaciones básicas en áreas rurales, las bajas oportunidades profesionales y educativas, las pobres condiciones laborales el estatus no oficial de las enfermeras, la falta de equipo y de suministros en las áreas de trabajo, los bajos salarios, las normas de personal, la carga de trabajo extra, el tiempo dedicado a tareas no relacionadas con la enfermería, la seguridad, los incentivos para el ascenso, la falta de personal académico, la reglamentación de escuelas de enfermería privadas y de instituciones de salud, etc. (GOI, 1946; GOI, 1954; GOI, 1962; GOI, 1989). La mayor parte de las recomendaciones brindadas por los Comités de Salud ha sido recapitulada de informes previos.

Escasez de enfermeras en el país

La distribución de trabajadores de la salud en India está basada en normas de tamaño poblacional (GOI, 2006); para su distribución no se toman en cuenta las necesidades de la población. Los indicadores en salud de India hacen ver la gravedad de la escasez de recursos humanos presente. Una comparación de dichos indicadores con otros países en vías de desarrollo, deja ver que las tasas de mortalidad experimentadas en este país siguen siendo bastante altas. En India, la tasa de mortalidad infantil en 2004 fue de 62 por cada 1,000 nacimientos vivos y la mortalidad materna fue de 540 por cada 100,000 nacimientos vivos en el año 2000. En cambio, Sri Lanka (otro país en vías de desarrollo de la región del sureste asiático) tuvo una tasa de mortalidad infantil de 12 por cada 1,000 nacimientos vivos en 2004 y una de mortalidad materna de 92 por cada 100,000 nacimientos vivos (WHO, 2006a).

La población de India constituye el 17% del total de la población mundial y es responsable del 20 por ciento de la carga de enfermedad mundial (GOI, 2007).

Se pueden observar disparidades en el estado de salud entre regiones rurales y urbanas y entre estados. Tales diferencias reflejan, en parte, las desigualdades en términos de disponibilidad y de accesibilidad a los servicios de salud.

Las enfermeras representan la parte más grande del total de la fuerza de trabajo del área de la salud de India (38%) (Rao, Bhatnagar, Berman, Saran y Raha, 2008). La proporción enfermero/habitante hallada sugiere escasez de personal. En 2004, se encontró una proporción de 0.80 enfermeras por cada 1,000 habitantes; lo que deja ver que no hay ni una enfermera por cada 1,000 habitantes en el país (WHO, 2006 a). Así, la distribución de enfermeras brinda una imagen de desequilibrio entre los estados, los que tienen tasas de mortalidad bajas reportan una disponibilidad más alta de enfermeras, que las regiones con estados de salud bajos. La distribución de enfermeras entre las áreas rural/urbana deja ver que éstas prefieren trabajar en áreas urbanas. No obstante, la necesidad de servicios de enfermería es mayor en las rurales, debido al bajo nivel de salud y a las tasas de mortalidad más altas. La cantidad de enfermeras que trabaja en áreas urbanas es casi tres veces mayor que la de las rurales (Rao, Bhatnagar, Berman, Saran y Raha, 2008).

La enfermería en el país carece de un estatus profesional alto. Además, implica un salario bajo y poco atractivo y obtiene un reconocimiento inadecuado de parte de la comunidad por los servicios provistos y pocos incentivos al desempeño de calidad (Gill, 2009). Las instituciones a cargo de la formación carecen de los recursos humanos y físicos necesarios. La mayoría de los institutos educativos funcionan como apéndices de hospitales (Kumar, 2005).

Se pueden atribuir motivos profesionales, sociales y económicos a la falta de enfermeras en India. La preferencia de puestos de trabajo en áreas urbanas está influenciada por factores como las condiciones de vida, los riesgos de sufrir acoso sexual en el lugar de trabajo, las oportunidades de desarrollo personal y laboral, la estimulación intelectual, el transporte, la disponibilidad de empleo para la pareja y las instalaciones educativas para los hijos (Harnar y

Lehman, 1987). La enfermería tiene un estado social bajo debido a las tradiciones religiosas y sociales extendidas.

El trabajo implica atender a los pacientes en tareas personales y la posibilidad de estar expuestas a fluidos y contaminaciones corporales, por lo que tiene un estigma social vinculado a él (Nandi, 1977). Esto puede ser citado como uno de los principales motivos por los que la profesión tiene tan baja percepción en la sociedad India. Comparados con otros profesionales de salud, las enfermeras son consideradas de segunda clase. La diferencia entre el prestigio otorgado a los médicos y a las enfermeras es vasta. La enfermería sigue estando desatendida en el país. Algunas de las causas detrás de tal situación son: el énfasis en la educación médica, la influencia política ejercida por la comunidad médica y la menor asignación de recursos financieros a la salud por parte del gobierno (Rao, Rao, Kumar, Chatterjee y Sundararaman, 2011).

Se encontró que los incentivos profesionales y financieros para retener a las enfermeras son inadecuados. Las enfermeras tienen el tasa de desgaste más alto de todos los trabajadores de la industria de atención a la salud (*Business Line* 2004, *The Economic Times*, 2008; *Business World*, 2008). La falta de enfermeras en el país está conduciendo a que el sector privado cubra su demanda por medio del empleo de enfermeras sin capacitación o por “técnicas de caza” de personal de otras instituciones de salud. Las instituciones públicas están enfrentado el reto doble de la falta de enfermeras y de la pérdida de personal capacitado a instituciones privadas y de otros países. Sólo el 40% del total de la fuerza de trabajo de enfermería del país está activo, esto se puede explicar por medio de la falta de reclutamiento, la migración, el desgaste y las renunciaciones debidas a las malas condiciones de trabajo (GOI, 2005).

Migración internacional de enfermeras provenientes de India

Los países de altos ingresos han descubierto en India una nueva fuente de enfermeras angloparlantes bien capacitadas que les ayude a subsanar la escasez que enfrentan. La migración de enfermeras provenientes de India puede ser rastreada hasta la década de los años 70s (Meija, Pizurki y Royston, 1979). Antes, algunas enfermeras hindúes solían emigrar porque las perspectivas de ingreso eran altas. Esto les permitía mandar remesas a sus familias, que eran usadas con varios propósitos: la construcción de una nueva casa, la educación de los hijos o para que el esposo abriera un nuevo negocio. Sin embargo, después de los años 80s se ha dado un cambio hacia una migración en masa de enfermeras hindúes; la mayoría provenientes

del estado de Kerala (Nair y Percot, 2007). El reclutamiento de enfermeras es ejercido desde unos cuantos lugares geográficos. En el país, hay centros de reclutamiento en Kochi, Bangalore y Delhi, que facilitan la inmigración a otros países, como EEUU, el Reino Unido, Singapur, Nueva Zelanda, Australia y los países del Golfo (Khadria, 2007).

La mayoría de la fuerza de trabajo de enfermeras está constituida por cristianas provenientes de Kerala, quienes comprenden una gran parte de las enfermeras emigrando (Nair y Percot, 2007). Las mujeres se vuelven enfermeras como parte de una estrategia familiar en la que su educación y la emigración constituyen una parte vital del proceso. La mayoría proviene de familias de la clase media-baja (Percot y Rajan, 2007). Un título de enfermería cuesta cerca de un lakh de rupias (*The Hindu*, 2001). Los padres invierten en la educación de sus hijas con la convicción de que esto les redituará una vez que migren (Nair y Percot, 2007). Las remesas enviadas no nada más son empleadas con fines familiares, una parte también son ahorradas para la dote requerida en el matrimonio, también son importantes para elevar el estatus social de la familia. A menudo, el dinero es empleado para comprar joyería de oro y otros productos o para construir una nueva casa de concreto. Por otro lado, la emigración puede darles a oportunidad de vivir fuera de las estrictas normas familiares reinantes en su país (Gill, 2009).

La mayoría de las mujeres estudia enfermería porque tiene planes de emigrar. Una enfermera trabajando en el extranjero tiene mejores perspectivas de matrimonio; se le ve como un boleto para la emigración y la posibilidad de empleo en el extranjero. El orden de preferencia de la familia al escoger una novia enfermera es el siguiente: una con ciudadanía de un país desarrollado, enfermeras trabajando fuera y con permiso de trabajo, una enfermera que haya aplicado a un empleo en el extranjero y trabajando en India. La mayoría de las emigrantes se casan por medio de matrimonios arreglados. Las oportunidades de migración disponibles han elevado el estatus social de este grupo en India, especialmente en las comunidades del sur. No obstante, las enfermeras de Kerala siguen sintiendo que la gente del norte tiene prejuicios contra la profesión (Gill, 2009).

La mayoría de los hospitales privados en India ofrecen un salario inicial de Rs 2,500 a Rs 3,000 mensuales; en cambio, en los países del Golfo se

puede ganar como salario inicial hasta Rs 40,000 mensuales (*The Hindu* 2001, Percot 2006). Una enfermera que haya emigrado, ahorra principalmente con tres motivos: para mandar remesas a casa, para la dote y para el futuro. En India, es difícil que una enfermera pueda ahorrar con su salario, por eso, a menudo, elige una opción apropiada: emigrar a otro país.

Las enfermeras tienen dos opciones principales para emigrar: a los países del Golfo o a estados desarrollados como EEUU, el Reino Unido, Irlanda, etc. Para trabajar en los países del Golfo, las enfermeras necesitan, por lo menos, dos años de experiencia; no se requieren exámenes adicionales para estos países. Sólo es necesario llevar a cabo una entrevista, incluso por vía telefónica. En cambio, para trabajar en los países desarrollados, necesitan aprobar algunos exámenes como *CGFNS*, *NCLEX* y *IELTS*.⁵ Es posible que las enfermeras tengan dificultades en la aprobación del IELTS, el formato de opción múltiple y el plan de estudios requerido, implican dificultades. El prepararse para las pruebas puede ser costoso, así como una carga financiera adicional para aquellas con esperanzas de emigrar. Por tanto, emigran a los países del Golfo principalmente por los más sencillos criterios de empleo. Además, es más fácil y más barato ir a éstos (George, 2005; Gill, 2009).

Las agencias de reclutamiento a los Países del Golfo demandan cuotas considerables, éstas pueden ascender hasta Rs 100,000, o el salario de tres meses, una vez en el extranjero. Los empleadores de los países del Golfo también llevan a cabo acciones directas de reclutamiento en India. Además, amigos trabajando en estos países les ayudan en el proceso migratorio, informándoles sobre oportunidades de empleo a través de sus amigos o familiares. Esta red transnacional de enfermeras facilita la difusión de información relevante sobre empleo. Las enfermeras hindúes que emigran a otros países dependen de sus redes sociales para adaptarse a la nueva sociedad (Gill, 2009).

Entre los países del Golfo, el destino preferido son los Emiratos Árabes Unidos, Qatar, Kuwait, Omán y

Bahrein, ya que ofrecen mejores salarios y una buena calidad de vida. En cambio, Arabia Saudita y Yemen son los destinos menos preferidos. Las enfermeras hindúes viven restricciones sociales y religiosas en las naciones del Golfo, especialmente en Arabia Saudita. En los países del Golfo no tienen posibilidades de obtener la ciudadanía, ni derecho a ser propietarias de una casa o de un negocio, además, sus hijos tienen pocas posibilidades educativas. Las casadas que emigran a estos países no tienen derecho a aplicar a una visa familiar; sólo los hombres pueden llevar a su familia consigo. Por eso, los problemas enfrentados por las enfermeras en los países del Golfo hacen que busquen empleo en los países desarrollados (Percot, 2006).

Algunas enfermeras utilizan a las naciones del Golfo como puntos de transición para emigrar a los países desarrollados. Tratan de ahorrar para pagar las grandes cuotas cobradas por las agencias de reclutamiento, enfocadas a los mercados de los países desarrollados, o para prepararse para los exámenes de cualificación (Gill, 2009). Las enfermeras hindúes que no hayan aprobado el examen Enfermeras Certificadas (RN, por sus siglas en inglés) posiblemente tendrán que trabajar como auxiliares en los hospitales estadounidenses ubicados en áreas urbanas. Para los estándares hindúes este trabajo es considerado física y emocionalmente difícil. También es posible que enfrenten discriminación y que no les sean otorgadas suficientes oportunidades de ascenso (George, 2005). Además, es necesario superar barreras de lenguaje y de comunicación. A menudo los inmigrantes no se integran a la sociedad del país destino, lo que conduce a un aislamiento de la cultura extranjera (Troy, Wyness y McAauliffe, 2007). Otros problemas que las enfermeras hindúes pueden enfrentar en los países desarrollados son: el mal hospedaje institucional, los bajos salarios y los altos costos de vida (Garbayo & Maben, 2009).

La migración es un proceso continuo que implica pocas oportunidades de regresar a India. El gobierno del país considera positivo el aumento de oportunidades en el extranjero para las enfermeras. La Comisión Nacional de Macroeconomía y de Salud menciona

... de hecho, debido al gran número de oportunidades de empleo, siendo generado en países extranjeros, especialmente para enfermeras, sería una ventaja para India el enfocarse a la expansión de número de escuelas de enfermería, llevando a cabo, de manera

⁵ Diversos exámenes requeridos para obtener una licencia en el extranjero (*NCLEX: National Council Licensure Examination*, *IELTS: International English Language Testing System*, *CGFNS: Commission on Graduate of Foreign Nursing Schools*)

conjunta, esfuerzos para asegurar una buena calidad que las haga aptas para el empleo... (GOI, 2005: 63).

Es importante mencionar que Filipinas es el proveedor más grande de enfermeras del mundo y el ejemplo más destacado de migración gerenciada de fuerza de trabajo en enfermería (Abella, 1997). Este país está perdiendo personal capacitado a un ritmo mucho más rápido del que lo puede reemplazar. Se ha reportado que la mayoría de las enfermeras de Filipinas está trabajando en el extranjero (84.75%); muchas regiones de Filipinas están enfrentando una escasez severa de enfermeras (Lorenzo, Galvez-Tan, Icamina y Javier, 2007). La Asociación Filipina de Hospitales reportó que, debido a la emigración en masa de enfermeras, en un periodo de dos años, han cerrado totalmente 200 hospitales y cerca de 800 parcialmente (Philippine Hospital Association, 2005). Por lo tanto, la emigración está afectando la disponibilidad de enfermeras en el país.

Además, hay una tendencia creciente de doctores, farmacéuticos, fisioterapeutas y dentistas filipinos a re-capacitarse como enfermeros para poder aprovechar las oportunidades de emigración. Se registró que en 2001 cerca de 2,000 médicos se volvieron enfermeros. Esta cifra aumentó aproximadamente a 3,000 en 2003 (JLI, 2004). Este fenómeno contribuye de manera negativa a la escasez de trabajadores de la salud presente en el país y afecta al sistema de salud de manera adversa. A pesar de tener una migración gerenciada, el movimiento de trabajadores de la salud de Filipinas está conduciendo a la caída en la calidad de sus servicios de salud. Si India lleva a cabo una migración gerenciada de enfermeras, esto puede conducir a mayor escasez en el país. La experiencia de Filipinas nos puede enseñar algunas lecciones.

La emigración de trabajadores de la salud de India conduce a una falta de disponibilidad de servicios de calidad estándar para la sección más pobre de la población, ya que la mayoría depende del sistema público de salud (especialmente en los estados que proveen bajos incentivos a los trabajadores de salud). El reto más grande enfrentado por el sistema público de salud es la falta de fuerza humana capacitada en salud en el país.

Existe una escasez grave de enfermeras en el país. La mayoría de las emigrantes tiene gran experiencia, por lo tanto, la pérdida de personal capacitado puede impactar de manera severa el funcionamiento de los

sistemas de salud. La emigración del personal de salud capacitado de los países en vías de desarrollo ha conducido a un colapso de los sistemas de salud de la región (especialmente de África subsahariana). Las consecuencias de la migración internacional en casos extremos han sido medidas en términos de vidas perdidas (WHO, 2006b).

El impacto de la emigración debe ser entendido desde la perspectiva del país fuente, por ejemplo: el reclutamiento de dos especialistas de una Unidad de Salud de Sudáfrica por un empleador canadiense llevó a la clausura de tal unidad (Martineau y Decker, 2002). Ghana fue testigo de la emigración de 382 enfermeras en 1999, suma equivalente al 100% de las enfermeras egresadas en tal año (Padarath, Chamberlain, McCoy, Ntuli, Rowson y Loewenson, 2003). Aunque los profesionales migrantes no constituyen un porcentaje alto de la fuerza de trabajo del país destino; la pérdida de trabajadores de salud puede representar una proporción importante de recursos humanos de los países fuente. La migración puede producir un aumento en la escasez de enfermeras del país.

Conclusión

El superar la escasez mundial de enfermeras constituye una de las áreas de prioridad de la Junta Internacional de Enfermeras (ICN, 2007). La escasez enfrentada en los países desarrollados está conduciendo a un desplazamiento a gran escala. La Junta reconoce el derecho de las enfermeras a emigrar, sin embargo, condena la práctica de reclutamiento cuando las autoridades no han sido capaces de llevar a cabo una planeación de recursos humanos, ni de enfrentar los motivos detrás de su escasez. Es imprescindible que la enfermería sea considerada parte integral de los recursos humanos en salud.

Por ende, se necesita un compromiso político fuerte para mejorar la situación de la enfermería en India. La provisión de buenas condiciones de trabajo es imprescindible para que la fuerza de trabajo en enfermería pueda ser desarrollada y utilizada en los servicios de salud de acuerdo a las normas de personal recomendadas. Las enfermeras deben ser consideradas miembros activos del equipo de salud, no nada más en términos de provisión de servicios, sino también en los procesos de toma de decisión, con la finalidad de que sean capaces de participar en una atención holística e integral.

El programa educativo en enfermería de India debe ser fortalecido. El Consejo de Enfermería habría de otorgar los poderes necesarios para trabajar en conjunto con los Consejos Estatales, con la finalidad de regularizar y mantener el estándar en la educación en enfermería. Además, el gobierno debe emprender iniciativas para crear y empoderar a líderes de la fraternidad; debería haber esfuerzos para proveer infraestructura, remuneración y condiciones de trabajo adecuados para las enfermeras. El gobierno ha de realizar acciones para retener al personal cualificado en el país.

La reducción del desplazamiento de personal de enfermería hacia el extranjero debería constituir una de las áreas de prioridad del gobierno. Las enfermeras escogieron la emigración como una opción realista, debido a las circunstancias existentes. Incentivos adecuados habrían de ser provistos para poder mantener al personal en el país (financieros y otros). El enfrentamiento de los problemas vividos por las enfermeras no nada más ayudará a reducir su migración fuera del país, sino que, además, abatirá su escasez.

Agradecimientos

La investigación sobre la cual este artículo está basado fue llevada a cabo durante mis estudios maestría, realizados en el Centro de Medicina Social y Salud Comunitaria, Universidad Jawaharlal Nehru, Nueva Delhi, India. De manera sincera expreso mi gratitud al Dr. Mohan Rao por la supervisión en tal investigación.

Referencias

Abella, M. (1997). *Sending workers abroad*. Geneva: International Labour Organization.

Buchan, J., & Scholaski, J. (2004). The Migration of nurses: trends and policies. Policy and Practice, Theme Papers. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (8), pp. 587-594.

Business Line. (2004, March 26). *Nurses look to greener pastures*. Retrieved May 5, 2009, from <http://www.thehindubusinessline.com/2004/03/26/stories/2004032602120500.htm>

Business World. (2008, July 18). *Flying Nightingales*. Retrieved May 5, 2009, from <http://www.businessworld.in/index.php/Web-Exclusives/Flying-Nightingales.html>

Dovlo, D. (2005). Wastage in the health workforce Some perspectives from african countries. *Human Resources for Health*, 3 (6).

George, S. M., *When Women Come First: Gender and Class in Transnational Migration*. California: University of California.

Gill, R. (2009). *Nursing Shortages in India: A Preliminary Study of Nursing Migration*. unpublished M.Phil dissertation, Center of Social Medicine and Community Health, School of Social Sciences, Jawaharlal Nehru University.

GOI. (1918). *1917 Annual Report on Civil hospitals and Dispensaries in the Bombay Presidency*. Bombay: Government of India, Government Central Press.

GOI. (1946). *Report of the Health Survey and Development Committee (Chairman Bhore)*. New Delhi: Ministry of Health, Government of India, Government of India Press.

GOI. (1954). *Report of the Nursing Committee to Review Conditions of Service Emoluments etc. of the Nursing Profession (Chairman Shetty)*. New Delhi: Ministry of Health, Government of India.

GOI. (1962). *Report of The Health Survey and Planning Committee (Chairman Mudaliar)*. New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

GOI. (1982). *National Health Policy*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

GOI. (1987). *Report of Expert Committee on 'Health Manpower Planning, Production and Management (Chairman Bajaj)*. New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

GOI. (1989). *Report of the High Power Committee on Nursing and Nursing Profession (Chairman Vardappan)*. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.

GOI. (2005). *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*. Ministry of Health and Family Welfare. New Delhi: Government of India.

GOI. (2006). *Task Force on Planning for Human Resources in Health Sector*. Planning Commission. New Delhi: Government of India.

GOI. (2007). *Task Force on Medical Education for the National Rural Health Mission*. Ministry of Health and Family Welfare. New Delhi: Government of India.

Garbayo, A. A., & Maben, J. (2009). Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the decision to emigrate. *Human Resources for Health*, 7 (37).

Gulani, K. K. (2001). *Development of Nursing Education In India*. In The Trained Nurses' Association of India. India, *History and Trends in Nursing in India*. New Delhi: Prepared by The Trained Nurses' Association of India.

Harnar, R., & Lehman, B. (1987). *Nursing Education in India, its relevance in provision of Primary Health Care*. New Delhi: A Report to the USAID, September 1983, Wiley Eastern.

International Council of Nurses. (2007). *International Council Statement on retention and migration*. Retrieved May 22, 2009, from International Council of Nurses: <http://www.icn.ch/psretention.htm>

- Jaggi, O. P. (2001). *Nursing Profession in India*. In O. P. Jaggi, & D. P. Chattopadhyaya (Ed.), *Medicine in India: Modern Period: History of Science, Philosophy and Culture in Indian Civilization* (Vol. ix: part 1). New Delhi, India: PHISPC Centre for Studies in Civilization.
- JLI. (2004). *Human Resources for Health: Overcoming the crisis*. GEI, Harvard University.
- Khadria, B. (2007). International nurse recruitment in India. *Health Service Research*, 42 (3; Part II).
- Kumar, D. (2005). Nursing for the delivery of essential health interventions. *Financing and Delivery of Health Care Services in India, Background Papers of the National Commission on Macroeconomics and Health*. New Delhi: Ministry Of Health And Family Welfare.
- Lorenzo, F. M., Galvez-Tan, J., Icamina, K., & Javier, L. (2007). Nurse Migration from a Source Country Perspective: Philippine Country Case Study. *HSR : Health Services Research*, 42 (3: Part II), 1406-1418.
- Martineau, T., & Decker, K. (2002). *Briefing note on international migration of health professionals: leveling the playing field for developing country health systems*. Liverpool: Liverpool school of Tropical Medicine.
- Mathur, P. N., & Manocha, L. (1988). *Nursing Manpower Requirements and Supply Upto 2001*. In *National Convention of Nurses*. August 20-21. New Delhi: Organised by Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, National Institute of Health and Family Welfare.
- Meija, A., Pizurki, H., & Royston, E. (1979). *Physician and Nurse Migration: Analysis and Policy Implications*. Geneva: World Health Organization.
- Nair, S., & Percot, M. (2007). *Transcending Boundaries: Indian nurses in Internal and International Migration*. Occasional Paper, Centre for Women's Development Studies (No. 29).
- Nandi, P. (1977). Cultural Constraints on professionalization: The case of Nursing in India. *International Journal of Nursing Studies*, 14, 125-135.
- Noordyk, W. (1921). Nursing in India. *The American Journal of Nursing*, 21 (5).
- Padarath, A., Chamberlain, C., McCoy, D., Ntuli, A., Rowson, M., & Loewenson, R. (2003). *Health personnel in Southern Africa: Confronting misdistribution and brain drain*. Equinet Discussion Paper, no. 4. Online access: www.queensu.ca/samp/migrationresources/braindrain/documents/equinet.pdf.
- Planning Commission. (1951). *Health*, Chapter 32. In *The First Five Year Plan*. New Delhi: Planning Commission, Government of India.
- Planning Commission. (1956). *Health*, Chapter 25. In *The Second Five Year Plan*. New Delhi: Planning Commission, Government of India.
- Planning Commission. (1961). *Health and Family Planning*, Chapter 32. In *The Third Five Year Plan*. New Delhi: Planning Commission, Government of India.
- Planning Commission. (1968). *Health and Family Planning*, Chapter 18. In *The Fourth Five Year Plan*. New Delhi: Planning Commission, Government of India.
- Planning Commission. (2002). *Health*, Chapter 2.8. In *The Tenth Five Year Plan*. New Delhi: Planning Commission, Government of India.
- Planning Commission. (2007). *Health and Family Welfare and AYUSH*, Chapter 3. In *The Eleventh Five Year Plan* (Vol. 2). New Delhi: Planning Commission, Government of India.
- Percot, M. (2006). Indian Nurses in the Gulf: Two Generations of Female Migration. *South Asia Research*, 26 (1), 41-62.
- Percot, M., & Rajan, S. I. (2007). Female Emigration from India: Case Study of Nurses. *Economic and Political Weekly*, XLII, 318-325.
- Philippine Hospital Association. (2005). *Manilla: Newsletter report*.
- Rao, K. D., Bhanagar, A., Berman, P., Saran, I., & Raha, S. (2008). *India's health workforce size, composition and distribution*. New Delhi: Public health foundation, World Bank India.
- Rao, M., Rao, K. D., Kumar, A. K., Chatterjee, M., & Sundararaman, T. (2011). Human resources for health in India. *The Lancet*, 6736 (10), 80-91
- The American Journal of Nursing. (1907). Nursing in Mission Stations: India. *The American Journal of Nursing*, vol 7, no.8.
- The Economic Times. (2008, April 16). *With Hiring on war footing, it's good time to be a nurse*. Retrieved May 7, 2009, from: <http://economictimes.indiatimes.com/News/News-By-Industry/Jobs/With-hiring-on-war-footing-its-good-time-to-be-a-nurse/articleshow/2954718.cms>.
- The Hindu. (2001, March 15). *Nursing a dream*. Retrieved May 12, 2009, from <http://www.hindu.com/2001/03/15/stories/13150464.htm>
- Troy, P. H., Wyness, L. A., & McAauliffe, E. (2007). Nurses experience of recruitment and migration from developing countries: a phenomenological approach. *Human Resources for Health*, 5 (15).
- WHO (2006 a). *World Health Statistics*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2006 b). *Working Together for Health. The World Health Report*. Geneva: World Health Organization

Fecha de recibido: 01 de abril de 2011.

Fecha de aprobación: 30 abril de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.

