

ENFERMERÍA
UNA VOZ PARA LIDERAR
LLEVANDO AL MUNDO HACIA LA SALUD



2020
AÑO INTERNACIONAL
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
Y DE PARTERÍA



ENFERMERÍA: UNA VOZ PARA LIDERAR LLEVANDO AL MUNDO HACIA LA SALUD

**DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA
RECURSOS Y EVIDENCIA**

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS





Patrocinador del proyecto: Howard Catton, CIE
Director del proyecto: David Stewart, CIE

Autores:

Fadwa A Affara	Profesor Khama Rogo
Dra. Amelia Afuha'amango Tuipulotu	Profesora Petrie F. Roodbol
Dra. Fariba Al Darazi	Dra. Marla Salmon
Dra. Linda H Aiken	Profesora Jane Salvage
Dra. Claire Betker	Profesora Anne Marie Rafferty
Profesor James Buchan	Dra. Kyung Rim Shin
Dr. Christophe Debout	Bongi Sibanda
Profesor Gilles Dussault	David Stewart
Dra. Pilar Espinoza	Dra. Barbara Stilwell
Dra. Susan B. Hassmiller	Michael J. Villeneuve
Dr Matthew McHugh	Profesora Jill White
Dr Jack Needleman	Profesora Patsy Yates
Dra. Marina Peduzzi	

Edición: Lindsey Williamson, CIE
Maquetación: Violaine Bobot, CIE
Diseño: Artifex Creative Webnet Ltd.

Reservados todos los derechos, incluidos los de traducción a otras lenguas. Queda prohibida la reproducción total o parcial de la presente publicación por medios impresos, fotostáticos o de cualquier otra forma, así como su almacenamiento en un sistema de recuperación de información, su transmisión en cualquier modalidad o su venta sin permiso expreso por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Sin embargo, está permitida la reproducción de fragmentos breves (menos de 300 palabras) sin autorización previa con la condición de citar la fuente.

Derechos Reservados © 2020 por el CIE - Consejo Internacional de Enfermeras,
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95099-76-0

Índice

INTRODUCCIÓN de Annette Kennedy	04
PARTE UNO: ¿QUÉ ES LA ENFERMERÍA?	06
¿Sigue siendo relevante Florence Nightingale hoy?	07
Cuidados para la persona en su totalidad y centrados en las personas	11
La compasión como el ‘verdadero norte’ de la brújula moral de la enfermería	13
Generando confianza en la enfermería: profesionalidad, posibilidades y escollos	15
Cambiando la narración de la enfermería	18
PARTE DOS: LOS RETOS DE LLEVAR AL MUNDO HACIA LA SALUD	21
Heridos en el corazón, la mente y el cuerpo	21
Sistemas de salud capaces de satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades	24
Comunidades divididas, un mundo desigual	25
Esperanza al final de la vida: el papel esencial de las enfermeras	27
¿Estamos realizando las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de salud de las personas a las que atendemos?	30
Enfermeras, coste de la atención de salud y búsqueda de valor	33
PARTE TRES: APROVECHANDO EL POTENCIAL DE LLEVAR AL MUNDO HACIA LA SALUD	36
Llevando al mundo hacia la salud mediante liderazgo	36
Alianzas y colaboración dentro y fuera de la atención de salud: desde los silos hasta la interconexión en el liderazgo de enfermería	40
Entornos de trabajo seguros: esenciales para la seguridad del paciente y para sostener una fuerza laboral de enfermeras cualificadas	43
Educación: preparando a las enfermeras para la práctica y el aprendizaje a lo largo de la vida	45
Dotación segura de personal segura: un reto perenne	48
Aprovechando el potencial de la tecnología para mejorar los resultados de salud	50
Reconocimiento y recompensa: cómo puede el sistema de salud evitar que las enfermeras abandonen la profesión	52
Capacitando a la fuerza laboral	54
EL LEGADO DEL AÑO DE LA ENFERMERA Howard Catton	57
REFERENCIAS	60

INTRODUCCIÓN

de Annette Kennedy, Presidenta del CIE

Llevando al mundo hacia la salud

Hay más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo y cada una de ellas tiene una historia. Entienden de esperanza y valor, alegría y desesperación, dolor y sufrimiento, así como de vida y muerte. Al ser una fuerza siempre presente para el bien, las enfermeras escuchan el primer llanto de los bebés recién nacidos y son testigos del último aliento de los moribundos. Están presentes en algunos de los momentos más preciados de la vida al igual que en algunos de los más trágicos. Las enfermeras sirven a la humanidad y, mediante sus acciones, protegen la salud y el bienestar de las personas, las comunidades y las naciones.

En todo el mundo, la población reconoce habitualmente a la enfermería como la profesión más honesta y ética de todas: las personas confían y respetan instintivamente tanto a las enfermeras como la labor que llevan a cabo. Sin embargo, lo que los ciudadanos entienden por enfermería varía considerablemente y a menudo es objeto de distorsiones. Las imágenes de las enfermeras como ángeles de la misericordia son comunes, pero van acompañadas de retorcidos estereotipos sexuales. Y predomina la idea anticuada de que las enfermeras de alguna manera están subordinadas a los médicos. El caso es que muy pocas personas comprenden la amplitud de las funciones y responsabilidades de las enfermeras modernas, lo cual significa que no aprecian verdaderamente el extraordinario valor de la enfermería para cada persona en el planeta.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) cree que es vital mostrar al mundo quiénes son las enfermeras y lo que hacen, especialmente este año: el Año Internacional de la Enfermera y la Partera. El CIE quiere que la voz de la enfermería se escuche en todo el mundo para dar a conocer nuestra gran profesión y cómo contribuye al bienestar del mundo. Las enfermeras cuidan, curan, educan, lideran, defienden y son fundamentales para prestar cuidados seguros, accesibles y asequibles. En este informe del Día Internacional de la Enfermera, recurrimos a la voz auténtica de enfermeras de todos los lugares para ofrecer al mundo una visión de esta profesión maravillosa, innovadora y vital.

“...No hay fronteras nacionales a la hora de servir a la sociedad puesto que las necesidades de las personas son las mismas en todos los lugares – salud para la mente, el cuerpo y el espíritu – visto que lo que se pretende es hacer el trabajo en el mundo.”

Nina Gage

Presidenta del CIE, 1925



CIE: solidaridad y unidad desde el pasado...

La fundación del CIE data de los tiempos en los que se acababa de inventar el teléfono y los largos viajes por mar constituían la principal forma de transporte entre continentes. A pesar de estas dificultades en términos de comunicación y distancias, el CIE logró reunir a la comunidad global de enfermería de todos los lugares del mundo.

Incluso en pleno gran conflicto mundial, el CIE siguió congregando a la comunidad global de enfermería. Con ocasión de su centenario en 1999, Lynaugh y Brush¹ realizaron una reflexión sobre las tribulaciones del CIE durante la primera mitad del siglo XX intentando aplicar una óptica moderna:

‘A pesar de las guerras, el caos político y económico y los conflictos raciales y religiosos, el Consejo Internacional de Enfermeras se ha mantenido unido durante 100 años gracias a un ‘pegamento especial’ preparado por enfermeras entregadas con los siguientes ingredientes: amistad junto con apoyo y entusiasmo colectivos. A día de hoy, el CIE sigue prosperando, liderando y representando a las enfermeras de todo el mundo.’

El CIE ya existía casi 50 años antes de que se creara la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, prefigurando lo que podía lograr. A pesar de las enormes diferencias, la confusión o los conflictos internos de los países o entre naciones, la profesión de enfermería trabajó sistemáticamente junta, se mantuvo unida y se reunió con el fin de generar un cambio positivo para un mundo más sano. El CIE ha proporcionado liderazgo y colaboración para el desarrollo de la profesión a través de su influencia en las políticas de salud y la planificación, numerosas directrices y declaraciones de posición, su influencia en el liderazgo de enfermería, y numerosas oportunidades de aprendizaje y disertación que han permitido que disfrutar del grado máximo de salud que se puede lograr sea una realidad en numerosos lugares, además de una perspectiva viable en otros.

...y hacia el futuro

En 2017, cuando fui elegida Presidenta del CIE, opté por la palabra ‘Juntos’ como lema de mi presidencia. No podría haber un lema más adecuado en estos tiempos de gran división. ‘Juntos’ expresa el potencial colectivo y la intención de la comunidad global de enfermería de mejorar la salud y

el bienestar de las personas, las comunidades y los países, independientemente de sus filiaciones.

La declaración por parte de la Asamblea Mundial de la Salud de 2020 como *Año Internacional de la Enfermera y la Partera* es una gran oportunidad para promover la enfermería en todo el mundo. Por fin tenemos un reflector mundial enfocando hacia la enfermería y queremos que los profesionales de la salud, los políticos y quienes formulan las políticas, junto con los sistemas de salud y el público, celebren la enfermería y estén inspirados e informados por la profesión. 2020 ofrece la oportunidad única de dar a conocer la mayor profesión sanitaria del planeta, pero eso solo es el principio. 2020 es un catalizador para poner en marcha una nueva forma de ver la enfermería de manera que, en el futuro, se vea a las enfermeras por la contribución extraordinaria que realizan para el bienestar de todos los pueblos del mundo.



* Las presidentas del CIE han elegido ‘lemas’ desde los primeros comienzos de la historia de las organizaciones a principios del s. XX para describir el principio general de sus mandatos.

PARTE UNO ¿QUÉ ES LA ENFERMERÍA?

2020 es una oportunidad para que las enfermeras expliquemos mejor lo que hacemos, así como para romper los mitos alrededor de la enfermería y defender la inversión en la profesión. Para explicar qué es la enfermería, hemos de echar la vista atrás para ver cómo comenzó la profesión, lo que hemos aprendido de los fundadores de la enfermería moderna y cuáles son los atributos clave que nos permiten destacar respecto a otras profesiones sanitarias.

Para celebrar el 200° aniversario del nacimiento de Florence Nightingale y el 120° aniversario del Consejo Internacional de Enfermeras, vamos a echar un vistazo a la repercusión de Florence Nightingale, Ethel Gordon Fenwick y los fundadores del CIE para ver cómo la compasión, la confianza y los cuidados centrados en las personas actúan junto con la evidencia, las estadísticas y el liderazgo para crear la figura de la enfermera moderna.

El tema para el Día Internacional de la Enfermera 2020 se ha elegido precisamente mirando hacia nuestro pasado. En la II Guerra Mundial, la enfermería había sido testigo de las mayores divisiones y sufrimiento que el mundo había visto jamás y, sin embargo, la profesión dispensó cuidados y ofreció esperanza durante y después del conflicto. Respondiendo al sacrificio de las enfermeras para proteger la salud, el Presidente de Estados Unidos (EE.UU.) Harry Truman escribió estas emotivas palabras a la entonces Presidenta del CIE Effie J. Taylor²:

'Las enfermeras... han trabajado infatigablemente al servicio de su país durante la guerra prestando cuidados a las personas discapacitadas. Han compartido la dureza del combate sin pedir recompensa alguna excepto saber que sus sacrificios han permitido que otros vivan. Hoy en día, la necesidad de contar con las enfermeras no es menor que en tiempos de guerra. Hay cuerpos y mentes hechos añicos a causa del conflicto más destructivo de la historia. Es necesario llevar a los enfermos hacia la salud.'

Así reconocía el Presidente Truman que durante la postguerra se seguiría luchando por la salud y el bienestar y que esta

lucha sería un reto para muchas generaciones venideras. Su llamamiento a la acción, tan pertinente a día de hoy como lo fue entonces, se puede plasmar en la frase *Llevando al Mundo hacia la salud*.

Al ser el mayor colectivo de profesionales sanitarios en primera línea cuidando de las necesidades de salud de las personas y las comunidades, las enfermeras tienen historias poderosas que contar con capacidad de contribuir a generar un cambio positivo. Una fuerza laboral de enfermería con el debido apoyo y empoderamiento es una solución eficaz para mejorar los resultados de salud. La enfermería se encuentra en el corazón de los sistemas sanitarios con capacidad de empoderamiento en todo el mundo para lograr una atención de salud de alta calidad, accesible y asequible. Gracias al claro peso que tiene la cifra de profesionales que representamos, así como a nuestro razonamiento científico y a nuestra proximidad al paciente, estamos *Llevando al mundo hacia la salud*.

2020 es un momento importante para la enfermería. Ofrece la oportunidad de demostrar claramente a quienes formulan las políticas, así como a los profesionales sanitarios y al público, la enorme contribución que las enfermeras realizan a la salud y al bienestar; además de las funciones y responsabilidades de esta profesión vital; y romper los mitos y estereotipos que se han ido perpetuando y que llevan demasiado tiempo afligiendo a la profesión. Es nuestro momento. Vamos a aprovecharlo no solo por el bien de la enfermería sino por el bien de la salud de nuestro mundo.

"La historia no nos puede dar un programa para el futuro pero sí que puede ofrecernos una mejor comprensión de nosotros mismos, y de nuestra humanidad común, de manera que podamos enfrentarnos mejor al futuro."

Robert Penn Warren

Poet³

¿Sigue siendo relevante Florence Nightingale hoy?

Profesora Anne Marie Rafferty, Profesora de Políticas de Enfermería, Facultad de Enfermería y Partería Florence Nightingale, King's College, Londres, y Christophe Debout, Secretario General, Federación Europea de Educadores de Enfermería (FINE)

Florence Nightingale era un personaje complejo. Nacida para vivir rodeada de privilegios, se benefició de los valores liberales y librepensadores de sus padres y de la tradición familiar de hacer campaña a favor de causas humanitarias. Fue criada por su padre, que ejerció una profunda influencia en su desarrollo intelectual y moral. Su erudición le permitió acceder a la información y al trabajo de reformistas de toda una serie de ámbitos europeos. También fue bendecida con el apoyo de su familia a la formación de las mujeres, lo cual le permitió codearse con la élite intelectual y política, que utilizó como público para sus reformas. Por casa de los Nightingale pasaron grandes pensadores y así fue cómo la joven Florence entró en contacto con algunas de las mentes más brillantes de la era victoriana. En parte, fueron esos contactos los que permitieron a Nightingale visitar el hospital de Kaiserwerth, Alemania, provocando su decisión de trabajar en el ámbito de la enfermería, una decisión inusual para una mujer de su linaje y condición social (origen y posición).

La interdependencia de su pensamiento teológico y científico le llevaron a considerar que la estadística era la clave de las 'leyes de la naturaleza', lo cual era especialmente importante en el contexto de agitación social, urbanización e industrialización de la Gran Bretaña victoriana en la que la aleatoriedad parecía ser la norma de la condición humana. La estadística se convirtió en un vehículo para dirigir las intervenciones, reducir los riesgos y combatir la pobreza y las penurias. Su búsqueda de algo práctico que hacer no solo estaba impulsada por su empatía por la condición humana y la obligación moral de actuar sino también por la frustración que sentía por el papel que desempeñaban las mujeres. Nightingale clamaba contra la barrera que suponía el género para participar en la vida pública. Su modelo de enfermería se basaba en trabajar bajo la autoridad de una lideresa en una institución y en conceder a las mujeres la oportunidad de ganarse la vida y forjar carreras independientes.

200 años después, ¿nos habla Florence Nightingale hoy?

La enfermería de Nightingale estaba entrelazada con un conjunto más amplio de intereses de salud pública, avance de la medicina, higiene, epidemiología, estadísticas y salud militar. En ese sentido, su visión era muy moderna: intersectorial, interdisciplinar y global. Su forma de entender el entorno físico y psicológico del hospital y el hogar no solo revela una comprensión profunda y científica de la higiene

sino también de la salud y la curación junto con detalles de los cuidados que añadían confort además de alimentar el espíritu humano.

La capacidad estadística y analítica de Nightingale formaba los cimientos de sus estadísticas internacionales y comparativas, anticipando así el desarrollo de los códigos actuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Su investigación sobre los resultados de los hospitales recuerda el trabajo de Aiken et al.⁴ sobre dotación de personal. Ella era, sobre todo, una comunicadora brillante, tanto visualmente, utilizando datos, como verbalmente, gracias a su poderoso y epigramático estilo de prosa. Era experta en la presentación de datos de forma gráfica para enfatizar su mensaje y animar a su público a actuar. Entendía el poder de las estadísticas para cambiar mentalidades y alentar a los políticos a aplicar reformas.

Su estilo claro y persuasivo junto con su enfoque proactivo para la formulación de políticas hicieron de ella una hábil emprendedora en el ámbito político que ponía la evidencia en manos de los legisladores a través de sus redes de contactos; tras comunicar la evidencia de forma fácil de digerir, presionaba con sus argumentos recurriendo a todas las herramientas que tenía a su disposición. El incremento de los estudios aleatorios controlados y la práctica basada en la evidencia ahora es algo común en la práctica de la enfermería y la atención de salud. De hecho, incluso la definición de enfermería de Nightingale – enfermería tanto para la enfermedad como para la salud – resuena en nuestros planteamientos actuales: “¿Qué es la enfermería? Ambos tipos de enfermería están dirigidos a situarnos en las mejores condiciones para que la naturaleza restituya o conserve la salud, para prevenir o curar enfermedades y traumatismos.”^{5, p.187}

Sus enseñanzas en cuestión de higiene siguen siendo ejemplares en nuestra lucha contra la sepsis, el exceso de mortalidad atribuible a las infecciones nosocomiales: SARM y *C. difficile*. Además de estas, la resistencia a los antimicrobianos (RAM) está destinada a ser una de las principales causas de mortalidad en 2050 para la que el lavado de manos y la higiene podrían ser algunas de las defensas más potentes contra su transmisión. La RAM nos obliga a retroceder a prácticas de la época previa a los antibióticos.⁶

Los escándalos hospitalarios no son algo del pasado y experiencias recientes en EE.UU., Reino Unido y otros lugares demuestran que muchas de las causas subyacentes de los mismos son la escasez de personal y la necesidad de enfermería de buena calidad.⁷ El apoyo de Nightingale a la enfermería como ocupación secular, como medio para que las mujeres estuvieran formadas y capacitadas para perseguir una vida independiente, ha amplificado la repercusión de la educación en salud de la población, tanto directa como indirectamente. La evidencia demuestra que invertir en la educación de las mujeres es beneficioso para la salud de la comunidad, para su alfabetización en salud.⁸

Nightingale, sin lugar a dudas, estaría horrorizada por la envergadura de las actuales desigualdades de salud en el mundo, así como por la escasez de enfermería, la amenaza de la RAM, el resurgimiento de enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, y la aparición de nuevas amenazas como el VIH, el Ébola o el cólera, para nuestra salud.

Ella se pondría manos a la obra impulsada por su justificada indignación. Pediría tiempo para abordar la escasez de enfermería y elevaría la cuestión a la agenda política internacional declarándola una emergencia global. Reuniría apoyo para la celebración de una cumbre mundial de enfermería en la Asamblea Mundial de la Salud 2020, congregaría todas sus redes y recursos políticos con el fin de presionar a los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales para que se comprometieran con un tratado que obligara a los gobiernos a actuar estableciendo un marco jurídico que garantizara suficiente oferta de enfermeras para acelerar el progreso sobre los ODS y la CSU para las poblaciones desatendidas. Convocaría una cumbre de seguimiento con los ministros de finanzas en el Foro Económico Mundial de Davos para establecer un nuevo Fondo Nightingale mundial destinado a lograr la mayor inversión de la historia para la enfermería y la partería.

Instaría a las enfermeras a asumir el liderazgo en la administración de higiene y antibióticos. *Notas de Enfermería* se relanzaría como plataforma online para empoderar a los pacientes y sus familias en el siglo XXI de manera que se mantuvieran sanos y se cuidaran, centrándose en primer lugar en quienes padecen enfermedades crónicas y problemas de salud mental.

Formaría a una nueva generación de enfermeras diseñadoras digitales con el fin de desarrollar soluciones para la prestación de cuidados y sistemas de seguridad del paciente, además de colaborar en innovaciones como blockchain (cadena de bloques). Nos recordaría que la globalización es una oportunidad para conectar con nuestros valores y también entre nosotros, así como para elaborar un manifiesto valiente a favor del cambio. Todo ello requeriría un cambio de poder desde el 'antiguo' poder hasta el 'nuevo poder'⁹, además de nuevas modalidades de trabajo colaborativo. Las asociaciones de enfermería tendrían que adaptarse y trabajar juntas en la creación de una superred de colaboración para utilizar su poder colectivo de organización y movilizar a una escala nunca vista antes, trabajando de cerca con el público, los pacientes y las familias.

Por último, instaría a un planteamiento intergeneracional en el que los líderes jóvenes y los más mayores se formarían juntos en métodos organizativos y habilidades para influir en la política. Juntos, actuarían como los Nightingales de nueva generación que liderarían la ofensiva y convertirían la enfermería en un movimiento social mundial por el bien social.



La Sra. Nightingale con su búho domesticado Athena, alrededor de 1850 – A partir de un dibujo de Parthenope Lady Verney

Creando los fundamentos de la enfermería

En el foco

Florence Nightingale fue una inspiración para los fundadores del Consejo Internacional de Enfermeras en 1899. Ethel Gordon Fenwick, Lavinia Dock, Agnes Karll y otros de los fundadores del CIE defendían la necesidad de la autorregulación profesional e hicieron campaña a favor de importantes cuestiones sociales de su época, en particular la emancipación de las mujeres.

La idea de aquellas enfermeras pioneras era reunir su compañerismo profesional, una visión mundial de la enfermería y mejorar la educación de las enfermeras. En 1899, Ethel Gordon Fenwick afirmó:

'La profesión de enfermería requiere en este momento, por encima de todo, organización: las enfermeras en este momento, por encima de todo, han de estar unidas. El Gobierno de este país y de otras naciones civilizadas reconoce el valor de la labor que realizamos con los enfermos a día de hoy. Sin embargo, lograr que el trabajo de las enfermeras sea de máxima utilidad para los enfermos depende de ellas mismas a título individual y colectivo y es algo que solo se puede lograr si su educación se basa en unas líneas tan amplias que el término enfermera formada equivale a persona que ha recibido una formación tan eficiente y ha demostrado ser merecedora de tanta confianza que las obligaciones y responsabilidades que ha de asumir las puede cumplir con el máximo beneficio para aquellos encomendados a su cuidado. Para alcanzar estos resultados, hay dos aspectos esenciales: debe haber sistemas reconocidos de formación en enfermería y debe haber control sobre la profesión de enfermería. La experiencia del pasado ha demostrado que ninguna profesión puede alcanzar estos resultados a no ser que esté unida para exigir las reformas necesarias, y únicamente mediante la unión se podrá obtener la fuerza necesaria.'^{10, p.7}



Sra. Ethel Gordon Bedford Fenwick, Reino Unido, Presidenta, Consejo Internacional de Enfermeras, 1900 - 1904

Gordon Fenwick era consciente de la importancia de la cooperación y la colaboración a nivel internacional en la apuesta del CIE para regular la enfermería en todo el mundo y aplicar estándares universales en relación con lo que significaba ser enfermera. Su trabajo pionero y el de otras innumerables enfermeras a lo largo de los años estableció los cimientos sobre los que se erige la enfermería moderna.

El CIE ha seguido construyendo sobre esos cimientos y la enfermería hoy en día es igual de relevante y fundamental que hace 120 años. La colaboración y el intercambio a nivel internacional entre Asociaciones Nacionales de Enfermería (ANE) es tan importante ahora (o podría decirse que aún más) como hace 120 años. No hay duda de que Florence Nightingale, junto con los fundadores del CIE, apoyaría la labor actual del CIE y animaría a las asociaciones nacionales de enfermería a ser miembros del CIE para trabajar juntos a escala global con el fin de promover el avance de la profesión y defender la salud para todos. Esa era su esperanza, su visión y su legado para el futuro.

Estudio de Caso

MSF - Eliminando barreras para el cuidado de los más vulnerables

Autor: Nada Kazoun, Médicos sin Fronteras

Bar Elias es una ciudad de Líbano situada a unos 10 km de la frontera libanesa/siria donde Médicos sin Fronteras (MSF) ha establecido un hospital que atiende a todos los pacientes, independientemente de su raza, religión, género o convicciones políticas, uno de los valores con raíces profundas en MSF. El equipo médico de este hospital presta servicios de cirugía, además de ocuparse de heridas que no se están curando bien, en particular quemaduras.

Antes de la crisis de Siria, no había servicios para el cuidado de heridas en la región aparte de algunos centros de atención secundaria y clínicas privadas cuyos servicios no eran accesibles ni asequibles para la mayoría de pacientes, que se veían obligados a pagar de su propio bolsillo el tratamiento, la medicación y el transporte.

El importante flujo de entrada de refugiados sirios a Líbano y el incremento de pacientes con heridas complicadas y secuelas de quemaduras ha evidenciado aún más esta falta de servicios. La necesidad de directrices para el cuidado de heridas era evidente, al igual que también lo era la necesidad de profesionales sanitarios cualificados y competentes. En consecuencia, MSF diseñó e introdujo un protocolo para el cuidado de heridas, dirigido por enfermeras, al objeto de eliminar barreras en términos de accesibilidad, costes elevados y calidad de los cuidados, además de para poner estos servicios a disposición de la comunidad.

Así es como el hospital de MSF de Bar Elias comenzó a prestar servicios para el tratamiento de heridas, en particular quemaduras, recurriendo a investigación basada en la evidencia y a profesionales sanitarios formados y cualificados.

Entre enero y agosto de 2019, 99 pacientes fueron hospitalizados para el tratamiento de heridas y se realizaron casi 1 400 procedimientos. Durante ese periodo, 89 personas finalizaron el programa con los siguientes resultados: 59 curadas, 5 derivadas, 7 desplazadas y 18 habían abandonado el seguimiento.

Cabe destacar el ejemplo de 'Abdul', varón de 15 años, con una epilepsia sin tratar y quemaduras que llevaban siete años sin recibir tratamiento, además de grandes heridas en ambas piernas. Por falta de espacio en la tienda de campaña familiar, Abdul gateaba por el suelo, lo cual agravaba su problema e impedía la curación de sus heridas.

Un equipo multidisciplinar formado por tres enfermeras, un trabajador social, un promotor de salud y un especialista en salud mental utilizó un protocolo para el cuidado de heridas de MSF combinándolo con sesiones de formación

y asesoramiento para sus cuidadores. Tras dos meses de tratamiento, las heridas de Abdul estaban completamente curadas y cerradas.

Este tipo de intervención da a los pacientes una segunda oportunidad en la vida. Como enfermeras, nos sentimos motivadas al ver la repercusión del trabajo que realizamos con estos pacientes. Sentimos que ahora podemos defenderles y trabajar codo con codo con ellos y sus familias para lograr el mejor resultado posible.

Asimismo, estamos viendo el resultado de nuestra dedicación al tratar a los pacientes en su conjunto y no simplemente como una enfermedad. Las enfermeras están en el corazón del programa gracias a su conocimiento, pericia técnica, juicio y a las relaciones interpersonales que mantienen con los pacientes y sus familias. Son la base del éxito del programa de cuidado de heridas de nuestro hospital.

Una enfermera curando una herida en el Hospital de Bar Elias, Líbano



Cuidados para la persona en su totalidad y cuidados centrados en las personas

Kyung Rim Shin, Presidenta, Asociación de Enfermeras de Corea

Para conmemorar el 200º aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado 2020 Año Internacional de la Enfermera y la Partera. Ahora más que nunca, las enfermeras y las parteras van a estar en el centro de las políticas de salud global y tendrán una ventana de oportunidad sin precedentes para elevar nuestro estatus. Para lograr que este año especial sea un peldaño para subir el nivel, tendremos que echar la vista atrás, hacia las grandes enfermeras de la historia y reafirmar los valores genuinos de la profesión reflexionando asimismo sobre cómo ha evolucionado la práctica de la enfermería a lo largo de los años. Y después podremos utilizar esa reflexión como brújula para guiar nuestro avance.

Florence Nightingale fue la fundadora de la enfermería moderna, una estadista y administradora pública capaz que definió conceptos de salud pública. Realizó amplias estadísticas de su trabajo en hospitales de campaña durante la guerra y fue una activista para la reforma de los sistemas públicos de salud y el cuidado de los pacientes. Su labor cambió el reconocimiento social de la profesión y convirtió a la enfermería en una profesión basada en convicciones sobre la dignidad del ser humano y el conocimiento científico. Realizó el trabajo de base para los cuidados centrados en las personas.

Los cuidados centrados en las personas guardan relación con la planificación e implementación de servicios de salud pública y enfermería centrados en los requisitos de sus receptores. De este modo, los pacientes no se ven como receptores pasivos de cuidados sino como participantes activos que interactúan con los trabajadores de la salud. La enfermería comienza por comprender al paciente y cómo ha vivido. Algunos valores clave son la dignidad, la compasión y el respeto. De este modo, se apoya la dignidad del paciente y la familia, se presta atención de enfermería con compasión y se respetan las opiniones y elecciones de vida del paciente.¹¹

Dos pacientes cualesquiera con la misma enfermedad pueden provenir de contextos distintos y tener diferentes historias de vida. Su respuesta a los cuidados al igual que sus necesidades, actitudes y síntomas serán distintos y por eso hace falta una enfermería personalizada. Por desgracia, a veces se menoscaba la dignidad de los pacientes por la existencia de desigualdades estructurales en los sistemas sociales y por la prevalencia de una atención al paciente centrada en la enfermedad.

Cabe destacar el ejemplo de Corea en 1916 cuando 6 254 pacientes de la enfermedad de Hansen (o lepra) fueron confinados en una isla remota llamada Sorok-do para realizar trabajos forzados, así como para someterse a esterilización forzada y a otros muchos abusos de los derechos humanos.

Numerosos pacientes de lepra no lograron soportar estos malos tratos y se suicidaron. Después, en los años sesenta del s. XX, dos enfermeras austriacas, Marianne y Margaritha, llegaron a Sorok-do a cuidar de ellos. En aquellos tiempos, los prejuicios sobre la enfermedad estaban en máximos históricos y ni siquiera el personal médico tocaba a los pacientes sin usar doble guante. Estas dos enfermeras entregadas habían recibido formación sobre la enfermedad de Hansen en India antes de ir a Corea y habían aprendido que las posibilidades de transmisión por contacto eran extremadamente bajas, de manera que tocaban a los pacientes con sus manos descubiertas, acercaban la nariz a sus heridas, prestaban atención ambulatoria a sus hijos y se convirtieron en sus amigas y cuidadoras sin remunerar.

Demostraron verdadero espíritu de servicio y amor realizando rehabilitación, impartiendo educación y formación profesional además de proporcionando suministros médicos e instalaciones junto con apoyo y alivio a los pacientes de lepra. Les trataron con dignidad y respeto y ellos encontraron así razones para vivir y mantener la esperanza en sus vidas.

En los cuidados centrados en las personas, la dignidad del paciente se respeta plenamente y la confianza se construye con interacciones basadas completamente en la comprensión y el afecto. De este modo se prestan cuidados personalizados considerando las perspectivas, los valores, las creencias y el contexto cultural de los pacientes. En el momento adecuado, se les ofrecen cuidados adecuados con información adecuada para que puedan tomar decisiones sobre el tratamiento y la atención que van a recibir. Y así se termina logrando gestionar mejor la enfermedad, además de una mayor calidad de vida y mejores resultados para los pacientes. A medida que aumenta la calidad de los servicios de enfermería, aumenta también la autoconfianza de sus trabajadores junto con su satisfacción laboral.

Por mucho que la inteligencia artificial automatice numerosas esferas de la vida, tanto en la actualidad como en el futuro, los seres humanos capaces de empatizar con los demás siempre tendrán cualidades valoradas. La enfermería difiere de la medicina en que se basa en esos valores intrínsecos de la profesión centrada en la comprensión humana y el cuidado de los pacientes con una visión holística que no puede ser reemplazada por las máquinas.

La próxima generación de profesionales de la enfermería deberá, por tanto, desarrollar una profunda comprensión de las necesidades de cada ser humano y recibir formación continuada centrada en la persona en su totalidad y en planteamientos holísticos para la resolución de problemas.

Estudio de Caso

Japón – Respondiendo a las necesidades de salud de las personas y las comunidades durante y después de una catástrofe

Autor: Asociación de Enfermería de Japón

La posición geográfica y el clima de Japón son la causa de que se vea afectado frecuentemente por catástrofes naturales, en particular tifones, lluvias torrenciales y terremotos. En 2018, por ejemplo, hubo 29 tifones y más de 90 terremotos significativos.

Tras el gran terremoto de Hanshin-Awaji en 1995, la Asociación de Enfermería de Japón estableció un sistema de red de ayuda en caso de catástrofe en cooperación con las asociaciones de enfermería locales. Este sistema distribuye enfermeras de catástrofes entre las áreas afectadas tras un gran desastre natural, lo cual permite ofrecer un apoyo flexible para responder a las necesidades locales. En las numerosas catástrofes que se han producido desde 1995, casi 9 000 enfermeras de catástrofes han sido llamadas a la acción.

En la actualidad, Japón dispone de 9 822 enfermeras de catástrofes formadas y registradas como tales en las asociaciones de enfermería de sus prefecturas. Cuando se produce un desastre, estas enfermeras participan voluntariamente como miembros de las asociaciones profesionales de enfermería.

Las enfermeras de catástrofes trabajan, en instituciones sanitarias, instalaciones de bienestar social y centros de evacuación, entre tres días y un mes tras una catástrofe, lo cual implica trabajar en la fase subaguda posterior al desastre y en las fases crónicas prestando cuidados de enfermería continuados, en lugar de en la fase aguda en la que se requieren operaciones de rescate.

Las enfermeras de catástrofes enviadas a instituciones sanitarias ayudan a recibir a los pacientes de otras instalaciones afectadas, dan respuesta a la mayor necesidad de atención de salud y asumen los cuidados para que las enfermeras locales puedan descansar.

En los centros de evacuación, dan consejos sobre ejercicio físico, dispensan cuidados personalizados a personas que requieren asistencia, en particular a los mayores, y ofrecen asesoramiento y orientación sobre la toma de medicamentos, el tratamiento de las heridas de personas con traumatismos, además de aplicar medidas de control de infecciones.

Por ejemplo, en un centro de evacuación que albergaba a evacuados con gastroenteritis infecciosa por norovirus, las enfermeras de catástrofes se dieron cuenta de que los

residentes se lavaban las manos con agua estancada, así que actuaron para evitar que ese método extendiera la infección. Esta situación se estaba produciendo en un área cuya población utilizaba agua estancada habitualmente creyendo que era limpia y saludable.

Las enfermeras ofrecieron una explicación detallada a cada evacuado sobre cómo mantener la higiene de manos en un entorno con un suministro de agua sin restablecer y de este modo redujeron el número de personas infectadas.

En cierta ocasión, una enfermera de catástrofes vio a un evacuado sujetándose el pecho que le comentó que tenía antecedentes de angina de pecho y no había llevado su medicación al centro de evacuación, pero que no se lo había contado al equipo médico cuando pasaba realizando sus rondas. La enfermera de catástrofes llamó a una ambulancia y el hombre fue hospitalizado.

Estos casos ponen de manifiesto las características de la práctica de la enfermería respetando los valores y creencias de las personas. Las enfermeras de catástrofes aplican elementos centrales de la profesión al prestar apoyo a las personas protegiendo sus vidas y viviendo a su lado.



La compasión como el 'verdadero norte' de la brújula moral de la enfermería

Profesora Jill White, Profesora Emérita de la Facultad de Enfermería y Partería de la Universidad de Sídney y la Facultad de Salud de la Universidad de Tecnología, y **Dra. Amelia Afuha'amango Tuipulot**, Ministra de la Salud, Tonga

Si analizamos nuestra historia, comprenderemos mejor el contrato social que dio origen a nuestra profesión, el que la sociedad solicitó de la enfermera. La enfermería tuvo sus primeros orígenes en un sentimiento de preocupación por el sufrimiento de los demás y el deseo de actuar para aliviarlo, un sentimiento denominado 'compasión'. La primera evidencia de la enfermería proviene del s. VII cuando las enfermeras islámicas trajeron la tradición a Europa del Sur donde la Iglesia católica la adoptó como vocación para las monjas por su marcado espíritu de servicio filosófico hacia los demás mediante la compasión. La herencia religiosa de la enfermería siguió extendiéndose por Europa y Canadá en el s. XVII. Con la escisión de los protestantes de la Iglesia católica y el consiguiente cierre de monasterios y conventos, el sistema organizado de educación de monjas/enfermeras vino a menos y entre los siglos XVII y XIX la formación dirigida a ayudar a los enfermos estuvo poco organizada.

No es necesario exponer de nuevo aquí el legado de Florence Nightingale excepto para poner énfasis en su compromiso absoluto con que la enfermera tuviera el temperamento, el carácter y la formación adecuados. En el legado de Nightingale es donde se reúnen los valores de la compasión y la disciplina, así como los valores personales de Nightingale de decir alto y claro lo que se piensa y recopilar datos para las políticas y para tener influencia política junto con la importancia vital de la educación. La interrelación de estos tres influyentes factores conforma la historia moderna de nuestra profesión.

Cada sociedad ha desarrollado su propia comprensión de los conceptos de lo correcto y lo equivocado; cada persona desarrolla lo que comúnmente se conoce como una 'brújula moral' personal en la que el 'verdadero norte' le dice si va bien o si se está desviando del rumbo elegido. Como miembro de una profesión, la brújula moral también hace referencia a las expectativas de una buena persona que trabaja como un profesional en el marco de un contrato social acordado. En la enfermería, este contrato social normalmente se expresa en forma de código ético y estándares de la práctica profesional.

El primer código ético formal fue elaborado por la Asociación Americana de Enfermeras en los años cincuenta del s. XX y describía las responsabilidades no negociables de la enfermera. Seguidamente, el CIE proporcionó su primer código ético global modelo en 1953 y en la actualidad está revisando la versión de 2012 para poner más énfasis en las amplias responsabilidades de justicia social, aunque sigue pretendiendo ser "una guía para la acción basada en los valores y las necesidades sociales".¹² Algunos elementos relativos al comportamiento ético serán comunes a todos los países pero también habrá matices sutiles específicos de cada cultura que serán diferentes puesto que el código es el reflejo de una sociedad y sus valores. En la versión del CIE 2012, el código habla de confidencialidad, observancia de los derechos humanos y sensibilidad ante los valores, costumbres

y creencias. Habla de mantener la seguridad del entorno, la competencia y la educación, la colaboración y la defensa de la equidad y la justicia social. Habla de la demostración de los valores profesionales de respeto, capacidad de respuesta, compasión, confianza e integridad.¹²

Estas características indican respetuosidad, respeto por la vida humana, sensibilidad cultural, honradez e integridad como brújula moral interior de cualquier persona. La brújula moral profesional, la práctica de cuidados compasivos, abarca la capacidad de respuesta, colaboración, confidencialidad, seguridad, competencia, defensa y educación, la piedra de toque de la enfermería profesional.

Las expectativas en enfermería implican respetar la sensibilidad moral (personal) y ética (profesional) al diseñar una brújula moral profesional. La brújula moral profesional nos lleva a la piedra de toque contemporánea de la enfermería: los cuidados compasivos, esa cualidad fundamental o quintaesencia; la prueba de la genuinidad de la enfermería. Se trata de la capacidad de tomar decisiones con inteligencia y compasión considerando la incertidumbre existente en la situación en la que se están prestando cuidados y recurriendo, según sea necesario, a la comprensión crítica de los códigos de conducta ética, la experiencia clínica, el aprendizaje académico y el autoconocimiento, con la capacidad adicional de anticipar las consecuencias y el valor de actuar.¹³

La compasión no es gratis. Requiere recursos emocionales y prácticos, así como una cultura que facilite y valore los componentes de los cuidados compasivos: formación continuada, decir lo que se piensa, asumir riesgos calculados, una cultura que no sea punitiva y que promueva normas de práctica ética, y referentes que animen a actuar. Liaschenko¹⁴ denomina este valor 'agencia moral' e insta a las enfermeras a trabajar colectivamente para generar una comunidad moral y proporcionar contrahistorias de nuestro trabajo de manera poderosa, ética e inteligente.

La formación de comunidades morales ofrece apoyo para el crecimiento de la agencia moral: la capacidad de decir *'Te considero moralmente responsable de tomarte en serio mis inquietudes porque mi parte en el cuidado de este paciente es igual de importante que la tuya'*.¹⁴ Esta fortaleza permitirá que nuestra brújula moral siga su 'verdadero norte' y prestar cuidados compasivos, que es nuestro mandato social tanto en la actualidad como desde el s. VII e incluso antes.

Como enfermeras tenemos que hacer nuestra parte: comprender y afinar constantemente nuestra brújula moral profesional, y quienes formulan las políticas y los gobiernos han de prestar atención a la demanda de cuidados compasivos por parte de los ciudadanos. Colectivamente, hemos de generar un entorno y una cultura que fomenten este tipo de cuidados.

Estudio de Caso

EE.UU. - Prestando cuidados compasivos a veteranos

Autor: Cathy M. St Pierre, EE.UU.

La Administración de la Salud de los Veteranos (VHA) el mayor sistema de salud integral de EE.UU. con más de 322 000 profesionales sanitarios a tiempo completo y personal de apoyo. Atiende a militares veteranos y a sus familias en un amplio abanico de centros médicos y clínicas ambulatorias prestando atención de salud completa a pacientes hospitalizados, así como de tipo ambulatorio y especializado, llegando a más de 9 millones de veteranos cada año, dispensando en particular servicios para la salud de la mujer, salud mental y rehabilitación. Asimismo, varias de estas instalaciones ofrecen cuidados prolongados para veteranos mayores con necesidades de salud física y mental complejas.

Cathy St Pierre es una de las 500 enfermeras de atención directa que presta cuidados asistenciales a los veteranos. En la actualidad, trabaja en cuatro servicios hospitalarios: control del dolor crónico, exposición a riesgos ambientales para la salud, personas sin techo e investigación, dedicando el 50% de su tiempo a veteranos sin techo a día de hoy o que han carecido de vivienda en el pasado.

En EE.UU., aproximadamente el 11% de las personas sin techo son veteranos y 37 000 veteranos se vieron en esta circunstancia alguna noche en 2018. Existen muchos factores que contribuyen a esta situación, en particular la falta de vivienda asequible, el desempleo, así como problemas de salud mental como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos por el uso de sustancias. Seis de cada diez veteranos sin techo tienen más de 51 años y está previsto un aumento del número de veteranos más mayores (62 años o más) en esta situación, muchos de ellos con necesidades médicas y psiquiátricas complejas.

Para paliar esta situación, la Administración de la Salud de los Veteranos ha aunado fuerzas con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE.UU. para establecer el programa de Viviendas de Apoyo para los Veteranos (VASH), que ha realojado a más de 85 000 veteranos a lo largo de la última década.

En el Hospital de la Administración de la Salud de los Veteranos en Bedford, Massachusetts, la Dra. St Pierre presta cuidados asistenciales y asesoramiento a los veteranos del

programa VASH colaborando con los trabajadores sociales del mismo para ayudarles a entender las necesidades de salud médica y mental de los veteranos con los que trabajan. También realiza valoraciones directas de salud y gestiona las enfermedades agudas y crónicas de los veteranos, además de prestar apoyo al complejo hospitalario formado por 69 apartamentos de un dormitorio cada uno para veteranos.

Muchos de los veteranos del programa del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano-Viviendas de Apoyo para los Veteranos (HUD-VASH) también padecen trastornos significativos de salud mental, en particular TEPT y trastornos por el uso de sustancias, lo cual les pone en riesgo de suicidio. El equipo del programa HUD-VASH realiza un seguimiento de los veteranos en riesgo y les proporciona una red de seguridad para ayudarles a recibir atención inmediata para la prevención del suicidio. Este tipo de cuidados in situ puede evitar secuelas médicas y de salud mental más graves en una población que, en su día, no recibió la atención médica oportuna.

Cathy St Pierre (izquierda) y una colega junto con un veterano de guerra del ejército de EE.UU.



Generando confianza en la enfermería: profesionalidad, posibilidades y escollos

Dra. Marla Salmon, Profesora de Enfermería y Salud Global y Profesora Adjunta de Políticas Públicas y Gobernanza, Universidad de Washington, EE.UU.

“Por favor, conózcame, esté ahí para mí y preocúpese de verdad.”

Yo estaba en los albores de mi carrera en nuestro hospital local y ella era una paciente de cuidados prolongados. Su garbo innato y la elegante chaqueta de cama que llevaba sobre el camisón del hospital parecían ser sus últimas armas contra la pérdida de control y dignidad que estaba sufriendo. Rápidamente percibí su insistencia para ocuparse ella misma de su aseo personal. Le parecía bien que le ayudara a lavarse por encima de la cintura pero insistía en de ser ella la única persona que lavara su cuerpo entre su cintura y sus rodillas. Con el tiempo negociamos algunas variaciones, pero apartando yo la mirada siempre que me era posible.

Una noche, me lanzó una mirada perspicaz como si estuviera ponderando una decisión importante y finalmente me dijo con tono tranquilo y confidencial. *“Cariño, ¿quieres que te enseñe una cosa?”* Lentamente, echó a un lado las mantas y dirigió mi mirada hacia esa parte de su cuerpo que tanto se había esforzado por mantener oculta. Ahí, bien arriba, en el interior del muslo, tenía un pequeño corazón tatuado. No dijo nada pero sonrió sabiendo que me había dado cuenta de que ella era más que esa señora bien con una chaqueta de cama sobre el camisón. Era una persona que había vivido otra vida, que había amado y había sido amada. Con ese gesto sencillo me dijo: *“Quiero que sepas quién soy y que estés ahí de verdad para mí... en estos últimos días.”*

Falleció pocos días después. Le di su último baño en la cama respetando esa protección del pudor que habíamos negociado y después la vestí cuidadosamente con un camisón limpio y la arropé para su último sueño. Sentí su presencia a mi lado durante esos últimos cuidados. Abandoné su habitación triste por su fallecimiento pero también sintiendo el privilegio y el regalo de que hubiera confiado en mí para que la cuidara de verdad.

Tras varias décadas de profesión, he olvidado su nombre, pero ella sigue conmigo y ha tenido una profunda repercusión en mi vida y en mi carrera como enfermera. Ese regalo que me hizo me permitió aprender que la confianza es el corazón

de los cuidados y también su recompensa. Saber quiénes son nuestros pacientes y estar ahí de verdad para ellos es la esencia de la enfermería.

* * * * *

La profesionalización de la enfermería en todo el mundo ha repercutido en la salud de las personas provocando cambios significativos tanto en el estatus como en la reputación de las enfermeras. En muchos países en los que la enfermería está muy profesionalizada también se considera que es la profesión que goza de mayor confianza o una de las que más. Los índices por los que se mide la confianza de las enfermeras guardan una estrecha relación con los atributos que constituyen los rasgos distintivos de las profesiones y con las expectativas fundamentales de los ciudadanos para su contrato social. Todas las ocupaciones implican trabajar a cambio de algún tipo de compensación y a las profesiones se les concede un estatus especial en función de su ‘contrato’ con la sociedad, lo cual implica regirse por determinados estándares de conducta, conocimiento y experiencia. La autonomía y la autorregulación son condiciones esenciales de ese contrato y reflejan la confianza y la expectativa de que los miembros de la profesión estén formados y socialicen garantizando unos conocimientos y experiencia adecuados junto con un juicio sólido, integridad y ética, compromiso con el bienestar del cliente, así como desinterés y altruismo en su trabajo. A cambio, la sociedad concede los privilegios de gozar de un estatus especial en la sociedad, en particular autonomía, autorregulación y una relación especial con las instituciones y el gobierno.

La enfermería se beneficia de dos tipos de confianza: la confianza individual en las enfermeras y la confianza colectiva de los ciudadanos en la profesión. La primera se genera cuando una enfermera construye relaciones positivas con clientes y familias ganándose el permiso para hacer determinadas cosas en esa relación que no les estarían permitidas a otras personas. La confianza a largo plazo en la enfermera depende de su capacidad de relacionarse con el paciente y la familia de manera que tengan garantías de que su mejor interés y bienestar vienen en primer lugar.

La confianza en la profesión está arraigada en el contrato social por el que se rige el comportamiento de las enfermeras y refleja ciertas expectativas y estándares codificados. Este contrato social, aunque esté reflejado en leyes, reglamentos, formación y expectativas institucionales, se basa principalmente en las experiencias de los pacientes y sus familias. Con otras palabras, lo que cada enfermera hace individualmente tiene una repercusión significativa en la visión de la profesión por parte de los ciudadanos. Una mala conducta de una enfermera tiene el potencial de erosionar el

contrato social, y la confianza, con todos los miembros de la profesión. De todas las formas de mala conducta, el provecho propio – servir tus propios intereses antes que los de los pacientes y las familias – es uno de los menos aceptables para el público. La pérdida de confianza de los ciudadanos en que las enfermeras son sus defensores y ponen sus intereses en primer lugar representa un riesgo considerable para el contrato social de la profesión con el público así como para la relación de la enfermera a título individual con sus pacientes.

La transacción con la que más confianza se gana es aquella con la que el público sale ganando sin ningún beneficio aparente para la profesión. En cambio, una transacción especialmente beneficiosa para los ciudadanos y que también promueva los intereses de la enfermería podría generar debate en la opinión pública sobre su razón de ser (sucede en ocasiones al argumentar a favor de la ampliación de determinadas funciones en competencia con las de los médicos y otros trabajadores sanitarios, especialmente si hay en juego algún beneficio económico claro). Esas transacciones que benefician a la profesión sin ninguna ventaja clara para el público probablemente representen los acuerdos beneficiosos menos aceptables para generar confianza. De ahí la gran importancia de la 'óptica' de este tipo de transacciones.

Las enfermeras a título individual generan confianza día tras día al pedirles a sus pacientes que confíen en su juicio y crean que actuarán en su mejor interés. Se espera que, cuando las enfermeras actúan en el marco de la ética profesional y en su ámbito legal de la práctica, los pacientes puedan depender de ellas. Sin embargo, generar confianza en la profesión a mayor escala es una cuestión más compleja que tiene una profunda repercusión en todos sus miembros. No cumplir con lo que el público considera que es su contrato con la enfermería puede tener un consecuencias importantes para el estatus de la enfermería como profesión y para el bienestar de sus miembros.

La confianza es un reflejo de la relación con el público: cómo se comporta la enfermera por un lado y cómo se percibe por el otro. Alimentar una relación positiva con el público implica satisfacer las expectativas y contribuir a darles forma. Se trata

de generar un terreno común en el que la enfermería y el público trabajen juntos para lograr un beneficio para la sociedad y sus miembros respetando y sosteniendo a las enfermeras en su labor cotidiana. Esta relación entre la enfermería y el público ha de alimentarse de manera colectiva así como a través de las interacciones individuales entre las enfermeras y las personas a las que atienden. También implica que la enfermería se rija a sí misma de forma sabia y prudente, poniendo en primer lugar los intereses del público al abordar la formación y la regulación de las enfermeras. Esta constante rendición de cuentas es un mecanismo crucial para ofrecer garantías al público de que la enfermería es merecedora de su confianza.

Recurrir a la confianza para obtener un beneficio profesional puede ser beneficioso en un determinado momento pero también puede tener consecuencias negativas a más largo plazo. Una relación fuerte, informada y continuada en la que las enfermeras se ganan su reputación como profesionales compasivos y expertos que defienden el bien del público promete un beneficio continuado mucho mayor para todos que una relación basada en transacciones ocasionales.

Resumiendo, la confianza es la base del estatus de la enfermería como profesión y de la relación que las enfermeras tienen individualmente con sus pacientes, familias y el público en general. El contrato social en el que se enmarca el estatus de la enfermería como profesión establece las modalidades en las que podemos ejercer, al igual que nuestra capacidad de utilizar nuestros conocimientos, experiencia y juicio, así como nuestra preparación y quiénes juzgan nuestra conducta e influyen en nuestras condiciones laborales y nuestra compensación. Las relaciones entre la profesión y los ciudadanos son dinámicas y reflejan la colaboración continuada de las enfermeras como personas y como miembros de grupos y organizaciones profesionales. Ganarse la confianza de cada paciente, familia y el público en general es fundamental para mantener y generar confianza. Para adquirir confianza, la pregunta fundamental ha de ser: "¿Qué efecto va a tener esta transacción en la relación especial de confianza que la enfermería tiene con los ciudadanos?"



Estudio de Caso

Reino Unido - Haciendo que la información sanitaria sea accesible y comprensible

Autor: Parveen Ali, Reino Unido

Dos enfermeras, Parveen Ali y Nisar Ahmad Gilal, presentan un programa de radio semanal en urdu/hindi para comunidades surasiáticas en Sheffield, Inglaterra, que ofrece información sobre problemas de salud utilizando un lenguaje fácil y libre de jerga específica para aquellos miembros de la comunidad con un conocimiento limitado de la lengua inglesa.

Casi el 10% de la población de Sheffield es de origen surasiático, en particular se trata de personas provenientes de Paquistán, India y Bangladesh o cuyos ancestros son de estos países. El urdu/hindi es la lengua oficial de Paquistán y la entienden muchas personas del sur de Asia cuya lengua materna es el panyabí, el hindi, el pothwari, el sindhi o el baluchí.

El perfil de salud de esta comunidad es peor que el del resto de la población de Inglaterra y muchas personas padecen diabetes, problemas de corazón e infartos y la alfabetización en salud de esta población es motivo de preocupación. Las comunidades étnicas cuyos miembros tienen un conocimiento limitado de la lengua principal tienden a someterse a menos pruebas de salud como por ejemplo cribados cervicales y chequeos rutinarios. También tienden a presentarse tarde con enfermedades graves y muestran un bajo índice de utilización de servicios para enfermedades mentales y una mala gestión de enfermedades prolongadas como la diabetes.

El programa de salud de Parveen Ali pretende brindar información sencilla, sin tecnicismos, sobre problemas de salud, así como incrementar la concienciación sobre cuestiones de salud pública y disipar cualquier mito sobre la salud garantizando información facilitada por enfermeras y profesionales sanitarios especializados.

El programa, que también se emite en directo en Facebook, lleva más de un año en antena y los comentarios y reseñas al respecto indican que la gente valora la utilidad y fiabilidad de la información, además de sentirse mejor preparados para entender sus problemas de salud y acceder a los servicios sanitarios con mayor facilidad.

El diseño y la emisión de este programa han contribuido a mejorar la imagen de las enfermeras ante los ojos del público, especialmente en las comunidades del sur de Asia donde relativamente pocas personas eligen la enfermería como profesión. El programa demuestra que las enfermeras pueden utilizar sus conocimientos y habilidades de forma innovadora y contribuir así a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la difusión de información. Así es como cumplen con sus obligaciones como profesionales sanitarios, demuestran el liderazgo de las enfermeras y ofrecen una imagen positiva de la profesión.

Las enfermeras Parveen Ali y Nisar Ahmad Gilal presentan su programa de radio de información sobre la salud para las comunidades surasiáticas en Sheffield, Inglaterra



Cambiando la narración de la enfermería

Dra. Barbara Stilwell, Directora General, Campaña Mundial Nursing Now

Las enfermeras llevan décadas intentando explicar exactamente qué es la enfermería. Es biopsicosocial en sus planteamientos y también se basa en una relación con el cliente o paciente que reconoce su individualidad y genera confianza, honestidad y una resolución conjunta de los problemas. En esta relación, la inteligencia emocional desempeña un papel fundamental y se encuentra en el corazón de los cuidados. Sin embargo, una revisión sistemática internacional de la percepción de la enfermería por parte de los ciudadanos realizada recientemente ha encontrado que el público confunde las funciones de las enfermeras: los ciudadanos confían en las enfermeras pero no necesariamente las respetan y no entienden su trabajo.¹⁵ ¿Es 2020 una oportunidad para que las enfermeras expliquen mejor lo que hacen, por qué lo hacen y cómo pueden cambiar los resultados de salud?

Una enfermera teórica americana temprana, Hildegard Peplau, desarrolló un modelo de enfermería que a día de hoy sigue siendo una base implícita para toda la práctica de profesión. Su idea aparentemente sencilla era que en el corazón de todas las intervenciones de enfermería subyace la relación entre la enfermera y el paciente. Peplau también supuso que la relación entre la enfermera y el cliente podía ser terapéutica, en sí misma. No resulta sorprendente la aplicación y la influencia del trabajo de Peplau en la enfermería de salud mental.

Si el *fundamento* de la labor de la enfermería es la capacidad de las enfermeras de generar relaciones empoderantes con

cada uno de sus pacientes o clientes como personas, todo lo que viene después está diseñado para responder a lo que el paciente o cliente revela sobre sus necesidades teniendo en cuenta el contexto – familia, antecedentes, educación, situación económica, problemas actuales de salud – que aporta a la consulta hoy y sus objetivos de salud en el futuro. Construir una relación con el paciente permite a la enfermera explorar cada dimensión de la salud y descubrir cuál es la más importante para el paciente y su salud como fuente de información para los cuidados de enfermería que se habrán de prestar.

El conocimiento y la experiencia únicos de la enfermería sirven para determinar los problemas que hay que abordar en cada encuentro y estudiarlos con el paciente a través de su relación terapéutica. Este es el valor añadido que la enfermera aporta al procedimiento y que distingue la práctica de la enfermería de la práctica de la medicina. Esta es la verdadera atención centrada en el paciente y, si se realiza bien, entonces la enfermería se convierte en *sí misma* en una terapia que abarca la gestión de enfermedades, la educación para la salud y el apoyo para la resiliencia física, mental y emocional.

Existen muchos procedimientos técnicos que pueden llevar a cabo competentemente distintos miembros del equipo de salud y de hecho es común compartir tareas en numerosas áreas clínicas. Pero no son las tareas las que aportan la riqueza y la terapia de la labor de las enfermeras sino su enfoque en la persona y sus numerosas dimensiones.



¿QUÉ ES LA ENFERMERÍA?

El *arte* de la enfermería consiste en establecer una relación con el paciente que permita un estudio completo de todas las 'casillas' para determinar prioridades y establecer un itinerario de acción. La *ciencia* de la enfermería se basa en las capacidades clínicas de la enfermera para realizar exploraciones físicas, prescribir y llevar a cabo tratamientos, derivar adecuadamente a otros miembros del equipo y gestionar los casos para obtener un buen resultado de salud.

A continuación, se ofrecen únicamente algunos ejemplos que demuestran el valor que pueden aportar las enfermeras a los resultados de salud:

1. Los pacientes con cáncer de pulmón viven más tiempo, se evitan hospitalizaciones innecesarias y aguantan mejor el tratamiento cuando les cuidan enfermeras especializadas.¹⁶
2. La prestación de servicios de atención primaria por parte de enfermeras en lugar de médicos probablemente proporcione a los pacientes resultados de salud similares o mejores a la par que una mayor satisfacción.¹⁷
3. En los países de renta alta, una cantidad adecuada de enfermeras bien formadas trabajando en las áreas de cuidados agudos puede reducir el riesgo de mortalidad del paciente.¹⁸
4. Los cuidados dirigidos por enfermeras pueden ser más eficaces que los de los médicos en términos de promoción de la adherencia terapéutica y la satisfacción del paciente.¹⁸
5. Desplazar tareas específicas hacia las enfermeras para ampliar los cuidados a los africanos pobres de zonas

rurales con VIH/SIDA, hipertensión y diabetes ha tenido una repercusión positiva en la carga de trabajo de los médicos y ha permitido una mejor gestión de las enfermedades para más personas.¹⁹

6. Los desajustes entre la dotación de personal y las necesidades de los pacientes guardan relación con una mayor mortalidad de los mismos.¹⁹

Como profesión, las enfermeras han de trabajar con datos – y considerar qué se recopila, qué se mide y cómo se utilizan los descubrimientos – para demostrar el valor de su trabajo y, en especial, el de la atención integral a la persona en los resultados de salud. Asimismo, las enfermeras han de comunicar su repercusión potencial. Se trata de información importante para los pacientes puesto que deben exigir y esperar cuidados de enfermería igual que exigen cuidados médicos.

Hemos de encontrar juntos una solución estratégica para colaborar con el público en la defensa de las enfermeras a causa del valor que estas tienen para potenciar la vida. Tenemos que impulsar la relación existente entre los cuidados de enfermería, los resultados de salud y una mejor recopilación de datos. Las enfermeras deben presionar a favor de mejores modalidades de recopilación de datos sobre la fuerza laboral para poder medir adecuadamente la aportación de la profesión. Como comunidad de enfermería, podemos reflexionar sobre la idoneidad de los modelos de cuidados existentes para la enfermería del próximo siglo. 2020 es una oportunidad para cambiar la narración de la enfermería.



Estudio de Caso

Barbados - Empoderando a quienes padecen enfermedades mentales

Autor: Asociación de Enfermeras de Barbados

El Servicio Comunitario de Enfermería de Salud Mental (SCESM) tiene como objetivo proporcionar el mayor nivel de atención de salud mental para satisfacer las necesidades biopsicosociales de las personas, familias y grupos con el fin de reducir la incidencia de las enfermedades mentales y las hospitalizaciones. Su modelo de promoción de la salud y su enfoque completo, holístico y basado en la evidencia pretende empoderar a las personas para que se hagan cargo de su salud y tomen decisiones informadas.

El SCESM nació en septiembre de 1971 gracias a la labor pionera de Monica Jordan, la enfermera que lo fundó para abordar los problemas derivados del creciente abandono de la atención de seguimiento y la elevada tasa de rehospitalizaciones del hospital psiquiátrico.

Para los primeros años 2000, el servicio ya había crecido y las enfermeras recibían formación especializada en salud mental comunitaria, lo cual les permitía realizar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Hoy, el SCESM cuenta con un amplio equipo multidisciplinar y una clínica de orientación infantil en el policlínico, además de ofrecer servicios clínicos bisemanales para la prisión,

informes periciales a demanda y un servicio accesible al público las 24 horas. Asimismo, ha sido testigo de un considerable descenso en las rehospitalizaciones puesto que la mayoría de las personas de la comunidad con problemas de salud mental buscan ayuda en este servicio comunitario en lugar de acudir al hospital, que aún es objeto de estigma.

El SCESM cuenta con un equipo entregado de enfermeras especialistas que prestan cuidados con un nivel y planteamiento que empodera a esta población para mantener su bienestar mental en línea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible #3 de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos.

Las enfermeras que trabajan en este servicio se sienten enormemente satisfechas al conseguir que los clientes con enfermedades mentales puedan permanecer en sus comunidades, gestionar sus problemas de salud mental y seguir siendo ciudadanos productivos.

Como sigue habiendo estigma alrededor de las hospitalizaciones psiquiátricas, empoderar a estos ciudadanos para permitirles llevar una vida normal sin tener que hospitalizarse es un gran logro del SCESM.



PARTE DOS LOS RETOS DE LLEVAR AL MUNDO HACIA LA SALUD

A medida que se producen cambios demográficos y económicos en todo el mundo, el problema de la salud y la atención sanitaria ocupa un lugar cada vez más central. Continúa la presión sobre la financiación de la atención de salud a causa de las crecientes exigencias, los avances tecnológicos y científicos y las expectativas de los consumidores. Estas fuerzas, cuando se juntan, generan obstáculos que en ocasiones parecen insuperables. Sin embargo, tal y como señala la evidencia, una atención sanitaria eficaz y eficiente ofrece mejores resultados de salud y sociedades más prósperas y cohesionadas.

Fundamentalmente, aunque la salud se considere un activo nacional, existen numerosas prioridades al respecto que difieren entre las distintas regiones y que van desde

el abordaje de las instalaciones de salud inadecuadas y el acceso a los cuidados hasta la atención a las personas mayores, las condiciones del estilo y la elección de vida y la falta de formación y de personal cualificado.

En esta sección analizamos algunos de los retos que hay que afrontar para llevar al mundo hacia la salud y cómo tienen que cambiar los sistemas sanitarios para adaptarse y poder superar estos desafíos, en particular: garantizando sistemas de salud de alto desempeño; abordando las desigualdades y los determinantes sociales de la salud; prestando cuidados de calidad rentables a lo largo de todo el ciclo vital; y afrontando la escasez de profesionales de la salud mediante servicios sanitarios de valor elevado.

Heridos en el corazón, la mente y el cuerpo

Kim Ryan, Profesora Adjunta Asociada, Universidad de Sídney, Enfermera de Salud Mental Acreditada

A nivel mundial, se calcula que casi mil millones de personas padecen ansiedad, de las cuales un tercio también sufrirá de depresión. 60 millones de personas padecen trastorno bipolar, 21 millones tienen esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y cada 40 segundos se suicida una persona. El Foro Económico Mundial predijo en 2019 que para 2030 la principal causa de mala salud será la depresión con un coste estimado de 16 billones de dólares al año. El coste actual de la de productividad perdida por mala salud mental se calcula que asciende a 2,5 billones de dólares. A pesar de estas cifras tan asombrosas, sabemos que el número de enfermedades mentales y de problemas de salud mental notificado es muy inferior al real así que su repercusión podría ser mucho mayor en el futuro.²⁰

Sin embargo, no solo hay que abordar los problemas de salud mental sino también la salud física de las personas con enfermedades mentales. Quienes padecen trastornos mentales graves tienen, como media, una esperanza de vida unos 10-25 años inferior a la de la población general.²¹

La amplia mayoría de estos fallecimientos se debe a problemas médicos crónicos de tipo físico como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas, diabetes e hipertensión. Las personas con enfermedades mentales graves tienden a fumar más, así como a realizar menos ejercicio físico y alimentarse peor, todo lo cual se ve agravado por los efectos secundarios de la medicación.

Tras un ataque al corazón, las personas que padecen una enfermedad mental tienen 60 veces más probabilidades de suicidarse respecto a las que no la sufren.²² Incluso para quienes carecen de antecedentes de enfermedades mentales, el riesgo de suicidio se triplica en el mes posterior a un infarto, riesgo que permanece elevado durante al menos cinco años. Convivir con una enfermedad crónica como diabetes, endometriosis, problemas respiratorios o neurológicos también puede incrementar el riesgo de depresión y ansiedad. Doscientos millones de mujeres padecen endometriosis, y hay que tener en cuenta que unos índices elevados de depresión y ansiedad pueden amplificar el dolor pélvico.²³

Para ayudar a las personas a lograr una salud plena y vivir en plenitud, hemos de empoderarlas para que busquen ayuda y la reciban, además de sostener el mejor nivel de salud y bienestar que pueden alcanzar. La OMS sigue recordándonos que no hay salud sin salud mental pero que para lograr este objetivo hemos de abordar cuestiones como el estigma y la discriminación.

El estigma y la discriminación resultan evidentes en todos los países en relación con la mala salud mental en distintos grados. Nueva Zelanda anunció en 2019 su primer presupuesto para salud mental y bienestar: un paso progresista y una inversión significativa que saca de la sombra la mala salud mental. Sin embargo, por desgracia, sabemos que hay países en los que las personas siguen encadenadas a camas, a bloques de cemento o a rediles para animales. Como enfermeras, tenemos la función y la responsabilidad de derribar estas barreras y sostener el avance de la atención de salud mental para todas las personas.

Como enfermeras, trabajamos en todos los entornos clínicos y de la práctica, con personas de todos los contextos culturales, en la totalidad del ciclo vital, abordando el espectro de necesidades de atención sanitaria. Las enfermeras y las parteras representan casi el 50% del personal de salud y hay más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo, es decir, una poderosa fuerza para el cambio. El número de enfermeras de salud mental/psiquiátricas supera ampliamente al de psiquiatras. Resulta muy claro que la forma de abordar las necesidades de salud mental de nuestras comunidades globales es a través de la enfermería.²⁴

Todas las enfermeras han de ser más conscientes y capaces de afrontar las necesidades de salud mental de las personas con las que trabajan. Quienes padecen endometriosis es probable que vean a una enfermera de salud reproductiva pero es improbable que vean a una enfermera de salud mental hasta

que experimenten un problema de salud mental; quienes han sufrido un ataque al corazón es probable que vean a una enfermera generalista o cardiaca. Y estas enfermeras han de ser capaces de explicar la incidencia de los problemas de salud mental y apoyar a estas personas en todo su recorrido.

Al mismo tiempo, es fundamental que sigamos construyendo y sosteniendo al personal de enfermería de salud mental/psiquiátrica que tiene las habilidades, el conocimiento y la experiencia requeridos para formar parte de la solución de las crecientes necesidades de la comunidad global a este respecto. Las enfermeras de salud mental/psiquiátricas están bien posicionadas para ayudar a todas las enfermeras y parteras a reconocer mejor este tipo de problemas y proporcionar apoyo y cuidados generales en este sentido. Es necesario fortalecer la educación en salud mental en todos los programas de enfermería y partería con el fin de garantizar que dicho personal está cualificado y se siente seguro a la hora de tratar problemas de salud mental y sabe cuándo realizar una derivación a una enfermera de salud mental/psiquiátrica.

La medicalización de la salud mental no tiene en cuenta el enfoque necesario ni la inversión requerida para abordar los determinantes sociales de la salud. Sin salud mental no hay salud. Las circunstancias en las que vivimos, trabajamos y jugamos afectan a nuestra salud general y mental y, por tanto, no podemos esperar lograr un bienestar óptimo si no tenemos acceso a formación, vivienda, empleo, alimentos y agua seguros y sensación de seguridad.

Para impulsar el cambio, hemos de abordar las necesidades de salud mental de la comunidad global. Las enfermeras de salud mental/psiquiátricas han de tener una posición paritaria en todos los organismos de toma de decisiones y estar empoderadas para contribuir con sus extraordinarios conocimientos, habilidades e ideas a la mejora de la salud mental y el bienestar de todos.



Estudio de Caso

Australia - Liderando la atención primaria para quienes conviven con una enfermedad mental

Autor: Profesora Asociada Karen Heslop, Australia

Cockburn Wellbeing (Cockburn Bienestar) es un servicio gratuito de atención primaria dirigido por enfermeras de atención directa para personas que padecen una enfermedad mental y no reciben atención de salud periódicamente. El servicio pretende reducir las desigualdades de salud física de este grupo de clientes respecto a la población general.

Se calcula que el 40% de las personas que padecen una enfermedad mental también tienen una enfermedad física crónica como por ejemplo obesidad, enfermedad cardíaca, hipertensión, enfermedad respiratoria, síndrome metabólico, diabetes o cáncer. Los factores relativos al estilo de vida como una mala dieta, el tabaco, el consumo de alcohol y el abuso de sustancias o el sedentarismo contribuyen a la obtención de malos resultados de salud y este colectivo de personas tiene más probabilidades de morir más joven que la población general.

Recurriendo a un modelo de cuidado integral, las enfermeras de atención directa ofrecen un abanico completo de servicios, en particular cribado, detección y gestión de enfermedades crónicas comunes, intervenciones en relación con el alcohol y otras drogas, atención de salud bucodental y sexual, educación sobre el estilo de vida y alfabetización en salud, gestión de la medicación, además de asesoramiento y apoyo psicosocial.

Las enfermeras de atención directa son especialmente importantes en la atención primaria de salud puesto que las personas con enfermedades mentales no siempre son capaces de moverse eficazmente por el sistema sanitario. Estas enfermeras dispensan atención holística y complementaria a los servicios proporcionados por los médicos generalistas, y las revisiones sistemáticas de su eficacia muestran sistemáticamente un elevado índice de satisfacción del consumidor con la atención recibida y la rentabilidad que ofrecen.

Las enfermeras de atención directa de Cockburn Wellbeing prestan servicios en la región de esta ciudad situada en Australia Occidental. El 9,4% de la población de Cockburn padece un nivel de sufrimiento psicológico entre elevado y muy elevado.

Cockburn Wellbeing ofrece atención primaria de bajo coste, integral, eficaz y atractiva a las personas que históricamente no buscan atención de salud una vez han recibido el alta de los servicios especializados en salud mental.

Cockburn Wellbeing es un servicio importante a causa del aumento de las desigualdades de salud en este grupo de clientes a pesar del alto nivel de concienciación sobre estas cuestiones en la comunidad. Cuando las personas reciben el alta del

hospital, a menudo no acceden a atención de salud hasta que no están extremadamente mal y, de este modo, inevitablemente se ejerce presión en los servicios de emergencia. Cockburn Wellbeing pretende mantener bien a estos clientes en su comunidad local concertando citas periódicas con ellos y utilizando un modelo integral de cuidados.

Historia de una paciente

Por ejemplo, cuando el cliente x, con esquizofrenia, fue derivado a Cockburn Wellbeing tras recibir el alta hospitalaria, estaba aislado socialmente, tenía sobrepeso, era fumador empedernido y llevaba varios años sin trabajar. Tras examinarle, la enfermera de atención directa dirigió sus cuidados sobre todo a la gestión del estilo de vida y a sostenerle para que se integrara más en su comunidad, en particular realizando periódicamente procedimientos de monitorización y cribado asociados a los riesgos para su salud física y su medicación. Se le proporcionó educación para la salud en relación con su enfermedad mental y se abordó su necesidad de realizar cambios en su estilo de vida. Tras 12 meses en contacto, el cliente x había dejado de fumar, había reducido su índice de masa corporal y había conseguido un trabajo permanente a tiempo parcial. A día de hoy sigue en contacto con las enfermeras de atención directa de Cockburn Wellbeing y recomienda el servicio a otras personas.



Sistemas de salud capaces de satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades

David Stewart, Consultor, Consejo Internacional de Enfermeras

En ocasiones, las cifras no trasladan el verdadero horror de la noticia que se da a conocer. En 2018, Lancet²⁵ publicó un estudio que apuntaba a 8,6 millones de muertes en exceso en los países de renta baja/media (PRBM) atribuibles a la atención de salud. Cinco millones eran como consecuencia de cuidados de mala calidad y 3,6 millones por no recurrir a atención sanitaria. El coste de esta pérdida de vidas se estima en 6 billones de dólares estadounidenses para las economías locales. Este problema no afecta únicamente a los países con este nivel de renta puesto que, por ejemplo, en EE.UU. los errores médicos son la tercera causa principal de muerte después de las enfermedades del corazón y el cáncer.²⁶

Se supone que la función de un sistema sanitario es devolver la salud y aliviar el sufrimiento. ¿Qué podemos hacer cuando el sistema es el culpable? La causa puede guardar relación con personal que carece de las habilidades adecuadas, errores en el juicio realizado o en los cuidados prestados, o un defecto de los sistemas como por ejemplo un fallo informático, errores en la medicación, errores quirúrgicos o enfermedades que se quedan sin diagnosticar. Sin embargo, cuando el sistema funciona bien se nota claramente que el mundo nunca ha tenido un arsenal tan sofisticado de intervenciones y tecnologías para curar enfermedades y prolongar la vida. Buena parte del sufrimiento provocado por las enfermedades en el mundo es innecesario gracias a la existencia de intervenciones eficaces y asequibles de prevención, tratamiento y rehabilitación. Así que, de cara al futuro, ¿cómo podemos lograr sistemas de salud que respondan a las necesidades de las personas y las comunidades?

Los sistemas de salud dependen mucho del contexto de la región. Sin embargo, las acciones que se pueden emprender para sostener el fortalecimiento de sistemas de salud de alto desempeño son similares en todo el mundo.

Un sistema de salud de alto desempeño es aquel que ha cambiado su enfoque filosófico para dejar de curar al enfermo únicamente y pasar a sostener el bienestar, la prevención y la intervención temprana. Este sistema interactúa con otros sectores como la formación, el empleo, la información y la tecnología, la vivienda y el transporte para afrontar los determinantes sociales de la salud. Asimismo, tiene una comprensión holística de las necesidades de las personas y, en última instancia, trabaja con consumidores informados y empoderados. Un sistema organizado como este es importante para mejorar la salud y reducir las desigualdades que vienen de lejos y a menudo se concentran en las

personas social y económicamente desfavorecidas. Y lo que es más importante aún, es accesible y seguro evitando así la muerte innecesaria de millones de personas a causa de una mala atención o falta de disponibilidad de servicios de salud.

Las oportunidades para modelar este futuro son prometedoras y factibles, pero hacen falta participación y colaboración entre quienes formulan las políticas, los profesionales de la salud y, en última instancia, los consumidores. Mantener un nivel de cuidados de alta calidad requiere centrarse en el personal de salud y poner especial énfasis en la enfermería por ser la mayor profesión proveedora de servicios de salud en primera línea en todo el mundo.

Características de un sistema de salud de alto desempeño

- Todas las personas, independientemente de su edad, sexo, creencias religiosas o cualquier otro factor tienen acceso a cuidados de calidad, seguros y asequibles
- Liderazgo y gobernanza fuertes para una supervisión eficaz, capacidad de respuesta del sistema y rendición de cuentas
- Realiza trabajos de prevención, promoción y tratamiento apropiados en el momento apropiado, el lugar apropiado y para el paciente y el consumidor apropiados
- Los profesionales clínicos recurren a la tecnología para diagnosticar y tratar las enfermedades con mayor precisión y dispensar cuidados
- Todos los actores que prestan cuidados en el ecosistema se comunican eficaz y eficientemente y utilizan la información teniendo presente el mejor interés de los consumidores
- Dispone de personal de salud de elevado desempeño dotado de recursos y empoderado (es decir, suficiente plantilla, con una distribución equitativa, competente, con capacidad de respuesta y productiva)
- Los pacientes están informados y participan activamente en su plan de tratamiento
- Los modelos nuevos y rentables de prestación de cuidados llevan la atención de salud a lugares y a personas que carecen de ella
- Los servicios de salud se prestan de forma segura, eficaz y eficiente con un desperdicio mínimo de recursos.²⁷

Comunidades divididas, un mundo desigual

Dra. Susan B. Hassmiller, Asesora Sénior de Enfermería, Fundación Robert Wood Johnson

Hay demasiadas personas en el mundo sufriendo desigualdades de salud, desequilibrios de poder e injusticias desde su primer hasta su último aliento. Existe un gran abismo entre los ricos y los pobres, las personas sanas y las no sanas y entre las personas con formación y sin ella. Según el Banco Mundial, en 2015 más de 700 millones de personas – o el 10% de la población mundial – vivían con menos de 1,90 USD al día²⁸, lo cual implica dificultades para satisfacer las necesidades más básicas como la atención sanitaria, la educación o el acceso a agua y saneamiento. Incluso en las naciones más ricas, los pobres se enfrentan a obstáculos significativos: falta de acceso a buenos empleos con una remuneración justa, educación y vivienda de calidad, entornos seguros, alimentos saludables y agua limpia, así como atención de salud.

Para reducir esta brecha, los 191 Estados Miembros de la ONU se comprometieron en 2015 a alcanzar los ODS en 2030. Estos objetivos abordan la pobreza, el hambre, la desigualdad, el cambio climático, la prosperidad, la paz y la justicia tanto entre naciones como dentro de las mismas. Los ODS imaginan un mundo mucho mejor que el que habitamos hoy, un mundo en el que todos tienen acceso a atención de salud, suficiente comida, así como a una oportunidad para prosperar. Aunque solo uno de ellos se refiere a la salud específicamente, el progreso hacia los ODS mejorará drásticamente la salud en todo el mundo porque los determinantes sociales de la salud – los complejos factores sociales y ambientales como el lugar en que nacemos y vivimos, la fortaleza de nuestras familias y comunidades y la calidad de nuestra formación – van dando forma a nuestra salud en el trascurso de nuestra vida. La manera desigual en que experimentamos los determinantes sociales de la salud es responsable en gran medida de las inequidades de salud, las diferencias de salud injustas y evitables que se aprecian tanto en el interior de los países como entre las naciones.²⁹

Las enfermeras están bien equipadas para desempeñar su papel en la consecución de los ODS. La profesión de enfermería ahonda sus raíces en una preocupación fundamental por las necesidades sociales, emocionales y físicas de los desfavorecidos.³⁰ Las enfermeras están formadas para comprender los factores que modelan la vida de una persona – quizá viva en la pobreza, carezca de acceso a una vivienda segura o tenga problemas de adicciones, por ejemplo – y cómo afectan a su salud. Asimismo, saben cómo adaptar los cuidados para afrontar mejor estas circunstancias y brindar a las personas su mejor oportunidad de salud.³¹ Necesitamos los conocimientos y las habilidades de las enfermeras para abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de afrontar la crisis de salud más devastadora

de nuestro mundo teniendo en cuenta que dichos determinantes a menudo están entrelazados con factores como la discriminación, la falta de vivienda y la violencia.

Consideremos, por ejemplo, el cambio climático (ODS 13), que afecta a todos los países del mundo pero de forma desproporcionada a los más pobres de todos. Si no se actúa drásticamente, un informe de la ONU nos avisa del rápido incremento de la escasez de alimentos a causa de la degradación de la tierra, que deja cada vez menos terreno a disposición para la agricultura. Según algunos autores del informe, es más probable que la escasez de alimentos afecte a las regiones más pobres que a las más ricas provocando así un incremento de las migraciones hacia América del Norte y Europa.³² La OMS también estima que entre 2030 y 2050, el cambio climático provoque unas 250 000 muertes adicionales al año por malnutrición, malaria, diarrea y estrés térmico.³³

Las enfermeras, por el mayor componente del personal de salud en todo el mundo, pueden asociarse y liderar esfuerzos para contribuir a que los sistemas sanitarios sean más sostenibles, además de tomar decisiones más sostenibles en sus propias casas y asociarse con otros actores en los niveles local, nacional e internacional para reducir el impacto del cambio climático.³⁴ Pueden sensibilizar sobre las implicaciones del cambio climático para la salud y defender cambios políticos. A medida que aumenta la intensidad de las catástrofes a causa del cambio climático, cada vez serán más importantes las colaboraciones y alianzas existentes entre la profesión enfermería y las organizaciones humanitarias para reducir el riesgo de desastres, así como en cuestión de respuesta y recuperación.³⁵

Las enfermeras han de actuar como socios y líderes para afrontar los determinantes sociales de la salud. Por eso la Academia Nacional de Medicina de EE.UU. y la Fundación Robert Wood Johnson están colaborando en un segundo informe sobre el futuro de la enfermería, que se publicará a finales de 2020. Dicho informe guiará el trabajo conjunto de las enfermeras y las instituciones para comprender mejor los determinantes sociales de la salud junto con las necesidades insatisfechas de las personas y las comunidades y el papel de las enfermeras para afrontarlas. Las enfermeras, quienes formulan las políticas y otros profesionales sanitarios y cargos electos en todo el mundo podrán utilizar el informe como guía para indicar cómo puede la profesión de enfermería abordar los determinantes sociales de la salud al objeto de crear un mundo más justo y equitativo. *(El siguiente enlace contiene más información sobre el informe: <https://nam.edu/publications/the-future-of-nursing-2020-2030/>).*

Estudio de Caso

Canadá - Sosteniendo a los supervivientes de la trata de personas

Autor: Asmaa Mabrouk, Canadá

La trata y explotación de personas afectan a un amplio abanico de población, desde mujeres adolescentes acomodadas que viven en casas en las afueras hasta hombres adultos que viven en las calles. Cualquier situación que implique reclutar, albergar o transportar a personas para su explotación, recurriendo engaños, coerción o violencia se considera trata de personas. Por explotación se entiende una situación en la que se aprovechan las vulnerabilidades de una persona contra ella misma para forzar relaciones sexuales. Para las víctimas de la trata de personas, los servicios sanitarios tradicionales pueden ser estresantes e inadecuados por el ajetreo que se vive en ellos, los tiempos de espera y las dificultades para moverse por el sistema.

Para contrarrestar estas dificultades, la enfermera de atención directa en atención primaria Tara Leach estableció la clínica Atención de Salud, Educación, Defensa y Enlace para una Curación Informada por el Trauma (H.E.A.L.T.H). Se trata de una clínica personalizada para los supervivientes de la trata de personas.

Tara Leach presta cuidados holísticos teniendo en cuenta la forma en que un trauma, como la violencia sexual, la explotación y la adversidad en la infancia pueden afectar a la vida de una persona. Como enfermera de atención directa, sus citas no tienen límite de tiempo y a los pacientes no se les pide que faciliten un documento de identidad o demuestren disponer de seguro.

La filosofía de la clínica es proporcionar cuidados sin juzgar e informados por el trauma en un marco de trabajo centrado en el paciente.

La clientela de la clínica está aumentando puesto que muchas personas no se identifican como víctimas de trata a pesar de sus historias de coerción, explotación y violencia sexual.

La clínica H.E.A.L.T.H. ha tenido un efecto positivo en las vidas de nuestros clientes. Muchos de ellos nunca habían contado con el seguimiento de un proveedor de salud y ahora por fin pueden ajustar su medicación, tratar problemas continuados de salud y aprender más sobre sus diagnósticos de salud mental. La clínica también ha derivado a numerosos clientes a programas de abuso de sustancias con el fin de ayudarles a gestionar sus adicciones para que puedan reintegrarse en la sociedad de forma segura y productiva.

Además de los servicios de salud sexual, buena parte de nuestro trabajo consiste en el tratamiento, la gestión y el diagnóstico de problemas de salud mental. Muchos pacientes acuden a nosotros con enfermedades sin diagnosticar como por ejemplo trastorno por estrés postraumático, ansiedad, depresión y trastorno por déficit de atención e hiperactividad y necesitan ayuda para encontrar la medicación adecuada y mecanismos de afrontamiento. Muchos tienen un largo historial de abuso y abandono por lo que necesitan gran cantidad de cuidados y apoyo. La clínica está ahora en el proceso de contratación de un psicólogo para mejorar la atención a los pacientes con necesidades más complejas.

El servicio más importante de la clínica son los cuidados compasivos sin juzgar e informados por el trauma. No penaliza a quienes se pierden citas, no obliga a los clientes a recibir tratamiento e intenta ayudarles respetando sus condiciones. El mejor cuidado comienza en un lugar donde se ofrece compasión, comprensión informada por el trauma y amabilidad, independientemente del pasado del paciente.

Esperanza al final de la vida: el papel esencial de las enfermeras

Profesora Patsy Yates, Presidenta, Sociedad Internacional de Cuidados Oncológicos, Profesora Distinguida, Universidad de Tecnología de Queensland

Morirse es una experiencia humana universal pero la forma de experimentarla depende de una serie de influencias personales y socioculturales, así como de la disponibilidad de apoyo social y comunitario y acceso a sistemas sanitarios de calidad de los cuales las enfermeras son un componente fundamental. Las enfermeras llevan mucho tiempo desempeñando un papel clave en la forma en que las personas experimentan la muerte, dándoles confort, esperanza y dignidad, en particular a los marginados. El papel de las enfermeras en la prestación de cuidados al final de la vida y su labor cotidiana para promover el confort y la dignidad y defender el acceso universal a cuidados paliativos puede llevar esperanza a quienes se están muriendo.

Cuidados paliativos como un derecho humano básico

En sus primeros escritos, Dame Cicely Saunders, reconocida como la fundadora del movimiento moderno de centros para enfermos terminales, expresaba la relación entre el sufrimiento físico y el mental como *“cada forma de sufrimiento capaz de afectar al otro”*.³⁶ La idea de Saunders de dolor total incluía síntomas físicos, sufrimiento mental, problemas sociales y dificultades emocionales. En consecuencia, el cuidado de quienes se están muriendo se tenía que basar en la persona en su totalidad.

Hoy en día, la OMS reconoce que el acceso a cuidados paliativos es un derecho humano que se debe ofrecer a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona prestando especial atención a las necesidades específicas y preferencias de las personas.³⁷ A pesar del acuerdo casi universal sobre la importancia de los cuidados paliativos, existen retos significativos para la prestación de estos servicios y la OMS ha puesto de manifiesto algunos de ellos en su declaración *Datos clave sobre los cuidados paliativos*.³⁸ Las enfermeras desempeñan un papel vital para superar cada uno de los desafíos contenidos en esta lista.

- Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes – y sus familias – con problemas relacionados con una enfermedad que amenaza la vida, ya sean físicos, psicosociales o espirituales.
- Se calcula que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año. El 78% vive en países de renta baja y media.

- En todo el mundo, aproximadamente solo el 14% de las personas que necesitan cuidados paliativos los están recibiendo en la actualidad.
- La regulación excesivamente restrictiva de la morfina y otros medicamentos paliativos controlados fundamentales niegan el acceso a un alivio del dolor y cuidados paliativos adecuados.
- La falta de formación y concienciación sobre los cuidados paliativos entre los profesionales de la salud es una gran barrera para mejorar el acceso.
- La necesidad de cuidados paliativos en el mundo seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) y el envejecimiento de la población.
- Los cuidados paliativos tempranos reducen las hospitalizaciones y el uso innecesario de los servicios de salud.

El papel de las enfermeras para garantizar el acceso a cuidados paliativos como derecho humano

Al ser la mayor fuerza laboral para la salud global, las enfermeras se encuentran en una posición estratégica para influenciar la calidad de la prestación de cuidados paliativos en toda la trayectoria de la enfermedad.³⁹ Fundamentalmente, las enfermeras desempeñan un papel central en el cuidado de los moribundos a causa de los fundamentos mismos de la enfermería, que se basa en su enfoque holístico, pone énfasis en el respeto de la dignidad de la persona y ofrece un enorme potencial sin explotar para abordar lo más importante para las personas al final de su vida. En 2016, una revisión sistemática de los servicios sanitarios de cuidados paliativos reveló un mayor apoyo al papel de la enfermería que al de cualquier otra disciplina.⁴⁰ Trabajando con sus comunidades y en el ámbito de un equipo multidisciplinar, las enfermeras prestan cuidados de calidad al final de la vida en las comunidades y los sistemas de salud proporcionando así esperanza para que las personas vivan bien el mayor tiempo posible, esperanza para un acceso universal a cuidados paliativos y esperanza para lograr un sistema de cuidados próspero, completo e integral.

Esperanza para vivir bien todo el tiempo posible

La palabra esperanza tiene diferentes significados para las distintas personas que viven con enfermedades que limitan su vida. Para algunos, la esperanza está relacionada con el deseo de prolongar su vida o recibir una curación médica, que puede no ser clínicamente posible. Para otros, esperanza significa tener relaciones personales positivas, una buena calidad de vida y la capacidad de establecer y alcanzar objetivos. La esperanza también se puede basar en las creencias espirituales o religiosas de cada uno. Las intervenciones de enfermería dirigidas a lograr estos objetivos que sostienen la esperanza pueden desempeñar un papel fundamental de cara a empoderar a las personas para que vivan bien todo el tiempo posible. La esperanza, cuando se conceptualiza de esta forma, pone un mayor énfasis en la colaboración activa de la persona en la vida y se centra en identificar qué es bueno y positivo para la persona, permitiéndole conectar con los demás.⁴¹ Esta comprensión holística de la esperanza centrada en la persona, enfocada a vivir bien el mayor tiempo posible con una enfermedad que limita la vida encaja bien con la filosofía y la práctica de la enfermería.

Esperanza para el acceso universal a cuidados paliativos de calidad

El sociólogo Alan Kellehear afirma que *“no es el cáncer, las enfermedades del corazón o la ciencia médica lo que más pone a prueba la moralidad en relación con la forma moderna de morir sino la pobreza, el envejecimiento y la exclusión social”*.⁴² La enfermería tiene un gran potencial para abordar los retos asociados a la desventaja social a través de nuestra compasión y capacidad para llegar a las comunidades necesitadas. Sin embargo, un estudio multipaís realizado recientemente ha puesto de manifiesto la existencia de barreras significativas para la prestación de atención a domicilio al final de la vida en todos los países⁴³ como por ejemplo la escasez de personal,

falta de financiación y políticas, mal acceso a servicios para el final de la vida o servicios para enfermos terminales y menor concienciación de la comunidad en relación con los servicios prestados. Es necesario abordar estas cuestiones al dotar de capacidad a los servicios de enfermería para prestar cuidados paliativos puesto que seguirán siendo clave para nuestra esperanza de lograr el acceso universal a cuidados paliativos de calidad, independientemente de las circunstancias sociales de cada uno.

Esperanza para un sistema de cuidados próspero, completo e integral

Una de las paradojas de la atención a las personas al acercarse al final de la vida, incluso en los países en los que hay recursos y evidencia en relación con los cuidados paliativos, es que estos servicios siguen estando infrautilizados. Algunos autores⁴³ han argumentado al respecto que, en particular en los países con una buena dotación de recursos, la prevalencia de procesos biomédicos plantea el riesgo de excesiva medicalización de los cuidados paliativos perdiendo así su base holística esencial. Las enfermeras desempeñan un importante papel de defensa de cara a prevenir estas tendencias y garantizar que los avances científicos que sostienen las intervenciones paliativas se siguen basando en las necesidades y deseos de la persona, su familia y su comunidad. Las enfermeras pueden garantizar que se escucha la voz de la persona y la comunidad en el proceso de prestación de cuidados y puede defender la asignación de suficientes recursos para garantizar que no se dejan de lado los aspectos humanos al dispensar atención. Aportando esta perspectiva holística a los cuidados al final de la vida en todas las comunidades y entornos, las enfermeras proporcionan la esperanza de que siga prosperando un sistema de atención completa e integral a medida que avanza nuestro conocimiento sobre los cuidados paliativos y afrontamos la inevitable y creciente demanda de este tipo de servicios en todo el mundo.



Kastelo es la primera unidad pediátrica de cuidados paliativos en la península ibérica. Un equipo de enfermeras y pediatras prestan cuidados a un máximo de 30 niños con enfermedades crónicas

Estudio de Caso

Taiwán – Cuidando de padres desconsolados

Autor: Yuling Wang, Taiwán

La muerte siempre ha sido un tema difícil de tratar en las culturas surasiáticas, pero para quienes han perdido un bebé en un embarazo resulta aún más difícil superar el luto interior y volver a la vida normal.

En Taiwán hace décadas que las anomalías fetales congénitas son la principal causa de muerte entre los neonatos. El dolor por la pérdida de un embarazo es distinto y su influencia provoca una experiencia traumática en las vidas de las mujeres y sus familias. Sin embargo, las creencias culturales taiwanesas sobre la muerte pueden impedir el proceso de luto de los padres y privarles del derecho al luto, de manera que es esencial prestar apoyo profesional a estas familias.

En 2018, el Hospital Universitario Nacional Infantil de Taiwán puso en marcha el Proyecto de Servicio Médico Pediátrico Adaptado para fortalecer el valor central de la atención holística. Se dedica a generar un entorno de salud completo y saludable para los niños desde que son fetos hasta su edad adulta.

Dirigido por la Enfermera Directora Pi-Lan Chang del servicio de obstetricia del Hospital Universitario Nacional de Taiwán y supervisado por la Profesora Shao-Yu Tsai de la Universidad Nacional de Taiwán, la enfermera investigadora Yuling Wang ha realizado un estudio participativo de observación de las necesidades, estrategias de afrontamiento y recursos de las familias que han experimentado la pérdida de su embarazo. Se ha proporcionado apoyo y consuelo desde la hospitalización hasta los dos meses posteriores al alta.

Exclusivamente para cada familia, establecimos alianzas enfermera-familia para promover una relación positiva y de confianza. La enfermera investigadora prestaba cuidados compasivos y centrados en el apoyo emocional. El primer paso fue saber qué pensaban los padres sobre la muerte del neonato. A los padres que estaban preocupados por el tabú de la muerte y temían expresar sus sentimientos cuando su bebé nació muerto se les guiaba para que liberaran sus emociones a través de comunicación terapéutica. Asimismo, cooperamos con el clero y miembros de la familia para prestar apoyo espiritual como mecanismo de liberación del dolor oculto.

Este estudio de investigación ha contado con la participación de veintiocho familias de las cuales 19 realizaron una entrevista retrospectiva cuando visitaron de nuevo nuestra clínica. Tras aplicar la práctica de relatos de vida para unir a las familias y a sus bebés, tanto las familias que habían visto a sus bebés como las que no los habían visto se sintieron empoderadas para seguir su propio camino de afrontamiento del dolor.

Nos encontramos con familias capaces de reconocer su fuerza interior y resiliencia para redefinir el significado de que tu bebé nazca muerto. Un progenitor afirmó *“Ha sido un regalo de Dios. Nuestro bebé llegó por alguna razón. Nos ha permitido fortalecer nuestras mentes y generar un amor más sólido.”*

La incertidumbre, la falta de información previa para prepararse y el hecho de ser juzgados por la sociedad son los principales factores de estrés para estas familias, razón por la que los padres manifestaban el deseo de recibir apoyo profesional: *“Necesitamos un especialista como usted capaz de asesorar sin juzgar y capaz actuar como guía en este doloroso camino.”*

A través de esta investigación piloto, nuestro equipo estudió las necesidades de las personas desconsoladas y después contribuyó a destapar su profundo dolor buscando una forma de afrontarlo juntos.

Es importante que los profesionales de la salud ofrezcan apoyo al duelo de manera culturalmente sensible. Con el concepto de atención holística, nuestro equipo ha logrado reconstruir el vínculo entre las familias y los bebés nacidos muertos colmando así la brecha entre la vida y la muerte.



¿Estamos realizando las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de las personas a las que atendemos?

Michael J. Villeneuve, Director General, Asociación de Enfermeras de Canadá, y Claire Betker, Presidenta, Asociación de Enfermeras de Canadá

“El recorrido de cada país hacia la cobertura sanitaria universal es único. Sin embargo, en todos los países la clave es la atención primaria, que presta los servicios que las personas afirman necesitar en lugar de los servicios que otros deciden que deben recibir.”

Dr. Tedros Ghebreyesus
Director General, OMS⁴⁵

Desde la promoción de la salud y el bienestar hasta los cuidados de fin de vida, se presta atención de salud en una miríada de entornos en todo el mundo. Nuestras decisiones sobre los servicios que son necesarios y el mejor entorno para prestarlos no siempre son claras o coherentes. Estas decisiones pueden estar informadas por cuestiones ideológicas, económicas, oportunidad política o cualquier conjunto de fuerzas que pueden tener poco que ver con la evidencia pura y dura. A medida que los líderes de todo el mundo abordan las exigencias de prestar más y mejores servicios de salud, así como de manera más rápida y asequible, es importante preguntarse si estamos dispensando los tipos de servicios adecuados en los lugares adecuados y en las modalidades adecuadas. ¿Son apropiados? ¿Accesibles? ¿Seguros? ¿Eficaces clínicamente? ¿Son satisfactorios tanto para las personas que los utilizan como para quienes los prestan?

Los sistemas de salud han comenzado a analizar esta cuestión bajo una óptica de ‘atención de salud basada en valor’: considerar los resultados que importan a los pacientes, las personas y las comunidades, y los costes asociados a su consecución. Para lograrlo, hemos de formular las *Cinco Preguntas Adecuadas*: ¿Estamos prestando los Cuidados Adecuados, a través del Proveedor Adecuado, en el Momento Adecuado, el Lugar Adecuado y con el Coste Adecuado?

El aumento de los cuidados agudos y los costes

El equilibrio entre el gasto social y el gasto sanitario contribuye más a los resultados de salud que el importe absoluto relativo únicamente a la atención sanitaria.⁴⁶ Sin embargo, los hospitales resultan mucho más visibles, orientados a la acción e interesantes para la mayoría de los ciudadanos respecto a los programas de salud pública de elevada eficacia. Los hospitales pueden

ofrecer grandes mejoras repentinas en la salud individual, pero su repercusión en la población en sentido más amplio es menos certera. Sin embargo, la creencia de que el tratamiento guarda relación con una mejor salud ha llevado a lo que algunos han denominado la *seducción de lo agudo*, es decir, para lograr una mejor salud hacen falta más cuidados agudos, médicos, fármacos y edificios. Un ejemplo claro de este fenómeno se aprecia en los sistemas de salud norteamericanos de Canadá y EE.UU. Quienes toman las decisiones en estos dos países no han sido capaces de romper el patrón de canalizar fondos hacia los cuidados agudos a pesar de un convincente cuerpo de evidencia que demuestra que la salud de la población es atribuible sobre todo a factores que nada tienen que ver con este tipo de atención sanitaria. EE.UU. gasta más en asistencia sanitaria que cualquier otra nación: 10 739 \$ por persona en 2017 o el 17,9% de su producto interior bruto (PIB).⁴⁷ Canadá gastó aproximadamente 6 839 \$ por persona en 2018 en su programa de CSU, el 11,3% de su PIB.⁴⁸ Estos niveles de gasto podrían ser aceptables si se cumplieran las promesas de las otras cuatro de las *Cinco Preguntas Adecuadas*, pero la evidencia al respecto es muy escasa.

La preocupación por el creciente coste de nuestros sistemas de salud en la actualidad y su cuestionable historial de seguridad *han* llamado la atención y han forzado conversaciones duras sobre si estamos haciendo lo correcto para cumplir la promesa de una mejor salud para la población. Informes sucesivos del Fondo de la Commonwealth han puesto en tela de juicio la eficacia, equidad, seguridad y resultados de salud de los sistemas sanitarios en Canadá y EE.UU. situándolos al final de los rankings de naciones de la OCDE con un nivel de riqueza similar.⁴⁹ A pesar de años enfocados a la calidad y la seguridad en Canadá, un estudio de 2017 ha concluido que, si no se pone remedio a la situación, podría haber unos 400 000 incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el entorno de los cuidados agudos y la atención a domicilio en las próximas tres décadas, sumando así 2 750 millones de dólares en costes anuales de tratamiento.⁵⁰ La mortalidad relacionada con estos incidentes está solo por detrás del cáncer y las enfermedades del corazón. A nivel mundial, la OMS ha afirmado que uno de cada diez pacientes recibe algún daño mientras se encuentra en un hospital y considera que los daños a los pacientes son una de las diez causas principales de muerte y discapacidad.⁵¹

Es posible desplegar la enfermería para contribuir a impulsar mejores resultados

La participación activa de las enfermeras es fundamental para transformar los sistemas de salud y mejorar el acceso a los

cuidados. Hablando en el Congreso del CIE en Singapur en 2019, el Dr. Tedros Ghebreyesus de la OMS, afirmó *“Sencillamente no podemos lograr la cobertura sanitaria universal y los ODS relacionados con la salud sin empoderar y equipar a las enfermeras y las parteras y sin aprovechar su poder.”* Las enfermeras tienen soluciones y se pueden utilizar de manera más eficaz para contribuir a resolver los grandes retos de los sistemas de salud. Sin embargo, hemos de formarlas, regularlas, desplegarlas, sostenerlas y recompensarlas para liderar el cambio. Y nosotros como profesión de enfermería tenemos que dar un paso al frente con energía y hacer el trabajo necesario.

Para un mejor ajuste entre los proveedores y las necesidades de salud de la población se puede recurrir a un modelo de planificación de recursos humanos como el *Marco de Planificación Basado en el Servicio* de Tomblin-Murphy et al.⁵² que establece las necesidades de salud de cualquier población, así como las competencias requeridas para satisfacerlas y las competencias disponibles en cualquier equipo de proveedores. Al analizar la brecha de competencias resultante entre la oferta y la demanda, *“rápidamente queda clara la existencia de un abanico de proveedores capaz de aplicar con seguridad cualquier competencia con modalidades satisfactorias para los pacientes y con costes que se pueden permitir”*.⁵³ Sin embargo, esta afirmación implica desmontar algunas creencias que se han ido perpetuando durante mucho tiempo sobre que determinadas competencias – el diagnóstico por ejemplo – pertenecen exclusivamente a un único proveedor. Hemos de reformular uno de nuestros retos clave y dejar de plantearlo como *escasez de médicos de familia*, por ejemplo, y pasar a hablar de carencia para el acceso a atención primaria, para seguidamente preguntar quién tiene (o a quién se le podrían enseñar) las competencias requeridas para cerrar esa brecha con seguridad y a un coste sostenible para los contribuyentes.

Las enfermeras tienen soluciones que sabemos que funcionan bien y se pueden aplicar ampliamente en el ámbito de la práctica actual de la enfermería. Existe un cuerpo de evidencia sustancial que relaciona unas enfermeras bien formadas, un número adecuado de ellas y una combinación de categorías de enfermería con unos resultados positivos para la salud en numerosos entornos. También existe una generación de ciencia convincente que relaciona la dotación de enfermeras en los hospitales con los resultados de morbilidad y mortalidad. Los modelos de cuidados dirigidos por enfermeras han demostrado ser clínicamente eficaces, satisfactorios para el público y rentables respecto a los modelos tradicionales. Por ejemplo, Browne, et al.⁴⁶ llegaron a la conclusión de que *“los modelos de cuidados proactivos, específicos, dirigidos por enfermeras y centrados en la autogestión preventiva del paciente para los enfermos crónicos son más eficaces y tienen el mismo coste o un coste inferior, o son igual de eficaces y menos costosos respecto al modelo habitual de cuidados.”* Al informar sobre la prescripción de enfermería en Reino Unido, el Royal College of Nursing⁵⁴ notificó mejoras en los cuidados al paciente como por ejemplo un acceso más oportuno a medicamentos y tratamiento, mayor flexibilidad para pacientes que en caso contrario tendrían que ver a un médico, una mejor eficiencia en la práctica que permite a los médicos cuidar de pacientes complejos, desviación de admisiones a servicios de urgencias y hospitalizaciones evitables y un mejor acceso a cuidados más generalizados y centrados en el paciente. Graham-Clarke, et al.⁵⁵ señalaron que *“se*

espera que los pacientes sean cuidados y tratados por el profesional sanitario más adecuado” reduciendo así la carga de trabajo médico y *“permitiendo que los casos más complejos sigan siendo tratados por profesionales médicos aunque su número haya disminuido. Los costes se reducen racionalizando los cuidados, disminuyendo las citas múltiples con distintos profesionales sanitarios y recurriendo al profesional con la cualificación más adecuada”*. La mayor parte de la salud pública la planifican y llevan a cabo las enfermeras y una revisión sistemática realizada en 2017 en Reino Unido *“demostraba un retorno medio de la inversión en intervenciones de salud pública de aproximadamente 14:1, es decir que por cada libra esterlina invertida en salud pública 14 volverán después a la economía sociosanitaria más amplia”*.⁵⁶ Basu, et al. argumentaban que *“sería posible reducir buena parte de la presión ejercida en los hospitales de cuidados agudos causada por las hospitalizaciones más largas de lo necesario... mediante una adecuada ampliación de la atención a domicilio, atención continuada compleja, residencias de mayores e instalaciones para atender enfermedades específicas”*.⁵⁷ Muchos de estos cuidados son de enfermería y las enfermeras líderes deben desempeñar un papel prominente en la implementación de las soluciones.⁵⁸

Avanzando

En repetidas encuestas realizadas en Canadá y EE.UU. a lo largo de los últimos 20 años, las enfermeras casi siempre han estado arriba del todo en las listas de profesiones en las que más confían los ciudadanos. Este resultado es consecuencia de décadas de intenso trabajo por parte de las asociaciones profesionales, así como del desarrollo de estándares de la práctica, una sólida formación en enfermería, en particular una licenciatura como mínimo para acceder al ejercicio profesional para las enfermeras registradas y preparación de máster para las enfermeras de práctica avanzada, una regulación firme de la enfermería, incluidos los exámenes comunes entre todas las jurisdicciones de la federación. Ese nivel de máxima confianza por parte del público es un recurso tremendo para la enfermería y es la envidia de los demás profesionales, además de colocarnos en una situación de poder considerable.

Los ciudadanos esperan que las enfermeras trabajen con distintos socios en la mejora de la atención de salud de manera que seamos más eficaces al prestar el abanico de servicios de salud que necesitan. Es precisamente en esta labor donde unas organizaciones profesionales de enfermería y políticas, como la Asociación de Enfermeras de Canadá y la Asociación Americana de Enfermeras y la Academia Americana de Enfermería, pueden tener una repercusión importante en las políticas públicas en nombre de las enfermeras.

Las enfermeras a nivel global pueden aprender algunas lecciones sobre la fortaleza del personal profesional de enfermería de Canadá, teniendo en cuenta nuestra advertencia de que el camino a seguir pasa por darle más prioridad a la salud pública, la promoción de la salud y el bienestar y la prevención de enfermedades y traumatismos. Queremos conservar lo mejor de los servicios agudos que funcionan bien para las personas pero también queremos poner fin a tradiciones anticuadas y crear estructuras que permiten que las enfermeras contribuyan mucho más eficazmente a prestar los cuidados adecuados, en el lugar adecuado, en el momento adecuado y a un coste razonable.

Estudio de Caso

Líbano - Mejorando el acceso a la inmunización y su adopción

Autor: Rana Hassoun, Líbano

En 2017, El Ministerio de Salud Pública de Líbano en coordinación con UNICEF y la OMS lanzó la iniciativa Actividades Aceleradas de Inmunización con el objetivo de mantener Líbano libre de polio, así como potenciar la cobertura de la vacuna inactivada contra la polio y las vacunas contra el sarampión, paperas y rubeola, además de fortalecer la inmunización rutinaria. Se trataba de realizar un cribado de todos los niños entre 0 y 15 años para determinar quiénes habían abandonado el sistema y no habían recibido las vacunas correspondientes.

Los trabajadores sanitarios de la comunidad identificaron a estos niños y les derivaron a un centro de atención primaria dirigido por enfermeras que comprobaron su cartilla de vacunación, les administraron las vacunas que les faltaban según el calendario nacional y les concertaron cita para cualquier seguimiento o inmunización posterior. Los niños que no respondían a la invitación para la inmunización eran objeto de seguimiento por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios.

Eran varios los motivos por los que los niños no tenían las vacunas correspondientes al día, en particular que el personal del centro de atención primaria se encontraba fatigado y sobrepasado por los drásticos incrementos de población que se habían producido; así como por la capacidad limitada de recursos humanos/falta de enfermeras registradas; la ignorancia sobre cómo acceder a los servicios de atención primaria; y una confianza reducida en la atención primaria respecto a las clínicas privadas, los servicios de urgencias y los hospitales.

Otras barreras eran, por ejemplo, las largas listas de espera y los problemas de transporte; los bajos niveles de colaboración comunitaria; las citas perdidas; la pérdida de documentos de vacunación y de identificación personal; la falta de confianza en el personal de atención primaria; y mitos e ideas falsas comunes sobre la inmunización, además de barreras económicas a pesar de que las vacunas se administraban sin coste alguno.

Para mejorar la adopción de vacunas, los líderes de enfermería establecieron una serie de acciones importantes a realizar, en particular incrementar el número de enfermeras registradas y otros tipos de personal; mejorar la eficacia de la comunicación para aumentar la confianza en las enfermeras

y la supervisión de los trabajadores comunitarios; aumentar los suministros médicos y utilizar mejor los recursos; mejorar la concienciación e impartir sesiones educativas; mejorar las instalaciones en las clínicas y las áreas de espera junto con la fiabilidad del transporte.

Como resultado de este servicio y los cambios realizados por las enfermeras, hasta 10 000 personas al año provenientes de comunidades desatendidas y pobres están siendo vacunadas, lo cual equivale a un incremento del 400% respecto a años anteriores.

Mejorando la cobertura de la inmunización en Líbano



Enfermeras, coste de la atención de salud y búsqueda de valor

Dr. Jack Needleman, Departamento de Políticas de Salud y Gestión, Facultad de Salud Pública Fielding, Universidad de California, Los Ángeles

La proporción de la riqueza nacional dirigida a la atención de salud refleja el valor que se le otorga a la misma. En todo el mundo, el gasto en salud constituye una parte sustancial del PIB y, a medida que un país incrementa su riqueza, aumenta también el porcentaje que dedica a la salud nacional. Los informes de la OMS apuntan a que el gasto sanitario en relación con el PIB es de aproximadamente un 7% en los países de renta baja, un 6% en los países de renta media y un 10% en los países de renta alta. Sin embargo, otra forma de medir el deseo de atención de salud es la voluntad de las personas que carecen de acceso a sanidad pública o privada financiada de pagar los cuidados de su propio bolsillo: en los países de renta alta asciende al 20% del gasto en salud, a más del 30% en los países de renta media y aproximadamente al 40% en los países de renta baja. Aunque se valore la atención de salud, se mantiene la presión para reducir al mínimo los costes de los servicios de salud a disposición.

En los países de renta baja, los principales retos son el uso de la fuerza laboral actual de la manera más eficiente posible, así como ampliar los servicios sanitarios para prestar cuidados de valor elevado lo más rápidamente posible. Las enfermeras han sido y pueden ser un componente crítico en el abordaje de las necesidades de salud en un entorno con grandes limitaciones de recursos.

En general, en los países de renta baja y media (PRBM), las enfermeras constituyen la profesión de salud más numerosa. Sin embargo, en ellos también hay carencias considerables de enfermeras y médicos, así como variaciones en la ratio enfermeras-médicos. En el África subsahariana, aunque las ratios tanto de los médicos como las enfermeras en relación con la población son bajas, hay cinco veces más enfermeras que médicos. Por el contrario, en India, la ratio general de médicos y enfermeras respecto a la población es baja en comparación con muchos otros PRBM pero solo hay 1,5 enfermeras por cada médico. En China, la ratio es de 1:1. Estas diferencias reflejan claras variaciones en la organización y la prestación de cuidados, así como el papel relativo de los médicos y las enfermeras y quizá el coste relativo o la capacidad histórica de formar médicos respecto a formar enfermeras. Puede que los países con ratios enfermeras-médicos bajas se estén perdiendo oportunidades de ampliar el acceso y los servicios con mayor rapidez y a un menor coste.

El abordaje de la escasez de médicos ha llevado a un amplio desplazamiento de tareas, a menudo hacia las enfermeras, en relación con actuaciones específicas que normalmente realizan los médicos. Cada vez hay más literatura que sugiere que el desplazamiento de tareas puede ser eficaz y lograr incrementar la capacidad efectiva cuando hay limitaciones presupuestarias, y la OMS ha promulgado una serie de recomendaciones para garantizar una prestación de atención eficiente y segura cuando esta se desplaza hacia las enfermeras y otro personal no médico. Un aspecto central de estas recomendaciones es el reconocimiento de la imposibilidad de realizar un desplazamiento de tareas eficaz hacia las enfermeras ad hoc dado que es necesario planificarlo y gestionarlo contando con el apoyo de políticas y organización. El hecho de que el desplazamiento de tareas, cuando se implementa bien, haya demostrado ser un mecanismo eficaz y seguro para abordar las carencias de personal y recursos sugiere que la adopción de ámbitos de la práctica ampliados para las enfermeras y la incorporación de los mismos a su formación en los PRBM puede representar una estrategia menos costosa para ampliar el acceso a los servicios de atención de salud.

Los problemas de costes son diferentes en los países con mayor nivel de renta, que han diseñado sistemas sanitarios capaces de prestar la mayoría de servicios para la mayor parte de la población y que a menudo han desarrollado un sistema de seguros o financiación que ofrece una amplia cobertura para la población protegiéndola así de tener que tomar decisiones difíciles sobre qué servicios recibir. Para estos países, mantener el acceso es fundamental, al igual que también lo es contener los costes.

El personal representa habitualmente la mayor partida de gasto en los hospitales y la enfermería constituye la mayor parte del mismo. Como resultado, la contención de costes en los hospitales normalmente se ha basado en disminuir el coste de la mano de obra limitando los sueldos, intentando reducir la figura de la enfermera profesional confiando más en personal de enfermería no profesional o reduciendo o limitando las horas de las enfermeras e incrementando su carga de trabajo. Sin embargo, existe amplia investigación sobre los niveles de dotación de personal, su combinación y entorno de trabajo realizada en distintos sistemas de salud en países de renta alta y media que concluye que las enfermeras

profesionales aportan formación, conocimientos y experiencia a pie de cama fundamentales para los cuidados y que, cuando el personal de enfermería carece de formación, tiempo a disposición para trabajar y un entorno de trabajo que apoye su labor, aumenta el tiempo transcurrido en el hospital, así como los costes, la mortalidad y otros eventos adversos.

Algunos estudios de investigación realizados han analizado el coste de una mayor combinación de habilidades o la realización de más horas de trabajo y hasta qué punto el mayor gasto por la contratación de más enfermeras profesionales quedaría compensado por los menores costes gracias a que se producen menos eventos adversos, las hospitalizaciones son más breves o hay menos rehospitalizaciones. En numerosos estudios, los resultados al respecto son consistentes. En hospitales con menor porcentaje de enfermeras profesionales en la plantilla de enfermería, los costes de las estancias más prolongadas y los índices más elevados de eventos adversos superan los costes que el hospital tendría que afrontar para incrementar la proporción de enfermeras profesionales de la plantilla. Los esfuerzos para reducir las habilidades del personal de enfermería provocan costes más elevados y no más reducidos. Incrementar las horas de trabajo de la enfermería reduce los costes asociados a estancias más prolongadas y eventos adversos y los costes netos son bajos en relación con la totalidad de los costes hospitalarios. Asimismo, si estos costes se dividen entre el número de muertes evitadas gracias a mayores niveles de dotación de personal, el coste por muerte evitada está en la horquilla que habitualmente se considera eficaz. En resumen, los costes de una dotación de enfermeras adecuada en los países de renta alta están justificados por el ahorro de costes y el coste neto de vidas salvadas.

Más allá de la atención hospitalaria, en los países de renta alta se ha ido reconociendo cada vez más que las enfermeras profesionales pueden utilizarse con mayor eficacia en los cuidados ambulatorios y en la coordinación de los cuidados entre distintos entornos, en particular para preparar la historia clínica y realizar una valoración física del paciente ofreciéndole consejos y asesoramiento sobre cómo poner en marcha y llevar a cabo eficazmente los tratamientos prescritos. De este modo, los médicos se pueden centrar en la evaluación, diagnóstico y prescripción de la atención necesaria a la par que se aprovecha mejor el conocimiento y la experiencia de las enfermeras en tema de exploraciones físicas, entrevistas y formación de los pacientes. En los entornos ambulatorios se aprecia que el

coste adicional de las enfermeras a menudo se compensa por el mayor volumen de pacientes atendidos y la mayor productividad de los médicos. También se ha recurrido más a las enfermeras para coordinar los cuidados y educar a pacientes con varias enfermedades crónicas y a pacientes a punto de recibir el alta hospitalaria con el fin de reducir la probabilidad de una hospitalización o rehospitalización. Se ha notado que una atenta asignación de estas enfermeras a los pacientes con mayor riesgo de complicaciones u hospitalización permite ahorrar dinero y mejorar la experiencia del paciente al mismo tiempo.

Por último, tanto en los países de renta baja como en los de renta alta, se han realizado esfuerzos significativos para formar a las enfermeras para la práctica avanzada de manera que puedan asumir la responsabilidad de la evaluación, el diagnóstico y la prescripción de tratamientos que ellas mismas u otros profesionales realizarán. Los estudios han descubierto sistemáticamente que cuando las enfermeras de atención directa avanzada ejercen en su ámbito de formación y capacitación, realizando las derivaciones adecuadas a médicos especializados para los pacientes más complejos o difíciles de diagnosticar, la calidad de la atención prestada es equivalente a la de los médicos, y la satisfacción del paciente a menudo es superior. La duración de la formación de estos proveedores es menor, lo cual reduce su coste y acorta el tiempo necesario para acceder a la práctica, justificándose así sueldos un tanto más bajos que los de los médicos. Para los sistemas sanitarios con escasez de médicos o que pretenden reducir los costes de los servicios médicos, un mayor uso de las enfermeras de atención directa puede ser un mecanismo para ahorrar costes de cara a la consecución de estos objetivos.

Los países de renta baja, media y alta se esfuerzan todos ellos en ofrecer servicios de salud de valor elevado al menor coste posible. Las enfermeras son esenciales para una expansión eficiente de los cuidados de valor elevado en los países de renta baja y media. En los países de renta alta, en los que la reducción de costes se convierte en un importante objetivo complementario para la expansión de los servicios, existe la necesidad fundamental de garantizar una financiación adecuada para mantener niveles de enfermería hospitalaria con capacidad de prestar cuidados seguros y fiables y ampliar el papel de las enfermeras profesionales y las enfermeras de atención directa en entornos ambulatorios para la educación del paciente y la coordinación de los cuidados con el fin de reducir los costes de los pacientes que padecen varias enfermedades crónicas o complejas.

Estudio de Caso

Rusia – Mejorando la adherencia terapéutica en la tuberculosis mediante tratamiento observado por vídeo

Autor: Tatiana Fedotkina, Asociación de Enfermeras de Rusia

La terapia prolongada contra la tuberculosis requiere un nivel alto de adherencia terapéutica por parte del paciente, lo cual puede ser problemático en países con una elevada carga de esta enfermedad. En Rusia, la terapia contra la tuberculosis es obligatoria a causa de su naturaleza infecciosa, así como por su impacto social y modalidad de transmisión.

Sin embargo, desplazarse a diario al hospital para recibir el tratamiento prescrito puede ser complicado para los pacientes debido a su mala salud y falta de energía, así como por el coste y tiempo requeridos. El sistema de salud pública de Rusia ofrece varios modelos de tratamiento contra la tuberculosis y cuidados diseñados para que la adherencia terapéutica sea sencilla pero, aún así, los índices correspondientes distan mucho de llegar al 100%.

Muchos de los pacientes en gran cantidad de lugares padecen tuberculosis resistente a los fármacos, además de comorbilidades como VIH y diabetes. Lo más importante para la salud de estas personas es recuperarse de la enfermedad permaneciendo en las circunstancias más cómodas posibles.

En la región de Tomsk en Rusia, estamos ofreciendo terapia observada por vídeo para que los pacientes se puedan quedar en sus casas sin perderse el tratamiento esencial que necesitan. Más de 50 enfermeras especialmente formadas y equipadas participan en este proyecto, que se lleva a cabo utilizando software Skype. Los pacientes reciben formación sobre cómo registrarse y utilizar Skype y dan su consentimiento para participar en el programa.

El programa comenzó a pequeña escala, con solo seis pacientes en Tomsk, pero ahora cuenta con 130 pacientes de los cuales 30 son niños. En toda Rusia, hay más de 500

pacientes recibiendo tratamiento contra la tuberculosis observado por vídeo.

El tratamiento es muy popular entre los pacientes, que aprecian las ventajas de no tener que desplazarse para recibir tratamiento: ningún paciente ha abandonado el programa y hay pacientes que, como no están recibiendo el tratamiento observado por vídeo, se están esforzando para demostrar que cumplen con su régimen actual con la esperanza de poder participar en dicho programa.

El tratamiento observado por vídeo ofrece regularidad en la terapia y un alto índice de adherencia, del 100% hasta ahora, además de reducir los riesgos de recaída de la tuberculosis y la aparición de formas de la enfermedad resistentes a los fármacos. También potencia las medidas de control de infecciones puesto que los pacientes no tienen que viajar en transporte público cada día para recibir su tratamiento en la clínica.

Entre los beneficios para los pacientes se encuentra el menor tiempo dedicado a recibir tratamiento, poder permanecer en casa y el ahorro de costes que supone no tener que desplazarse a la clínica. Los participantes del proyecto siguen yendo a la clínica pero solo una vez cada siete-diez días.

Todos los pacientes están satisfechos con este modelo de cuidados: les resulta más sencillo y siguen recibiendo la valiosa atención de enfermeras experimentadas, lo cual les permite formular preguntas y compartir cualquier duda en relación con su salud. Para los pacientes, su medicación rutinaria se ha transformado en una colaboración positiva y fructífera con una enfermera, que les apoya y anima en el camino hacia su curación.

Enfermeras mejorando el tratamiento de la tuberculosis en Rusia mediante observación por vídeo





PARTE TRES APROVECHANDO EL POTENCIAL DE LLEVAR EL MUNDO HACIA LA SALUD

“Lo sepan o no, las personas van al hospital por los cuidados de enfermería.”

Terry Fulmer

Presidente de la Fundación John A. Hartford

La enfermería es una de las profesiones que goza de mayor confianza en el mundo. Sin embargo, cuando se pregunta al respecto, la mayoría de las personas no son capaces de describir correctamente las funciones y responsabilidades de la enfermería. Buena parte de la labor de esta profesión no se analiza ni se publicita y, sin embargo, las enfermeras siguen estando a la vanguardia en la prestación de cuidados a los pacientes en cada paso del camino del continuo de la vida. Es más que probable que las enfermeras sean un factor decisivo en los resultados de salud de los pacientes y consumidores.

Esta sección pretende exponer con claridad la mejor forma de aprovechar el potencial de la enfermería y construir la fuerza laboral para hoy y para mañana. En ella abordamos cómo un liderazgo de enfermería más fuerte puede contribuir a mejorar la salud; exploramos buenas prácticas en materia de práctica avanzada e innovación de enfermería; y analizamos el diseño de programas de enfermería y la importancia del análisis del mercado laboral en la planificación del personal de enfermería. Asimismo, argumentamos la importancia de contar con buenos entornos de cuidados y la relación que guardan con unos mejores resultados tanto para los pacientes como para las enfermeras, junto con la necesidad de potenciar la formación de enfermería al objeto de mejorar la práctica y promover el aprendizaje a lo largo de la vida. También tratamos el impacto de una dotación de personal segura en los resultados del paciente y cómo retener a las enfermeras mediante sistemas de reconocimiento y recompensa. Por último, exponemos cuatro aspectos necesarios en materia de planificación de personal para afrontar eficazmente la escasez de enfermería y garantizar la sostenibilidad de la fuerza laboral de enfermería.

Llevando al mundo hacia la salud mediante liderazgo

Profesora Jill White, Profesora Emérita de la Facultad de Enfermería y Partería de la Universidad de Sídney y de la Facultad de Salud de la Universidad de Tecnología, y Profesora Jane Salvage, Directora del Global Nursing Leadership InstituteTM del CIE

Hace mucho que los sistemas de salud en todo el mundo necesitan un cambio radical de enfoque. Durante más de 100 años, la mayoría de países ha estructurado el liderazgo de los servicios de salud sobre todo desde una perspectiva biomédica, liderada normalmente por los médicos, que quizá hoy ya no sea apropiada o eficaz hoy ni tampoco en el futuro. Si nos centramos principalmente en la enfermedad, vemos y manejamos la salud a través de una óptica equivocada. Aquí nos preguntamos por

qué ha llevado tanto tiempo cambiar esta perspectiva, además de tratar las barreras existentes para pasar a un sistema no patologizado de atención de salud y cómo superarlas. Parte de la solución, argumentamos, pasa por una mayor colaboración de la enfermería en tema de liderazgo y políticas. También analizamos la forma que adopta el liderazgo desde la óptica de la enfermería y cómo un liderazgo de enfermería más fuerte podría contribuir a mejorar la salud.

El contexto actual del liderazgo en la salud

El nivel de predominio del liderazgo masculino en el ámbito de la salud está bien documentado. Las mujeres representan el 70% del personal sanitario mundial pero solo ocupan el 25% de los puestos de liderazgo. En las organizaciones mundiales del sector de la salud, únicamente el 31% de los puestos de director general están ocupados por mujeres; el 20% en el caso de las presidencias de juntas de organizaciones sanitarias; y el 31% de los ministerios de salud están dirigidos por mujeres.⁵⁹ Incluso a pesar de la abrumadora presencia femenina en la profesión de enfermería, los hombres ocupan una cantidad desproporcionada de puestos de liderazgo; en Kenia, por ejemplo, el 76% de la profesión está constituido por mujeres pero los hombres representan el 62% del profesorado. La investigación encargada por la campaña Nursing Now pone de relieve la existencia no solo de un 'techo de cristal' para las mujeres sino de un 'ascensor de cristal' para los hombres en la enfermería,⁶⁰ llegando a la conclusión de que entre las principales barreras para las mujeres se encuentran la doble función trabajo/familia; el coste de cuidar de los niños y la poca disponibilidad de los correspondientes servicios; el elevado coste y la disponibilidad reducida de formación y mentorazgo; y la naturaleza de la sociedad basada en el género.

La contribución fundamental de la enfermería a la salud

El informe *Triple Impacto*⁸ ha puesto de manifiesto la aportación esencial de la enfermería no solo para la consecución de la CSU sino también para la equidad de género y el desarrollo económico, reconociendo asimismo la imperiosa necesidad de contar con las enfermeras en la formulación de las políticas sociosanitarias y resaltando la necesidad de más formación y oportunidades en tema de liderazgo. La adopción de sus recomendaciones y acciones posteriores a través de la campaña Nursing Now ya ha modificado las conversaciones de salud en el seno de la enfermería y también en sentido más amplio, tal y como se aprecia en la elección del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus como Director General de la OMS en 2018, que ha representado un gran cambio en el contexto de la salud global. Especialista en salud pública, es el primer líder africano de la OMS y el primero que no es médico. Su liderazgo en la reforma del sistema sanitario de Etiopía le permitió adquirir experiencia de primera mano sobre la contribución fundamental de la enfermería a la salud y el bienestar de la comunidad. Una de sus primeras acciones en la OMS ha sido el nombramiento de una enfermera jefe, Elizabeth Iro, para formar parte de su equipo de mayor nivel. Otras acciones que ha llevado a cabo han sido declarar 2020 Año de la Enfermera y la Partera y encargar el primer informe de la OMS sobre el *Estado de la Enfermería en el Mundo*. Y ahora se insta repetidamente a los gobiernos a pensar con

mayor profundidad en la profesión y en cómo afrontar la carencia mundial prevista de nueve millones de enfermeras en 2030.⁶¹ Todo ello ha contribuido a elevar la enfermería en la agenda política.

Los actuales cambios epidemiológicos y sociales globales, en particular las ENT, la salud mental y las cuestiones relacionadas con el envejecimiento, tienen el potencial de responder bien a las intervenciones de enfermería. En un momento de creciente escasez de enfermería en el mundo, estos retos generan desequilibrios aún mayores entre la oferta y la demanda de personal de enfermería. Pero la oportunidad de cambiar ya está aquí. En consecuencia, ¿cómo pueden los líderes de enfermería distinguirse de los líderes actuales del ámbito de la salud, y cómo podemos preparar a las enfermeras de la mejor manera posible para intensificar su labor y dar un paso al frente?

Liderazgo a través de la óptica de la enfermería

Tradicionalmente, las enfermeras han tenido dificultades para explicar su ejercicio profesional y la diferencia que marcan de forma comprensible a personas externas a la profesión. Sin embargo, hoy tenemos el patrón de oro de la evidencia que demuestra la importancia del nivel educativo de las enfermeras y de las ratios de dotación de personal en la prestación de cuidados rentables y seguros⁶², así como declaraciones públicas y notorias de la OMS, el CIE, Nursing Now y muchos otros interlocutores sobre el valor de la contribución de los cuidados compasivos de las enfermeras.

Por otro lado, tradicionalmente las enfermeras se han alejado de ser asociadas con el término 'poder'. Hay mucho que hacer para contribuir a que se sientan cómodas con el poder y la influencia, para que sean competentes a la hora de participar activamente en la formulación de políticas y el liderazgo en el ámbito de la salud más allá de la práctica de la enfermería profesional. Programas de desarrollo del liderazgo político como el Global Nursing Leadership Institute (GNLI) del CIE y campañas como Nursing Now están guiando el camino a seguir.

En este año que se cumple el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, es interesante considerarla como la primera líder en explicar la salud a través de la óptica de la enfermería. Ella, demostrando auténtico liderazgo, vio simultáneamente el cuadro general (macro) y las consecuencias en el nivel humano (micro). Otras enfermeras destacadas en puestos de liderazgo han demostrado cualidades similares a lo largo de los últimos 200 años, aunque muchas otras tienen dificultades para conectar ambos niveles, lo cual apenas sorprende porque la enfermería ahonda sus raíces en nuestra práctica individual con nuestros pacientes y comunidades. Sin embargo, cuando actuamos así estamos ignorando el nivel macro, lo cual supone un peligro para nosotros. Experimentamos a diario la

influencia tanto de la política en general y como de políticas específicas, por ejemplo en la financiación de nuestros sistemas sanitarios, los retos a los que nos enfrentamos en el ámbito de la salud, las políticas socioeconómicas que afectan a las comunidades en las que vivimos y trabajamos, las crecientes desigualdades dentro y entre países, así como el hecho de no alcanzar la CSU.⁶³

Los tres importantes componentes de la esencia del liderazgo a través de la óptica de la enfermería son: (1) una brújula fuerte y coherente; (2) formación continuada, en particular desarrollo personal e interpersonal (nivel micro) y comprensión organizativa y política (nivel macro); y (3) capacidad de mantener y desplazarse entre estos tres aspectos simultáneamente. Es necesario aplicar a la vez los tres componentes del liderazgo, a pesar de que en ocasiones puedan parecer contradictorios. Las competencias requeridas para los tres son necesarias para que suceda 'lo adecuado' en los niveles micro y macro: conocer el territorio, conocer a los grupos de interés, argumentar desde la evidencia y la autoridad, comprender las perspectivas de los demás y pasar al consenso y la acción.

Estos componentes raramente se desarrollan e integran continuamente en la educación y el desarrollo de la

enfermería y a menudo se proporcionan, como mucho, en programas de liderazgo en los que se participa una sola vez. En la actualidad, este tipo de desarrollo profesional únicamente está a disposición de unas pocas enfermeras selectas, normalmente en los niveles más sénior. La falta de oportunidades en este sentido explica en parte la falta de predisposición/preparación de las enfermeras para dar un paso al frente y liderar en el ámbito de la salud. Aunque el desarrollo personal e interpersonal puede predominar en los albores de la carrera, también hay que fomentar la comprensión de las organizaciones y la política.

Cabe considerar asimismo la existencia de vientos de cambio, algunos estimulados por la tercera oleada del feminismo y el movimiento MeToo.⁶⁴ Por ejemplo, la prestigiosa revista *Lancet* ahora se niega a estar representada en paneles en los que no haya mujeres;⁶⁵ y la equidad de género ahora forma parte de las conversaciones del G7. El relato alrededor de esta cuestión, marginada durante tanto tiempo en la enfermería a pesar del lugar central que ocupa entre nuestras preocupaciones, finalmente es el centro del debate. El liderazgo de la enfermería y las políticas de salud deben ser asunto de todos.⁶⁶ Hemos de impulsar los cambios y estar preparados para liderar.



Estudio de Caso

Chile – Reduciendo el tiempo de espera y mejorando la experiencia del paciente

Autor: Margarita Yercic, Chile

El Complejo Asistencial Sótero del Río es un hospital público situado en el sureste de Santiago de Chile. Tiene una población asignada de 1,6 millones de habitantes que viven en los municipios más vulnerables del país. Dispone de un servicio sanitario ambulatorio que pasa consulta a 600 pacientes al día y de un hospital con unas 800 camas y diez quirófanos.

El servicio de cirugía y, en concreto, los quirófanos tienen una lista de espera permanente de 7 000 pacientes que aguardan la resolución de sus problemas de salud en distintas especialidades. La lista de espera media oscila entre cuatro semanas y ocho años, dependiendo del tipo de cirugía requerido.

Tras analizar el recorrido quirúrgico, los líderes de enfermería propusieron la creación de unidades de precirugía, dirigidas por enfermeras, al objeto de centralizar y optimizar cada una de las fases del proceso quirúrgico.

Primero se le comunica al paciente que necesita cirugía y después se le añade a la correspondiente lista de espera del hospital y al repositorio nacional de espera para cirugía. Estos datos aparecen al mismo tiempo en los registros de la unidad de precirugía de manera que la enfermera a cargo puede ponerse en contacto con el paciente y explicarle todas las fases del proceso preparatorio, además de responder a cualquier pregunta que tenga sobre su cirugía. Asimismo, la enfermera coordina todos los exámenes y consultas necesarios y contacta con otros especialistas y con el equipo quirúrgico para garantizar que el proceso se lleva a cabo lo más rápidamente

posible. Por último, la enfermera colabora activamente con el equipo que controla y valora las listas del quirófano.

Las unidades de precirugía han permitido obtener las siguientes ventajas:

- Reducir en un 40% la lista de espera de pacientes con necesidad de cirugía
- Reducir el tiempo de preparación para cirugía de ocho meses a seis días en todas las áreas/especialidades
- Prestar cuidados de enfermería completos y continuados que responden a las necesidades individuales de los pacientes y sus familias
- Mejorar la alfabetización en salud de los pacientes
- Optimizar la eficiencia de los quirófanos
- Mejorar la eficiencia de los servicios clínicos de apoyo, en particular, laboratorio, imágenes y otras especialidades
- Mayor satisfacción del paciente
- Mejor coordinación de la atención en todo el continuo de cuidados

El proyecto de unidades de precirugía ha contado con el reconocimiento del Ministerio de Salud de Chile y se ha replicado en varios hospitales públicos del país abordando así eficazmente las necesidades de las poblaciones locales.

Alianzas y colaboración dentro y fuera de la atención de salud: desde los silos hasta la interconexión en el liderazgo de enfermería

Bongi Sibanda, Educadora, Consultora de Salud y Enfermera de Atención Directa Avanzada, y **Profesor Khama Rogo**, Especialista Líder en el Sector Salud del Banco Mundial y Director de la Iniciativa Salud en África del Grupo del Banco Mundial

La *Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030*⁶¹ pone de manifiesto que la educación interprofesional y la práctica colaborativa (EIPC) son esenciales para abordar los retos del personal sanitario a nivel global, lo cual implica que la formación de la fuerza laboral debe ser 'genuinamente multiprofesional', además de promover el trabajo en equipo, las alianzas y la colaboración entre disciplinas, sectores y pacientes. Las enfermeras, como líderes del ámbito de la salud en primera línea, han de identificar las oportunidades actuales y futuras de colaboración, alianzas y participación en tema de liderazgo, becas, políticas y práctica para mejorar los resultados de salud de las comunidades.

La literatura apunta a la optimización de la EIPC como uno de los métodos clave para mejorar los resultados de salud en todo el mundo.^{67, 68} Las recomendaciones internacionales publicadas a lo largo de la última década sobre que todos los profesionales de la salud han de recibir formación para prestar cuidados centrados en el paciente como miembros del equipo interprofesional han derivado en la integración de la EIPC en el ámbito académico y en la práctica clínica a nivel global.⁶⁹ Sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer. La actualización esperada del *Marco de Acción de la OMS para la Educación Interprofesional y la Práctica Colaborativa*⁷⁰ y la Declaración Interprofesional de Sídney⁷¹ cuya publicación está prevista para 2020 serán fundamentales para promover el avance de la agenda de la educación interprofesional y la práctica colaborativa en todo el mundo.

Economía y comercio

Los tres pilares de la CSU (acceso-calidad-coste) requieren innovación y un replanteamiento radical de la manera en que se gestiona el sector de la salud.⁷² Los recursos humanos son un aporte fundamental, sin el cual no se puede lograr ni acceso ni calidad. La enfermera es un miembro fundamental y muy fiable del equipo de gestión de la salud y la enfermería no solo es un catalizador esencial en la mayoría de los procesos tanto clínicos como no clínicos sino que también es, con diferencia, el más asequible. Las habilidades de la profesión son necesarias en el nivel de atención primaria (prevención, inmunización, atención a domicilio y acercamiento a la comunidad), en el nivel secundario (ambulatorio, clínicas y cirugía) y en la atención terciaria (cuidados especializados y ENT).

Sin embargo, la enfermería está extremadamente infravalorada en todo el mundo⁸ y su producción nunca ha sido objeto de un análisis de mercado laboral. El informe sobre el *Estado de la Enfermería en el Mundo* es una publicación oportuna como guía para este diálogo.

Las recomendaciones sobre las ratios enfermeras-población carecen de significado en un mundo que cambia rápidamente. El número requerido de enfermeras y sus habilidades dependen demasiado del contexto como para definirse únicamente mediante ratios genéricas globales. En África, este planteamiento ha provocado la continuación incondicional de currículos de formación en enfermería más basados en su historia colonial que en sus actuales necesidades nacionales/regionales;⁷³ la introducción de nuevos niveles de formación previa de las enfermeras basados en modelos occidentales; la persistencia de la misma duración de los cursos de formación en enfermería a pesar de los innovadores planteamientos formativos; el acceso limitado a oportunidades de formación de enfermeras especializadas para abordar las ENT; la falta de oportunidades de crecimiento profesional para la enfermera generalista a pie de cama; la represión de la innovación de las enfermeras en primera línea; así como una remuneración no competitiva y malas relaciones laborales para una profesión que invariablemente es la excepción y dedica más horas de trabajo.

En África se han construido más escuelas de enfermería en las últimas tres décadas, que han producido más enfermeras pero de menor calidad y relevancia. Muchas finalizan su formación sin ninguna perspectiva de trabajar y la tasa de desempleo entre las enfermeras se encuentra en máximos históricos en África.

El sector privado está desempeñando un papel creciente tanto en la producción como en el empleo de las enfermeras en África aunque su regulación sigue siendo débil. Para cubrir el elevado número de graduados de los institutos, hoy día se están estableciendo más escuelas de enfermería y medicina privadas que públicas. El coste de la formación privada es superior, lo cual dificulta que las familias justifiquen el gasto si el retorno de la inversión es incierto y, a su vez, provoca que la enfermería se transforme en una elección por defecto más que en la opción preferida por la mayoría de estudiantes. El efecto de esta situación en la calidad de la enfermería, el compromiso profesional y la fuga de cerebros no debe descuidarse.

Figura 1: Intersección entre formación, mercados laborales y sector salud



Implicaciones para las políticas y la práctica/llamamiento a la acción

Considerando los problemas y avances actuales en materia de fuerza laboral y formación en enfermería, se hace fundamental trabajar en colaboración y en alianza entre grupos de interés para garantizar el alineamiento entre los currículos y los contextos nacionales, las necesidades de la población, la prestación de servicios y una supervisión eficaz de la práctica clínica. Tampoco se puede exagerar el énfasis en la necesidad de una mayor sinergia entre la práctica y la formación incorporando al mismo tiempo los principios de la educación interprofesional y la práctica colaborativa.

Es esencial realizar estudios sobre el mercado laboral de las enfermeras para comprender mejor las necesidades tanto del

mercado como de los profesionales a título individual y forzar el diálogo entre el sector de la educación y el de la salud. Ya no se puede dar por hecho que necesitamos más enfermeras y que tenemos que formar a más para cubrir la ratio definida por la OMS.

Es importante que las enfermeras líderes aprecien la innovación y el desarrollo del espíritu emprendedor tanto en el ámbito académico como en la práctica. Es fundamental si queremos atraer y retener a personas de alto nivel en la profesión y modificar positivamente la atención de salud para mejorar los resultados de los pacientes.

Estudio de Caso

Sudáfrica – Colaborando para abordar la violencia sexual. Enfermería Clínica Forense

Autor: Volene Joy Werely, Sudáfrica

Las enfermeras clínicas forenses (ECF) son los profesionales sanitarios en primera línea para cuidar de las víctimas y los autores de agresiones sexuales y abusos domésticos. Son las principales voces en materia de defensa, prevención y educación de las comunidades y otros profesionales de la salud. Las ECF son enfermeras registradas en el Consejo de Enfermería de Sudáfrica, formadas en medicina clínica forense y autorizadas para examinar a pacientes, tomar evidencia forense para una investigación, ofrecer asesoramiento y pruebas y testificar ante un tribunal.

El ámbito de la práctica de las ECF abarca las funciones y responsabilidades de una enfermera clínica y sus responsabilidades ante el poder judicial.

En su función clínica, las ECF valoran y examinan al cliente, en particular redactan su historia, realizan una exploración física junto con una valoración psicológica y emocional. Asimismo, llevan a cabo las siguientes actuaciones:

- Diagnóstico, en particular toma de muestras de ADN y diagnósticos por imagen
- Realización de tratamientos, en particular profilaxis postexposición y otros según sea necesario
- Derivación a otros profesionales de la salud y recursos
- Identificación de víctimas de trata de personas

En su papel judicial, las responsabilidades de las ECF se centran en:

- Prestar asistencia al tribunal en la administración de justicia
- Valorar la idoneidad para declarar
- Valorar la idoneidad para someterse a un juicio y a interrogatorios cruzados
- Garantizar la precisión de los interrogatorios

En su ejercicio profesional, las ECF se enfrentan a dilemas éticos y legales puesto que la opción más defendible desde el punto de vista ético puede no ser legal y las opciones legales pueden no ser las más defendibles éticamente.

Las ECF, que atienden tanto a la víctima como a los autores, pueden experimentar conflictos entre sus procesos emocionales y cognitivos y han de tomar decisiones de forma ética y racional. La capacidad de analizar las cuestiones desde varias perspectivas, valores y contextos es de importancia fundamental para prevenir sesgos y evitar juzgar demasiado rápidamente.

El fortalecimiento de un modelo colaborativo interprofesional e intersectorial entre todos los grupos de interés pertinentes ha sido importante para garantizar resultados clínicos positivos y hacer justicia para las víctimas.

Entornos de trabajo seguros: esenciales para la seguridad del paciente y para sostener una fuerza laboral de enfermeras cualificadas

Dra. Linda H Aiken, Directora del Centro para Resultados de Salud e Investigación para Políticas, Profesora de Liderazgo en Ciencias de la Enfermería 'Claire M. Fagin', y Profesora de Sociología en la Universidad de Pennsylvania, EE.UU., y **Dr. Matthew McHugh**, Cátedra Independiente de Educación en Enfermería y Profesor de Enfermería en la Universidad de Pensilvania, Facultad de Enfermería, y Director Asociado del Centro para Resultados de Salud e Investigación para Políticas

La evidencia sugiere que los errores médicos son una de las principales causas de morbilidad en todo el mundo⁷⁴ puesto que los entornos de cuidados pueden ser peligrosos tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud a quienes se confía su cuidado y seguridad.⁷⁶ Las infecciones nosocomiales son un problema grave que provoca sufrimiento y muerte⁷⁷ y los pacientes también sufren otros daños como recibir la medicación equivocada o una dosis errónea, caídas y traumatismos mientras reciben cuidados, o úlceras por presión prevenibles. La investigación documenta amplias variaciones en la mortalidad entre hospitales por enfermedades comunes y procedimientos quirúrgicos que no se deben a la gravedad de la enfermedad de los pacientes sino a entornos de cuidados inseguros. Las enfermeras ocupan una posición central para mejorar los entornos de cuidados pero tienen menos recursos de los necesarios y carecen de autoridad para realizar los cambios necesarios para mantener seguros a los pacientes.

El informe pionero sobre la seguridad del paciente, *Errar es humano*, supuso una aportación muy importante a nuestra comprensión de la importancia de los entornos de cuidados al abogar por dejar de culpar a los profesionales clínicos individualmente por sus errores y pasar a definir la seguridad como la responsabilidad del hospital de rediseñar los entornos de cuidados y los lugares de trabajo para mantener seguros a los pacientes. Asimismo, se estableció explícitamente que la mejora de los entornos de trabajo de las enfermeras tenía gran prioridad de cara a mejorar la seguridad del paciente.⁷⁸ Sin embargo, a pesar de haber identificado una serie de intervenciones clínicas para evitar daños a los pacientes, su seguridad sigue siendo motivo de preocupación. Un estudio reciente realizado en hospitales de EE.UU. señala que en la última década únicamente el 21% de los hospitales había mejorado los entornos de cuidados en la medida del 10%. Estos entornos mejorados habían permitido conseguir los mayores incrementos en relación con la seguridad del paciente.⁷⁵

¿Qué es un buen entorno de cuidados?

Un buen entorno de cuidados es aquel en el que se implementan prácticas clínicas basadas en la evidencia con un elevado grado de fiabilidad; está centrado en la persona desde las perspectivas de los pacientes, sus familias y el

personal clínico; las cargas de trabajo de la plantilla son acordes a sus responsabilidades; y la organización aprende a seguir mejorando continuamente.

Los buenos entornos de cuidados y los buenos entornos de trabajo básicamente son el mismo concepto. La investigación demuestra que en aquellos hospitales en los que las enfermeras no están satisfechas con sus puestos de trabajo y experimentan elevadas tasas de agotamiento, los pacientes también están insatisfechos y los resultados clínicos son peores.⁷⁵ Entre las características organizativas asociadas a los buenos cuidados y a los buenos entornos de trabajo se encuentra una estructura organizativa más bien horizontal, con pocos niveles de gestión entre las enfermeras de cuidados clínicos y la dirección ejecutiva. La autoridad, en particular en relación con los cuidados clínicos, está descentralizada y en manos de los profesionales clínicos más cercanos al paciente y se contempla la creación y promoción de equipos interdisciplinarios de alto desempeño. También se espera que tanto los gestores como los profesionales clínicos tomen decisiones basadas en la evidencia de manera que los entornos de trabajo y los niveles de dotación de personal se determinen utilizando las mejores prácticas y evidencia, las cuales se reevalúan constantemente. Por último, la alta dirección se dirige a sus enfermeras y demás profesionales de la salud para aprovechar sus conocimientos y experiencias desde el interior y conocer sus sugerencias en términos de innovaciones y mejoras en los cuidados de los pacientes en lugar de dirigirse a fuentes externas y aplicar cambios organizativos desde arriba hacia abajo que no cuentan con pleno apoyo por parte de las enfermeras y otros cuidadores.

Los buenos entornos de cuidados están asociados a mejores resultados de los pacientes y las enfermeras

Gracias a una base de evidencia robusta se ha confirmado que es mucho más frecuente que los pacientes obtengan malos resultados (en particular, mortalidad, rehospitalizaciones, duración de las hospitalizaciones, infecciones nosocomiales, caídas, úlceras por decúbito) en instalaciones sanitarias con malos entornos de cuidados.⁷⁹ Incluso la calidad de los cuidados

de fin de vida es mejor en los hospitales con buenos entornos de trabajo y de cuidados.⁸⁰ Un cuerpo de evidencia de amplitud similar demuestra que los resultados adversos para las enfermeras (por ejemplo, agotamiento, insatisfacción laboral, intención de marcharse) son mucho más comunes en los malos entornos de trabajo.⁸¹

Los investigadores han demostrado que estas relaciones entre los entornos de trabajo y los resultados de los pacientes y las enfermeras son consistentes en todo el mundo en sistemas de salud con diferentes tipos de organización, finanzas y recursos. Estudios realizados utilizando protocolos similares y medidas implantadas en más de 30 países demuestran una y otra vez la misma relación entre los buenos entornos de trabajo y los buenos resultados.^{82,83,84} Estos estudios internacionales dejan clara la factibilidad de tener un buen entorno de trabajo independientemente de cualquier diferencia entre países en términos de financiación y gestión de la atención de salud puesto que cada país tiene ejemplos de entornos de salud con buenos entornos de trabajo. Asimismo, los entornos de trabajo son importantes para la retención de las enfermeras y los buenos resultados de los pacientes en todos los ámbitos sanitarios.^{85,86,87} Evidencia derivada de estudios longitudinales apunta a que las relaciones observadas entre un buen entorno de trabajo y unos buenos resultados probablemente sea causal porque las mejoras en los entornos de trabajo están estrechamente relacionadas con los resultados.⁸⁸

Es hora de actuar sobre la evidencia para mejorar los entornos de trabajo

El reto a la hora de avanzar es traducir el conocimiento adquirido en acciones, implementando y probando modelos de reformas organizativas del mundo real para mejorar los entornos de trabajo. Un prometedor estudio de caso de reforma organizativa es el hospital Magnet, una forma de acreditación voluntaria de la excelencia en los cuidados como reconocimiento de la aplicación de las características organizativas de los buenos entornos de trabajo. El concepto de los hospitales Magnet ha evolucionado a partir de la observación de que los hospitales que lograban atraer y retener a enfermeras cualificadas se asemejaban a las corporaciones multinacionales mejor valoradas por tener características inherentes a los buenos entornos de trabajo. Décadas de investigación han demostrado posteriormente que los hospitales Magnet no solo son lugares mejores para trabajar para las enfermeras sino que también logran que los pacientes obtengan mejores resultados.⁸⁹

La evidencia es clara: los resultados tanto de los pacientes como de las enfermeras son mejores en hospitales con buenos entornos de trabajo. Ahora disponemos de modelos comprobables de reformas organizativas que son prometedores para servir de guía en estos procesos. El reto de cara al futuro es comprobar las innovaciones prometedoras en las organizaciones y defender los modelos cuya eficacia quede demostrada, de manera que todas las enfermeras puedan ejercer en buenos entornos de trabajo y prestar la atención de alta calidad que todos los pacientes se merecen.



Educación: preparando a las enfermeras para la práctica y el aprendizaje a lo largo de la vida

Fadwa A Affara, Consultora Internacional de Políticas Regulatorias y Educativas y ex Consultora de Políticas de Enfermería y Salud, Consejo Internacional de Enfermeras, y **Dra. Fariba Al Darazi**, Consultora de Desarrollo de Enfermería y Personal de Salud y ex Asesora Regional de Enfermería, Partería y Personal de Salud Afín, Oficina de la OMS para el Mediterráneo Oriental

Los cambios que se han producido en el perfil epidemiológico de las poblaciones a las que atienden las enfermeras, así como los avances tecnológicos, la proliferación del conocimiento y los rápidos cambios que han tenido lugar en los sistemas de salud de todo el mundo requieren que el sistema educativo de enfermería responda de manera oportuna y eficaz para que los graduados actúen como profesionales seguros y competentes al satisfacer las necesidades de salud de sus comunidades.

El papel del ámbito de la práctica como base para la formación de enfermería

La conversación a nivel global sobre los recursos humanos para la salud en las últimas dos décadas se ha centrado en cómo crear una fuerza laboral capaz de actuar en roles que aborden la promoción de la salud, la prevención de enfermedades a la par que presta servicios de salud centrados en las personas y basados en la comunidad, además de cuidados personalizados a lo largo de todo el ciclo vital. Este análisis se ha realizado, y sigue realizándose, contra un telón de fondo de preocupación acerca de la calidad y la relevancia de la educación y la significativa escasez actual y prevista de trabajadores sanitarios.

Las proyecciones apuntan a que para 2030 se generarán 40 millones de puestos de trabajo adicionales en el ámbito de la salud⁹⁰ al mismo tiempo que está prevista una escasez de 18 millones de trabajadores sanitarios, en particular nueve millones de enfermeras para esa fecha.⁹¹ Por lo tanto, el reto al que se enfrenta la enfermería en el campo educativo pasa por incrementar tanto la calidad como la cantidad de enfermeras; determinar y actualizar constantemente el cuerpo de competencias, habilidades y comportamientos requeridos para ejercer con el nivel acordado de calidad e idoneidad en el actual contexto de salud y en el futuro; y aplicar un planteamiento transformador a la educación en todo su espectro.^{92, 93, 94}

Uno de los instrumentos clave para contribuir a determinar el objetivo de la formación es tener un ámbito de la práctica definido. Por eso, se considera que definir y mantener actualizados los ámbitos de la práctica es una actividad reguladora clave e, independientemente del planteamiento utilizado, el CIE sostiene que... *elaborar y difundir definiciones claras de los roles que desempeñan las enfermeras, así como del ámbito de la práctica de la profesión, es responsabilidad de la enfermería.*⁹⁵

Estrategias para sostener la mejora de la formación de enfermería

Es fundamental reformar la formación de enfermería en el nivel previo a la práctica para responder al llamamiento a favor de la CSU y cumplir los ODS. La reforma se debe centrar en la estructura, procesos y resultados de la educación de enfermería. Para mejorar la educación en enfermería es clave recurrir a un planteamiento sistemático al objeto de diseñar un sistema educativo nacional que amplíe el rol de la profesión y empodere a los graduados para que tengan pensamiento crítico y respondan al cambio en el sistema sanitario.⁹⁶

El mensaje principal del informe *El futuro de la Enfermería: Liderando el Cambio, Promoviendo la Salud* del Instituto de Medicina es que las enfermeras han de alcanzar un mayor nivel de formación y capacitación mediante un mejor sistema educativo que promueva una progresión académica sin fisuras.⁹⁷

El documento del CIE/EMRO *Reduciendo la Brecha y Mejorando la Interfaz entre la Educación y la Práctica: Marco para el Análisis y la Generación de Soluciones*⁹⁸ establece que el fortalecimiento de la colaboración entre la formación de enfermería y la práctica de la enfermería es un reto fundamental al que se enfrenta la profesión. En vista de la naturaleza cambiante del panorama sanitario, es importante compartir y difundir ejemplos positivos de cómo las enfermeras han demostrado fórmulas exitosas para colmar la brecha entre la educación y la práctica.⁹⁹

Promoviendo la formación a lo largo de la vida

Una gran empresa que deben llevar a cabo los países consiste en incrementar considerablemente su inversión en formación de enfermería en los niveles previos a la práctica, así como durante el ejercicio profesional y en el ámbito de la formación continuada, con el fin de preparar a un número adecuado de enfermeras competentes para satisfacer las necesidades prioritarias de salud a nivel nacional y seguir manteniendo la competencia a lo largo de su vida laboral.

La formación continuada contribuye al mantenimiento de la competencia y potencia el desarrollo profesional de las enfermeras. Las oportunidades al respecto para las enfermeras son limitadas en los países en desarrollo y es necesario aumentar este tipo de formación y financiarlo adecuadamente. Se deben desarrollar sistemas para el desarrollo profesional continuo de las enfermeras que ofrezcan capacitación y formación en materia de liderazgo, práctica clínica avanzada, potenciación de las habilidades de investigación, aplicación de la práctica informada por la evidencia y diseño de políticas, considerando la labor de los preceptores y mentores.

Formación interprofesional y práctica colaborativa: el camino a seguir

En su presentación durante la primera conferencia regional del CIE celebrada en Abu Dabi, Emiratos Árabes Unidos, en

2018, el Profesor John Gilbert afirmó que la intención de un enfoque interprofesional a la salud y al bienestar es prestar cuidados óptimos al cliente, disminuir la duplicación de servicios, afrontar las lagunas en la prestación de servicios y superar las consecuencias adversas para los pacientes.¹⁰⁰

El *Marco para la Acción en la Educación Interprofesional y la Práctica Colaborativa* de la OMS pone énfasis en la importancia de la formación interprofesional para crear personal de salud 'colaborativo y preparado para la práctica', capaz de ejercer colaborativamente y centrado en el paciente gracias a su mejor preparación para responder a las necesidades de salud a nivel local.¹⁰¹

Crear una cultura que promueva la formación interprofesional y la práctica colaborativa requiere un cambio en el sistema educativo de las profesiones sanitarias y en el sistema de salud. Dicho cambio requiere un diseño estratégico, además de apoyo y consenso por parte de todos los grupos de interés. Modelar la profesión de enfermería para responder al entorno cambiante y complejo en que las enfermeras prestan cuidados, requiere una transformación de la formación de la profesión para inculcar el valor del aprendizaje a lo largo de la vida, desde las primeras fases del itinerario de los estudiantes de enfermería, y realizar cambios en las políticas del sistema de salud del país para promover este tipo de aprendizaje junto con formación interprofesional y práctica colaborativa con el fin de garantizar la seguridad del paciente/cliente y la calidad de los cuidados.



Estudio de Caso

Kenia - Mejorando el acceso a cirugía segura

Autores: Mary Mungai, Hosea Kiptoo, Stephen Thuo, Mark Newton, Kenia

Kenia es un país de renta baja-media con una población de aproximadamente 52 millones de habitantes. Padece una escasez de anestésistas que se prevé que tarde al menos una década en corregirse, por lo que las enfermeras están recibiendo formación para proporcionar anestesia en áreas que carecen de este tipo de profesionales, en particular en zonas rurales del país.

Desde su puesta en marcha en 2006, el Programa de Enfermeras Registradas Anestésistas de Kenia ha formado a más de 200 enfermeras anestésistas, que están trabajando en más del 60% de los condados del país. Prepara anestésistas para hospitales rurales a través de un currículum basado en competencias y específico para el contexto de manera que los graduados estén bien preparados para su futuro ámbito de la práctica, y se ha integrado en el sistema gubernamental. La necesidad evidente de este programa de formación y su éxito abrumador han llevado a su expansión a otras regiones de Kenia para abordar déficits similares en la administración de anestesia.

Un artículo publicado en la revista *Anaesthesia & Analgesia* expone un estudio comparativo entre hospitales con una de estas enfermeras (intervención) y un hospital sin ninguna (control). Ninguno de los hospitales tenía anestésistas. Los hospitales objeto de intervención tenían una mayor concentración de proveedores de anestesia y un incremento espectacular en el número de intervenciones quirúrgicas.

Las enfermeras registradas anestésistas participantes han afirmado que la formación recibida les ha proporcionado

suficiente capacitación y habilidades de liderazgo, en particular la confianza necesaria para cuidar de pacientes muy graves. Los autores han declarado que el incremento en la actividad quirúrgica se ha debido a su mayor confianza para atender a pacientes quirúrgicos y, más concretamente, para dispensar cuidados obstétrico-quirúrgicos.

La formación de enfermeras anestésistas a un mayor nivel puede tener una repercusión considerable en el acceso a cirugía segura en áreas rurales de África. La ampliación de este programa de formación a más enclaves fuera de las áreas urbanas de Kenia, así como a otros países, incrementaría el número de proveedores de anestesia e incrementaría la capacidad quirúrgica.

Se trata de un trabajo vital porque es un modelo que ya se ha probado y se puede extender a otras áreas, así como porque demuestra que los graduados bien formados pueden recibir más capacitación para ser instructores, fortalece los sistemas sanitarios rurales y es replicable en otros países de renta baja-media donde las carencias en tema de anestesia representan un problema.

Las enfermeras anestésistas incrementarán el acceso a la cirugía y posiblemente reducirán la morbilidad por enfermedades quirúrgicas. La cifra de cinco mil millones de personas sin acceso a cirugía segura no dejará de aumentar a no ser que afrontemos radicalmente la escasez de anestésistas cualificados tanto en las áreas urbanas como en las rurales y en los países de renta baja-media.

Enfermeras anestésistas cualificadas incrementando el acceso a cirugía segura en Kenia



Dotación segura de personal: un reto perenne

Dra. Linda H Aiken, Directora del Centro para Resultados de Salud e Investigación para Políticas, Profesora de Liderazgo en Ciencias de la Enfermería 'Claire M. Fagin' y Profesora de Sociología en la Universidad de Pennsylvania, EE.UU., y **Dr. Matthew McHugh**, Cátedra Independiente de Educación en Enfermería y Profesor de Enfermería en la Universidad de Pensilvania, Facultad de Enfermería, y Director Asociado del Centro para Resultados de Salud e Investigación para Políticas

A pesar de los extraordinarios avances tecnológicos en el ámbito sanitario, el mayor recurso para la salud en todo el mundo es el capital humano. En enfermería, capital humano significa tener un número adecuado de enfermeras con la combinación adecuada de formación, habilidades y experiencia para satisfacer las crecientes exigencias de atención a pacientes complejos en todos los entornos. En 2018, el CIE¹⁰² reconoció esta cuestión formalmente en su declaración de posición instando a una dotación de enfermeras basada en la evidencia. Uno de sus elementos fundamentales es sencillamente disponer de un número suficiente de enfermeras en función de las necesidades de cuidados de los pacientes.

Desarrollar la base de evidencia para una dotación de personal segura

La evidencia ofrece un cuadro claro que señala la necesidad de niveles seguros de dotación de enfermeras para garantizar cuidados de alta calidad y seguros para los pacientes. En todos los principales resultados de calidad y seguridad de la atención de salud se ha apreciado la relación entre la dotación de enfermeras y los resultados obtenidos, en particular en términos de mortalidad, muertes por complicaciones, infecciones nosocomiales, rehospitalizaciones y duración de las hospitalizaciones.⁶²

¹⁰³ Se ha apreciado su repercusión en los resultados en todo el mundo independientemente de la estructura del sistema sanitario, gobernanza o financiación. Por ejemplo, un estudio estadounidense de gran influencia indica que las probabilidades de mortalidad del paciente se incrementaban en un 7% por cada paciente adicional asignado a la enfermera.¹⁰⁴ Un estudio sobre nueve países europeos y otro estudio separado sobre Corea del Sur han demostrado este idéntico efecto.⁶² Los beneficios de una buena dotación de personal no son exclusivos de los entornos hospitalarios puesto que se han señalado también en distintas áreas de hospitales así como en otros entornos como las residencias para personas mayores.

La formación como elemento de la dotación de personal

La importancia de invertir en personal no se limita al número de enfermeras; la composición de las enfermeras también es un factor crítico. Cada incremento del 10% en la proporción de enfermeras a pie de cama en un hospital está asociado a un declive del 7% en la mortalidad.⁶² Muchos estudios demuestran que la formación universitaria de las enfermeras está relacionada con mejores resultados de los pacientes. Asimismo, tener mejores niveles generales de dotación de personal y un mayor porcentaje de enfermeras licenciadas se traduce en mejores resultados respecto a si únicamente se mejora la dotación de personal o la educación.¹⁰⁵ El Parlamento Europeo ha modernizado recientemente su política sobre la cualificación de enfermeras con fines de movilidad en la UE reconociendo formalmente, por primera vez, un recorrido universitario para las

enfermeras profesionales. A pesar de no requerir una cualificación universitaria para las enfermeras en toda la UE, esta nueva disposición incentiva a los países miembros a ofrecer formación universitaria a las enfermeras y un resultado claro de la misma ha sido el desarrollo de programas de licenciatura de enfermería en países como Alemania donde históricamente la educación de enfermería se ha cursado a través de formación profesional.

El camino por delante para una política de dotación de personal

La declaración política del CIE de 2018 sobre dotación de enfermeras¹⁰² es un llamamiento a la acción para implementar la considerable base de evidencia existente para mejorar los niveles de dotación de personal. A pesar de la implantación de políticas de dotación de enfermeras que han demostrado ser beneficiosas para los pacientes, las iniciativas para aplicar mejores niveles de dotación de personal siguen siendo escasas. Una limitación al respecto puede ser el estrecho abanico de políticas que se someten a debate en materia de dotación de personal, por ejemplo la mayoría de las políticas sobre los ratios de dotación de personal están estructuradas para su aplicación en todos los hospitales. Sin embargo, existen diseños de políticas alternativas que se podrían experimentar como por ejemplo eximir a los hospitales que ya tienen una dotación de personal y resultados aceptables y aplicar una dotación de enfermeras obligatoria en los hospitales con los peores niveles de dotación de personal. Hay evidencia que sugiere que son estos hospitales los que necesitan corregir su situación y los que más se benefician de ratios obligatorias.¹⁰⁶ Las dotaciones de personal obligatorias también podrían asociarse a programas para el desarrollo del personal de enfermería y a incentivos específicos para trabajar en hospitales con menos personal del debido con el fin de contar con una oferta de mano de obra adecuada para cumplir los objetivos establecidos en las políticas. En su declaración política, el CIE recomienda que las organizaciones nacionales de enfermería trabajen con sus gobiernos para promover la implementación de políticas sobre dotaciones de personal seguras y realizar estudios de investigación para evaluarlas. Los países deben considerar la adopción de un planteamiento similar al de Queensland, Australia, que incorpora una evaluación empírica de las políticas para poder comprender con claridad sus beneficios y costes para la comunidad global.

Conclusión

La evidencia es clara: contar con suficientes enfermeras, preferiblemente con una licenciatura como nivel mínimo de formación, y que la mayoría de los proveedores de cuidados en los hospitales sean enfermeras influye en los resultados de los pacientes. De cara al futuro, el reto consiste en realizar las inversiones necesarias en capital humano para la salud e implementar y evaluar las intervenciones políticas para garantizar que todo el mundo se beneficia del personal de enfermería.

Dotación segura de personal – Mejorando los resultados de salud y el entorno de trabajo. Un modelo ejemplar en Queensland, Australia

Autor: Oficina de la Enfermera y la Partera Jefe, Queensland

El 1 de julio de 2016, Queensland Health implantó una política que establecía ratios mínimas enfermera-pacientes en 27 hospitales públicos. La investigación llevada a cabo sobre esta iniciativa política reveló la relación existente entre una mayor dotación de enfermeras y la mejora de los resultados tanto de los pacientes como de las enfermeras en los servicios médico-quirúrgicos dirigidos a adultos. La encuesta de personal realizada señalaba cambios positivos como resultado de la política de ratios enfermera-pacientes, en particular hacía referencia a un “menor tiempo para prestar los cuidados necesarios” y “un menor tiempo para detectar cambios en el paciente”; mejor satisfacción laboral y menos agotamiento; menos probabilidades de reducir la seguridad del hospital o el grado de prevención

de infecciones; y más probabilidades de recomendar el hospital a la familia y los amigos. El análisis de los datos apunta a que esta nueva legislación evitó 145 muertes, 255 hospitalizaciones y 29 222 días de hospitalización.

Aunque los resultados de establecer por ley una ratio enfermera-pacientes mínima son significativos, en Queensland existen mecanismos para determinar los niveles adecuados de dotación de enfermeras en función de la gravedad del paciente y el entorno clínico. En Queensland Health existe un instrumento de gestión de la fuerza laboral de uso obligatorio en el sector denominado Business Planning Framework. Se introdujo por primera vez en 2001 con el fin de gestionar la carga de trabajo de las enfermeras y las parteras.



Aprovechando el potencial de la tecnología para mejorar los resultados de salud

Adaptado de un artículo de la Profesora Petrie F. Roodbol, Profesora de Ciencias de la Enfermería, Centro Médico Universitario, y la Universidad Hanze de Ciencias Aplicadas, Groninga, Países Bajos

Cada vez está más demostrado el potencial de las tecnologías para superar problemas y retos existentes en el sector de la salud. La salud digital impulsa el desempeño de los sistemas sanitarios para que se puedan adaptar mejor, ser flexibles y responder a las necesidades de los pacientes, la plantilla y la comunidad. Asimismo, permite sostener un enfoque a la atención de salud centrado en el paciente y 'basado en el bienestar'. La salud digital cada vez es más importante en cualquier sistema sanitario de alto desempeño.

A día de hoy, se está desarrollando tecnología específica para liberar a las enfermeras de algunas de sus tareas cotidianas como sistemas de vídeo para observar a los pacientes, inodoros inteligentes para monitorizar la salud, instrumentos de localización de venas para canulación intravenosa, estetoscopios inteligentes para captar y analizar los sonidos del corazón, impresiones en 3D para fabricar material médico nuevo como escayolas, e historias de salud electrónicas para registrar la información del paciente.

Sin embargo, aunque la tecnología tiene el potencial de mejorar los cuidados también introduce efectos secundarios no deseados y posibilidades de que se produzcan fallos y otros eventos adversos, de manera que no está exenta de riesgos. Los profesionales sanitarios utilizan miles de dispositivos médicos de distintos tipos en todo el mundo, lo cual implica que es inevitable que surjan problemas relacionados con la tecnología. Por ejemplo, es frecuente que la creciente complejidad de los dispositivos incremente la carga de trabajo de la enfermería; que una mala

interfaz entre dispositivos impida acceder a la información; así como que se produzca una menor implicación y contacto con el paciente; y otros problemas en materia de seguridad del paciente y privacidad.

Entre las causas más frecuentes de no aprovechar el potencial de la tecnología se encuentran: 1. Mal diseño por no haber tenido en cuenta el factor humano 2. Mala interfaz con el entorno de cuidados del paciente 3. Planificación inadecuada para la introducción de nueva tecnología en la práctica, y 4. Apoyo y mantenimiento inadecuados de las tecnologías.¹⁰⁷

El mensaje derivado de todo ello es sencillo: falta de colaboración y participación del personal en primera línea.

Muchas aplicaciones de salud digital no se han diseñado específicamente para las enfermeras y no les resultan fáciles de utilizar. El predominio médico en el diseño de las historias electrónicas de los pacientes, por ejemplo, supone que las enfermeras han de introducir sus observaciones y descubrimientos en varios lugares diferentes, lo cual requiere mucho tiempo y habilidades informáticas avanzadas. De este modo, el tiempo a disposición para el cuidado directo de los pacientes, que representa el poder y el valor de las enfermeras, se ve reducido.

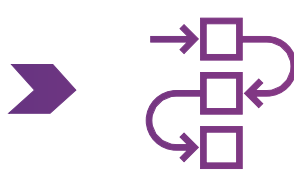
Aunque la tecnología ofrece numerosos avances para la prestación de atención de salud, es poco probable que sus beneficios se aprovechen plenamente sin la participación activa de los trabajadores sanitarios en primera línea. En este sentido, la OMS¹⁰⁸ ofrece las siguientes recomendaciones:



1 Establecer y valorar políticas en relación con las tecnologías



2 Garantizar que las tecnologías utilizadas cumplen los estándares internacionales



3 Garantizar una toma de decisiones contando con sus propias opiniones y las de grupos de interés críticos



4 Participar en las políticas y procesos de la organización en materia de eventos adversos relacionados con la tecnología

- 1 Las enfermeras que prestan cuidados directos a los pacientes deben participar en el establecimiento y la evaluación de las políticas institucionales, organizativas y públicas en relación con las tecnologías.
- 2 Las enfermeras que prestan cuidados directos a los pacientes pueden garantizar que las tecnologías que utilizan cumplen los estándares internacionales de calidad y seguridad, además de las especificaciones técnicas necesarias para su buen funcionamiento en el entorno clínico en el que se utilizan.
- 3 Las enfermeras que prestan cuidados directos a los pacientes pueden garantizar que se toman decisiones institucionales considerando sus observaciones y las de otros grupos de interés fundamentales.
- 4 Las enfermeras que prestan cuidados directos a los pacientes deben participar en las políticas y procesos de sus organizaciones en relación con el mantenimiento, capacitación, monitorización y notificación de eventos adversos relacionados con la tecnología.

A medida que la tecnología sigue redefiniendo la forma en que se dispensan los cuidados y la manera en que ejercen las enfermeras, estas han de participar en el diseño, desarrollo, implementación, aplicación e investigación de nuevas tecnologías.

Estudio de Caso

EE.UU. – Utilizando drones para llegar a las personas desatendidas

Autores: Teresa Tyson y Paula Hill Collins, EE.UU.

Health Wagon (vagón de salud) es una clínica gestionada por enfermeras, establecida en 1980, con el fin de prestar cuidados a quienes carecen de seguro o tienen un seguro insuficiente en la región de los montes Apalaches de Virginia. Se trata de la clínica móvil gratuita más antigua del país con la misión de ofrecer atención de salud de calidad y compasiva a las personas desatendidas desde el punto de vista médico. Esta clínica presta servicio a algunas de las personas más pobres de EE.UU. y sigue marcando diferencias que salvan vidas cotidianamente, dándole la vuelta a desigualdades sanitarias que no dejan de empeorar, recurriendo a una organización de base, reuniendo recursos y realizando un uso de la tecnología nunca visto antes en los Apalaches centrales.

Las montañas y el terreno abrupto de esta región hacen que prestar atención de salud sea todo un reto, al igual que lo es la pobreza. Health Wagon trabaja para superar barreras visitando a los pacientes en su lugar de residencia. Es muy frecuente que el equipo conduzca sus clínicas móviles más de 250 kilómetros cada día hasta localidades remotas para cuidar de pacientes cuyas posibilidades de transporte son limitadas o inexistentes. Las enfermeras de atención directa tratan hasta 100 pacientes al día realizando labores de evaluación, gestión y tratamiento aplicando sus habilidades esenciales de exploración física y preparando historias detalladas. La mayoría de los pacientes que acuden para su primera consulta llevan años sin ver a un proveedor de

atención primaria. Muchos tienen la tensión arterial y el azúcar en sangre descontrolados, además de problemas de salud mental, a causa de enfermedades crónicas.

En 2015, Health Wagon fue un socio fundamental para la primera prestación realizada a través de un dron con la aprobación de la Administración Federal de Aviación de EE.UU. en alianza con Flirty, NASA Langley y otros actores. Los medicamentos se transportan inicialmente por aire hasta el Aeropuerto Lonesome Pine Airport en Wise, Virginia, a través de un avión de la NASA operado por control remoto y después se utiliza un dron de seis rotores para llevar productos farmacéuticos a los pacientes. El uso de drones para el envío de medicación representa una gran oportunidad para nuestros pacientes. El territorio en el que la clínica Health Wagon presta sus servicios está formado por carreteras llenas de curvas y hay que recorrer largas distancias hasta la farmacia u hospital más cercano y viajar durante horas desde la clínica fija principal, donde se guardan los suministros necesarios. Está previsto que este dron histórico se conserve en el Museo Nacional del Aire y del Espacio del Instituto Smithsonian.

Health Wagon continúa a la vanguardia en innovación sanitaria prestando servicio en un área considerablemente desatendida y sigue teniendo éxito gracias al compromiso, esfuerzo y pasión de dos enfermeras de práctica avanzada: la Dra. Teresa Tyson y la Dra. Paula Hill Collins.

Reconocimiento y recompensa: cómo puede el sistema de salud evitar que las enfermeras abandonen la profesión

Dra. Pilar Espinoza, Universidad de San Sebastián, Chile, y Dra. Marina Peduzzi, Universidad de Sao Paulo, Brasil

En muchos países, las enfermeras y las parteras representan más del 50% de los trabajadores de la salud pero se prevé una carencia de unos nueve millones de estos profesionales en 2030, lo cual repercutirá en la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados.⁹⁴ Dada la naturaleza crónica de la escasez de la profesión, es necesario analizar la fuerza laboral de enfermería utilizando nuevos planteamientos y evitando consideraciones puramente numéricas. Hemos de estudiar detenidamente las razones por las que las enfermeras abandonan la profesión y qué podemos hacer para retenerlas y paliar la escasez crónica.

Existen numerosas razones por las que las enfermeras piensan en abandonar la profesión. Entre los factores comunes en todo el mundo se encuentran: dificultades para identificarse con los estereotipos de la profesión (cuidador, espíritu de servicio, altruismo, asistente médico); el intenso nivel de exigencia de la profesión, tanto físico, como emocional y psicológico; la falta de reconocimiento de la profesión;¹⁰⁹ malas condiciones laborales en relación con las intensas cargas de trabajo y la cultura; daños morales o incapacidad de las enfermeras de actuar siguiendo sus valores morales, obligaciones y responsabilidades profesionales a causa de limitaciones tanto internas como externas asociadas a un sistema sanitario debilitado;¹¹⁰ y conflicto de exigencias entre el trabajo y la familia.

Tanto la literatura como la experiencia de los profesionales en los hospitales y otros servicios especializados muestran que las relaciones jerárquicas obligan a las enfermeras a la subordinación, sin espacios para cuestionar, con una toma de decisiones centralizada y no participativa tanto en cuestiones directivas como clínicas, y limitaciones a la

autonomía profesional. Estas son las características de los entornos de salud frágiles e insatisfactorios que dificultan la implicación personal y la retención de personal.

Sin embargo, hay buenas noticias. Existen estrategias sencillas y eficaces para superar estos problemas y reducir el índice de renovación del personal en enfermería. Estudios realizados en diferentes partes del mundo revelan que para mejorar la satisfacción laboral de la profesión hacen falta: una identificación eficaz con los miembros del equipo profesional; relaciones interpersonales de confianza y apoyo; un elevado nivel de cohesión de los miembros del equipo de enfermería; comunicación eficaz; claridad en los roles; objetivos compartidos; y toma de decisiones, especialmente en colaboración entre médicos y enfermeras.^{111, 112} Una preparación temprana en la carrera, apoyo y oportunidades, flexibilidad en los sistemas de turnos, financiación adecuada y disponer de tiempo para realizar las actividades necesarias para el cuidado de los pacientes también incrementan la satisfacción laboral y disminuyen el deseo de cambiar de puesto o abandonar la profesión.

Cabe resaltar que incluso en la disciplina de la enfermería, pueden existir diferencias en las necesidades de la profesión en cuestión de satisfacción laboral. Por ejemplo, las enfermeras de práctica avanzada han de entender el trabajo a realizar; las enfermeras de cuidados críticos ponen énfasis en la necesidad de tener turnos flexibles y atribuciones profesionales adecuadas. También varían las condiciones para la satisfacción laboral entre enfermeras de diferentes generaciones, en particular en su percepción del estrés, el agotamiento y la intención de abandonar su trabajo.^{113, 114}



Recompensas

Un elemento importante de la estrategia de recursos humanos de la organización capaz de potenciar la satisfacción laboral en la profesión de enfermería y promover la permanencia en el puesto de trabajo está relacionado con las recompensas, tanto monetarias como no monetarias, que se conceden a los profesionales de enfermería como respuesta a sus esfuerzos profesionales.¹¹⁵

Entre las recompensas monetarias se encuentran los pagos por competencias o habilidades específicas, desempeño extraordinario o bonus. Entre las no monetarias se encuentran nuevas responsabilidades, muestras de aprecio y reconocimiento por parte de un supervisor, justicia laboral, estatus superior, observaciones y comentarios oportunos, estabilidad laboral y apoyo por parte de líderes, entre otras.¹¹⁶

La literatura internacional relaciona las recompensas no monetarias con un mayor compromiso y satisfacción laboral, así como con una menor renovación del personal e intención de abandonar el trabajo. Las iniciativas que conllevan experiencias de reconocimiento tienen una repercusión positiva en la satisfacción laboral; y cuando tienen un componente más holístico y completo – por ejemplo recompensas que facilitan la autonomía profesional, promueven la participación en la toma de decisiones, muestran respeto y apoyo permanente, facilitan el desarrollo profesional o proporcionan flexibilidad para compatibilizar el hogar y el trabajo – podrían ser una estrategia innovadora para el sistema de recompensas de la organización.

Existen programas de eficacia demostrada, como el reconocimiento Magnet, que promueven niveles elevados de satisfacción laboral, autonomía y respeto profesional para las enfermeras en el seno de la organización de salud.¹¹⁷ El premio DAISY es un programa internacional que reconoce y celebra aquellas cualidades de la práctica profesional de la enfermería que marcan una diferencia significativa en la experiencia de los pacientes y sus familias. Dicho premio promueve entornos de trabajo positivos y saludables a la par que un mayor compromiso con la disciplina y la organización.¹¹⁸

Uno de los retos para abordar la escasez de enfermeras y profesionales de enfermería reside en la necesidad de promover una mayor comprensión de la labor de la enfermería con el fin de adquirir más visibilidad y reconocimiento para la profesión, lo cual únicamente es posible con la colaboración de

todos los actores sociales responsables de garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud, es decir, los gestores de los sistemas y las organizaciones de salud, los proveedores de servicios, los profesionales sanitarios, los pacientes, las familias y la comunidad.

Este telón de fondo muestra la necesidad de generar nuevas posibilidades para la práctica de la enfermería. En la dimensión gestora y política, hemos de permitir una mayor flexibilidad en los contratos y cuadrantes de trabajo, así como mejores condiciones laborales. En la dimensión sanitaria, hemos de permitir que las enfermeras trabajen más de cerca con sus pacientes y sus familias y la comunidad. El nuevo marco de trabajo debe guiar las acciones de las enfermeras de forma estructurada hacia la promoción de la salud, la prevención de riesgos para la salud y la recuperación de la salud. También hemos de generar oportunidades para que las enfermeras estén implicadas en la construcción de sistemas sanitarios centrados en la salud de las personas y la población. Promover la integración de acciones y servicios interprofesionales puede contribuir a superar la profunda fragmentación predominante que dificulta la calidad de la atención sanitaria.



Capacitando a la fuerza laboral

Profesor James Buchan, Facultad de Enfermería, Partería y Salud, Universidad de Tecnología, Sídney, Australia, y **Profesor Gilles Dussault**, IHMT, Universidade Novo de Lisboa, Portugal

La enfermería representa la mayor profesión de salud en el mundo. La planificación de la fuerza laboral es fundamental para garantizar el alineamiento de la oferta de enfermería con la demanda del sistema de salud para generar una fuerza laboral de enfermería sostenible, pero a menudo se resta importancia a las limitaciones de la planificación de personal o se ignoran.

No es posible resolver la escasez de enfermería de forma aislada respecto a los problemas del sistema de salud en sentido más amplio. La planificación de la fuerza laboral puede contribuir a hacer un mejor uso de las enfermeras disponibles y a valorar cuántas serán necesarias en el futuro. Una planificación estratégica de la fuerza laboral puede ser un potente instrumento para mejorar la disponibilidad, accesibilidad y calidad del personal, siempre y cuando vaya acompañada de dotación adecuada de recursos y una dirección eficaz.¹¹⁹ Permite anticipar las necesidades futuras (fuerza laboral, competencias, combinación de habilidades, número) y analizar las implicaciones de diferentes escenarios plausibles. Una planificación racional, sobre la base de datos e información válidos y fiables, es clave para tomar decisiones informadas sobre la futura fuerza laboral de enfermería. La planificación también ha de ser eficaz para adaptar y optimizar el uso del personal de enfermería existente. En resumen, la planificación de la fuerza laboral es un mecanismo para mejorar los servicios sanitarios y la salud de la población e incrementar la disponibilidad de enfermeras con las habilidades adecuadas tanto ahora como en el futuro.

Más allá de la planificación

¿Puede una planificación eficaz de la fuerza laboral ‘detener’ la escasez de enfermería? A menudo, la escasez de enfermería es síntoma de problemas más profundos del sistema de salud o la sociedad. La enfermería, en numerosos países y sistemas sanitarios, sigue estando infravalorada, se considera ‘trabajo de mujeres’ y a las enfermeras se les limita el acceso a recursos necesarios para ser eficaces en sus puestos de trabajo y sus carreras. Un objetivo importante es ajustar mejor cada día la dotación de enfermeras y la carga de trabajo. Tal y como pone de manifiesto el CIE, *“Contar con personal de enfermería insuficiente o inapropiado para satisfacer las necesidades del paciente también provoca cargas de trabajo insostenibles y repercute negativamente en la salud y el bienestar del personal... Debe haber sistemas de planificación de la fuerza laboral que permitan conjugar las necesidades de los pacientes y las comunidades con la oferta de enfermería”*.¹⁰²

Asimismo, es necesario que los roles estén claros y contar con un mejor equilibrio entre enfermeras registradas, médicos, otros profesionales de la salud y trabajadores de apoyo. La base de evidencia sobre la combinación de habilidades de la enfermería está creciendo rápidamente y en buena parte evidencia el efecto positivo de aplicar ratios considerables de enfermeras experimentadas con nivel de grado, así como enfermeras de atención directa y otras enfermeras en roles avanzados.¹²¹

Una planificación eficaz de la fuerza laboral puede mitigar algunos de los peores aspectos de la escasez, sin olvidar que este fenómeno también es sintomático de problemas más graves del sistema de salud, la financiación y la sociedad. Hasta que no se entienda bien esta cuestión y hagamos un mejor uso de la evidencia a disposición para planificar eficazmente, corremos el riesgo de repetir otro ciclo de respuestas políticas inadecuadas a la escasez.

Figura 2: Cuatro condiciones para una buena planificación de la fuerza laboral



1 Ningún país puede aspirar a realizar una planificación eficaz sin un sistema de información de recursos humanos que permita modelar y probar políticas y ofrezca soporte a los planificadores, educadores y gestores para la planificación, reclutamiento, remuneración, formación y despliegue del personal de enfermería. Normalmente, se debe contar con indicadores sobre demografía, educación y empleo.¹²⁰ El punto de partida debe ser una auditoría de la actual fuerza laboral de enfermería y la información relacionada.

2 Es necesario disponer de datos pero también hace falta comprender que la fuerza laboral es dinámica. En todo momento hay enfermeras entrando y saliendo de la fuerza laboral, cambiando de puesto de trabajo, sector, región y país. Captar estos movimientos del mercado laboral es fundamental de cara a planificar la fuerza laboral. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de políticas para combatir la escasez de enfermería: 118 aumento de la capacidad de producción de las instituciones educativas junto con un alineamiento entre el currículum y las prioridades de salud de la población; implementación de estrategias para atraer, reclutar y retener a candidatas cualificadas en la profesión de enfermería; ampliación e incremento del ámbito de la práctica de las enfermeras para que la profesión sea más atractiva y potenciar así su eficacia; retención del personal existente impartándole más formación para incrementar sus habilidades; y observancia del Código de prácticas de la OMS sobre contratación Internacional de personal de salud al considerar las opciones de reclutamiento internacional y los flujos bilaterales de enfermeras.

3 El objetivo de un proceso nacional de planificación estratégica de la fuerza laboral debe ser ofrecer una declaración de intenciones y finalidades consensuada conjuntamente e informada por la evidencia en relación con lo que se va a hacer para gestionar la fuerza laboral de enfermería. No es solo un ejercicio técnico sino un proceso para garantizar la colaboración de los grupos de interés, determinar prioridades y limitaciones actuales, establecer el perfil de la fuerza laboral de enfermeras actual y futuro a corto/medio/largo plazo, así como para modelar las políticas. Un punto de partida recomendado es convocar una reunión nacional de grupos de interés.¹⁰¹ Sería una mesa redonda inicial con numerosos grupos de interés que se centraría en determinar los principales retos del personal de enfermería y ver qué se puede hacer y quién puede hacerlo para lograr mejoras. Deben participar representantes de la sociedad civil, ministerios, organismos estatales, profesiones de la salud, reguladores, empleadores, el sector educativo y ONG para garantizar un enfoque completo.

4 Para garantizar la sostenibilidad del diseño de la planificación y que no se considera como algo 'para una única vez', es necesario establecer un calendario para revisar y afinar periódicamente su contenido e implementación. La clave es tener en cuenta que un planteamiento sostenible requiere un proceso de planificación adaptativo y no un 'plan' para un momento concreto.

Estudio de Caso

Esuatini - Fortaleciendo la capacidad para la cobertura sanitaria universal

Autores: Colile P Dlamini, Bonsile Nsibandze, Tengetile R Mathunjwa-Dlamini, Elizabeth Macera, Eileen Stuart-Shor, Cynthia H Dlamini, Esuatini (antigua Suazilandia)

El Reino de Esuatini es un pequeño país sin salida al mar situado en el sur de África con una población de aproximadamente 1,3 millones de habitantes, de los cuales el 80% vive en áreas rurales. El país padece escasez de trabajadores sanitarios y una elevada carga de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y no transmisibles, además de problemas relacionados con la nutrición. A pesar de la impresionante reducción lograda en la incidencia del VIH/SIDA desde 2011, Esuatini sigue soportando la mayor carga de esta enfermedad en todo el mundo puesto que el 26% de su población está infectada de VIH en la actualidad. Esuatini también es el tercer país africano con mayor mortalidad por ENT.

Como la mayoría de la población vive en áreas rurales con poco personal sanitario, fortalecer la atención primaria se ha convertido en un imperativo para la consecución de la CSU.

Para lograr la CSU en Esuatini hacen falta nuevas formas de pensar y dispensar cuidados, centrándose en las comunidades necesitadas. Hay gran cantidad de evidencia de que las enfermeras de práctica avanzada prestan cuidados rentables tanto clínica como económicamente. Para afrontar la alta carga de enfermedad y los problemas para satisfacer las necesidades de las secciones de población desatendidas, la Universidad de Esuatini ha establecido un programa de grado para enfermeras de atención directa centrado en la familia.

Este programa de tres años de duración a tiempo parcial para enfermeras de atención directa familiar (EADF) forma enfermeras capaces de prestar un acceso a los cuidados mejor y más rápido, reduciendo al mismo tiempo las derivaciones y complicaciones provocadas por los retrasos en la atención de salud, además de prestar servicios cultural y lingüísticamente apropiados, especialmente en los entornos comunitarios. Las EADF también colman la brecha entre las enfermeras registradas y los médicos y actúan como enlace con otros profesionales sanitarios para prestar atención primaria completa.

Los estudiantes son enfermeras registradas de todos los rincones de Esuatini y muchos de ellos poseen amplia experiencia en enfermería. El riguroso currículum previsto exige que recorran largas distancias para asistir a clases prácticas. Se trata de un curso difícil pero los estudiantes perseveran porque entienden su función y vislumbran la diferencia que van a marcar en el sistema sanitario de Esuatini al poder acercar a la población desatendida servicios de atención primaria de calidad y seguros.

Hasta la fecha se han matriculado tres promociones de estudiantes en el programa para EADF y los primeros graduados se esperan en octubre de 2020.

Este programa resuelve algunos de los numerosos retos del sistema de salud de Esuatini. Este tipo de enfermeras de práctica avanzada ocupa una buena posición para proporcionar acceso a atención de salud de calidad, centrada en el cliente, asequible, culturalmente pertinente y completa a poblaciones diversas y desatendidas y tendrá una gran repercusión en nuestra capacidad para lograr la CSU.



EL LEGADO DEL AÑO DE LA ENFERMERA

Howard Catton, Director General del CIE

El Día Internacional de la Enfermera 2020 será diferente respecto a cualquier otro DIE anterior. Este año no solo celebramos un día, o una semana. ¡2020 es nuestro, el año entero! ¿Cuál será el legado de 2020 Año Internacional de la Enfermera y la Partera? ¿Cómo podemos aprovechar esta oportunidad única para poner en marcha una nueva forma de mirar a la enfermería de manera que, en el futuro, las enfermeras sean vistas por la contribución extraordinaria que realizan al bienestar de las poblaciones en todo el mundo?

No cabe duda de que es fantástico que la enfermería goce de reconocimiento en todo el mundo y debemos celebrar que se aprecie nuestra labor, lo lejos que hemos llegado y cuánto hemos logrado. Sin embargo, ¡es más importante que todo eso! Hemos de aprovechar la oportunidad que nos brinda este año para cambiar radicalmente la forma de considerar la enfermería y atraer la gran inversión que queremos ver en la profesión. Necesitamos que este reconocimiento promueva la enfermería hacia puestos de liderazgo y cambie la imagen de la profesión. 2020 no es solo una ocasión para celebrar sino también para provocar un cambio duradero. En consecuencia, hemos de reflexionar sobre los componentes básicos necesarios para lograrlo de manera que cuando las palabras bonitas desaparezcan y el foco de la atención mundial se haya desplazado hacia otras cuestiones, nos quede la infraestructura necesaria para alcanzar nuestros objetivos.

¿Qué cambios queremos ver?

En primer lugar, hemos de afrontar la escasez de enfermería a la que han hecho referencia varios autores en el presente informe. Para ello, hay que pensar en reclutar más enfermeras para la profesión y mantener a las que ya tenemos. ¿Cómo lo hacemos? Mejorando las condiciones laborales, los sueldos, el respeto, el valor, las recompensas. Todo ello requiere inversión. Tal y como afirmó el Dr. Tedros en su discurso para el Congreso del CIE en 2019, *“Sencillamente no podemos lograr la cobertura sanitaria*

*universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud si no empoderamos y equipamos a las enfermeras y las parteras y aprovechamos su poder.”*¹²² Cuando hablamos de mejorar el acceso a la atención de salud, lo que realmente queremos decir es tener la posibilidad de ver a un profesional sanitario. ¡No hay salud sin personal sanitario!¹²³

En segundo lugar, hemos de liberar el potencial de las enfermeras de práctica avanzada y ampliar los roles de enfermería puesto que son clave para abordar la agenda de salud global, los nuevos modelos de cuidados, las enfermedades crónicas, etc. Para hacerlo, tenemos que deshacernos de barreras regulatorias para el sostenimiento de la práctica avanzada; así como presentar la evidencia y utilizarla para diseñar nuevos servicios e influenciar las políticas; y lo que es realmente importante, lograr que haya más enfermeras en puestos de liderazgo sénior para que sean la voz para liderar: para trasladar el conocimiento y la experiencia, el asesoramiento y la evidencia de la aportación de la enfermería con el fin de informar, diseñar e implementar políticas.

En tercer lugar, cuando tratamos los temas de enfermería, tratamos los temas de género y las desigualdades, lo cual va de la mano con el abordaje de la imagen de nuestra profesión. Es hora de acabar con los mitos que rodean a la enfermería, de la misma manera que la idea de lo que significa ser mujer se está distanciando de los antiguos estereotipos tradicionales. Para afrontar la desigualdad en el mundo, hemos de abordar las desigualdades en nuestra profesión y elevar el perfil de la enfermería.

¿Cómo podemos realizar estos cambios?

Para lograr estos cambios, necesitamos asociaciones nacionales de enfermería más fuertes y eficaces. Las ANE son los cimientos de la solidaridad y la cohesión de la enfermería. Necesitamos reunir a todos los miembros de la familia de la enfermería para promover la profesión y lograr que avance en aras de una mejor salud para los pacientes. Al representar a la mayor profesión, y a la que goza de más confianza, las asociaciones de enfermería pueden ser una fuerza inmensamente poderosa para el cambio y la consecución de mejoras.

Las ANE ven la realidad de la práctica y recopilan lo que funciona y lo que no, así como lo que importa a los pacientes y a las personas y lo que cambia los resultados de salud. Se trata de evidencia enriquecedora y poderosa que las asociaciones de enfermería pueden utilizar como el hilo conductor que lleva a la formulación de políticas. La asociación de enfermería es un vehículo como ningún otro que traslada la experiencia de quienes están en primera línea hasta las mesas en las que se diseñan las políticas, con el impulso de la enorme fuerza y poder de la credibilidad del amplio abanico de enfermeras de diferentes grupos. Las ANE son una fuerza no solo para mejorar la enfermería y la atención de salud sino una fuerza para el cambio social, los derechos, la justicia, las personas, las familias y las comunidades.

Nuestra agenda va más allá de la salud. En los tiempos que corren no podemos ignorar cuestiones como los derechos humanos, la justicia y la igualdad; y las enfermeras tienen el derecho – el deber – de hablar al respecto y en nombre de nuestros pacientes. Las enfermeras tienen principios y valores muy claros sobre la centralidad de la persona, la igualdad y la defensa de los derechos. Todo ello nos da la justificación y la credibilidad para implicarnos y actuar como defensores de estos principios.

Yendo más allá de nuestras fronteras

Las asociaciones nacionales de enfermería son vitales para impulsar el cambio, pero los retos a los que se enfrentan los países no se pueden abordar de manera aislada puesto que se ven influenciados y afectados por lo que sucede en sus países colindantes, como la migración, la movilidad y el cambio climático. Se trata de grandes factores a los que se están enfrentando las naciones, a los que se están enfrentando sus vecinos y, por lo tanto, el abordaje de estos problemas requiere la colaboración tanto en el interior de los países como entre ellos.

La mismísima naturaleza internacional de la atención de salud y las grandes fuerzas globales que están modelando el mundo son las razones por las que necesitamos organismos internacionales que colaboren y trabajen juntos. Por eso necesitamos una organización como el CIE. ¡De hecho, si

Ethel Gordon Fenwick y sus colegas no hubieran fundado el CIE hace 120 años, lo tendríamos que fundar ahora!

Hemos de hacer más para colaborar con nuestros vecinos y dentro de nuestras regiones. Cada año, el CIE lleva una delegación de enfermeras a la Asamblea Mundial de la Salud con el fin de realizar intervenciones sobre temas de importancia para la profesión, pero la enfermería ha de estar igual de presente, ser igual de eficaz, hacerse oír igual y ser igual de visible en los órganos regionales de toma de decisiones de la OMS. También hemos de trabajar más de cerca con enfermeras de los ámbitos regulatorio, educativo, gubernamental, hospitalario y clínico. Las asociaciones se encuentran en una posición ideal para desarrollar estas relaciones a nivel regional, para llegar a los interlocutores adecuados, entablar nuevas alianzas y reunir a todos los actores de la profesión. Tenemos que garantizar que la profesión habla unida pero no podemos hablar solo para nosotros mismos. Como profesión, hemos de llegar hasta otros órganos profesionales, ya sean grupos políticos, compañías tecnológicas, personas del mundo del deporte, los medios de comunicación o la industria. Pensemos solo en algunos de los movimientos sociales realmente eficaces que hemos visto en otros colectivos. A causa de la complejidad y las interrelaciones de nuestro mundo, para conseguir hacer las cosas, para lograr la visibilidad que necesitamos, tenemos que ir más allá de nuestras fronteras, tanto nacionales como profesionales.

El poder de la enfermería

No subestimen el poder que tenemos: el poder de los números, las asociaciones, la confianza y la credibilidad de la extraordinaria naturaleza de la labor que llevamos a cabo. Sí, es cierto, hemos hecho mucho, ¡pero podemos hacer mucho más! ¡El poder y el potencial de lo que podemos hacer no solo para nosotros mismos sino para la salud del planeta no tiene límites! Sin embargo, tenemos que estar organizados y cohesionados. Ya tenemos las estructuras sobre las que seguir construyendo.

¡Basta mirar la labor fenomenal realizada con la campaña Nursing Now en tan poco tiempo! Se lanzó en 2018 y desde entonces se han formado grupos de Nursing Now en más de 100 países. Nuestra visión es reunir el poder y el potencial de los grupos de Nursing Now recién formados con la fuerza y la influencia de las Asociaciones Nacionales de Enfermería establecidas para crear una nueva fuerza para el cambio.

2020 es un punto de partida y no un final; es la oportunidad de escribir un nuevo capítulo pero no es nuestro destino... ¡Somos una fuerza indispensable e imparable y juntos podemos *llevar al mundo hacia la salud* y lo lograremos!



REFERENCIAS

1. Lynaugh, J.E. and B.L. Brush, The ICN Story – 1899-1999. *International Nursing Review*, 1999. 46(1): p. 3-8.
2. Professor Marie Carney, 2019, Twelve Decades of the International Council of Nurses, located: <https://icntimeline.org/1940-1949/0007.html> (accessed 14/02/2020)
3. Bloom, H., Robert Penn Warren's all the king's men. 1987, New York: Chelsea House Publishers.
4. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014. 383(9931): p. 1824-30.
5. Nightingale, F., *Sick-Nursing and Healthy-Nursing in Burdett-Coutts*, A.G., 1893. *Woman's mission; a series of congress papers on the philanthropic work of women, by eminent writers. 1893*, London: Marston & Company, Limited.
6. Rafferty, A.M., et al., *Germs and Governance: The Past, Present and Future of Hospital Infection, Prevention and Control*. In Press: Manchester University Press.
7. Rafferty, A. and R. Wall, 'An Icon and Iconoclast for Today' in Nelson, S., Rafferty, A.M., 2010. *Notes on Nightingale: The Influence and Legacy of a Nursing Icon*. 2010, New York: Cornell University Press
8. All-Party Parliamentary Group on Global Health, *Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth*. 2016, APPG: London.
9. Heimans, J. and H. Timms, *New Power: Why outsiders are winning, institutions are failing, and how the rest of us can keep up in the age of mass participation*. 2018: Pan Macmillan
10. Gordon Fenwick E (1899). as quoted in Bridges, DC (1967) *A History of the International Council of Nurses 1899-1964. The First Sixty Five Years*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, Toronto.
11. The Health Foundation. *Person-centred care made simple : What everyone should know about person-centred care*. 2016 [consultado el 11 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://www.health.org.uk/topics/person-centred-care>.
12. International Council of Nurses. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. 2012; disponible en: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
13. Weaver, K., Morse, J. & Mitcham, C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*, 2008. 62(5): p. 607-18.
14. Liaschenko, J. & Peter, E. *Fostering Nurses' Moral Agency and Moral Identity: The Importance of Moral Community*. *Hastings Cent Rep*, 2016. 46 Suppl 1: p. S18-21.
15. Girvin, J., D. Jackson, and M. Hutchinson, *Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence*. *J Nurs Manag*, 2016. 24(8): p. 994-1006.
16. Leary, A. and A. Dix, *Using data to show the impact of nursing work on patient outcomes*. *Nursing Times*, 2018. 114(10): p. 23-35.
17. Laurant, M., et al., *Nurses as substitutes for doctors in primary care*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018. 7: p. CD001271.
18. Coster, S., M. Watkins, and I. Norman, *What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence*. *International Journal of Nursing Studies*, 2018. 78: p. 76-83.
19. Needleman, J., et al., *Nurse staffing and inpatient hospital mortality*. *N Engl J Med*, 2011. 364(11): p. 1037-45.
20. Centers for Disease Control and Prevention. *Global Burden of Mental Illness*. 2014 [consultado el 19 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://blogs.cdc.gov/global/2014/02/10/global-burden-of-mental-illness/>.
21. Rodriguez-Cayro, K. *7 Physical Disorders That Are Linked To Mental Health Issues*. 2018 [consultado el 19 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://www.bustle.com/p/7-physical-disorders-that-are-linked-to-mental-health-issues-9122010>.
22. McCook, A. *Suicide risk increases after heart attack*. 2010 [consultado el 19 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://www.reuters.com/article/us-suicide-risk-idUSTRE6AT5PG20101130>.
23. Laganà, A.S., et al., *Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges*. *International journal of women's health*, 2017. 9: p. 323-330.
24. World Health Organization. *Fact Sheet: Nursing*. 2018 [consultado el 20 de febrero de 2017]; disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingFactSheet09Feb2018.pdf?ua=1.
25. Kruk, M.E., et al., *Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries*. *Lancet*, 2018. 392(10160): p. 2203-2212
26. Makary, M.A. and M. Daniel, *Medical error-the third leading cause of death in the US*. *BMJ*, 2016. 353: p. i2139
27. Deloitte. *2019 Global health care outlook: Shaping the future*. 2019 [consultado el 15 de noviembre; disponible en: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>.
28. The World Bank. *Understanding Poverty*. 2019 [consultado el 3 de septiembre de 2019]; disponible en: <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
29. International Council of Nurses., *Nursing: a Voice to Lead: Achieving the Sustainability Goals*. 2017, Geneva: ICN.
30. Neumann, C.E. *Nursing's social policy statement: The essence of the profession*. 2010 [consultado el 29 de agosto de 2019]; disponible en: <https://essentialguidetonursingpractice.files.wordpress.com/2012/07/pages-from-essential-guide-to-nursing-practice-chapter-1.pdf>.
31. Pittman, P. *Activating Nursing to Address the Unmet Needs of the 21st Century: Background Paper for the NAM Committee on Nursing 2030*. 2019 [consultado el 11 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://publichealth.gwu.edu/sites/default/files/downloads/HPM/Activating%20Nursing%20To%20Address%20Unmet%20Needs%20In%20The%2021st%20Century.pdf>.
32. Flavelle, C., *Climate change threatens the world's food supply, United Nations warns*, in *New York Times*. 2019.
33. World Health Organization. *Climate Change and health: Fact Sheet*. 2017 [consultado el 29 de agosto de 2019]; disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>.
34. Rosa, W., *The future of nursing and midwifery: a force for leading the United Nations 2030 Sustainable Development Goals*. 2019: *Nursing Outlook*.
35. International Council of Nurses. *Position Statement*. 2018. *Nurses, climate change and health*. 2019; disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_E_Nurses_climate%20change_health.pdf
36. Dodson, J., Dame Cicely Saunders – an inspirational nursing theorist. *Cancer Nursing Practice*, 2017. 16(7): p. 31-34.
37. World Health Organization. *Palliative Care Key Facts*. [consultado el 11 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
38. World Health Organization. *10 Facts on Palliative Care*. [consultado el 11 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en>
39. Fitch, M.I., M.C. Fliedner, and M. O'Connor, *Nursing perspectives on palliative care 2015*. *Ann Palliat Med*, 2015. 4(3): p. 150-5.
40. Lorenz, K.A., et al., *Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review*. *Ann Intern Med*, 2008. 148(2): p. 147-59.

41. Elliott, J.A. and I.N. Olver, Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Soc Sci Med*, 2007. 64(1): p. 138-49.
42. Kellehear, A., *A Social History of Dying*. 2007, Melbourne: Cambridge University Press.
43. Brant, J.M., et al., Global Survey of the Roles, Satisfaction, and Barriers of Home Health Care Nurses on the Provision of Palliative Care. *J Palliat Med*, 2019. 22(8): p. 945-960.
44. Mrig, E.H. and K.L. Spencer, Political economy of hope as a cultural facet of biomedicalization: A qualitative examination of constraints to hospice utilization among U.S. end-stage cancer patients. *Soc Sci Med*, 2018. 200: p. 107-113.
45. Ghebreyesus, T. Opening of the seventy-first World Health Assembly. 2018 [consultado el 11 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/2018/opening-world-health-assembly/en/>.
46. Browne, G., S. Birch, and L. Thebane, *Better care: an analysis of nursing and healthcare system outcomes*. 2012, Ottawa: Canadian Nurses Association and Canadian Health Services Research Foundation.
47. Centers for Medicare and Medicaid Services. National health expenditure data. 2017 [consultado el 11 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>.
48. Canadian Institute for Health Information, *Health spending*. 2018: Ottawa.
49. Schneider, E., et al., *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. 2017, The Commonwealth Fund.
50. RiskAnalytica. The case for investing in patient safety in Canada. 2017 [consultado el 11 de noviembre de 2019]; disponible en: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Documents/The%20Case%20for%20Investing%20in%20Patient%20Safety.pdf>.
51. World Health Organization. 10 facts on patient safety. 2019 [consultado el 11 de noviembre de 2019]; disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
52. Tomblin-Murphy G, MacKenzie A, Alder R, Langley J, Hickey M & Cook A. 2012. Service-based health human resources planning framework.
53. Villeneuve, M., The time is now, in *The Review—Supplement to Policy magazine*. 2018.
54. Royal College of Nursing, *RCN fact sheet. Nurse prescribing in the UK*. 2014, London: RCN.
55. Graham-Clarke, E., et al., Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review. *PLoS One*, 2019. 14(7): p. e0214630.
56. Masters, R., et al., Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 2017. 71(8): p. 827-834.
57. Basu, K., G. Livadiotakis, and S. Tanguay, The gridlock in Canadian Hospitals: which patients are overstaying, to what extent, and why?, in *Canadian Association for Health Services and Policy Conference*. 2016: Toronto.
58. Carryer, J., Letting go of our past to claim our future. *J Clin Nurs*, 2019.
59. World Health Organization, *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce*, in *Human Resources for Health Observer*. 2019, WHO: Geneva
60. Newman, C., et al., Investing in the power of nurse leadership: what will it take? 2019.
61. World Health Organization, *The Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. 2016, Geneva: WHO.
62. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014. 383(9931): p. 1824-30.
63. Britnell, M., *Human solving the global workforce crisis in health*. 2019, Oxford: Oxford University Press.
64. Salvage, J. and B. Stilwell, Breaking the silence: A new story of nursing. *J Clin Nurs*, 2018. 27(7-8): p. 1301-1303.
65. The Editors Of The Lancet, G., The Lancet Group's commitments to gender equity and diversity. *Lancet*, 2019. 394(10197): p. 452-453.
66. Salvage, J. and J. White, Nursing leadership and health policy: everybody's business. *Int Nurs Rev*, 2019. 66(2): p. 147-150.
67. Centre for the Advancement of Interprofessional Education, *Interprofessional Education guidelines*. 2017, UK: CAIPE.
68. Institute of Medicine, *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. 2015.
69. Africa Interprofessional Education Network. Communiqué issued at the end of the Second Interprofessional Education and Collaborative Practice for Africa Conference. 2019 [consultado el 20 de octubre]; disponible en: <https://africen.org/wp-content/uploads/2019/08/Communique-2nd-IPECP-Conference.pdf>
70. Global Confederation for Interprofessional Education & Collaborative Practice. Report of the strategic planning workshop held at the Waipuna Hotel, Auckland. 2018 [consultado el 21 de octubre de 2019]; disponible en: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2018/11/Interprofessional-Report-of-Workshop-6-9-Sept-2018-in-Auckland-Final-1.pdf>.
71. The Sydney Interprofessional Declaration. Disponible en: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2018/11/ATBH-05-2010-Sydney-Interprofessional-Declaration.pdf>
72. Maeda, A., et al., *Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies 2014*, Washington DC: World Bank Group.
73. Dolamo, B. and S. Olubiyi, Nursing education in Africa: South Africa, Nigeria, and Ethiopia experiences. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2013. 5(2): p. 14-21.
74. World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme*. 2004 [consultado el 20 de octubre de 2019]; disponible en: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
75. Aiken, L.H., et al., Nurses' and Patients' Appraisals Show Patient Safety In Hospitals Remains A Concern. *Health affairs (Project Hope)*, 2018. 37(11): p. 1744-1751.
76. National Academies of sciences, *Engineering and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being*. Washington D.C. The national Academies Press.
77. Cimiotti, J.P., et al., Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American journal of infection control*, 2012. 40(6): p. 486-490.
78. Donaldson, M.S., J.M. Corrigan, and L.T. Kohn, *To err is human: building a safer health system*. Vol. 6. 2000: National Academies Press.
79. McHugh, M.D., et al., Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. *Med Care*, 2016. 54(1): p. 74-80.
80. Lasater, K.B., et al., Quality of End-of-Life Care and Its Association with Nurse Practice Environments in U.S. Hospitals. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. 67(2): p. 302-308
81. White, E.M., L.H. Aiken, and M.D. McHugh, Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. 67(10): p. 2065-2071.
82. Coetzee, SK; Klopper HC, Ellisa SM & Aiken LH (2013). A tale of two systems—Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 50, Issue 2, February 2013, Pages 162-173
83. Liu K, You LM, Chen SX, Hao YT, Zhu XW, Zhang LF, Aiken LH. 2012. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2012 May;21(9-10):1476-85. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x. Epub 2012 Mar 2.

84. Aiken LH; Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, and Aunguroch Y. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries *International Journal for Quality in Health Care* 2011 Aug; 23(4): 357–364.
85. Jarrin, O., et al., Home health agency work environments and hospitalizations. *Medical care*, 2014. 52(10): p. 877-883
86. Choi, J., L. Flynn, and L.H. Aiken, Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes. *The Gerontologist*, 2012. 52(4): p. 484-492.
87. Poghosyan, L. and L.H. Aiken, Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes. *The Journal of ambulatory care management*, 2015. 38(2): p. 109-117.
88. Kutney-Lee, A., et al., Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care*, 2015. 53(6): p. 550-7
89. McHugh, M.D., et al., Lower mortality in magnet hospitals. *Medical care*, 2013. 51(5): p. 382-3
90. Fourth Global Forum for Human Resources for Health. Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future. 2017 [consultado el 13 de septiembre de 2019]; disponible en: file:///C:/Users/hp/Documents/IND2020/sources/Dublin_Declaration-on-HumanResources-for-Health.pdf
91. Drennan, V. and F. Ross, Global nurse shortages-the facts, the impact and action for change. *British medical bulletin*, 2019. 130
92. World Health Organization, Transformative Scale Up of Health Professional Education. 2011, WHO: Geneva.
93. World Health Organization. WHA 64.7: Strengthening Nursing and Midwifery. 2011 [consultado el 14 de septiembre de 2019]; disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-en.pdf?ua=1
94. World Health Organization, Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. 2016, WHO: Geneva
95. International Council of Nurses. Scope of nursing practice 2013 [consultado el 21 de febrero de 2018]; disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B07_Scope_Nsg_Practice.pdf
96. Schober, M. and F. Affara, *Advanced Nursing Practice*. 2006, Oxford: Blackwell.
97. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. 2011, IOM: Washington.
98. International Council of Nurses and the World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2009. *Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service: A Framework for analysis and solution generation*
99. World Health Organization-Eastern Mediterranean Region, *Promoting Nursing and Midwifery Development in the Eastern Mediterranean Region*. 2008: Cairo.
100. Gilbert, J., Presentation on Inter-professional education and collaborative practice, a Practical Approach for Interprofessional Education (IPE). 2018: International Council of Nurses ICN Regional Conference.
101. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice 2010 [consultado el 20 de septiembre de 2019]; disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.
102. International Council of Nurses, Position Statement: Evidence-Based Safe Nurse Staffing. 2018, ICN: Geneva.
103. Needleman, J., et al., Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 2002. 346(22): p. 1715-1722
104. Aiken, L.H., et al., Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 2002. 288(16): p. 1987-1993
105. Aiken, L.H., et al., Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*, 2011. 49(12): p. 1047-1053.
106. McHugh, M.D., et al., Impact of nurse staffing mandates on safety-net hospitals: lessons from California. *The Milbank quarterly*, 2012. 90(1): p. 160-186.
107. Powell-Cope G, Nelson AL, Patterson ES. Patient Care Technology and Safety. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2686/>
108. World Health Organization. Medical devices and equipment. Disponible en: http://www.who.int/medical_devices/en/
109. Flinkman, M., U. Isopahkala-Bouret, and S. Salanterä, Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *ISRN nursing*, 2013. 2013: p. 916061.
110. Dilig-Ruiz, A., et al., Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 2018. 88: p. 123-134.
111. Galletta, M., et al., The effect of nurse-physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses. *Research in Nursing & Health*, 2016. 39(5): p. 375-385.
112. Sawatzky, J.-A.V., C.L. Enns, and C. Legare, Identifying the key predictors for retention in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2015. 71(10): p. 2315-2325.
113. Dave, D.S., et al., The impact of intrinsic motivation on satisfaction with extrinsic rewards in a nursing environment. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 2011. 4(2): p. 101-107.
114. Morrison, K.B. and S.A. Korol, Nurses' perceived and actual caregiving roles: identifying factors that can contribute to job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 2014. 23(23-24): p. 3468-3477
115. Hsu, C.-P., et al., Enhancing the commitment of nurses to the organisation by means of trust and monetary reward. *Journal of Nursing Management*, 2015. 23(5): p. 567-576.
116. Seitovirta, J., et al., Attention to nurses' rewarding – an interview study of registered nurses working in primary and private healthcare in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 2017. 26(7-8): p. 1042-1052
117. Graystone, R., How Magnet® Designation Helps Hospitals Tackle the Nursing Shortage. *Journal of Nursing Administration*, 2018. 48(9): p. 415-416.
118. Barnes, B., M. Barnes, and C.D. Sweeney, Putting the "meaning" in meaningful recognition of nurses: The DAISY Award™. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2016. 46(10): p. 508-512.
119. Dussault G, Buchan J (2018) Noncommunicable diseases and human resources for health: a workforce fit for purpose p 182, in Jakab M, Farrington J, Borgermans L (eds) *Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition*. WHO Europe (www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf)
120. World Health Organization, *National Health Workforce Accounts: a Handbook 2017*; <https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/>
121. Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care. *OECD Paris*.
122. Ghebreyesus TA (2019). Speech at the International Council of Nurses 2019 Congress. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/international-council-of-nurses-2019-congress>
123. World Health Organization and Global Health Workforce Alliance (2014) *A universal truth: No health without a workforce*. Disponible en: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf





www.icnvoicetolead.com

Para seguir las conversaciones, le rogamos utilice:
#VoiceToLead y **#IND2020**

www.icn.ch