

Las enfermeras,
una fuerza para el cambio:

eficaces en cuidados, eficientes en costos



DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA 2015

Reservados todos los derechos, incluidos los de traducción a otras lenguas. Queda prohibido reproducir parte alguna de esta publicación de forma impresa, a través de medios fotostáticos o de cualquier otra manera, así como su almacenamiento en sistemas de recuperación de información, su transmisión con cualquier modalidad o su venta sin el consentimiento expreso por escrito del Consejo internacional de enfermeras. Sin embargo, está permitido reproducir fragmentos breves (inferiores a 300 palabras) sin autorización con la condición de citar la fuente.

Copyright © 2015 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN : 978-92-95099-29-6

Índice

	Carta de la Presidenta y el Director general	
Capítulo 1:	Introducción	1
Capítulo 2:	Financiación de la atención de salud	11
Capítulo 3:	Ser más “eficaces en cuidados y eficaces en costos”	19
Capítulo 4:	El valor de la enfermería en los sistemas de salud “eficaces en cuidados y eficaces en costos”	31
Capítulo 5:	Camino a seguir y función de las enfermeras y las ANE	39
Capítulo 6:	Conclusión	45
Anexo 1:	Declaración de posición del CIE: Promover el valor y la relación costo-eficacia de la enfermería	47
Anexo 2:	Declaración de posición del CIE: Participación de las enfermeras en la adopción de decisiones y en la elaboración de políticas en los servicios de salud	49
Anexo 3:	Declaración de posición del CIE: Gestión de los servicios de enfermería y atención de salud	51
Anexo 4:	Servicios de salud accesibles financiados por el sector público	53
Referencias	55



Mayo de 2015

Estimadas compañeras,

El costo de la asistencia sanitaria está aumentando en todo el mundo colocando así una pesada carga financiera sobre los sistemas de salud y las poblaciones a nivel global. Las enfermeras, al ser la profesión más numerosa de la fuerza laboral sanitaria, están bien posicionadas para dirigir mejoras en términos de eficiencia y eficacia a la par que prestan cuidados de calidad y obtienen resultados óptimos para los pacientes y las poblaciones.

Las enfermeras están preocupadas y comprenden el panorama de la prestación de atención de salud teniendo en cuenta la financiación, la relación costo-eficiencia y la gestión de los recursos, así como el costo de la asistencia sanitaria y el acceso a los cuidados. Las decisiones que cada enfermera toma varias veces al día en su práctica cotidiana pueden marcar una diferencia vital en la eficiencia y la eficacia de todo el sistema. Las enfermeras son cruciales para lograr el mejor equilibrio entre calidad, acceso y costo. En consecuencia, es fundamental que las enfermeras y los encargados de formular las políticas se centren en el papel de la enfermería en los sistemas sanitarios eficaces en los cuidados y en los costos como prioridad clave y factor determinante con el fin de lograr equidad, ofrecer una cobertura sanitaria universal y, en última instancia, mejorar los resultados de salud en todo el mundo.

El tema para el DIE 2015 *Enfermeras: Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos* refleja el compromiso del CIE de actuar para fortalecer y mejorar los sistemas de salud en todo el mundo. Asimismo, pone de relieve la contribución que las enfermeras pueden realizar reconociendo que, como profesión, llegamos a personas a las que nunca ven otros profesionales en comunidades tanto urbanas como rurales y remotas. En pocas palabras, no es posible lograr la salud global sin las enfermeras y sin nuestra contribución y participación proactiva en todos los niveles del sistema sanitario.

Nuestra carpeta del DIE pretende ofrecer herramientas e información para asistir y alentar tanto a las enfermeras como a las asociaciones nacionales de enfermeras a que se comprometan y conozcan la financiación del sistema de salud como medio importante para lograr cuidados de calidad y la seguridad del paciente de forma rentable. Asimismo, la carpeta ofrece una descripción de la financiación de la salud, incluyendo un uso eficiente de los recursos, y analiza la prestación de servicios de forma eficiente, así como la eficacia en la gestión, la eficacia de la fuerza laboral sanitaria y el valor de la enfermería. Los ejemplos que ofrecemos representan una pequeña muestra de lo que es posible lograr cuando las enfermeras aportan su creatividad y su perspectiva profesional a la agenda de transformación. Como siempre, incorporamos algunos recursos que ustedes podrán mostrar prominentemente y utilizar ampliamente. Asimismo, completamos la carpeta con ideas para la acción, dirigidas a las enfermeras y a las asociaciones nacionales de enfermería, que les resultarán útiles para dirigir esta crucial iniciativa en sus países.

./.

ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00
Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: icn@icn.ch - web: www.icn.ch

Estamos convencidos de que su asociación tendrá ejemplos de sus propios recursos y de otros que haya elaborado, de manera que les pedimos que los compartan con nosotros para que nosotros, a su vez, podamos compartirlos con otros. Las enfermeras, al ser los profesionales sanitarios más cercanos a las personas en todos los ámbitos de la sociedad, pueden tener una repercusión enorme en la reducción de los costos de la salud y en la mejora de la calidad de los cuidados.

Atentamente,

Judith Shamian
Presidenta

David C. Benton
Director general

No vayas por donde el camino te lleve. Ve en cambio por donde no hay camino y deja rastro – Ralph Waldo Emerson.

En su *Visión para el futuro de la enfermería*, el Consejo internacional de enfermeras (CIE) afirmó que *“Unidas en el CIE, las enfermeras de todas las naciones hablamos con una única voz. Hablamos como defensoras de todos aquellos a quienes servimos y de quienes no reciben nuestros servicios, e insistimos en que la justicia social, la prevención, los cuidados y la curación son un derecho de todo ser humano. Estamos en la vanguardia de los progresos de la atención de salud, configurando en todo el mundo las políticas de salud con nuestras competencias, el vigor de nuestros miembros, nuestras contribuciones estratégicas y económicas, la armonía de nuestros esfuerzos y nuestra colaboración con el público, profesionales de salud, otros asociados e individuos, familias, comunidades a los cuales ofrecemos cuidados”* (CIE 1999).

El tema del Día internacional de la enfermera (DIE) de este año se enmarca precisamente en esta noble visión del CIE: *una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos* y resuena con el compromiso de actuar para cambiar los sistemas de salud en todo el mundo con el fin de obtener mejores resultados de salud para todos. Para lograrlo, las enfermeras han de comprender el panorama de la prestación de asistencia sanitaria, incluyendo la financiación, la relación costo-eficacia y la gestión de recursos, así como el costo de la atención de salud y el acceso a los cuidados.

A causa de la gran cantidad de enfermeras que hay y de sus múltiples roles en diferentes entornos, las decisiones que cada enfermera toma varias veces al día en su práctica cotidiana pueden marcar una diferencia vital en la eficiencia y la eficacia del sistema de salud. Es fundamental que las enfermeras y los encargados de formular las políticas se centren en el papel de la enfermería en los sistemas sanitarios eficaces y rentables como prioridad fundamental para lograr una mejor salud para todos.

El creciente costo de la atención de salud

El costo de la asistencia sanitaria está aumentando en todo el mundo principalmente a causa de la pesada y creciente carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) como los trastornos de salud mental, el envejecimiento de las sociedades, las innovaciones en costosos tratamientos y técnicas y las crecientes necesidades de los clientes (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, 2013). El creciente costo de la atención sanitaria está colocando una pesada carga financiera sobre los sistemas de salud y las poblaciones en todo el mundo. La información relativa a los costos es importante para el proceso de planificación y toma de decisiones sobre cómo hacer mejor las cosas a pesar de las restricciones existentes en términos de recursos financieros, humanos y de otra índole.

Es prudente hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles. Las enfermeras, al ser el mayor colectivo de la fuerza laboral sanitaria, están bien posicionadas para hacer más con menos mientras siguen dispensando cuidados de calidad y ofreciendo resultados óptimos a los pacientes. Es crucial que las enfermeras comprendan adecuadamente la financiación, los presupuestos, la asignación de recursos y la planificación estratégica de la atención de salud puesto que estas competencias facilitarán su participación en la formulación de políticas y la asignación de recursos para ser líderes desde la primera línea como fuerza para el cambio y como profesionales eficaces en los costos y eficaces en los cuidados.

El mensaje principal de la carpeta del DIE es que las enfermeras forman parte de la solución para lograr una mejor salud para todos siendo eficaces en los costos y eficaces en los cuidados.

Factores determinantes del creciente costo de la atención de salud

En todos los países, la demanda de asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración están incrementando el costo de la atención de salud. Entre los factores demográficos se encuentran el crecimiento y el envejecimiento de la población. Las poblaciones más mayores reclaman y consumen más atención de salud a causa de la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y no transmisibles que requieren cuidados hospitalarios prolongados (Palangkaraya y Yong 2009).

El envejecimiento también está asociado a la creciente frecuencia de la multimorbilidad. Por ejemplo, en el mundo industrializado, el 25 por ciento de las personas entre 65 y 69 años y el 50% de aquellas entre 80 y 84 años conviven con dos o más problemas crónicos de salud (OMS 2008a), lo cual requiere más servicios comunitarios y especializados así como más cuidados de larga duración para los pacientes.

Entre los factores no demográficos que incrementan los costos se encuentran la inflación salarial, la tecnología y el costo de los fármacos. La tecnología de ámbito sanitario, como los nuevos y costosos fármacos y equipos de diagnóstico y tratamiento, ha permitido grandes mejoras en los servicios de salud y la condición de salud de las poblaciones a la vez que es uno de los grandes factores de gasto sanitario (OCDE 2013; Costa-Font et al. 2009). El creciente costo de la atención de salud también se debe al bajo nivel de alfabetización en salud. Las personas con poca alfabetización en salud tienden a ser hospitalizadas con mayor frecuencia y durante periodos de tiempo más prolongados, obtienen peores resultados de salud y, por tanto, el costo de la asistencia sanitaria que reciben es más elevado (Baker et al. 2002; Berkman et al. 2004).

El gasto anual mundial en salud es de aproximadamente 5,3 billones de dólares estadounidenses (OMS 2010a). A causa de la elevada carga de las enfermedades transmisibles en algunos lugares del mundo y del incremento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles – enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas – en todas partes, el costo de la atención de salud seguirá incrementándose. Esta tendencia se verá exacerbada por el uso de medicamentos y procedimientos más sofisticados que se están desarrollando en la actualidad (OMS 2010b). La realidad es que los nuevos medicamentos y tecnologías diagnósticas y curativas se están introduciendo en el sistema de salud más rápidamente que la disponibilidad de nuevos recursos financieros, lo cual está inflando el costo de la atención de salud y provocando la necesidad de ser más eficaces en los costos.

El costo de la atención de salud también se ve afectado por los compromisos de un creciente número de países para lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) de las poblaciones ofreciendo una atención sanitaria esencial.

Cobertura sanitaria universal

Sostenida por la equidad en la salud, la cobertura sanitaria universal (CSU) se ha convertido en el objetivo consensuado a nivel internacional de las políticas de salud y desarrollo. La CSU pretende garantizar que todas las personas puedan utilizar servicios de promoción de la salud, de prevención, de curación, de rehabilitación y paliativos de suficiente calidad a la par que se garantiza que el uso de estos servicios no causa dificultades financieras a sus consumidores (OMS 2013a).

Sin embargo, en materia de CSU no vale el mismo modelo para todos, y tener cobertura para todas las personas no significa tener todo cubierto. Por ejemplo, Tailandia ofrece prevención de enfermedades, promoción de la salud, prescripción de medicamentos, cuidados ambulatorios y hospitalización sin costo para los pacientes, así como servicios médicos más costosos como radioterapia y quimioterapia para el tratamiento del cáncer, operaciones quirúrgicas y cuidados críticos en accidentes y emergencias. Sin embargo, este país no cubre, por ejemplo, la terapia de

sustitución renal para la fase terminal de una enfermedad renal. Otros países prestan distintos servicios en función de sus políticas y recursos (OMS 2010b).

La CSU representa tres objetivos relacionados (Carrin et al. 2005):

- Equidad en el acceso a los servicios de salud: aquellos que necesitan los servicios deben obtenerlos y no solo quienes pueden pagarlos.
- La calidad de los servicios de salud es suficientemente buena como para mejorar la salud de quienes los reciben.
- Protección frente al riesgo financiero, garantizando así que el costo de recibir cuidados no pone a las personas en peligro de padecer dificultades financieras.

Lo anterior implica que los gobiernos han de generar recursos para la CSU, distribuirlos equitativamente y utilizarlos eficientemente para cubrir las necesidades de salud garantizando la calidad de los cuidados y protegiendo a los usuarios frente a dificultades financieras por tener que pagar de su bolsillo (Özaltın y Cashin 2014).

El CIE cree que las personas tienen derecho a servicios de salud equitativos y que estos deben estar centrados en los pacientes y las familias, así como basados en la evidencia (CIE 2012a). Tal y como afirmó el CIE en su declaración de posición, *“la equidad y el acceso a los servicios de atención primaria, en particular a los servicios de enfermería, son clave para mejorar la salud y el bienestar de todas las personas”* (CIE 2007). La cobertura sanitaria universal es un medio para lograr mejores resultados de salud para todas las personas.

Salud y desarrollo

La salud es fundamental para el desarrollo; es una precondition para un desarrollo sostenible, así como un indicador y un resultado del mismo porque representa una contribución importante al desarrollo económico dado que las poblaciones sanas viven más tiempo y son más productivas. Por el contrario, las poblaciones que no están sanas pueden erosionar las ganancias económicas de un país. Por ejemplo, las ganancias en términos de salud y el incremento de la esperanza de vida en África se vieron revertidos por la epidemia del VIH/SIDA con un efecto económico devastador (Bloom et al. 2004).

A pesar de la contribución de la salud al desarrollo, la comunidad internacional y, en particular, los países de renta baja, han prestado poca atención a las inversiones en los servicios de salud en general y a los temas de la fuerza laboral sanitaria en particular. Parece que se considera que la fuerza laboral sanitaria es un coladero en el presupuesto en lugar de una inversión para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. Algunos países incluso frenan la contratación de profesionales de la salud de manera que se ha producido desempleo en este colectivo mientras las necesidades de servicios de salud eran elevadas (OMS y Banco Mundial 2002).

El deterioro de los servicios de salud y la provisión de recursos humanos de enfermería es consecuencia de un proceso de reforma de la salud implementado a través de programas de ajuste estructural (PAE) del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Estas reformas estaban dirigidas a la contención de costos mediante una mejor gestión de los salarios públicos, la reducción del gasto público, la privatización de empresas públicas, la eliminación de subsidios, la liberalización de la economía y la devaluación de la divisa nacional (Liese y Dussault 2004).

La salud en la agenda de desarrollo posterior a 2015

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con punto final en 2015 han sido una fuerza poderosa para mantener el apoyo político dirigido al desarrollo de la salud gracias a la claridad de los mismos y al establecimiento de objetivos medibles. En la actualidad se está concluyendo el debate sobre cómo se formulará la próxima generación de objetivos de desarrollo tras 2015. Las conversaciones al respecto resaltan la necesidad de establecer prioridades de salud tras 2015 para abordar los elementos descuidados en los ODM como los factores determinantes sociales de la salud,

incluyendo la educación de las niñas, la equidad en la salud y la igualdad de género, los derechos humanos y la dignidad humana (OMS 2012a). Asimismo, existe un llamamiento a afrontar varias prioridades nuevas y necesarias: el envejecimiento y las enfermedades no transmisibles (ENT), el impacto del cambio climático en la salud, así como la movilidad humana y los refugiados. También existe un llamamiento a la claridad de las relaciones existentes entre la salud y el desarrollo sostenible.

Hay consenso sobre que la salud debe ocupar un lugar en los objetivos de desarrollo posteriores a 2015; sin embargo, no está claro cómo se formularán estos objetivos y metas en materia de salud (OMS 2012a).

La agenda de desarrollo posterior a 2015 está dirigida por la Organización de Naciones Unidas (ONU), que convocó un Panel de alto nivel de personas eminentes formado por líderes de los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado, el cual presentó su informe en junio de 2013. Este Panel de alto nivel recibió un informe de un Equipo de tareas del sistema de Naciones Unidas que establecía un amplio marco para el periodo posterior a 2015 con cuatro pilares: desarrollo económico inclusivo; sostenibilidad medioambiental; desarrollo social inclusivo, considerando la salud; y paz y seguridad, sustentadas por los derechos humanos, la igualdad y la sostenibilidad (OMS 2013b).

Se prevé que los procesos de consultas desemboquen en nuevos objetivos y metas para abordar la agenda de desarrollo posterior a 2015 y que la salud sea un elemento clave. Se espera que esta agenda aborde “los temas pendientes” de los ODM y que tenga en cuenta el nuevo panorama de la salud. Asimismo, se espera que se incorpore el creciente reto de las ENT y sus factores de riesgo, con indicadores claros, mientras se mantienen los objetivos de salud de los ODM (OMS 2012b).

Repercusión de la escasez mundial de fuerza laboral de enfermería

Repercusión de la crisis económica en la fuerza laboral de enfermería y el acceso a los cuidados

La crisis económica mundial que comenzó en 2008 ha tenido un impacto devastador en la fuerza laboral de enfermería y el acceso a los cuidados, actuando como freno en los niveles de contratación y dotación de personal, en un momento en que la escasez mundial de enfermeras se enfrenta a una creciente demanda de atención de salud. En numerosos países en todo el mundo, los gobiernos han recortado el gasto en atención de salud y, en particular, en enfermería. En muchos países en desarrollo, el progreso hacia la cobertura sanitaria universal se ve dificultado por la escasez de fuerza laboral sanitaria en términos de cantidad adecuada de personal, ubicación adecuada y habilidades apropiadas para prestar servicios de calidad a toda la población (OMS 2006). Los países desarrollados tampoco son inmunes a la grave escasez de trabajadores de la salud a causa de los recortes sanitarios debidos a la crisis económica mundial (Sousa et al. 2013). Algunas de las naciones más pobres de Europa, como Rumanía, han recortado drásticamente sus presupuestos de sanidad en un 25% (International Medical Travel Journal 2011).

Asimismo, la crisis ha ocasionado que numerosas enfermeras se hayan visto forzadas a buscar trabajo en otros lugares, ya sea fuera de su país o fuera de la profesión. Por ejemplo, en noviembre de 2013, la Organización de Enfermeras y Matronas de Irlanda (INMO) afirmó que “la Junta de Enfermería y Obstetricia de Irlanda ha revelado que 1.231 enfermeras registradas solicitaron certificados para trabajar en el extranjero entre 2009 y 2012. La INMO calificó las cifras como extremadamente preocupantes y advirtió que la ‘fuga de cerebros’ se intensificaría a medida que 1.500 nuevos graduados fueran buscando trabajo. El secretario general de la INMO, Liam Doran, [...] añadió que las cifras indicaban que 50 nuevos graduados por semana solicitaban los documentos necesarios para trabajar en el extranjero y que la formación de cada enfermera y matrona que se marcha cuesta entre 75.000€ y 80.000€ a lo largo de sus estudios de grado de cuatro años de duración” (INMO 2013/2014).

Las enfermeras son el mayor colectivo de profesionales de la salud y representan una amplia proporción del costo sanitario total. Como resultado, en tiempos de austeridad económica, a

menudo lo primero que se reduce es el número de enfermeras, lo cual va en detrimento de la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados. Para ilustrar la situación, cabe destacar que la crisis económica ha tenido una repercusión negativa en las enfermeras en Islandia, donde se han producido fusiones entre instalaciones de atención de salud para reducir costos, así como despidos o recortes y una disminución del número de horas extraordinarias y complementos por los turnos de trabajo, provocando todo ello elevados niveles de insatisfacción (CIE 2010). De manera similar, un estudio sobre las enfermeras en 12 países europeos ha mostrado que un elevado porcentaje de ellas estaban insatisfechas y manifestaron su intención de abandonar sus puestos de trabajo. La insatisfacción de las enfermeras estaba relacionada con los sueldos, las oportunidades de formación y la falta de progreso profesional (Aiken et al. 2013).

La escasez mundial de enfermeras

Los siguientes ejemplos de países muestran una imagen sombría de la funesta escasez de enfermeras.

- En Malawi hay una escasez grave de enfermeras y el país dispone únicamente del 25% de la cantidad necesaria. En 2010, Malawi tenía una ratio enfermeras/población de 1,7 enfermeras por cada 10.000 habitantes y se afirma que esta ha mejorado hasta 3,4 enfermeras por cada 10.000 habitantes, no obstante sigue siendo baja en comparación con la recomendación de la OMS de 50 enfermeras por cada 10.000 (Mphande 2014).

La situación es similar en otros países de África del Sur (Nullis 2007).

- Sudáfrica dispone de 39,3 enfermeras por cada 10.000 habitantes, pero un elevado porcentaje de ellas trabaja en el sector privado y la escasez es especialmente pronunciada en las áreas rurales. Esta escasez es una de las dificultades para ampliar los cuidados a quienes padecen SIDA y los servicios de tratamiento en el país.
- En Lesoto, también asolado por el SIDA, solo hay 6,3 enfermeras por cada 10.000 habitantes y más de la mitad de los puestos de trabajo de enfermería estaban vacantes, lo cual provoca un mal acceso a los servicios de salud.
- En Mozambique hay 2 enfermeras por cada 10.000 habitantes y como resultado en un distrito fallecieron numerosos pacientes durante un plazo de espera de dos meses para comenzar un tratamiento antirretroviral.

La escasez de enfermeras en cinco países de la Comunidad del Caribe (CARICOM), a saber, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tobago, es grave. Se estima que hay aproximadamente 7.800 enfermeras (en 2007) en la región. Este dato se traduce en una ratio de 12,5 enfermeras por cada 10.000 habitantes, lo cual indica una comparación desfavorable con aquellos países de la OCDE donde las ratios tienden a ser 10 veces superiores (Banco Mundial 2009). En los países de la CARICOM menos del 10% de las enfermeras prestan atención primaria, es decir, un porcentaje probablemente insuficiente para responder eficazmente a los retos de salud asociados con las transiciones demográficas y epidemiológicas. La tasa de vacantes se sitúa en el 30%. La escasez de enfermeras se debe a numerosas razones y la tasa anual de abandono del 8% a causa de las migraciones se añade a la pérdida. Se calcula que el número de enfermeras formadas de los países anglófonos de la CARICOM¹ que trabaja en el extranjero era aproximadamente tres veces superior al número de enfermeras que trabajan en dichos países anglófonos de la CARICOM (Banco Mundial 2009).

¹ NOTA: en la CARICOM anglófona se encuentran los siguientes países: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tobago.

En las Américas, el número de enfermeras por cada 10.000 habitantes varía entre aquellos países en el extremo inferior, como Chile que tiene una ratio de 1,4 enfermeras por cada 10.000 habitantes, y aquellos con las ratios más elevadas como Canadá con 92,9 enfermeras por cada 10.000 habitantes (OMS 2014).

Con una tasa de VIH/SIDA relativamente elevada y la creciente prevalencia de ENT, la baja proporción en general de enfermeras prestando atención primaria tiene implicaciones importantes en la capacidad de la CARICOM de prevenir y controlar estas enfermedades a través de intervenciones eficaces (ONUSIDA 2007; Hennis y Fraser 2004). De hecho, estudios anteriores realizados en la CARICOM han señalado la necesidad de fortalecer y ampliar los servicios de atención primaria bien gestionados por enfermeras, como por ejemplo los servicios para el control glucémico de los pacientes diabéticos, aunque la escasez de enfermeras limita el acceso a los mismos (Hennis y Fraser 2004).

De manera similar, los países de la OCDE han manifestado su preocupación por la escasez de enfermeras y su repercusión en el acceso, la seguridad y la calidad de los servicios de salud. La mayoría de los países de la OCDE denuncian escasez de enfermeras: Australia prevé una escasez de 109 mil enfermeras en 2025 (Health Workforce Australia 2012). Según una encuesta realizada recientemente en Reino Unido (NHS Employers 2014, pág. 14), el 83 por ciento de las organizaciones encuestadas manifestaron estar padeciendo escasez en el suministro de fuerza laboral de enfermería cualificada.

Efectos negativos de la escasez de enfermeras en los pacientes

Las enfermeras son una fuerza vital para la prestación de cuidados de calidad en tiempos difíciles al contribuir a que el sistema sea más rentable y más eficaz en los cuidados. El nivel de dotación de enfermeras y el entorno de trabajo tienen implicaciones directas en los cuidados que reciben los pacientes.

Según un informe de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias, la inadecuada dotación de enfermeras en Estados Unidos ha representado un factor en el 24 por ciento de los casos en los que algún paciente ha fallecido, ha sufrido una lesión o ha perdido permanentemente una función. Asimismo, el informe afirma que el 90% de las instalaciones de cuidados de larga duración se enfrentan a un nivel de dotación de enfermeras inadecuado incluso para prestar los cuidados más básicos y que para 2020 habrá aún menos enfermeras. Sin embargo los “hospitales Magnet” en Estados Unidos, reconocidos por la calidad de los cuidados que dispensan a los pacientes, la excelencia de la enfermería y las innovaciones en la práctica profesional de la enfermería, han logrado evitar o superar con éxito la escasez gracias a buenas condiciones de trabajo y al incremento de la financiación (Joint Commission 2005).

La evidencia derivada de la investigación muestra que aquellos hospitales con mayor ratio enfermeras/pacientes tienen tasas de mortalidad inferiores (Aiken et al. 2014). De manera similar, una menor dotación de enfermeras, una mayor carga de trabajo y entornos inestables en las unidades de enfermería estaban relacionados con resultados negativos de los pacientes incluyendo caídas y errores de medicación (Duffield et al. 2011).

Mejores entornos de trabajo y ratios pacientes/enfermeras elevadas estaban asociados a una mayor calidad de los cuidados y satisfacción de los pacientes (Aiken et al. 2012). Asimismo, el estudio demostró que las carencias en la calidad de los cuidados hospitalarios eran comunes y concluyó que la mejora de los entornos de trabajo en los hospitales podría ser una estrategia relativamente económica para mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados hospitalarios e incrementar la satisfacción de los pacientes.

La escasez mundial de enfermeras está perjudicando tanto a los sistemas sanitarios como a los pacientes, además de tener repercusiones negativas en las enfermeras.

Efecto de la escasez de enfermería en las enfermeras

Las comunidades exigen excelencia a las enfermeras en los cuidados a los pacientes. A su vez, las enfermeras se merecen que sus condiciones laborales y su salario sean acordes a la calidad de los cuidados que dispensan. En buena parte del mundo, sin embargo, el bienestar socioeconómico de las enfermeras es reducido o inadecuado. Algunas enfermeras trabajan en condiciones muy difíciles. Tanto en las naciones desarrolladas como en aquellas en desarrollo, las enfermeras padecen estrés y están sobrecargadas a causa de la mayor carga de trabajo que han de soportar.

La escasez de enfermeras ha supuesto que estas menudo trabajen muchas horas en condiciones de estrés, lo cual puede provocar fatiga, lesiones e insatisfacción laboral. Las enfermeras en países con escasez soportan una pesada carga de trabajo y están agotadas dado que otro personal de enfermería se ha marchado a desempeñar puestos de trabajo mejor pagados en el sector privado o en busca de oportunidades en el extranjero. La insatisfacción laboral se está incrementando a causa de una mayor carga laboral, más horas de trabajo así como por no disponer de los recursos necesarios para dispensar cuidados de calidad (Aiken et al. 2013).

Por estas razones, y otras, el CIE está comprometido con la mejora de la seguridad de las enfermeras en los lugares de trabajo en todo el mundo a través de sus proyectos, incluyendo el programa de Liderazgo para la negociación y la campaña de Entornos positivos para la práctica (EPP). Lanzada en 2010, esta campaña tenía el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud incrementando la sensibilización, identificando buenas prácticas y elaborando herramientas para gestores y profesionales de la salud, además de implementando proyectos nacionales y locales para mejorar los entornos de la práctica. La campaña ha fomentado lugares de trabajo seguros, rentables y saludables, fortaleciendo así los sistemas de salud y mejorando la seguridad del paciente (CIE 2013a).

La paradoja de las enfermeras desempleadas

A pesar de la escasez mundial de enfermeras, en algunos países las enfermeras graduadas no logran encontrar un puesto de trabajo. Por ejemplo, en 2006, la OMS denunció que las enfermeras en Granada, Uganda y Zambia se enfrentaban al desempleo puesto que sus sistemas de salud no podían permitirse el pago de sus salarios (OMS 2006). Incluso en países industrializados, como Australia, había enfermeras sin empleo. La Federación Australiana de Enfermería y Obstetricia (ANMF por sus siglas en inglés) denuncia que más de 3.000 graduados australianos en enfermería y obstetricia con un elevado nivel de formación no logran encontrar un empleo permanente, lo cual sigue siendo uno de los mayores problemas de la fuerza laboral de la profesión (ANMF 2014).

Esta situación, en un contexto de escasez, provoca la paradoja del desempleo de las enfermeras. Por ejemplo, en 2005, Volqvartz descubrió que, a pesar de que la mitad de los puestos de enfermería en Kenia no estaban cubiertos, un tercio de las enfermeras keniatas no tenían trabajo (Volqvartz 2005). De manera similar, numerosas enfermeras en Tanzania, Filipinas y en lugares de Europa del Este estaban obligadas a trabajar gratuitamente para mantener sus competencias con la esperanza de que el sistema las contratara cuando hubiera algún puesto vacante retribuido (Kingma 2008). Aunque estos datos no son recientes, no hay ninguna evidencia de que la situación haya mejorado.

Tal y como se ha indicado anteriormente, el desempleo entre los profesionales sanitarios se ha producido cuando parecía que la fuerza laboral se consideraba un coladero en el presupuesto y algunos países incluso echaron el freno a la contratación de profesionales de la salud cuando las necesidades de servicios sanitarios eran elevadas (OMS y Banco Mundial 2002). La reforma sanitaria basada en medidas de contención del gasto como la reducción del gasto público y los salarios, la privatización de servicios públicos, la devaluación de divisas y la eliminación de subsidios ha provocado un deterioro de los servicios y la erosión de la fuerza laboral sanitaria (Liese y Dussault 2004).

La evidencia apunta a que una mayor dotación de enfermeras produce mejores resultados para los pacientes. Una adecuada planificación de la fuerza laboral acorde a las necesidades de la población contribuiría a la mejora de la salud de la misma.

Por qué deben involucrarse las enfermeras en la financiación y la formulación de las políticas sanitarias

El Código deontológico del CIE para las enfermeras (CIE 2012b) sostiene la responsabilidad profesional de las enfermeras en la continuidad de los cuidados así como un mayor papel en su labor de defensa de la equidad y la justicia social. Las funciones que desempeñan las enfermeras para abordar los factores determinantes sociales de la salud y la reducción de la violencia contra las mujeres y los niños son algunos ejemplos de las aportaciones adicionales que realizan para la sociedad. La participación de las enfermeras en la creación de un diálogo sólido en materia de formulación de políticas de salud es clave para realizar el potencial de la enfermería.

Gracias a su legado profesional como defensoras de los pacientes, a su pericia en el cuidado de los mismos y al centrarse en la comunidad, las enfermeras se encuentran en una posición ideal para realizar una gran contribución a la configuración de las políticas sanitarias sobre la base de la equidad y la rentabilidad (Lathrop 2013). Su cercana interacción con los consumidores de sanidad en toda una serie de entornos proporciona a las enfermeras una buena comprensión de las necesidades de salud; cómo los factores del entorno repercuten en la salud de los clientes y sus familias; y cómo responden las personas a distintos servicios e intervenciones. Sin embargo, a menudo las enfermeras carecen de apoyo por parte de quienes formulan las políticas o no disponen de fondos para introducir innovaciones en los cuidados. Por ejemplo, las enfermeras ejecutivas ven la práctica basada en la evidencia (PBE) como un motor de los cuidados de calidad, la seguridad de los pacientes y mejores resultados para los mismos. Sin embargo, carecen de financiación y únicamente una pequeña parte del porcentaje está asignada a la PBE (Elsevier Clinical Solutions 2014).

Las enfermeras tienen una contribución importante que realizar en la planificación y la toma de decisiones en materia de servicios de salud, así como en la elaboración de políticas sanitarias adecuadas y eficaces. Pueden y deben contribuir a la política pública en relación con la preparación de los trabajadores de la salud, los sistemas de prestación de cuidados, la financiación de la sanidad, la ética en la atención de salud y los factores determinantes de la salud (CIE 2008a).

Las enfermeras son una parte fundamental del sistema sanitario. Comprenden la interacción de los pacientes y sus familias con el resto del conjunto de proveedores que participan en sus cuidados. Las enfermeras trabajan en un contexto de restricciones en términos de costos y calidad en la prestación de servicios de salud y se encuentran en una posición que les permite asesorar sobre la repercusión de las políticas dirigidas a la rentabilidad de la sanidad. Para que las enfermeras influyeran y den forma a las decisiones, es fundamental que entiendan claramente cómo se formulan e implementan las políticas, así como su contexto más amplio. Sin esta comprensión sobre la elaboración de las políticas, la enfermería no participará en el proceso (CIE 2005a).

Las enfermeras también han de trabajar fuera del sector de la salud para compartir sus ideas sobre el diseño de casas y entornos de la comunidad que contribuyan al mantenimiento de la independencia y eviten riesgos que puedan provocar traumas. Por ejemplo, la colocación de enchufes eléctricos a la altura de la cintura en lugar de a la altura del suelo puede facilitar que quienes tienen problemas de equilibrio puedan funcionar bien más tiempo en sus casas. El uso de colores para que las personas eviten resbalarse y tropezarse puede ser útil para mantener la independencia y evitar la necesidad de servicios de salud.

Mejorar la calidad de la atención sanitaria y el acceso a los servicios de salud depende de hasta qué punto se movilizan los más de 16 millones de enfermeras presentes en todo el mundo para ser eficaces en los costos y eficaces en los cuidados. Asimismo, depende de facilitar suficientes conocimientos e información a la fuerza laboral de enfermería sobre temas clave como la financiación, la formulación de políticas de salud y el proceso de toma de decisiones. Al ser la profesión sanitaria más amplia, las enfermeras son clave para liderar, desde la primera línea, el cambio hacia la equidad, la cobertura sanitaria universal y, en última instancia, hacia mejores resultados de salud en todo el mundo.

“Cada una de ustedes ha de participar en el debate, asegurarse un lugar en la mesa donde se formulan las políticas y hacer que se oiga la voz de la enfermería. Sin esa voz, las políticas quedarán incompletas.”

Judith Shamian, Presidenta del CIE 2013-2017
Informe bianual del CIE, 2012-2013

Con el fin de fortalecer los sistemas de salud, las enfermeras han de estar adecuadamente preparadas para contribuir a la configuración de las políticas, trabajar eficazmente en equipos interdisciplinarios, planificar y gestionar servicios de salud, implicar a las comunidades y los grupos de interés clave en la planificación y prestación de atención de salud y realizar acciones de lobby para contar con un mayor flujo de recursos para los sistemas de salud (CIE 2005b).

Como tales, las enfermeras han de estar posicionadas estratégicamente para proporcionar soluciones creativas e innovadoras que realmente marquen la diferencia en el día a día de los pacientes, los sistemas de salud, las comunidades y la profesión.

Por este motivo, las enfermeras son socios fundamentales de los gobiernos y otros financiadores con el fin de garantizar y asegurar sistemas de salud eficaces y rentables.

PUNTOS PARA LA ACCIÓN

En su lugar de trabajo clínico:

- Descubra cuál es el costo de los suministros y equipos esenciales que se utilizan en su entorno.
- ¿Qué pueden hacer las enfermeras para reducir el costo de la atención sanitaria en su práctica cotidiana?

A nivel nacional:

- ¿Cuáles son las restricciones de costos a las que se enfrentan las enfermeras en su país en la actualidad?
- ¿Cómo pueden abordarlas las enfermeras?

El siguiente Capítulo abordará los modelos de financiación de la atención de salud y el uso eficiente de los recursos para prestar cuidados de calidad.

Capítulo 2

Financiación de la atención de salud

No podemos resolver los problemas utilizando el mismo tipo de pensamiento que utilizamos cuando los creamos – Albert Einstein.

La cuestión del gasto sanitario sigue siendo una de las prioridades de varios países y se ha implementado una serie de iniciativas financieras para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones en el marco de las restricciones que impone el hecho de que los recursos sean limitados. La financiación de la asistencia sanitaria pretende cubrir el costo relativo a los recursos humanos para la salud, así como la tecnología para diagnósticos y tratamientos, medicamentos y otros gastos. En este sentido, la financiación de la salud tiene tres elementos clave: recaudar suficiente dinero para la salud; eliminar las barreras financieras al acceso; y hacer un mejor uso de los recursos a disposición (OMS 2010b).

Lograr cuidados de calidad a un costo bajo requerirá el liderazgo de las enfermeras para el cambio, de manera que sigan siendo profesionales eficaces en los costos y eficaces en los cuidados. Una adecuada comprensión de los procesos y mecanismos de financiación de la salud es fundamental para el liderazgo y la defensa de la equidad en temas de salud y de cobertura sanitaria universal.

Principales modelos de financiación de la atención de salud

La financiación de la salud y la prestación de asistencia sanitaria son más eficaces cuando están estrechamente relacionadas entre sí. Los mecanismos de financiación han de permitir un acceso universal a los cuidados sin colocar una pesada carga sobre los pobres, lo cual implica el establecimiento de un modelo de financiación sólido que elimine barreras al acceso – como la realización de pagos del bolsillo del usuario, la distancia y el tiempo de desplazamiento a las instalaciones de atención de salud - y a los cuidados de alta calidad.

Existen varios mecanismos de financiación de los servicios de salud (OMS 2010b; Macdonald 2009), como por ejemplo:

Financiación mediante los impuestos: es el modelo de financiación utilizado más ampliamente en la mayor parte del África subsahariana y el sur de Asia. En este modelo, los servicios de salud se pagan a través de la recaudación general del gobierno mediante el impuesto sobre la renta, aranceles sobre la importación e impuestos sobre el tabaco y el alcohol. En general, este mecanismo va a favor de los pobres. Sin embargo, las preocupaciones en cuanto a la calidad de los cuidados y el acceso a los mismos pueden desanimar a los pobres a utilizar los servicios de salud.

Financiación a través de la seguridad social o financiación conjunta: en este mecanismo los servicios de salud se pagan mediante aportaciones a un fondo de salud como los que tienen los empleados y los empleadores. De esta manera, se garantiza que el riesgo financiero de tener que pagar la atención de salud lo soportan todos los miembros del conjunto y no las personas que enferman. La participación es obligatoria pero para algunos grupos, como los trabajadores autónomos, puede ser voluntaria.

Seguro privado: las personas abonan periódicamente primas relativas al costo de prestación de servicios, lo cual puede suponer que aquellas personas que se encuentran en un grupo de alto riesgo en términos de salud paguen más y que quienes están en un grupo de bajo riesgo paguen menos.

Este modelo se encuentra sobre todo en países desarrollados donde existe alguna forma de sistema de salud nacional como en el caso de Canadá y Reino Unido. Aún así los ricos contratan un seguro adicional para recibir servicios privados o para acceder a servicios que no están cubiertos por el sistema de salud nacional. La participación es voluntaria.

Cuotas por uso o pagos directos: en este mecanismo ni hay seguro ni se comparten los costos y las personas realizan pagos de su propio bolsillo directamente por los servicios de salud que utilizan. Hacer que las personas paguen en el momento de la prestación del servicio les desamina a la hora de utilizarlos, especialmente en el caso de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades a la par que les anima a posponer visitas oportunas para recibir atención de salud. Este sistema también puede provocar dificultades financieras a las personas.

Independientemente del modelo utilizado, todo debe basarse en la calidad de los cuidados. Si las personas perciben que la asistencia sanitaria es de baja calidad es improbable que recurran a ella. A la hora de tomar decisiones sobre los distintos mecanismos de financiación es importante recordar que las personas deben ser el centro de los cuidados. Al fin y al cabo, son las personas quienes proporcionan los fondos necesarios para pagar los servicios de salud mediante impuestos, aportaciones y donaciones. Y la principal razón para recaudar fondos es la mejora de la salud y el bienestar de las personas. La financiación de la salud es un medio para un fin y no un fin en sí mismo (OMS 2010b).

Tabla 1. Principales tendencias en la financiación de la atención sanitaria

Tendencia	Objetivos	Países
Introducción o incremento de las cuotas por uso en los sistemas basados en los impuestos	<ul style="list-style-type: none"> - Recaudación de más ingresos, un uso más eficiente de los recursos - Creación de mayor rendición de cuentas ante el consumidor 	Numerosos países del África subsahariana
Introducción de sistemas de seguros de salud en la comunidad basados actualmente en cuotas por uso e ingresos derivados de los impuestos	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de las barreras financieras debidas a las cuotas por uso - Promoción de un uso más eficiente de los recursos - Mayor recaudación de ingresos 	Tailandia, Indonesia, India, Tanzania, Uganda
Desplazamiento desde sistemas basados en los impuestos hacia tipos de seguros sociales de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de una fuente independiente y sostenible de financiación de la salud - Mayor recaudación de ingresos 	Tailandia, Europa del Este, Ghana, Nigeria, Zimbabue
Consolidación de varios fondos de seguros estatales	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor equidad y prevención de la fragmentación - Mayor eficiencia administrativa 	Méjico, Colombia, otros países latinoamericanos

Adaptada de: Bennett y Gilson (2001)

Foco en los pobres

Al financiar la cobertura sanitaria universal es importante que las políticas sean ‘a favor de los pobres’ sin excluir a quienes no pueden contribuir o realizar aportaciones mediante seguros. Los elementos importantes de un sistema de financiación de la atención de salud son (Macdonald 2009):

- Las contribuciones a los costos de la atención de salud están vinculadas a la capacidad de pago.
- Los pobres están protegidos frente a los riesgos financieros asociados a las enfermedades.
- Los servicios son accesibles, teniendo en cuenta la accesibilidad geográfica y la calidad.

Para lograr la cobertura sanitaria universal, los sistemas de financiación deben permitir que las personas utilicen un continuum de servicios de salud – promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación – sin padecer dificultades financieras. Sin embargo, en numerosos países, hay millones de personas que no pueden recurrir a los servicios de salud a causa de la obligatoriedad de realizar un pago directo en el momento de recibir el servicio o que se ven empobrecidas por tener que pagar de su propio bolsillo. Los mecanismos de prepago como la creación de fondos conjuntos eliminan los obstáculos financieros incrementando así el acceso a los servicios en tiempos de necesidad (OMS 2010b).

¿Cuánto cuestan los servicios de salud?

Para decidir cuánto invertir en atención de salud, es importante saber cuánto cuestan los servicios. Una estimación reciente de la OMS sobre los costos de prestar los servicios de salud fundamentales indica que los 49 países de renta baja encuestados necesitarían gastar de media poco menos de 44 US\$ per cápita, cifra que se elevaría a poco más de 60 US\$ per cápita en 2015 (OMS 2010b). Esta estimación tiene en cuenta el costo de ampliar los sistemas de salud para prestar una combinación de intervenciones. Asimismo, incluye intervenciones para las enfermedades no transmisibles y los ODM relacionados con la salud, a saber, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, lo cual significa que los países de renta baja pueden permitirse cubrir los servicios de salud fundamentales de manera rentable.

Uso eficiente de los recursos

Tal y como se indicaba en el Capítulo 1, el costo de la atención sanitaria se está incrementando en todo el mundo y es importante utilizar los recursos a disposición siendo eficaces en los costos y eficaces en los cuidados. El despilfarro representa una cantidad importante de los recursos sanitarios. Por ejemplo, en Estados Unidos hasta 1,2 billones de US\$, o la mitad de todo el gasto sanitario, es resultado del derroche (Instituto de Investigaciones sobre la Salud de PwC 2010). Un informe del Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés) estimó que el gasto innecesario en salud ascendía a 750.000 millones de dólares solo en 2009 (IOM 2012). El área de mayor despilfarro, en particular en EE.UU., es la conocida como ‘medicina defensiva’, que implica encargar pruebas y procedimientos inapropiados o innecesarios para evitar denuncias de los consumidores de atención de salud (Thomson Reuters 2009). Otros factores que contribuyen al despilfarro se producen cuando los pacientes no hacen caso del asesoramiento y los tratamientos médicos (IOM 2012; Sabate 2003).

La Red Europea contra el Fraude y la Corrupción en la Asistencia Sanitaria (EHFCN por sus siglas en inglés) afirma que del gasto mundial anual en salud de aproximadamente 5,3 billones de dólares, algo menos del 6%, es decir, unos 300.000 millones de dólares, se pierde a causa de errores o corrupción (EHFCN 2010). La mayoría de los países no utilizan los recursos a disposición pero algunos pierden más que otros a causa de malas compras, un uso irracional de los medicamentos o un uso ineficiente de los recursos humanos y técnicos. Las variaciones en los niveles de ineficiencia ocasionan que algunos países logren mayores niveles de cobertura y mejores resultados en materia de salud que otros con los mismos recursos. Por ejemplo, Brasil, Chile y Costa Rica gastan cada uno más de 400 US\$ per cápita en salud y, sin embargo, la esperanza de vida en Brasil es de 72 años comparada con los 78 años en los otros dos países (Chisholm y Evans 2010).

Tanto el método de pago a los proveedores sanitarios como los honorarios que reciben influyen en su comportamiento dado que se pueden lanzar señales económicas, o incentivos, que afectan a las decisiones del proveedor en relación con el abanico de servicios, incluyendo la prescripción de medicamentos y pruebas diagnósticas. Unos incentivos adecuados pueden dirigir el comportamiento de los proveedores hacia la consecución de metas del sistema de salud como la mejora de la calidad de los cuidados y la ampliación del acceso a servicios prioritarios o el uso de los recursos de manera eficiente. Por otro lado, algunos métodos de pago promueven que los proveedores de salud despilfarren recursos mientras incrementan sus ingresos. Por ejemplo, los métodos de pago de

honorarios por servicio prestado crean incentivos para que los proveedores presten más servicios para poder aumentar así sus ingresos. De manera similar, los métodos de cuotas por capitación, que reembolsan al proveedor de salud un importe fijo por paciente por un conjunto de servicios definido, crean incentivos para que los proveedores enrolen a más pacientes con el fin de potenciar sus ingresos al máximo (Özaltın y Cashin 2014; Chisholm y Evans 2010).

Muchos sistemas de salud no logran aislar los costos de enfermería y los incluyen en la ratio de la habitación. Sin embargo, nosotros sabemos, gracias a la investigación, que la supervivencia y las complicaciones que provocan costos adicionales están relacionadas con los cuidados de enfermería. De ahí la importancia fundamental de comprender cómo están desplegadas las enfermeras para lograr sistemas eficaces en los cuidados y eficaces en los costos. Los encargados de formular las políticas deben, por tanto, adoptar métodos de pago y honorarios de pago fijos de manera que los incentivos estén alineados con los objetivos del sistema de salud, como por ejemplo dar mejor respuesta a los pacientes y utilizar los recursos más eficientemente.

Principales causas de ineficiencia

Entre las principales causas de ineficiencia en los sistemas de salud se encuentran (Chisholm y Evans 2010):

- Uso excesivo de medicamentos de marca e infrautilización de los productos genéricos.
- Uso de medicamentos por debajo de los estándares y falsos.
- Uso excesivo de suministros y equipamiento, investigaciones y procedimientos.
- Combinación inapropiada o costosa de personal, trabajadores desmotivados.
- Hospitalizaciones y duración de las mismas inapropiadas.
- Errores médicos y mala calidad de los cuidados.
- Despilfarro, corrupción y fraude.
- Combinación ineficiente o nivel inadecuado de estrategias como la financiación de intervenciones de alto costo y bajo efecto mientras que opciones de bajo costo y alto impacto se quedan sin financiación.

Se calcula que en todo el mundo más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada (OMS 2010c). El uso irracional de medicamentos puede adoptar distintas formas: varias prescripciones o polifarmacia, uso excesivo de antibióticos e inyecciones, no prescribir de acuerdo con las guías clínicas, o automedicación inadecuada (Holloway y van Dijk 2010). Otro factor que se debe añadir en relación con la ineficiencia es que se ha estimado que la mitad de los pacientes no se toman la medicación según se les ha prescrito o dispensado (Sabate 2003), lo cual provoca despilfarro e ineficiencia en el sistema de salud así como una mayor resistencia antimicrobiana.

Por otro lado, el uso racional de medicamentos centrado en aquellos que son esenciales puede reducir el gasto farmacológico. Por ejemplo, el Sultanato de Omán publicó un catálogo nacional centrado en los medicamentos esenciales. Un planteamiento más responsable frente al uso de los medicamentos permitió ahorrar de forma consistente el 10-20% del gasto previsto para medicamentos entre 2003 y 2009 (OMS 2012c).

De manera similar, un uso racional de los recursos humanos como el desplazamiento o la compartición de tareas puede provocar un ahorro considerable. Como ejemplo ilustrativo, en Sudáfrica, el desplazamiento de tareas en relación con el tratamiento antirretroviral de los médicos a las enfermeras de atención primaria indicó que los cuidados prestados por las enfermeras mejoraron la detección de la tuberculosis, incrementaron los recuentos de glóbulos blancos, permitieron aumentos de peso y un mejor cumplimiento de los tratamientos a un menor costo (Fairall et. al 2012).

Ineficiencias en la atención de salud y cuidados de mala calidad

Las ineficiencias y el despilfarro de recursos en la atención de salud también se puede producir a causa de la prestación de cuidados de mala calidad que provocan eventos adversos como errores médicos, infecciones nosocomiales, úlceras por presión, incrementándose así la duración de las hospitalizaciones y el costo de la asistencia sanitaria.

Errores médicos

Los errores médicos representan una amenaza grave para la seguridad de los pacientes. A menudo son el resultado de sistemas de salud débiles con poca dotación de personal o mala gestión. Los errores médicos pueden provocar hospitalizaciones más largas e inflar así el costo de la atención sanitaria, así como el costo para los pacientes y la familia a causa del dolor y el sufrimiento o incluso la muerte (OMS 2005). Notificar los eventos adversos es fundamental para detectar problemas en materia de seguridad del paciente. Sin embargo, la notificación no es un fin en sí misma sino que es un medio para mejorar la seguridad de los pacientes aprendiendo de los errores y modificando la cultura de seguridad de la organización. Los sistemas de notificación en relación con la seguridad del paciente no deben ser punitivos, no deben avergonzar y culpar a aquellos que notifican los errores. Asimismo, es necesario difundir la información a los demás de manera que se aprenda de los errores y se modifique la práctica (OMS 2005).

El problema de los errores médicos es enorme: un cuarto de los adultos con problemas de salud en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y EE.UU. y un quinto en Reino Unido notificaron que habían sufrido un error de medicación o un error médico en los últimos dos años (Blendon et al. 2003). En EE.UU. se producen errores médicos graves prevenibles en 3,8 millones de hospitalizaciones, con un costo anual de 16.400 millones de dólares, y en 3,3 millones de visitas ambulatorias cada año, con un costo de 4.200 millones de dólares anuales (Massachusetts Technology Collaborative y NEHI 2008). En su informe *Errar es humano*, el Instituto de Medicina estimó que en EE.UU. se producen 7.000 fallecimientos al año a causa de errores de medicación prevenibles (IOM 1999).

Para lograr una reducción general de los errores de medicación es necesario un planteamiento múltiple que abarque desde los incentivos financieros hasta las mejoras en la prestación de cuidados afrontando la raíz de las causas de los errores.

Infecciones nosocomiales (IN)

La carga mundial de las IN sigue sin conocerse a causa de la dificultad de recopilar datos fiables. Sin embargo, algunos estudios muestran que la prevalencia de las IN en las poblaciones mixtas de pacientes es de aproximadamente el 7,6 por ciento en los países de renta alta. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC por sus siglas en inglés) ha calculado que 4.131.000 pacientes se ven afectados y que en Europa se producen aproximadamente 4.544.100 episodios de IN cada año. La tasa de incidencia de las IN estimada en EE.UU. era de 4,5% en 2002, lo cual equivale a 9,3 infecciones por cada 1.000 pacientes/días y a 1,7 millones de pacientes afectados. Los datos sobre la carga de las IN en los países en desarrollo son escasos. Sin embargo, los estudios realizados en entornos sanitarios con recursos limitados notificaron tasas de IN que oscilaban entre el 5,7% y el 19,1% con una prevalencia conjunta del 10,1 por ciento (OMS 2011).

Las IN provocan hospitalizaciones prolongadas, discapacidades de larga duración y una mayor resistencia a los antimicrobianos, una carga financiera para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, así como un exceso de fallecimientos. En Europa, las IN causan 16 millones de días adicionales de hospitalización y 37 mil fallecimientos con una pérdida financiera anual estimada en 7.000 millones de euros. En EE.UU. las IN causan 99.000 fallecimientos al año, con una pérdida financiera de 6.500 millones de dólares en 2004 (OMS 2011).

Está claro que las IN conllevan una considerable carga de enfermedad y muerte con enormes pérdidas económicas y deben ser tratadas como una cuestión prioritaria de seguridad del paciente y afrontarse utilizando planteamientos completos y con las enfermeras actuando como la espina dorsal de la prevención de infecciones, la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema.

Úlceras por presión

Las úlceras por presión representan un problema en términos de seguridad del paciente y de calidad de los cuidados. En Reino Unido un análisis del costo de tratar las úlceras por presión mostró que este oscilaba entre 1.214 £ (categoría I) y 14.108 £ (categoría IV). Los costos se incrementan en función de la gravedad de las úlceras por presión. Queda claro que el tratamiento de las úlceras por presión representa una carga significativa en términos de costos en Reino Unido, tanto para los pacientes como para los proveedores de salud (Dealey et al. 2012).

En EE.UU., 2,5 millones de pacientes desarrollan úlceras por presión al año, con una pérdida financiera estimada entre 9.100 y 11.600 millones de dólares al año. El costo individual de los cuidados oscila entre 20.900 US\$ y 151.700 US\$ por paciente con úlceras por presión. La duración de la hospitalización de los pacientes con este tipo de úlceras fue de 14,1 días frente a los cinco días de quienes no padecieron dichas úlceras (Russo et al. 2008).

Las úlceras por presión desarrolladas en los hospitales no se deben simplemente a un fallo en los cuidados de enfermería sino al fracaso de todo el sistema de atención de salud. La prevención de las úlceras por presión es una responsabilidad multidisciplinar pero las enfermeras desempeñan un papel fundamental en esta cuestión y ocupan una posición adecuada para ser eficaces en los costos y eficaces en los cuidados. En ausencia de un esfuerzo coordinado, es probable que el costo se incremente en el futuro a medida que envejezca la población.

¿Qué pueden hacer las enfermeras para mejorar la eficiencia del sistema de salud?

Las enfermeras, como fuerza para el cambio, tienen oportunidades de mejorar la eficiencia y reducir el derroche. En colaboración con otros profesionales y tomadores de decisiones en materia de salud, las enfermeras y otros profesionales sanitarios pueden:

- Mejorar las guías de prescripción, la información, la formación y la práctica en materia de prescripción.
- Formar a las personas y las comunidades sobre la detección y la vigilancia de los medicamentos falsos.
- Desarrollar e implementar guías de mejores prácticas clínicas basadas en la evidencia.
- Implementar el desplazamiento de tareas y otras formas de combinar las habilidades con las necesidades.
- Observar y defender los procedimientos de control de infecciones, mejorar los estándares de higiene en los hospitales, proporcionar más continuidad en los cuidados, realizar más auditorías clínicas.
- Monitorizar el desempeño del hospital y utilizar los datos para guiar las decisiones clínicas.
- Reducir las cargas administrativas.
- Evaluar e incorporar a las políticas evidencia sobre los costos y la repercusión de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones en materia de formulación de políticas.

Las enfermeras se encuentran en el corazón del sistema de salud prestando servicios eficaces en los costos y siendo eficaces en la dispensación de cuidados. Sin embargo, la actual escasez mundial de enfermeras seguirá siendo un gran reto para una gestión eficiente de los sistemas de salud.

PUNTOS PARA LA ACCIÓN

- ¿Cuáles son los principales modelos de financiación de la salud en su país?
- ¿Los modelos de financiación de la salud promueven la cobertura universal?
- ¿Cuáles son las principales razones de despilfarro de recursos de salud en su entorno?
- ¿Qué pueden hacer las enfermeras para reducir el despilfarro y mejorar la eficiencia en su práctica cotidiana?

En el Capítulo 3 analizaremos cómo las enfermeras pueden ser más eficaces en los costos y eficaces en los cuidados accediendo a una síntesis de la evidencia más reciente y a las habilidades necesarias para luchar por un cambio de calidad y rentabilidad, incluyendo los cuidados de equipo, una comunicación eficaz y optimizando el desempeño del sistema de salud.

Capítulo 3

Ser más “eficaces en cuidados y eficaces en costos”

A no ser que progresemos en nuestra enfermería cada año, cada mes, cada semana, les aseguro que estaremos retrocediendo – Florence Nightingale.

El CIE tiene una larga historia en el liderazgo de las enfermeras para que sean eficaces en los cuidados y eficaces en los costos. A través de sus publicaciones, declaraciones de posición, proyectos y conferencias, el Consejo internacional de enfermeras implementa su agenda en materia de transferencia de conocimientos y desarrollo de competencias en la población de enfermería en todo el mundo. Uno de los cinco valores principales del CIE es el *Liderazgo Visionario*, el cual se lleva a cabo, entre otras cosas, a través de los proyectos de Liderazgo para el cambio y Liderazgo en la negociación y el Instituto mundial para el liderazgo de enfermería CIE-Burdett.

El creciente costo de la asistencia sanitaria en todo el mundo requiere la adopción de medidas para contener el costo a niveles que los países y los gobiernos se puedan permitir y mantener. Las presiones en materia de contención de costos ponen de manifiesto la necesidad de comprender mejor cómo optimizar la utilización de la atención de salud y los recursos de enfermería. Las enfermeras gestoras y líderes han de recurrir a planteamientos y herramientas para contener los costos al mismo tiempo que obtienen los resultados deseados en los cuidados. Uno de estos métodos es el análisis de la eficacia en los costos.

Definición de eficacia en los costos y eficacia en los cuidados

Los servicios de salud se prestan en el marco de restricciones financieras y de recursos humanos y es importante tener plenamente en cuenta el costo de la atención de salud y sus beneficios. A menudo oímos hablar de enfermeras “eficaces en los costos” y “eficaces en los cuidados”. Comprender estos términos es vital como guía para una toma de decisiones optimizando el uso de los recursos.

El análisis de la relación costo-eficacia (RCE) permite que quienes toman las decisiones puedan cuantificar los beneficios de salud en términos de “salud” en lugar de en términos monetarios medidos en resultados de salud; como por ejemplo el número de enfermedades diarreicas prevenidas, los años de vida salvados o la mejora de la calidad de vida (Neumann 2005). Se utilizan para determinar qué intervención logra un resultado específico con menor costo comparando dos o más intervenciones de salud. Por ejemplo, se puede realizar un análisis de la relación costo-eficacia para comparar las inmunizaciones realizadas por los médicos con las realizadas por las enfermeras para determinar qué colectivo obtiene mejores resultados con menor costo. Otro ejemplo puede ser comparar dos fármacos para la hipertensión con el fin de determinar cuál de los dos produce el efecto deseado con un menor costo.

Las intervenciones se comparan en términos de sus costos y sus resultados en la salud o beneficios de salud. La intención es obtener resultados de salud con menos recursos, lo cual nos lleva al concepto relacionado de “eficacia en los cuidados”.

En los análisis de la relación costo-eficacia, también hemos de considerar la “eficacia en los cuidados”, es decir, cuidados que se basan en evidencia científica y producen los resultados intencionados (Newhouse y Poe 2005). En relación con las enfermeras, la eficacia en los cuidados significa hasta qué punto se resuelven los problemas de salud y hasta qué punto se obtienen resultados. Si añadimos la relación costo-eficacia a esta definición, significa que las enfermeras obtienen los resultados de salud pretendidos a un costo menor, siendo la calidad un elemento sustentante.

Individualmente y como miembros y coordinadoras de los equipos de salud, las enfermeras llevan los cuidados centrados en las personas a las comunidades, donde son más necesarios, contribuyendo así a mejorar los resultados de salud y la rentabilidad general de los servicios (OMS 2010d).

Una prestación eficaz de servicios para sistemas de salud “eficaces en cuidados y eficaces en costos”

Atención primaria y atención de salud centrada en las personas

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería afirma que las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (CIE 2012b). Asimismo, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prestación de servicios de salud equitativos abarcando el continuum de cuidados centrados en las personas y las familias, así como basados en la evidencia y con una calidad que mejore continuamente.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes y los problemas de salud mental son la principal causa de mortalidad y discapacidad en el mundo (Lozano, R. et al. 2012, Vos T et al. 2012). Las enfermeras conocen los factores de riesgo comunes a las ENT – consumo de tabaco, inactividad física, consumo perjudicial del alcohol y dietas poco saludables. Asimismo, las enfermeras son la base del éxito de los cambios

comportamentales en personas y comunidades a través de intervenciones en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Aplicando un planteamiento que abarca todo el ciclo vital a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades desde los primeros años de edad hasta las edades más avanzadas, las enfermeras pueden contribuir a la reducción de la pesada carga de la enfermedad y los costos asociados de la atención de salud. Asimismo, las enfermeras desempeñan un claro papel de defensa en el rediseño de los sistemas de salud para que se centren en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud basados en una orientación fuerte hacia la Atención Primaria (AP) logran resultados de salud mejores y más equitativos a la par que son más eficientes, tienen menos costos sanitarios y pueden alcanzar un mayor grado de satisfacción de los usuarios que aquellos cuyos sistemas de salud tienen una orientación débil hacia la AP.

Organización Panamericana de la Salud (2007)

En este sentido, cabe recordar que la atención primaria (AP) es el medio preferido y eficaz de prestar servicios fundamentales de salud a un costo que los gobiernos y las comunidades se pueden permitir (OMS 2008a). Un sistema sanitario nacional es más eficaz cuando se basa en la AP y ofrece un abanico de servicios fundamentales accesibles y equitativos financiados por el sector público a la población. Este planteamiento requiere desplazar el foco de la atención sanitaria para que esta pase de estar basada en el hospital a estar centrada en intervenciones rentables que las enfermeras pueden realizar en la comunidad. Tal y como afirmó la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMH por sus siglas en inglés), las enfermeras pueden prestar servicios de salud de forma cercana a los clientes a un costo de aproximadamente 34 US\$ por persona utilizando un planteamiento de AP (CMH 2001).

Sin embargo, los sistemas de salud en todo el mundo se han concentrado ampliamente en los cuidados hospitalarios y terciarios concediendo así menos importancia a la eficacia y la seguridad de la atención primaria (Iha 2008), lo cual ha desembocado en sistemas sanitarios de alto costo e ineficaces con malos resultados de salud.

El compromiso de la enfermería con la atención primaria está integrado en el **Código deontológico del CIE** para las enfermeras adoptado por primera vez en 1953 y revisado periódicamente. En él se afirma que ***“las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.”***

(CIE 2012b)

En la mayoría de los países son las enfermeras quienes prestan atención primaria, lo cual les concede una oportunidad única de colocar a las personas en el centro de los cuidados y hacer que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos. A menudo las enfermeras viven en las comunidades y comprenden la cultura y la lengua local, lo cual les da una perspectiva única sobre los problemas y las necesidades en materia de salud. Precisamente esta presencia de las enfermeras en primera línea de la asistencia sanitaria proporcionando un continuum de cuidados es una de sus características definitorias (CIE 2008b). Las enfermeras son la piedra angular de la prestación de atención de salud focalizada en la centralidad de la persona, la continuidad de los cuidados, la integralidad y la integración de los servicios que son fundamentales para los cuidados holísticos.

Ampliación de la práctica de la enfermería para incrementar el acceso y la calidad

Muchos países están intentando mejorar la prestación de atención de salud revisando los roles de los profesionales sanitarios, incluidas las enfermeras, dado que el desarrollo de roles nuevos y más avanzados para las enfermeras podría mejorar el acceso a los cuidados (OCDE 2010).

Práctica de la enfermería avanzada: cada vez más países están estudiando o introduciendo enfermeras que ejercen en roles avanzados. El CIE define la enfermería de práctica avanzada de la siguiente manera: *“La enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario”* (CIE 2009a).

A causa de los cambios en la demografía de la población, al incremento de costos y a las dificultades en términos de acceso a los cuidados, cada vez más países están considerando la introducción de roles de práctica avanzada en un esfuerzo para reducir costos e incrementar el acceso de los pacientes y su satisfacción.

Las evaluaciones muestran que las enfermeras de práctica avanzada (EPA) pueden mejorar el acceso a los servicios y reducir los plazos de espera. Las EPA son capaces de prestar cuidados de la misma calidad que los médicos a todo un abanico de pacientes, incluyendo aquellos con enfermedades menores y aquellos que requieren un seguimiento rutinario. La mayoría de las evaluaciones muestran un alto índice de satisfacción de los pacientes principalmente porque las enfermeras tienden a pasar más tiempo con ellos facilitándoles información y asesoramiento (OCDE 2010).

Prescripción enfermera: un avance innovador y cada vez más común en la prestación de atención de salud es la introducción de la prescripción por parte de enfermeras registradas. La prescripción

enfermera tiene el potencial de ahorrar costos para el paciente (transporte, tiempo y dinero) y para el sistema de salud en su conjunto al liberar tiempo de los médicos para que estos se dediquen a pacientes con casos más agudos y complejos, así como al reducir la demanda de cuidados agudos y de hospitalizaciones ofreciendo un tratamiento oportuno en la comunidad. Asimismo, puede incrementar el acceso, en particular en áreas con pocos servicios y para grupos desfavorecidos, así como aumentar las posibilidades de elegir por parte los consumidores y mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos (CIE 2009b, Kroezen 2012). La evidencia internacional apoya la seguridad de la prescripción enfermera e indica que en general se ha visto como algo positivo tal y como demuestra una reseña bibliográfica (Latter y Courtenay 2004) y una revisión sistemática (Van Ruth et al 2008).

Una gestión eficaz para sistemas sanitarios “eficaces en los cuidados y eficaces en los costos”

El deseo de eficacia en los costos y eficacia en los cuidados estimula la reforma de los sistemas sanitarios para lograr resultados de salud a un costo asequible y sostenible. En los complejos sistemas de salud de hoy en día, ninguna profesión puede reclamar individualmente la propiedad de conocimientos que puedan contribuir a la salud. Por eso es necesaria la práctica colaborativa entre distintas profesiones de la salud de manera que sus competencias estén integradas para proporcionar cuidados holísticos (CIE 2004; Bower et al. 2003). De ahí el interés renovado en descubrir mejores formas de prestar aquellos servicios de salud que mejor satisfagan las necesidades de salud de personas, familias y comunidades. En una era de mayor demanda por parte de los consumidores, de cambios en los patrones de enfermedad y de incremento de las enfermedades crónicas, prestar cuidados de calidad y rentables requiere un planteamiento más coordinado basado en el trabajo en equipo, para el cual las enfermeras se encuentran bien posicionadas.

Planteamiento de equipo

Este planteamiento ofrece una solución viable a las dificultades a las que se enfrentan los sistemas sanitarios en todo el mundo a la hora de prestar servicios. En la actualidad se espera trabajo en equipo y que la colaboración sea su característica principal. Sin embargo, a pesar de la creciente sensibilización sobre los beneficios potenciales del planteamiento de equipo en la prestación de cuidados, muchas organizaciones sanitarias carecen de un trabajo en equipo eficaz, lo cual tiene consecuencias negativas en los resultados de los pacientes (Lemiex-Charles y McGuire 2006). Las barreras al planteamiento de equipo y la práctica colaborativa se han atribuido a distintos factores como falta de estructura, falta de apoyo del sistema, competencia, jerarquía profesional, cambios frecuentes en la plantilla a causa del trabajo por turnos y traslados de los pacientes que complican la coordinación y el trabajo en equipo (CIE 2004; Storch 1994).

El planteamiento de equipo puede ser eficaz en la prestación de servicios completos de atención primaria así como en los cuidados episódicos y continuados de poblaciones especializadas de pacientes (Bower et al. 2003). Las enfermeras son vitales en la continuidad de los cuidados y la coordinación de los servicios que prestan los diferentes profesionales de la salud en los que las relaciones y la comunicación interdisciplinarias son importantes. Sin embargo, existe investigaciones que apuntan a que la relación entre médicos y enfermeras a menudo es escasa, lo cual puede incrementar el riesgo de eventos adversos, errores y malos resultados para los pacientes (Rosenstein y O’Daniel 2005; IOM 1999). Por otro lado, la mejora de las relaciones, la coordinación de los cuidados y el trabajo en equipo reducen los errores y mejoran la calidad de los cuidados, así como los resultados y la seguridad de los pacientes (IOM 1999). Por ejemplo, una relación enfermera-médico positiva es uno de los atributos de los hospitales Magnet que crean un entorno que empodera y ofrece satisfacción laboral a las enfermeras, lo cual desemboca en cuidados de calidad (Laschinger et al. 2003).

Al ser los principales proveedores de servicios de AP, las enfermeras comprenden las ventajas de la prestación integral de cuidados y la necesidad de adoptar y fortalecer la colaboración y las alianzas. Al estar en primera línea cada día, las enfermeras son líderes en equipos de atención de salud multidisciplinar en numerosos entornos. La interdependencia entre los proveedores de asistencia

sanitaria es el núcleo de la práctica colaborativa y la integración de competencias. La práctica colaborativa va más allá de la relación médico-enfermera para incorporar a otros profesionales como los farmacéuticos, los fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales, los trabajadores sociales, los psicoterapeutas y otros. La combinación de disciplinas en una determinada práctica colaborativa variará en cuanto a su foco y prioridad para dar respuesta a diferentes contextos culturales y circunstancias locales (CIE 2004). A través de la colaboración profesional, se produce un desplazamiento y compartición de tareas, así como una integración de conocimientos para la prestación de cuidados centrados en la persona.

El planteamiento de equipo es la piedra angular de la atención sanitaria centrada en la persona y las enfermeras realizan una gran aportación al funcionamiento y la eficacia de los equipos de salud. En los complejos sistemas de prestación de asistencia sanitaria, es imposible que un único colectivo profesional preste un continuum de cuidados centrados en la persona y por eso es necesario realizar consultas, enlaces y derivaciones para lograr la coordinación y la continuidad de los cuidados (CIE 2004). Las enfermeras son el pegamento que mantiene el sistema de salud intacto con competencia para manejar las dinámicas de las interacciones de equipo. Por este motivo, es necesario rediseñar los sistemas de salud para optimizar la contribución de las enfermeras a los equipos de salud en general y a los cuidados centrados en las personas en particular.

Comunicación eficaz: una comunicación eficaz es la piedra angular de la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados. Por otro lado, una comunicación ineficaz en el equipo de salud es la causa principal de casi el 66% de los errores médicos (Institute for Health Care Communication 2011). La evidencia derivada de la investigación indica que existen relaciones positivas importantes entre las habilidades de comunicación de un miembro del equipo de salud y la capacidad del paciente de seguir las recomendaciones médicas, autogestionar una condición médica crónica y adoptar comportamientos de salud preventiva (Institute for Health Care Communication 2011).

Una comunicación eficaz entre los miembros del equipo de atención de salud influye en la calidad de las relaciones laborales, la satisfacción laboral y repercute en la seguridad de los pacientes. Además, cuando la comunicación en materia de tareas y responsabilidades se realiza bien, se produce una reducción significativa en la rotación de las enfermeras y mejora la satisfacción laboral puesto que se facilita la cultura del apoyo mutuo (Lein y Wills 2007).

Si los pacientes no entienden su diagnóstico y la importancia de los planes de prevención y tratamiento, o no pueden acceder a los servicios de salud por problemas de comunicación, se pueden producir eventos adversos que ocasionen daños y derroches. Es igualmente importante que la enfermera entienda al paciente. Hay evidencia de que la percepción de los pacientes de la calidad de la atención de salud que reciben depende de la calidad de las interacciones con su proveedor de asistencia sanitaria (Wanzer et al. 2004).

Dada la importancia de una comunicación eficaz en la mejora de la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados, así como la satisfacción laboral de los miembros del equipo, se ha de dar mucha prioridad en la organización a la necesidad de que las enfermeras y otros profesionales sanitarios posean habilidades de comunicación.

Aprender juntos a trabajar juntos en aras de una mejor salud: el excesivo énfasis en la formación basada en el hospital y la segregación profesional no prepara a los profesionales de la salud para el trabajo en equipo y el liderazgo en los sistemas de salud de hoy en día (Frenk et al. 2010). Una de las soluciones prometedoras se encuentra en la formación interprofesional (FIP), en la cual estudiantes de distintas profesiones de la salud aprenden juntos en algún momento de su formación (OMS 2010d). Una FIP eficaz potencia el respeto entre las profesiones de la salud, elimina los estereotipos negativos y promueve un planteamiento centrado en el paciente en la práctica (Reeves et al. 2008). Para que el planteamiento de equipo y la práctica colaborativa sean eficaces, es importante que las instituciones formativas proporcionen oportunidades de aprendizaje conjunto.

Juntar problemas y compartir soluciones: las enfermeras se encuentran en una posición ideal para detectar y afrontar problemas que pueden contribuir al desarrollo de un sistema más eficaz en los cuidados y más eficaz en los costos. Al juntar a las enfermeras para identificar los problemas que afrontan y las soluciones que han intentado, se puede desbloquear un recurso importante (Benton

et al. 2003). Individualmente, las enfermeras líderes afrontaban más problemas que aquellos para los que tenían soluciones pero, colectivamente, el grupo tenía un mayor abanico de soluciones que el número de problemas afrontado. Facilitando reuniones breves y centradas en las soluciones, es posible liberar nuevas ideas e iniciar el cambio.

Función de las enfermeras en la gestión de sistemas de salud eficaces

El papel de las enfermeras en la gestión eficaz de sistemas de salud “eficaces en los costos” y “eficaces en los cuidados” implica un amplio espectro de acciones, incluyendo la gestión de la oferta, la lucha contra los medicamentos falsos y la resistencia antimicrobiana, así como la prevención de la prescripción excesiva de medicamentos.

Gestión de los suministros: a medida que el costo de la atención sanitaria sigue aumentando, se espera que las enfermeras desempeñen una función activa en la gestión de los recursos sanitarios, incluidos el equipamiento y los suministros. Las enfermeras gestoras desempeñan un papel importante en la asignación de recursos y las decisiones presupuestarias. Al mismo tiempo, las enfermeras han de utilizar los suministros y los equipos de manera eficaz y deben ser conscientes de cuánto cuestan y de cómo se producen los despilfarros. Por ejemplo, utilizar guantes al hacer las camas supone un derroche y este podría provocar escasez cuando los guantes son más necesarios, es decir, al cambiar apósitos de heridas o en otros procedimientos que requieren un alto grado de control de infecciones. Las enfermeras han de reconocer cuándo un suministro y equipamiento es inadecuado y cuándo se pone en peligro la seguridad del paciente puesto que tienen el deber ético de presionar para recibir los suministros necesarios (CIE 2012a).

Una utilización juiciosa de los suministros y el uso del producto adecuado son fundamentales para una prestación de cuidados rentables. Sin embargo, las enfermeras deben guardarse de la “falsa economía” en el uso de los suministros. Por ejemplo, la reutilización de equipamiento de un solo uso, como las jeringuillas o los catéteres, puede parecer económico pero puede ocasionar infecciones incrementando así el costo de la asistencia sanitaria (Ellis y Hartley 2005). En particular, la reutilización de jeringuillas puede provocar problemas graves y de larga duración como infecciones de Hepatitis B, Hepatitis C y VIH (Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades 2011) y es necesario considerar en primer lugar la seguridad del paciente en lugar del ahorro de costos. Los departamentos de enfermería y compras deben comunicarse entre sí para determinar el mejor producto para el uso que se pretende; asimismo, es necesario contar con un sistema de gestión de la cadena de suministros para garantizar la entrega del suministro adecuado en las cantidades adecuadas en el momento adecuado a un costo razonable (Ellis y Hartley 2005; McMahan et al. 1992).

Una de las principales preocupaciones en la gestión de los suministros es garantizar la existencia de un stock adecuado para proporcionar servicios apropiados. La falta de recursos en los entornos sanitarios tiene consecuencias graves en la calidad de los cuidados y en el entorno de la práctica de las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Lucha contra los medicamentos falsos: las enfermeras se encargan de la rentabilidad, la eficacia de los cuidados, la calidad de los mismos y la seguridad del paciente. La creciente presencia de medicamentos falsos representa una grave amenaza para la seguridad del paciente puesto que la labor del equipo de salud y la calidad de los cuidados se verán comprometidas o incluso puestas en peligro. Los productos médicos falsos no solo son inseguros e ineficaces sino que también pueden provocar el despilfarro de recursos y la pérdida de una oportunidad de tratar o prevenir una enfermedad (Alianza Mundial de Profesiones Sanitarias 2011).

Los productos médicos falsos incrementan el costo de la asistencia sanitaria al provocar una carga adicional de enfermedades e incluso la muerte; ponen en peligro la salud pública incrementando el riesgo de resistencia antimicrobiana; y dañan la confianza de los pacientes en los profesionales de la salud y los sistemas sanitarios. Por eso el CIE ha unido sus fuerzas con otras organizaciones mundiales del ámbito de la salud para sensibilizar sobre los peligros de los medicamentos falsos. La campaña Fight the Fakes – Luche contra los productos falsos – (www.fightfakes.org) pretende movilizar a organizaciones y personas en la lucha contra el poco denunciado pero creciente delito de los productos médicos falsos.

Las enfermeras están en primera línea de la asistencia sanitaria, administrando y, cada vez más a menudo, prescribiendo medicamentos, en particular en entornos de atención primaria. Se encuentran bien posicionadas para monitorizar los efectos y contraindicaciones de los fármacos y deben permanecer alerta frente a señales de falsificación como un embalaje o etiquetado inapropiados. Asimismo, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la formación de los ciudadanos sobre los peligros de comprar medicamentos por Internet a través de farmacias ilegítimas on-line o en las calles dirigiéndose a fuentes no autorizadas.

“Como Director general del Consejo internacional de enfermeras sé lo importante que es la confianza de los pacientes para las enfermeras que quieren hacer las cosas lo mejor posible y ver cómo sus pacientes se recuperan rápidamente. Si reciben un medicamento falso, quizá pierdan la fe y la confianza en los profesionales de la salud que intentan ayudarles”.

David Benton, Fight The Fakes (2013)

Los pacientes y los ciudadanos tienen derecho a tener plena confianza y seguridad en las enfermeras según ilustra la *Encuesta Gallup sobre honestidad y ética* en Estados Unidos. En 2013 y durante muchos años antes, la encuesta Gallup mostró que un elevado porcentaje de los ciudadanos estadounidenses calificaban la honestidad y los estándares éticos de las enfermeras como “altos” o “muy altos” (Gallup 2013). En materia de medicamentos falsos, las enfermeras se encuentran en primera posición para contribuir a garantizar la seguridad del paciente y restaurar la confianza de los ciudadanos en la asistencia sanitaria.

Otra función importante de la enfermería en relación con los medicamentos y la rentabilidad es la prevención del uso de varios fármacos sujetos a prescripción o polifarmacia.

Gestión de varias prescripciones: en la era de la comorbilidad, en la que hay personas que conviven con varias enfermedades crónicas, también hay una cantidad considerable de pacientes que a menudo toman varios fármacos sujetos a receta. Las enfermeras conocen las dificultades de gestionar a pacientes mayores con enfermedades crónicas, que a menudo toman varios medicamentos sujetos a prescripción, visitan a distintos médicos y quizá reciban asesoramiento y prescripciones médicas en conflicto.

La utilización de demasiados medicamentos por paciente – polifarmacia – es una forma de uso irracional de medicamentos que provoca un derroche de recursos y grandes peligros para la salud (OMS 2012d). En Reino Unido, las estimaciones apuntan a que entre 1995 y 2010 se triplicó el número de pacientes que tomaban 10 o más medicamentos (Duerden et al. 2013). Tomar numerosos fármacos sujetos a prescripción tiene consecuencias negativas y puede provocar eventos adversos como interacciones farmacológicas. Sin embargo, sigue siendo un reto difícil de prevenir. En la actualidad, está aceptado que el cuidado integral es el camino a seguir para cuidar a las personas que conviven con varias enfermedades.

Entre las intervenciones para prevenir la polifarmacia y promover un uso racional de los medicamentos se encuentran (OMS 2012c):

- Formación de los médicos y otros profesionales que prescriben medicamentos.
- Utilización de guías clínicas.
- Elaboración y utilización de una lista nacional de medicamentos fundamentales.
- Establecimiento de comités farmacológicos y terapéuticos en distritos y hospitales.
- Supervisión, auditoría y comentarios en relación con los profesionales de la salud.
- Formación pública sobre los peligros de la polifarmacia.
- Evitar incentivos financieros distorsionados para los prescriptores de manera que no estén motivados para realizar más prescripciones con el fin de obtener alguna ganancia económica.

Existe la necesidad de una mayor implicación con los pacientes para garantizar que los medicamentos se toman de la forma que pretenden los prescriptores, lo cual requiere educar a los pacientes para garantizar que comprenden los beneficios de tomar los medicamentos prescritos y evitar situaciones de derroche de los mismos. Las enfermeras en primera línea en entornos hospitalarios y de la comunidad pueden desempeñar un papel fundamental en dicha educación. Para ello, es necesario modificar el comportamiento de los pacientes así como el comportamiento de los médicos y otros proveedores de salud en materia de prescripción.

Una fuerza laboral sanitaria para sistemas de salud “eficaces en cuidados y eficaces en costos”

Es fundamental planificar la fuerza laboral sanitaria en función de las necesidades de la población. Es necesario buscar una combinación adecuada de personal para prestar los servicios de salud necesarios. Una de las principales dificultades a la hora de abordar el acceso global a los servicios esenciales de salud es la grave escasez de trabajadores sanitarios. El “desplazamiento de tareas” o la “compartición de tareas” es una de las formas de afrontar este reto. El desplazamiento de tareas es un proceso de delegación de tareas a trabajadores sanitarios menos especializados. Al reorganizar la fuerza laboral y compartir responsabilidades, el desplazamiento de tareas ofrece una solución viable para mejorar la cobertura sanitaria a la par que permite un uso eficiente de los recursos humanos (OMS 2008b).

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, la evidencia muestra la asociación entre un mayor número de enfermeras cualificadas y reducciones en la mortalidad de los pacientes y los eventos adversos (Aiken et al, 2014). A la inversa, una amplia investigación en Inglaterra ha mostrado que cuantos más auxiliares sanitarios se contrata, respecto a enfermeras registradas, mayor es la tasa de fallecimientos en hospitales, mientras que un mayor número de enfermeras por cama estaba asociado a menores tasas de mortalidad tras una complicación tratable (prevención de complicaciones) (Griffiths et al. 2013).

En cuanto al nivel de formación, la evidencia indica que un mayor énfasis en el nivel de licenciatura para las enfermeras podría reducir el número de fallecimientos prevenibles en los hospitales (Aiken et al. 2014).

A la hora de planificar la fuerza laboral sanitaria, los incentivos son un medio importante para atraer y retener al personal así como para motivar y mejorar su desempeño. Los incentivos pueden ser positivos, negativos, financieros o no financieros, tangibles o intangibles (CIE 2005a). Los incentivos no financieros – en forma de autonomía laboral, horario y programación flexibles, reconocimiento del trabajo, *coaching*, tutoría y desarrollo de la carrera – también realizan una función importante en mejorar el rendimiento del personal. (Mathauer e Imhoff 2006).

Si no se considera un sistema de incentivos apropiado se pueden producir resultados desfavorables como desgaste del personal y mayores costos para la organización. Por ejemplo, se ha señalado que la concesión de un mejor sueldo a los trabajadores sanitarios del sector público en Uganda y Tanzania ha provocado una migración interna de trabajadores de la salud desde los centros de tipo religioso hacia los servicios del gobierno, abandonando numerosas áreas donde solo había a disposición servicios de ámbito religioso para las comunidades pobres y con escasos servicios (Dambisya 2007). De manera similar, cuando Ghana introdujo un complemento por horas extraordinarias para médicos y enfermeras con una disparidad en el complemento de las enfermeras, hubo resentimiento en este colectivo y se consideró que había incrementado su migración (Pooja 2007).

Las inversiones por debajo de lo necesario de manera crónica en el sector de la salud, junto con malas condiciones y políticas laborales, como una baja remuneración, una pesada carga de trabajo y la exposición a peligros laborales, han provocado el deterioro de las condiciones laborales en numerosos países. Existe evidencia clara en todo el mundo de que esta situación repercute gravemente en la contratación y la retención de los profesionales de la salud, así como en la

productividad y el desempeño de las instalaciones de atención de salud y, en última instancia, en los resultados que obtienen los pacientes (CIE 2013a).

En estas condiciones negativas de trabajo, es improbable que las enfermeras alcancen su máximo nivel de desempeño y, por tanto, es improbable que se obtengan los resultados deseados en términos de salud. Como tal, este entorno de trabajo poco saludable aleja a las enfermeras de sus países en busca de mejores condiciones laborales y una mayor remuneración en otro lugar, empeorando así la escasez de enfermeras en sus países de origen. De hecho, las principales razones de las migraciones son la falta de apoyo por parte de los supervisores, la falta de participación en la toma de decisiones; la falta de suministros y equipamiento; la falta de promociones; y una pesada carga de trabajo (Kingma 2008; OMS 2006). Una solución para mejorar la situación es introducir innovaciones en los lugares de trabajo conocidas como “entornos positivos para la práctica” (EPP). Se trata de entornos en los que se apoya la excelencia en la práctica y el trabajo decente. En particular, los EPP se esfuerzan por garantizar la salud, la seguridad y el bienestar del personal, a la par que apoyan la prestación de cuidados de calidad a los pacientes y mejoran la motivación, la productividad y el desempeño de personas y organizaciones (CIE 2013a). Algunas de las ventajas de los EPP son menores tasas de absentismo y rotación, un incremento de la moral y la productividad del personal y un mayor desempeño laboral (CIE 2013a).

La promoción de un sentido de la comunicación y el liderazgo en el entorno laboral produce un sentimiento positivo hacia el lugar de trabajo y mejora la satisfacción del personal (Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario 2006). Las enfermeras han notificado experiencias laborales más positivas y menos preocupaciones en relación con la calidad de los cuidados en hospitales con mejores entornos para la práctica de las enfermeras (Aiken et al. 2008). Asimismo, el estudio también señaló que los pacientes tenían un riesgo significativamente inferior de fallecer y de padecer complicaciones en hospitales con mejores entornos para la prestación de cuidados.

Por ejemplo, los hospitales Magnet demuestran un claro liderazgo que potencia la prestación de cuidados de calidad a los pacientes, la excelencia en enfermería e innovaciones en la práctica. Los hospitales Magnet se caracterizan por su autonomía, por su control sobre el entorno de la práctica y por las relaciones positivas entre enfermeras y médicos. Como resultado de su entorno positivo para la práctica, los hospitales Magnet logran evitar carencias de enfermería y problemas de dotación de personal (Joint Commission 2005).

Las enfermeras líderes y quienes formulan las políticas se encuentran frente al reto de proporcionar entornos positivos para la práctica como medio para mejorar el desempeño de la fuerza laboral y la calidad de los cuidados mediante una combinación de incentivos tanto financieros como de otra índole con capacidad de dar respuesta y ser eficaces en el cumplimiento de los objetivos políticos en relación con la contratación y la retención.

Determinación de la asignación de los recursos de enfermería

La enfermería internacional no está bien representada en los reembolsos hospitalarios, a pesar de ser la mayor profesión sanitaria y a pesar de ser uno de los principales elementos de costo del presupuesto de los hospitales (Sermeus et al. 2008). Tal y como se indicó en el capítulo anterior, numerosos sistemas de salud no logran aislar los costos de la enfermería sino que los incorporan como parte de la ratio de la habitación. Comprender cómo están desplegadas las enfermeras es fundamental para lograr tener sistemas eficaces en los cuidados y eficaces en los costos puesto que la investigación ha señalado que la supervivencia y las complicaciones que ocasionan costos adicionales están muy relacionadas con los cuidados de enfermería. Sin embargo, es probable que los niveles generales de dotación de personal y la asignación de personal de enfermería se vean influenciados por los recursos financieros de los hospitales y por cómo se trata a la enfermería en el sistema de reembolso.

En la mayoría de los países no hay un ajuste para una combinación de casos de cuidados de enfermería en el sistema de financiación del hospital si bien es cierto que hay bastante variabilidad en la intensidad de la enfermería y en sus costos directos entre y en unidades similares médicas/quirúrgicas de adultos (Welton et al. 2006). La intensidad de la enfermería es la cantidad de actividad de cuidados indirectos al paciente requerida para realizar la función de enfermería y los

factores que repercuten en el nivel de trabajo necesario para realizar dicha actividad (Morris et al. 2007). Bajo este paraguas de la intensidad de los cuidados de enfermería se enmarcan los conceptos de carga de trabajo de enfermería, agudeza del paciente y tiempo dedicado a dispensar cuidados al paciente.

Con el fin de garantizar la representación de la enfermería en las finanzas sanitarias y medir la intensidad de los cuidados de enfermería, se han desarrollado sistemas de clasificación de pacientes en relación con los cuidados de enfermería. Sin embargo, estos sistemas a menudo son aplicables a una especialidad de enfermería específica y no parecen encontrar una amplia aplicación.

En el marco de su compromiso con el progreso de la enfermería, el CIE lleva desarrollando la Clasificación internacional para la práctica de la enfermería (CIPE) desde 1989. La CIPE es una terminología o vocabulario controlado que permite que las enfermeras de todo el mundo documenten su práctica de maneras similares. De esta forma, se mejora la comunicación, se facilita el intercambio de información y se permite que los datos se puedan reutilizar para otras finalidades, como por ejemplo:

- Demostrar o proyectar tendencias en la práctica de la enfermería.
- Asignar recursos en función de la necesidad.
- Influir en la política sanitaria.

Como tal, la CIPE es una herramienta fundamental para la enfermería (CIE sin fecha).

Una revisión de la literatura mostró que países como Dinamarca, Italia, Países Bajos, Portugal, España y EE.UU. reembolsan la enfermería como parte de la cuota general de 'habitación y manutención' sin entrar en más características específicas de los cuidados de enfermería (Laport et al. 2008), lo cual significa que no se afrontan las diferencias en las horas de enfermería realizadas. Sin embargo, el uso de una tarifa diaria fija por habitación en EE.UU. mostró una infravaloración de los costos de enfermería del 32,2 por ciento (Welton et al. 2006).

La mayoría de los países que ajustan los cuidados de enfermería utilizan un peso medio del recurso de enfermería por Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD), agrupando las estancias de los pacientes en grupos homogéneos en términos de características clínicas y uso de recursos. Un peso relativo representa diferencias en horas y minutos de cuidados en un nivel previamente especificado como nivel del paciente, nivel del GRD, o nivel de la sala de enfermería, es decir, que resume el consumo de recursos como una función de las necesidades de tiempo de enfermería. Por ejemplo, en un nivel de GRD, un GRD con un peso relativo de 4,0 es cuatro veces más intensivo en cuanto a recursos de enfermería respecto a un GRD con un peso relativo de 1,0. En los sistemas utilizados en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Suiza se encuentran ejemplos del peso medio del recurso de enfermería por GRD (Laport et al. 2008).

Los estudios sobre la asignación de costos de la enfermería facilitan la información necesaria para elaborar dichos pesos medios de los recursos de enfermería en la mayoría de estos países. El método para calcular las medias, sin embargo, no tiene en cuenta la variabilidad en la intensidad de la enfermería en los GRD (Welton y Halloran 2005).

En una serie de países se han elaborado conjuntos mínimos de datos de enfermería (CMDE) para proporcionar una descripción precisa de los cuidados de enfermería y sus recursos. Por ejemplo, en Bélgica, existe un sistema relativo al peso de la enfermería basado en el CMDE belga que se utiliza para clasificar los días de hospitalización del paciente en 28 zonas con el fin de ajustar la asignación presupuestaria a las diferencias en cuanto a los requisitos de dotación de personal teniendo en cuenta la dependencia del paciente, la gravedad de la enfermedad, la complejidad de los cuidados y el tiempo dedicado a la prestación de los mismos. Es posible determinar los tiempos estándar para cada categoría del sistema de clasificación del paciente utilizando el CMDE belga en lugar de métodos laboriosos de medición de tiempos (Sermeus et al. 2008; Sermeus et al. 2009).

El CMDE belga tiene un alto potencial para aplicaciones de gestión de la enfermería y la asignación de recursos reflejando la intensidad de la enfermería.

PUNTOS PARA LA ACCIÓN

- Piense en maneras en las que puede ser eficaz en los cuidados y eficaz en los costos. ¿Qué cambiaría para serlo?
- ¿Cuáles son los retos que afronta para ser eficaz en los cuidados y eficaz en los costos?
- ¿Cómo movilizará el apoyo necesario para provocar el cambio?

El próximo Capítulo pondrá de manifiesto el valor de la enfermería basada en la evidencia en los sistemas de salud eficaces en los cuidados y eficaces en los costos proporcionando varios ejemplos de diferentes países.

Capítulo 4

El valor de la enfermería en los sistemas de salud “eficaces en cuidados y eficaces en costos”

La clave para liberar el potencial de excelencia de una organización es poner ese poder en manos de las personas que realizan el trabajo – James M. Kouzes.

Existe gran cantidad de evidencia que demuestra que la enfermería es un recurso sanitario rentable aunque a menudo también infravalorado e infrautilizado. Al participar en un reciente Diálogo CIE - Banco Mundial observamos que *“las enfermeras se utilizan por debajo de su nivel óptimo en los entornos de prestación de cuidados, gestión y formulación de políticas y no están desplegadas en todas sus posibilidades en numerosos entornos que se beneficiarían de planteamientos integrales de equipo”* (CIE/Banco Mundial 2014).

Las enfermeras deben expresar y demostrar claramente el valor y la rentabilidad de la enfermería y los resultados que ofrecen a los consumidores, a otros proveedores sanitarios y a quienes formulan las políticas en todos los niveles. Asimismo, las enfermeras deben ser capaces de negociar y luchar por los recursos necesarios para prestar cuidados seguros.

Las enfermeras tienen la responsabilidad de involucrarse en la investigación y desarrollar modelos innovadores de prestación de cuidados que aporten evidencia sobre la eficacia de la enfermería en la planificación, la gestión y la formulación de políticas. Según afirma la declaración de posición del CIE *“Con las crecientes necesidades de salud y costos de la asistencia sanitaria, incluyendo los costos asociados a la prestación de servicios de enfermería, las enfermeras deben tomar la iniciativa para definir, examinar y evaluar los resultados de salud y los costos de sus actividades* (CIE 2001). La difusión de la investigación de enfermería sobre el valor y la rentabilidad de la enfermería es un componente vital para defender e influir en las políticas de salud.

PUNTOS PARA LA ACCIÓN

- Piense en cómo puede utilizar la evidencia a disposición derivada de la investigación para mejorar la calidad de los cuidados. ¿Qué cambiaría y cómo abordaría la introducción del cambio?
- ¿Cómo afrontaría el establecimiento de mecanismos para el intercambio de investigación de enfermería y otra índole para guiar su práctica?

Las enfermeras prestan servicios de salud en escuelas, lugares de trabajo, prisiones y otros entornos de la comunidad. En el proceso, promueven la salud, salvan vidas y mejoran la calidad de vida. Sin embargo, ¿cómo es realmente la situación sobre el terreno en aquellos lugares en que las enfermeras están implementando servicios de cuidados rentables y eficaces para un amplio abanico de poblaciones? A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de una serie de países:

Eficacia en los costos y eficacia en los cuidados en relación con las intervenciones de enfermería

Las enfermeras están prestando servicios rentables en distintos entornos ahorrando recursos financieros y de otra índole a los sistemas de salud y a los gobiernos. Existe literatura amplia y variada sobre las enfermeras y la rentabilidad. Los siguientes ejemplos de países demuestran el valor de las enfermeras en términos de su eficacia en los cuidados y su eficacia en los costos.

Taiwán — Mejora de la salud mental: algunas enfermeras de Taiwán han implementado cuidados a domicilio con base en un hospital (CDH) para pacientes con enfermedades mentales y los servicios prestados han mejorado los resultados de los pacientes en relación con los síntomas psicóticos, el funcionamiento social y la satisfacción con el servicio en comparación con los pacientes que reciben cuidados ambulatorios convencionales de seguimiento (CACS). La media de costo para el grupo de los CDH era de 1.420,6 US\$ y en el caso del grupo de los CACS el costo era de 3.208,2 US\$, lo cual demuestra claramente que las enfermeras pueden ser eficaces en los cuidados y eficaces en los costos (Tsai et al. 2005).

España — Mejora del funcionamiento de los pacientes: un modelo de servicio de atención a domicilio en el que la enfermera se ocupa de la gestión de los casos ha permitido homogeneizar el acceso a los servicios y los recursos sanitarios a la par que ha mejorado la capacidad funcional de los pacientes aliviando también la carga de trabajo del cuidador, todo ello con un mayor nivel de satisfacción (Morales-Asencio et al 2008).

Reino Unido – Reducción de la morbilidad cardiaca: en 2009-2010, 453 enfermeras especialistas de la Fundación Británica del Corazón pasaron consulta a un total de 111.645 pacientes, realizaron 171.449 llamadas telefónicas a pacientes, impartieron 9.658 sesiones de formación contribuyendo así a lograr una reducción de 8.438 hospitalizaciones gracias a las intervenciones dirigidas por enfermeras. Visitaban a los pacientes en sus domicilios o en clínicas para hacer un seguimiento de sus enfermedades, ajustar sus dosis de medicación y facilitarles información y apoyo. Las enfermeras recurrieron a toda una serie de modelos de cuidados: clínicas ambulatorias, visitas a domicilio y telemonitorización. Una evaluación realizada sobre el programa demostró que las enfermeras encargadas de los fallos cardiacos reducían las hospitalizaciones por todo tipo de causas en un 35% de media, con un ahorro medio de 1.826 £ por paciente tras deducir el costo de las enfermeras. Se produjeron importantes mejoras en la calidad de la vida y la salud física de los pacientes y las enfermeras especializadas en fallos cardiacos se convirtieron en el eje de un servicio comunitario multidisciplinar y coordinado para los pacientes con fallos cardiacos (Pattenden et al. 2004).

EE.UU. — Reducción de la violencia doméstica: las familias que reciben visitas a domicilio por parte de enfermeras durante su embarazo y cuando ya han tenido a los niños tuvieron un número considerablemente inferior de malos tratos a menores con la madre como autora, en comparación con las familias que no recibían visitas a domicilio. De las mujeres que notificaron 28 o menos incidentes de violencia doméstica, las madres que recibían visitas a domicilio habían tenido bastantes menos denuncias por maltrato infantil durante el periodo de 15 años respecto a las madres que no recibían esta intervención (Eckenrode et al. 2000).

EE.UU. — Embarazo planificado: las mujeres que recibían visitas a domicilio por parte de enfermeras tenían menos embarazos posteriores, menos embarazos seguidos y tenían que recurrir menos meses a subsidios económicos y vales de comida. Las visitas a domicilio tuvieron efectos duraderos en las vidas de las mujeres que vivían en un entorno urbano (Kitzman et al. 2000).

Japón — Bienestar mental positivo: un estudio mostró que las mujeres con depresión postparto que recibían cuatro visitas a domicilio por semana de una enfermera de salud mental, en comparación con las que no las recibían, mostraron una mejora considerable en sus síntomas depresivos y notificaron beneficios positivos derivados de dichas visitas a

domicilio. Se observaron diferencias considerables entre quienes recibían visitas a domicilio y quienes no en términos de mayores puntuaciones en las subescalas física, ambiental y global y en la puntuación total media del instrumento de evaluación de la calidad de vida de la OMS. En la subescala psicológica, se observaron diferencias significativas entre los grupos. El análisis cualitativo de los comentarios sobre los beneficios de las visitas a domicilio reveló cuatro categorías en relación con “mantener la mente tranquila”, ‘aclarar pensamientos’, ‘mejorar las habilidades de afrontamiento’ y ‘eliminar sentimientos de retraimiento social’. Estos resultados apuntan a que las visitas a domicilio por parte de enfermeras de salud mental pueden contribuir a una salud mental positiva y a cambios sociales para las mujeres que padecen depresión postparto (Tamaki 2008).

Eficacia de las enfermeras en los cuidados para el VIH/SIDA

El VIH/SIDA ha colocado una pesada carga en la fuerza laboral de enfermería y en los sistemas sanitarios. Las enfermeras son los principales proveedores de cuidados, además de ocuparse de la prevención de infecciones, la lucha contra el estigma relacionado con el VIH y la mejora del acceso a la terapia antirretroviral.

EE.UU. — Reducción de la carga viral: un estudio dirigido a comprobar la eficacia de la intervención de una enfermera de práctica avanzada (EPA) en la comunidad para promover la adherencia a regímenes de tratamiento de VIH y tratamiento psiquiátrico mostró que los pacientes a los que se asignaban EPA que se ocupaban de la gestión de los cuidados en la comunidad, al menos una visita por semana, y coordinaban la atención médica y mental durante un año, en comparación con el grupo de control, mostraban una reducción considerable de la carga viral y un mayor recuento de CD4 (Blank et al. 2011). Este proyecto demostró la eficacia de las EPA en la comunidad en la realización de intervenciones personalizadas para mejorar los resultados de personas con VIH y enfermedades mentales graves concurrentes.

China — Mejora de la adherencia a la medicación: un estudio dirigido a examinar los efectos de las visitas a domicilio por parte de enfermeras combinado con intervenciones telefónicas sobre la adherencia a la medicación y la calidad de vida de consumidores de heroína infectados por VIH demostró que el grupo que recibió las visitas a domicilio por parte de enfermeras además de las intervenciones telefónicas en un periodo de ocho meses, en comparación con el grupo de control, tenían más probabilidades de tomarse sus pastillas y de hacerlo en los plazos establecidos. Asimismo, la intervención produjo efectos considerables en los dominios físico, psicológico y ambiental de la calidad de vida y la depresión. Las visitas a domicilio y las llamadas telefónicas fueron eficaces en la promoción de la adherencia al tratamiento antirretroviral y la mejora de la calidad de vida y los síntomas depresivos de los participantes consumidores de heroína infectados por el VIH (Wang et al. 2010).

Sudáfrica — Mejora de los resultados de salud: un estudio que examinó el desplazamiento de tareas desde los médicos hacia las enfermeras mostró que los cuidados prestados por enfermeras a pacientes con VIH pueden ser igual de eficaces que los cuidados dispensados por los médicos, además de ofrecer algunos beneficios específicos como una mejor detección de la tuberculosis, mejores recuentos de glóbulos blancos, aumento de peso y mejor cumplimiento con el tratamiento. Asimismo, cuando las enfermeras, en lugar de los médicos, administraban los antirretrovirales, los índices de supervivencia no se veían afectados negativamente. Los descubrimientos muestran que con muy poca formación y apoyo adicionales, las enfermeras pueden prestar cuidados a los pacientes con VIH con la misma seguridad y eficacia que los médicos (Fairall et al. 2012).

Utilización de la tecnología para prestar cuidados rentables

Las enfermeras han recurrido a la tecnología para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, así como los resultados y el costo de los cuidados. La evidencia demuestra que los cuidados que se dispensan recurriendo a la telesalud ofrecen resultados comparables pero a un costo inferior respecto a cuando se prestan en consultas presenciales.

Canadá — Reducción de la duración de las hospitalizaciones: varios ejemplos demuestran cómo las enfermeras que recurren a la tecnología para cuidar de los pacientes en sus domicilios reducen la duración de las hospitalizaciones, el número de rehospitalizaciones, así como las visitas a los servicios de urgencias.

- Un estudio mostró una reducción del 85% en las hospitalizaciones y una disminución del 55% en las visitas a los servicios de urgencias en las personas inscritas en un programa de telesalud a domicilio de Nuevo Brunswick. Asimismo, los telecuidados a domicilio redujeron la frecuencia de las visitas a domicilio que tenían que realizar las enfermeras mejorando así su productividad (Asociación Canadiense de Cuidados a Domicilio 2006).
- Los servicios de información y asesoramiento en materia de salud 24h que prestan enfermeras registradas en todo Canadá han permitido una reducción de las visitas no urgentes a los servicios de urgencias de hasta el 32%, con altos niveles de satisfacción y un costo bajo (Stacey, et al. 2004).
- La monitorización de los pacientes cardíacos en sus casas mediante tecnología de telemonitorización en Ottawa redujo las rehospitalizaciones entre los pacientes con angina de pecho en un 45% en un periodo de un año (Woodend, et al. 2008).

EE.UU. — Acercamiento a las comunidades rurales: las enfermeras especialistas utilizan el teléfono para realizar consultas de seguimiento a niños pequeños con enfermedades pulmonares en áreas rurales. El programa está dirigido a familias que viven en áreas rurales, a menudo con dificultades para viajar repetidamente a un centro médico distante para recibir cuidados de seguimiento. Según la evaluación del programa, se consideró que era la primera aplicación de cuidados telefónicos de seguimiento a una población de niños pequeños que proporcionaba resultados similares en términos de desarrollo y salud en comparación con los modelos de salud tradicionales, lo cual indica que el programa logró potenciar el acceso sin menoscabar la calidad (AHRQ 2008).

Eficacia de las enfermeras en la salud y el desarrollo de la comunidad

Las enfermeras participan tratando temas más amplios en relación con la movilización y el desarrollo de la comunidad así como en la movilización para acciones relacionadas con la salud como la promoción de la misma y la prevención de enfermedades. Es cierto que no es fácil obtener información sobre los resultados y la rentabilidad en este sentido pero el siguiente ejemplo demuestra el rol de la enfermera a la hora de tratar los factores determinantes sociales de la salud de la comunidad:

Mozambique — Mejora de vidas: un proyecto dirigido por enfermeras para el desarrollo de la comunidad con el fin de mejorar las vidas de mujeres, jóvenes y niños contó con la participación de grupos de mujeres que fueron reclutadas como líderes de proyecto. Tras recibir formación, las mujeres regresaron a sus comunidades, organizaron comités de desarrollo de la comunidad y colaboraron con dichos comités en la determinación de las necesidades prioritarias mientras compartían información y trabajaban conjuntamente para afrontar las prioridades. Las mujeres fueron designadas *Promoter*as (promotoras) del desarrollo de la comunidad y la salud. Las *Promoter*as asumían las responsabilidades en materia de impartición de formación, elaboración de presupuestos, supervisión de campo y elaboración de informes. La evaluación del proyecto mostró una repercusión positiva en las vidas de las personas en las áreas en que vivían las *Promoter*as. Una de las principales lecciones aprendidas del proyecto es que el desarrollo es como un árbol, debe crecer desde el terreno hacia arriba y no se puede imponer desde arriba (Ferrel 2002).

América Latina — Ampliación de la cobertura: las enfermeras tienen una larga historia de alianzas con toda una serie de proveedores de salud y grupos de la comunidad respondiendo a sus necesidades. A través de la implementación de la atención primaria, las enfermeras han:

- Ampliado la cobertura, prestado cuidados esenciales y ayudado a controlar enfermedades así como a promover el crecimiento y el desarrollo de los niños pequeños.

- Trabajado para desarrollar la salud de los niños en edad escolar y mejorado la cobertura de la inmunización.
- Contribuido a reducir la mortalidad materna y mejorado la detección del cáncer de mama.
- Han movilizado a las comunidades en áreas desfavorecidas para un desarrollo sostenible y han contribuido al establecimiento de sistemas de apoyo social (McElmury 2002).

Eficacia de las enfermeras en relación con el abuso de sustancias

La prevención del abuso de sustancias es un área importante en las intervenciones de enfermería y la investigación apunta a que las enfermeras han contribuido en este campo.

Tailandia — Reducción de los comportamientos de riesgo: un estudio que determinó la eficacia de la Terapia de Mejora de la Motivación (TMM) dirigida a bebedores peligrosos en entornos de Unidades de Atención Primaria (UAP) en la Tailandia rural mostró que la TMM que impartían las enfermeras en estas unidades del país parecía ser una intervención eficaz en el caso de este tipo de bebedor varón (Noknoy et al. 2010).

Canadá — Dejar de fumar y abordar el consumo de alcohol: otro ejemplo de Canadá muestra que el apoyo y la formación ofrecidos por enfermeras de atención directa proporciona resultados consistentes en la reducción del consumo de tabaco y alcohol, hospitalizaciones más breves y menor número de hospitalizaciones y visitas clínicas más apropiadas, reduciendo así el costo y mejorando los resultados (Murphy 2005).

Eficacia de las enfermeras en relación con la dotación de personal y su nivel de formación

El entorno de trabajo presenta retos complejos para las enfermeras. Algunos de ellos son la combinación de habilidades y la carga laboral de manera que a menor nivel de dotación de enfermeras y mayor carga de trabajo menos favorables serán los resultados de los pacientes. La otra cuestión está relacionada con el nivel de formación de las enfermeras y su efecto en los resultados de los pacientes.

EE.UU. — Reducción de los fallecimientos, el dolor y el sufrimiento: existe una serie de estudios que han mostrado que a mayor número y mejor combinación de enfermeras cualificadas mayor reducción de la mortalidad de los pacientes, así como de las tasas de infecciones respiratorias, en heridas y del tracto urinario, el número de caídas de los pacientes, la incidencia de las úlceras por presión y los errores de medicación (Irvine y Evans 1995; Shields y Ward 2001).

Europa — Mejor uso de los recursos: un estudio realizado por Aiken et al. (2014) en nueve países europeos dirigido a evaluar si la carga de trabajo de las enfermeras y su nivel de formación estaban asociados a variaciones en la mortalidad en los hospitales tras la realización de procedimientos quirúrgicos comunes mostró que:

- Un incremento de un paciente en la carga de trabajo de la enfermera incrementaba en un 7% las probabilidades de que un paciente hospitalizado falleciera a los 30 días de haber sido ingresado.
- Cada incremento del 10 por ciento en el número de enfermeras con título de licenciatura estaba asociado a una disminución del 7% de esa probabilidad.

Estas asociaciones indican que los pacientes en hospitales en los que el 60% de las enfermeras tenían una licenciatura y cuidaban de una media de seis pacientes tendrían una tasa de mortalidad al menos un 30% inferior que la de los pacientes en hospitales en los que solo el 30% de las enfermeras tenían un título de licenciatura y cuidaban de una media de ocho pacientes.

Rentabilidad de las enfermeras en los servicios de salud de las escuelas

Tal y como se ilustra en los ejemplos presentados a continuación, en aquellos países donde existen servicios de salud en las escuelas, las enfermeras prestan cuidados rentables a los niños de las mismas.

EE.UU. — Prestación de CSU: un estudio evaluó la calidad y la rentabilidad de la asistencia sanitaria prestada en centros de telesalud con base en escuelas elementales urbanas y rurales utilizando como tecnología “el simple y antiguo sistema telefónico” (SAST). Se desarrolló un modelo de telesalud con base en las escuelas recurriendo a una enfermera escolar a tiempo completo y a un consultor de salud mental a tiempo parcial. Seguidamente, se enlazaron la práctica pediátrica y el psiquiatra infantil a través del SAST con un estetoscopio electrónico, un endoscopio para oídos, nariz y garganta y un otoscopio. Los resultados mostraron que la media de ahorro familiar por encuentro era de 3,4 horas de trabajo (43 US\$), 177 US\$ en los servicios de urgencias y 54 US\$ en los costos de los médicos. La tecnología de telesalud fue eficaz en la prestación de cuidados pediátricos agudos a niños de estas escuelas. Los proveedores pediátricos, las enfermeras, los padres y los niños valoraron la telesalud de atención primaria con base en escuelas como una alternativa aceptable a los sistemas tradicionales de prestación de asistencia sanitaria. La tecnología SAST contribuye a que este servicio de telesalud sea una alternativa rentable para mejorar el acceso a la atención primaria y psiquiátrica por parte de niños desatendidos (Young e Ireson 2003).

EE.UU. — Hacer que tenga sentido económicamente: en los últimos años numerosos distritos escolares han recortado los servicios prestados por enfermeras escolares cualificadas. Sin embargo, un análisis de la relación costo-beneficio de los programas de salud en escuelas mostró que durante un año escolar, con un costo de 79 millones de dólares, los programas de salud en las escuelas evitaron aproximadamente 20 millones de dólares en costos de atención médica, 28,1 millones en pérdida de productividad de los padres y 129,1 millones de dólares en pérdida de productividad de los profesores. Como resultado, el programa generó un beneficio neto de 98,2 millones de dólares para la sociedad. Por cada dólar invertido en el programa, la sociedad obtendría 2,20 dólares. El ochenta y nueve por ciento de los ejercicios de simulación arrojaban un beneficio neto (Wang et al. 2014). Los resultados de este estudio demostraron que los servicios de enfermería en las escuelas eran una buena inversión de dinero público, garantizando así que quienes formulan las políticas y toman las decisiones consideraran atentamente las decisiones en materia de asignación de recursos en relación con los puestos de enfermería en las escuelas.

Calidad y rentabilidad de las enfermeras en comparación con los médicos en AP

Las enfermeras son los principales proveedores de servicios de atención primaria (AP) en la mayoría de los países. Su función en AP incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la coordinación de los cuidados y la prescripción de medicamentos. Estudios realizados sobre la eficacia de las enfermeras en AP señalan que los resultados de los cuidados son superiores o comparables a los cuidados que dispensan los médicos. Los ejemplos a continuación avalan esta realidad.

Internacional — Ampliación del ámbito de la práctica: se efectuó una revisión sistemática internacional con el fin de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿cuál es la repercusión de la enfermera de atención primaria y de la comunidad en los resultados de salud de los pacientes en comparación con los cuidados habituales dirigidos por los médicos en entornos de atención primaria? La revisión demostró una evidencia internacional modesta de que las enfermeras en entornos de atención primaria pueden prestar cuidados eficaces y lograr resultados de salud positivos para pacientes de manera similar a los médicos. Las enfermeras son eficaces en la gestión de los cuidados y logran un buen nivel de cumplimiento por parte de los pacientes. Asimismo, son eficaces en un abanico de roles más diversificado como por ejemplo en la gestión de enfermedades crónicas, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (Keleher et al 2009).

Canadá, Reino Unido y EE.UU. — Inversiones en roles de enfermería avanzada: de manera similar, una revisión sistemática comparativa entre enfermeras de atención directa (EAD) y médicos en entornos de atención primaria en Canadá, Reino Unido y EE.UU. mostró un nivel de evidencia entre bajo y moderado de que los resultados de los pacientes eran similares en el caso de las enfermeras de atención directa y en el de los médicos pero que la satisfacción de

los pacientes y la calidad de los cuidados eran mejores en el caso de las enfermeras de atención directa. La evidencia moderada sobre la calidad indica que las enfermeras de atención directa dedicaban más tiempo a las consultas y realizaban más investigación que los médicos. Por otro lado, no se apreciaron diferencias significativas entre el número de prescripciones, retorno a la consulta y derivaciones entre enfermeras de atención directa y médicos (Horrocks et al. 2002).

Inglaterra y Gales — Mayor satisfacción del paciente: en una comparativa sobre la eficacia de los cuidados y la rentabilidad entre médicos generalistas y EAD en atención primaria, los indicadores de resultados eran similares en el caso de las enfermeras de atención directa y en el de los médicos generalistas, pero la satisfacción de los pacientes era superior cuando habían sido cuidados por enfermeras. Las EAD eran ligeramente más rentables que los médicos generalistas (Venning et al. 2000).

EE.UU. — Mayor rentabilidad: en 2009, el costo medio nacional de una consulta a una EAD en EE.UU. era un 20% inferior al de una consulta a un médico. (Eibner et al. 2009). Un metaanálisis revisó la evidencia sobre la repercusión de las EAD en comparación con la de los médicos en cuanto a la calidad, la seguridad y la eficacia de la atención primaria. La revisión abarcó artículos publicados entre 1990 y 2009 que se resumieron en 11 resultados agregados. La revisión sistemática señaló que los resultados de las EAD respecto a los de los médicos (en equipos sin EAD) eran comparables o mejores en los 11 resultados revisados. Hubo un alto nivel de evidencia que señaló mejores niveles de lípidos en suero en pacientes cuidados por EAD en entornos de atención primaria. Asimismo, otro alto nivel de evidencia indicó que los resultados de los pacientes en materia de satisfacción con los cuidados, condición de salud, condición funcional, número de visitas a los servicios de urgencia y hospitalizaciones, glucosa en sangre, presión sanguínea y mortalidad eran similares en el caso de las EAD y en el de los médicos (Stanik-Hutt et al. 2013).

En un breve resumen de la literatura sobre las enfermeras de atención directa (EAD), Bauer (2010) concluyó que cada estudio publicado en revistas revisadas por pares ha fortalecido las conclusiones de 1981 de la Office of Technology Assessment (LeRoy y Solowitz 1981) de que las EAD pueden reemplazar a los médicos en una parte significativa de los servicios médicos – entre el 25% en algunas áreas de especialización y el 90% en atención primaria – con resultados cuanto menos similares. Ningún estudio ha descubierto que las EAD presten peor servicio en los ámbitos superpuestos de la práctica autorizada. **Independientemente del entorno, los cuidados de las enfermeras de atención directa han demostrado ser un medio de alta calidad y rentable en la dispensación de atención primaria.**

Los distintos ejemplos muestran que ya sea en instalaciones de atención de salud o en entornos de la comunidad y a domicilio, las enfermeras prestan servicios rentables y son eficaces en los cuidados. Sin embargo, las enfermeras carecen de apoyo para la implementación de cuidados basados en la evidencia y a menudo existe un enorme retraso en el uso de la investigación a disposición para mejorar la calidad y el costo de la atención sanitaria. Las enfermeras están bien posicionadas para ser el proveedor de atención primaria y actuar como guardianes y punto de entrada a otros niveles de servicios de salud. Para lograrlo, hay que movilizar todo el potencial de la fuerza laboral de enfermería con el fin de crear sociedades saludables en un mundo saludable.

PUNTOS PARA LA ACCIÓN

Los ejemplos anteriores son ilustraciones de lo que las enfermeras pueden hacer 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año. Para marcar el éxito de su caso:

- Busque ejemplos de su país.
- Compare su práctica con las mejores prácticas.
- Establezca una agenda para tener servicios eficaces en los costos y eficaces en los cuidados.

El **Capítulo 5** señala el camino a seguir y describe la agenda para la acción dirigida a las enfermeras y las ANE.

Capítulo 5

Camino a seguir y función de las enfermeras y las ANE

Creo que los sentimientos se diluyen en palabras; deberían destilarse en acciones que aporten resultados – Florence Nightingale.

Una agenda para la acción

Las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) desempeñan un papel central a la hora de contribuir a una financiación sostenible de la atención de salud teniendo en cuenta los costos y la eficacia en los cuidados. Día a día, las enfermeras ven las dificultades existentes para obtener los recursos necesarios para la prestación de cuidados a los pacientes y la protección personal. A pesar de los retos, las enfermeras pueden desarrollar las habilidades y la seguridad en sí mismas para influenciar y configurar las políticas en materia de salud.

Las enfermeras se enfrentan a situaciones de vida y muerte y tienen conocimientos y experiencia en la mejora de la asistencia sanitaria contribuyendo a configurar políticas eficaces en materia de salud. La enfermería tiene una gran aportación que realizar a las políticas de salud. Sin embargo, las enfermeras tienen problemas para trasladar este mensaje a quienes formulan las políticas y, en numerosos países, no han desempeñado o no han tenido la oportunidad de desempeñar un papel activo en el proceso de elaboración de políticas (CIE 2005a).

La brecha de la enfermería en cuanto a su implicación en la formulación de políticas puede constituir una gran barrera para su eficacia, así como para el funcionamiento del equipo de salud y la calidad de los cuidados. Existe evidencia que indica que las enfermeras pueden perder tiempo y energía resolviendo problemas relativos a los suministros y el equipamiento necesario para los cuidados que prestan día a día a los pacientes que se podrían abordar si hubiera mayor apoyo a la gestión y participación de la enfermería en la elaboración de políticas y la toma de decisiones (Tucker 2002).

El tema del DIE de este año *Enfermeras: una fuerza para el cambio, eficaces en cuidados, eficaces en costos* se hace eco de un claro llamamiento a la acción dirigido a las enfermeras y las ANE para que se movilicen tanto individual como colectivamente para abordar la financiación del sistema de salud y ofrecer calidad en los cuidados así como seguridad a los pacientes de forma rentable. En este sentido, ¿qué pueden hacer las enfermeras en aras de una financiación de la asistencia sanitaria más eficaz y sostenible?

A través de sus acciones e interacciones con quienes formulan las políticas y otros actores, ustedes como enfermeras han de:

- **Utilizar su experiencia.** Las enfermeras cuentan con un amplio abanico de experiencias de trabajo en el sistema de salud como para argumentar a favor de una financiación eficaz de los sistemas sanitarios. Sin embargo, las experiencias deben estar respaldadas por hechos y cifras para promover una actividad de lobby y activismo de forma inteligente.

- **Reunir sus ideas.** Las enfermeras se enfrentan a problemas similares. Reúnan sus experiencias y recopilen información sobre lo que ha funcionado en otros lugares en lugar de reinventar la rueda. Apliquen las soluciones en contexto y con conocimiento, vigor y determinación.
- **Aprender el lenguaje de los economistas** y el tipo de argumentos que convencen a quienes formulan las políticas sobre la necesidad de contar con financiación adicional. En este sentido, tienen que comprender la eficacia en los costos, la eficacia en los cuidados, la relación costo-beneficio y la medición de los resultados de los cuidados para poder comunicarse bien con quienes elaboran las políticas.
- **Dirigir sus argumentos** al Ministerio de Economía así como al Ministerio de Sanidad, sin olvidar el sector privado.
- **Mantenerse informadas sobre los últimos avances.** Es importante saber qué está sucediendo en materia de financiación de la asistencia sanitaria, el acceso a los cuidados, las preocupaciones de la comunidad, así como en el país en general. Las enfermeras deben mantenerse al día en relación con los temas de la opinión pública dialogando con otros, asistiendo a reuniones públicas, leyendo los periódicos y revistas.
- **Elaborar una posición informada** para sus ideas con el fin de dialogar de manera inteligente con los demás recurriendo a hechos y cifras. Los argumentos emocionales en temas cruciales como la necesidad de más fondos para sanidad, equipos de protección o niveles de dotación de enfermeras no tienen repercusión.
- **Escribir y publicar solas o con colegas.** Artículos relevantes y oportunos en revistas y periódicos pueden contribuir a influir en las opiniones. Estén pendientes de aquellos temas de actualidad que se beneficiarían de la perspectiva de la enfermería. Colaboren con enfermeras investigadoras en la obtención de evidencia para documentar ideas y debates.
- **Movilizar a la opinión pública** participando en grupos formados por las bases y utilizando la radio local para llegar a los ciudadanos. Cuenten historias que sirvan como referencia para las personas.
- **Adherir a organizaciones de intereses especiales** como grupos de pacientes o consumidores que coincidan con sus intereses y compartan sus posiciones. Su contribución puede ser más eficaz si se presenta a través de un grupo mayor con una reputación y credibilidad afianzadas. Su ANE es una buena fuente de información, apoyo y consulta.
- **Saber quiénes son los actores clave,** como los políticos y los funcionarios en los gobiernos local, regional y nacional. Visítenlos con sus colegas pero prepárense cuidadosamente. Elaboren un orden del día y tengan en cuenta qué van a presentar y cómo van a responder a preguntas difíciles. Para ser persuasivas, han de ser claras y concisas en las reuniones. Asimismo, respalden sus opiniones con datos sólidos y evidencia fehaciente para incrementar su credibilidad. Difundan un breve resumen de los temas. Recuerden mantenerse en contacto habitualmente con los principales grupos de interés y políticos, no solamente cuando los necesiten.
- **Mantener lazos con las principales enfermeras líderes y redes** con las que podrían trabajar para influir en las políticas. Por ejemplo, las enfermeras en los puestos más altos en los ministerios de sanidad son contactos valiosos. Son aliadas fundamentales para trasladar su mensaje al público adecuado.
- **Entablar contacto periódicamente con enfermeras en puestos influyentes.** Pueden ocupar cargos políticos o de alta dirección en ministerios de sanidad u otras organizaciones de salud. En ocasiones, las enfermeras son representantes electos en

gobiernos a todos los niveles o pueden ser parlamentarias. También hay enfermeras en organizaciones de servicio público, organizaciones de voluntariado y organizaciones no gubernamentales. Estos grupos pueden ser recursos útiles para ayudarles a lograr sus metas en materia de políticas de salud.

- **Comunicar su postura** a través de una representación continuada en organismos dedicados a la formulación de políticas, lobby, propuestas escritas u orales y reuniones con personas en puestos influyentes. Recuerden mantener una buena relación con los medios de comunicación.

El diseño e implementación de una sólida estrategia de financiación de la salud implica una labor continua de lobby y activismo y no una acción única en aras de un sistema perfecto. La idea es lograr una situación en la que todo el mundo salga ganando de manera que sus esfuerzos y su contribución a la política sanitaria sea en beneficio de los sistemas de salud, los pacientes y las enfermeras. Para la elaboración de políticas sociosanitarias eficaces es necesario que las enfermeras colaboren con un amplio abanico de grupos de interés incluyendo a las organizaciones de pacientes, a otras asociaciones de profesionales de la salud, así como a otros sectores como los grupos pro derechos humanos, los grupos de mujeres y de otros tipos.

Función de las ANE

Al ser el rostro y la voz nacional de la enfermería en el país, las ANE tienen una enorme oportunidad de defender y fortalecer el papel fundamental que desempeñan las enfermeras en la elaboración de políticas sanitarias de calidad y en el rediseño eficaz y eficiente de los sistemas de salud de manera que se incremente el acceso y la realización de intervenciones eficaces en materia de salud. Como tales, las ANE son la conciencia y la brújula moral de la profesión a las que miran tanto las enfermeras individualmente como la opinión pública para recibir orientación y liderazgo en temas y políticas vitales en materia de salud. Entre estos temas y políticas se encuentran el acceso a los cuidados, la calidad de los mismos, la seguridad del paciente y los entornos de trabajo seguros. La financiación de la atención de salud sustenta todas estas cuestiones.

Las ANE representan a enfermeras con diferentes competencias y recursos que se pueden movilizar en beneficio de la población y la profesión. La sabiduría y el conocimiento colectivos existentes en las ANE es un activo al que hay que sacarle el máximo partido. Las enfermeras clínicas, gestoras, académicas e investigadoras deben trabajar en tándem con los líderes de la ANE para cumplir la agenda de la enfermería de construir sociedades más sanas. Para lograrlo, es necesario tener en cuenta los mecanismos de financiación de la salud en la labor de la ANE. En este sentido, ¿qué pueden hacer las ANE para sostener una política de salud eficaz que apoye a las enfermeras para que ejerzan óptimamente y como profesionales eficaces en los cuidados y eficaces en los costos? Entre las actividades que pueden acometer las ANE se encuentran las siguientes:

Acción 1: Planificar la visión. Establecer una visión para el futuro basada en una comprensión del presente es crucial puesto que las decisiones que toman las ANE en aras de la eficacia en los costos y la eficacia de los cuidados son vitales para tener sistemas de salud eficaces. Para hacerlo, las ANE deben contar con la participación de enfermeras gestoras, clínicas, investigadoras y educadoras y otras personas como quienes elaboran las políticas y otras organizaciones profesionales del ámbito de la salud para planificar una visión, que se debe utilizar como hoja de ruta en las acciones de la ANE para influir en las políticas de salud.

Acción 2: Realizar un análisis de la situación. El análisis de la situación se debe centrar en componentes de los sistemas de salud incluyendo la financiación, el acceso a los cuidados, los niveles de dotación de enfermeras y los retos, el entorno de trabajo, el acceso a suministros, equipamiento y equipos de protección individual. El análisis de la situación no ha de comenzar desde cero puesto que buena parte de la información está a disposición en los informes anuales del

Ministerio de Sanidad, así como en otras instalaciones dedicadas a la salud. Contar con la información adecuada es una de las bases para la elaboración de estrategias y un buen punto de partida para el cambio. Difundan la información del análisis de la situación a los miembros de la ANE.

Acción 3: Utilizar el lenguaje de los economistas y el tipo de argumentos que convencen a quienes formulan las políticas en temas como la necesidad de cambios políticos, la necesidad de financiación adicional o de incrementar los niveles de dotación de personal. En este sentido es necesario que comprendan la eficacia en los costos, la eficacia en los cuidados, la relación costo-beneficio y la medición de los resultados de los cuidados para poder comunicarse bien con quienes formulan las políticas.

Acción 4: Conocer las prioridades actuales y emergentes de los gobiernos (como por ejemplo abordar la cuestión de la cobertura sanitaria universal, los objetivos de desarrollo sostenible tras 2015) y enmarcar su argumento en relación con estas prioridades.

Acción 5: Posicionar la ANE como recurso experto en asuntos importantes de la asistencia sanitaria elaborando posiciones políticas claras. Elaboren declaraciones políticas impresas respaldadas por datos provenientes de publicaciones relevantes, estudios de investigación y opiniones respetadas. Utilicen las declaraciones de posición del CIE – como las que se encuentran adjuntas al presente documento y las publicadas en el sitio web del CIE (www.icn.ch/es/publications/position-statements/) – como referencias y adáptense para cubrir las necesidades locales.

Acción 6: Hacer lobby al gobierno y a los organismos encargados de la formulación de políticas con el fin de garantizar que se escuche la voz de la enfermería, especialmente cuando está claro que la ANE tiene una contribución importante que realizar. Aquí cabe incluir la financiación de la atención sanitaria y su repercusión en el acceso a los cuidados, la calidad de los mismos, la seguridad del paciente y las cuestiones relativas a los lugares de trabajo. Decidan cuáles son las estrategias más adecuadas para participar en los distintos procesos de elaboración de políticas. Por ejemplo, la ANE podría buscar representación formal en una junta o comité de formulación de políticas; presenten propuestas en el ámbito del proceso político; publiciten la posición de la ANE sobre un tema; o hagan lobby a personas clave. Proporcionen *briefings* periódicamente a quienes formulan las políticas sobre temas clave de enfermería y política y tengan repercusión en los pacientes, las enfermeras y los resultados de salud. Utilicen hechos y cifras en sus argumentaciones.

Acción 7: Estar alerta en relación con los temas de salud y públicos tanto a nivel local como nacional. Realicen un seguimiento de las nuevas políticas que propone el gobierno. Descubran los temas, el proceso de formulación de políticas y los planteamientos para ver cómo puede la ANE contribuir a una mejor política sociosanitaria. Proporcionen respuestas oportunas en las reuniones presenciales o presentando propuestas por escrito. Asegúrense de que las declaraciones de la ANE públicas y por escrito sean claras y se presenten con profesionalidad.

Acción 8: Formar alianzas estratégicas con otras organizaciones que compartan una visión, posiciones y preocupaciones similares a las de la ANE. Establecer lazos es una manera eficaz de incrementar la repercusión de las propuestas presentadas y los *briefings* realizados sin comprometer los valores centrales de la ANE y la profesión. Por ejemplo, se pueden realizar alianzas con otras organizaciones profesionales del ámbito de la salud similares a la afiliación del CIE a la Alianza Mundial de Profesiones Sanitarias (WHPA por sus siglas en inglés), que es una alianza global de organizaciones profesionales del campo de la salud ([/www.icn.ch/projects/world-health-professions-alliance/](http://www.icn.ch/projects/world-health-professions-alliance/)).

Acción 9: Elaborar posiciones unificadas con otras organizaciones de enfermería. La unidad en la profesión de enfermería es fundamental para garantizar la existencia de una voz de enfermería unificada sobre los distintos temas. Las organizaciones de enfermería deben estar de acuerdo en apoyarse entre sí y en trabajar conjuntamente sobre los asuntos importantes sin perder sus

identidades individuales. En este sentido cabe incluir mensajes clave que hay que consensuar y comunicar a quienes formulan las políticas. Si estos reciben mensajes diferentes de las distintas organizaciones de enfermería del país, es poco probable que escuchen la 'voz' de la enfermería.

Acción 10: Formar a los miembros de la ANE en cuestiones políticas relativas a la financiación de la atención sanitaria, su costo y el acceso a los cuidados. Movilicen a los miembros para que defiendan la postura de la asociación, mostrando fuerza a través de su número y de su unidad. Mantengan a los miembros informados y facilítenles comentarios con regularidad para evitar rumores e información errónea. La ANE debe designar portavoces dinámicos, con buena capacidad de expresión, bien informados y comprometidos para representarla en las cuestiones políticas. Deben ser percibidos como constructivos y conocedores, así como estar preparados para participar activamente en los debates. Asimismo, deben estar dispuestos a recibir orientación de los líderes de la ANE y proporcionar comentarios sobre los principales puntos que surjan en el proceso de formulación de políticas.

Acción 11: Preparar a enfermeras más jóvenes para roles de liderazgo con el fin de influenciar la formulación de políticas de salud. Proporcionen tutoría a enfermeras más jóvenes llevándolas a foros políticos para exponerlas al proceso de formulación de políticas y a los actores clave. Guíenlas para que vivan experiencias que les permitan desarrollar sus habilidades. Apóyenlas para que asuman responsabilidades adicionales de manera que se transformen en 'activistas en cuestiones políticas' en relación con la financiación de la salud, el valor de la enfermería, el acceso a los cuidados y la calidad de los mismos.

En todo ello, es importante fomentar relaciones constructivas con personas influyentes, incluyendo a los grupos de interés clave para cuestiones políticas específicas o a importantes actores del ámbito político. La ANE debe ser vista como una organización constructiva que ofrece soluciones. Si la ANE se percibe como constructiva en los debates o en sus propuestas escritas es probable que logre participar en la elaboración de políticas y que sea considerada un actor clave en la agenda política. Es bueno recordar que las relaciones y las reuniones se deben celebrar con regularidad y no solo cuando la ANE necesita algo.

Las ANE deben movilizar sus recursos y su pericia con el fin de potenciar al máximo su rol para configurar políticas de salud sólidas. Una comprensión clara del proceso de formulación de políticas sanitarias así como una buena comprensión del panorama de la financiación de la sanidad empoderará a las enfermeras y a las ANE para "predicar con el ejemplo" y liderar a la enfermería de manera que sea una auténtica fuerza para el cambio.

Agenda de investigación

La investigación a menudo se ve como una actividad de torre de marfil y en gran medida fuera de la labor cotidiana de las enfermeras. Sin embargo, cabe aclarar que la investigación es una parte esencial del trabajo diario de la enfermería y que cada enfermera y cada ANE desempeñan una función clave en la investigación de enfermería. La agenda para la acción de la enfermería dirigida a influenciar la política de salud estaría incompleta sin la producción de nuevos conocimientos a través de la investigación y la profundización en los conocimientos existentes mediante la revisión de la literatura. Las ANE están bien posicionadas para movilizar los recursos financieros y humanos de sus afiliados para conseguir nueva información a través de la investigación así como mediante la difusión de la investigación existente. Para configurar políticas de salud eficaces es necesario contar con el respaldo de evidencia sólida y basada en la investigación.

La enfermería se enfrenta a un reto en cuanto a su participación en el escenario político. Es necesario tener una agenda de investigación de enfermería para el futuro que contribuya a generar nuevos conocimientos sobre lo que funciona y lo que no en relación con la implicación de las enfermeras en la configuración de las políticas de salud. Por ejemplo, ¿cuáles son las barreras y los facilitadores de la participación de las enfermeras en la formulación de las políticas de salud? ¿Estos factores son internos a la profesión o se encuentran en el exterior? Evidentemente, este

conocimiento es vital para elaborar estrategias que eliminen las barreras y fomenten la implicación de las enfermeras en la elaboración de políticas.

Los recursos financieros y humanos son limitados y la investigación debe aclarar fórmulas mejores y eficaces de promover la salud y prevenir las enfermedades, así como mejores formas de cuidar y curar. Existe una gran cantidad de bibliografía sobre la rentabilidad y la eficacia en los cuidados en relación con las intervenciones de enfermería. Es necesario poner ampliamente esta investigación a disposición de las enfermeras gestoras y quienes formulan las políticas. Sin embargo, es necesaria una mejor comprensión sobre la optimización de la fuerza laboral de enfermería a través de innovaciones como el desplazamiento o la compartición de tareas. Asimismo, es necesario realizar más investigación para comprender la combinación de habilidades y los resultados de los cuidados. Tanto las enfermeras como las ANE pueden contribuir a esta comprensión.

Una óptima asignación de los recursos sigue siendo una de las principales prioridades de la enfermería y de la asistencia sanitaria en sentido más amplio. La enfermería conforma el mayor colectivo de la fuerza laboral sanitaria en todo el mundo y las enfermeras son clave tanto en la prestación de asistencia sanitaria como en la mejora de la salud. Para proteger estas funciones vitales (Aiken et al., 2014) es necesario contar con métodos robustos para la determinación de los costos. Asimismo, son importantes las terminologías de enfermería como la CIPE que pueden mejorar la coherencia en la recopilación de datos de enfermería. Sin embargo, también hacen falta herramientas adicionales para que los datos tengan sentido. Un ejemplo de este tipo de herramientas es el Conjunto Mínimo de Datos Belga (CMDE-B) que se utiliza para facilitar información dirigida a la asignación de presupuestos en función de las necesidades de enfermería en hospitales en toda Bélgica (Sermeus et al. 2009). Los resultados de la investigación en curso para enlazar la CIPE y el CMDE belga han sido alentadores (Hardiker et al. 2014).

Los niveles de formación de las enfermeras y la relación que guardan con la calidad y el resultado de los cuidados representan otra área emocionante. Las enfermeras y las ANE pueden aprovechar estas cuestiones para contribuir a producir conocimientos que guíen las políticas de formación en enfermería en sus países. Por ejemplo, ¿qué nivel de formación en enfermería es más eficaz para prestar servicios de forma rentable en atención primaria, en cuidados intensivos, en servicios de urgencias, etc.? Algunas ANE tienen la capacidad de realizar y encargar investigaciones pero otras tienen dificultades en este sentido. Sin embargo, hay mucha investigación por difundir. Y la difusión de la investigación sería un buen punto de partida para numerosas ANE.

Es necesario contar con una agenda de investigación para transformar la enfermería y empoderar a las enfermeras de manera que de verdad sean *“Una Fuerza para el cambio: eficaces en cuidados y eficaces en costos”*. El futuro de la investigación de enfermería es brillante; sin embargo, aún queda mucho por hacer para que la enfermería y las cuestiones políticas se basen en la evidencia. La sabiduría colectiva, el compromiso y el conocimiento de las enfermeras del mundo ofrecen esperanza para avanzar en los cuidados basados en la evidencia y de calidad para todos.

A menudo se describe la enfermería como un ‘gigante durmiente’ que debe ser despertado para alcanzar todo su potencial. Esta descripción quizá sea especialmente adecuada en relación con la participación en la formulación de políticas de salud en general y la financiación de la sanidad en particular. Las enfermeras se encuentran en el corazón de la prestación de asistencia sanitaria pero se ven marginadas a la hora de realizar su contribución a la elaboración de políticas y toma de decisiones en el ámbito de la salud. Tal y como se muestra en los ejemplos nacionales presentados en el Capítulo 4, hay una creciente evidencia de que las enfermeras obtienen resultados de salud tan buenos o incluso mejores en toda una serie de entornos clínicos; por lo tanto, su participación en la formulación de políticas es fundamental. Si se despertara la energía de los millones de enfermeras que hay con el pleno apoyo de los gestores y encargados de formular políticas y con su plena participación en las políticas, las enfermeras serían una auténtica fuerza para el cambio dirigido a la transformación de los sistemas de salud. Si se sistematizaran e implementaran los ejemplos ofrecidos, los beneficios financieros serían enormes. Los servicios eficaces en los cuidados y eficaces en los costos serían una realidad universal.

Las enfermeras siguen prestando cuidados con capacidad de recuperación y versatilidad y, a menudo, con pocos o ningún recurso o apoyo organizativo. La enfermería también se describe como la ‘espinas dorsal de la prestación de atención de salud’. Sin embargo, parece que esta espina dorsal se está desmoronando a causa de la continua erosión y agotamiento de la energía. En este sentido cabe destacar la drástica reducción de la presencia de la enfermería en la sede central de la OMS (CIE 2013b). Sin embargo, la Asamblea Mundial de la Salud, el órgano de decisión supremo de la OMS, ha reconocido repetidamente que las enfermeras son fundamentales en la elaboración de políticas sanitarias de calidad y en la implementación de intervenciones eficaces en el ámbito de la salud. La creciente ausencia de la voz de enfermería en los Ministerios de Sanidad y en la OMS requiere ahora más atención que nunca.

De hecho, el tema del DIE de este año *Enfermeras: una fuerza para el cambio, eficaces en cuidados y eficaces en costos* es pertinente y oportuno. Tal y como se muestra en la evidencia derivada de la investigación en los distintos ejemplos de países, las enfermeras son profesionales verdaderamente rentables y eficaces en los cuidados. Con sistemas de salud rediseñados y la plena participación de las enfermeras en la formulación de las políticas, es posible transformar el paisaje de la atención sanitaria para mejorar el acceso a los cuidados, la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados para todos.

Promover el valor y la relación costo-eficacia de la enfermería

Declaración de posición del CIE:

Las pruebas demuestran que la enfermería es un recurso de atención de salud económico y, sin embargo, a menudo infravalorado e infrautilizado.

Las enfermeras deben articular claramente el valor, la relación costo - eficacia y los resultados de enfermería, y demostrarlos para los consumidores, otros dispensadores de salud y los encargados de las políticas, de todos los niveles. Deben también ser capaces de negociar y defender los recursos necesarios para dispensar cuidados seguros.

Las enfermeras tienen la responsabilidad de dedicarse a la investigación y de elaborar modelos innovadores de prestación de cuidados que aporten a la planificación, gestión y elaboración de políticas pruebas de la eficacia de la enfermería.

La formación de enfermería, especialmente en programas de gestión y desarrollo del liderazgo, debe ayudar a las enfermeras a mejorar su capacitación y a poder demostrar mejor el valor y la eficacia en costos de la enfermería para los servicios de salud. Las instituciones de formación de enfermería y, en su caso, los órganos reglamentarios pertinentes de enfermería deben examinar periódicamente los planes de estudios para cerciorarse de que se incluyen contenidos relacionados con el valor y la eficacia en costos de la enfermería.

A las asociaciones nacionales de enfermeras corresponde una importante función para contribuir a determinar una política general y de salud que fomente la eficacia en costos y la calidad de los cuidados.

Las asociaciones nacionales de enfermeras deben elaborar estrategias que promuevan activamente la participación de la enfermería en la adopción de decisiones de los servicios de salud, en la investigación de enfermería y salud y en el desarrollo de las políticas de salud y pública. Para ello son necesarias estrategias de desarrollo y apoyo con el fin de formar enfermeras líderes preparadas y capacitadas y que puedan demostrar y también promover el valor y la relación costo eficacia de la enfermería para los servicios de salud.

Las enfermeras deben reafirmar la participación de su profesión en la formulación de las políticas a todos los niveles.

Al haber aumentado las necesidades de salud y los costos de la atención de salud, que incluyen los relacionados con la prestación de los servicios de enfermería, las enfermeras han de tomar la iniciativa para examinar y evaluar los resultados de salud y los costos de sus actividades.

Las enfermeras, especialmente las dirigentes, han de comprender la finalidad y naturaleza de la reforma de la atención de salud y la contribución que la enfermería puede hacer a todos los niveles de la prestación de cuidados de salud y a la planificación, gestión y elaboración de las políticas para los servicios de atención de salud. Cuando la reforma de la atención de salud se encuentre en sus fases de planificación, las enfermeras dirigentes han de desempeñar, en la elaboración de las políticas, una función de liderazgo en relación con la adecuación, la naturaleza y la finalidad de la reforma de salud.

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) y sus asociaciones miembros pueden ayudar a la enfermería a desarrollar su capacidad para conseguir la efectividad de los costos en la atención de salud; para ello han de:

- Promover la función de la enfermería como recurso central para unos cuidados eficaces en costos y como factor de importancia crítica que contribuye a la adopción de decisiones sobre el gasto en la atención de salud.
- Brindar a las enfermeras oportunidades de formación para que consigan conocimientos de las capacidades políticas, los principios económicos, la elaboración de presupuestos, la utilización de recursos y la eficacia de los costos de salud.
- Fomentar el desarrollo del liderazgo y la gestión que incluye la función de las enfermeras en la gestión de los recursos, en la adopción de decisiones y en la elaboración de políticas.
- Promover y favorecer la investigación y la evaluación que relaciona y valida los métodos de cálculo de los costos con los resultados de enfermería y salud.
- Alentar la elaboración de sistemas de bases de datos que permitan comparar los resultados en los diversos contextos.
- Facilitar la divulgación de información y el establecimiento de redes interactivas sobre investigación de la efectividad en costos, las estrategias de ahorro de costos y las normas de la mejor práctica.
- Establecer redes profesionales con los principales interesados, para fomentar la colaboración colegiada y el intercambio de ideas con los correspondientes interesados, para fomentar la calidad y la eficiencia de los costos.
- Promover la equidad de los términos y condiciones de servicio de las enfermeras, para que se reconozca y se preste apoyo a la función que desempeñan en el mejoramiento de la eficiencia de costos y de la calidad de los cuidados en contextos multidisciplinarios.

Adoptada en 1995
Examinada y reafirmada en 2001



Participación de las enfermeras en la adopción de decisiones y en la elaboración de políticas en los servicios de salud

Declaración de posición del CIE:

Las enfermeras tienen una importante contribución que hacer a la planificación y adopción de decisiones en los servicios de salud, y a la elaboración de políticas apropiadas y eficaces de salud. Pueden y deben contribuir a la política general pública en lo que se refiere a la preparación de los trabajadores de salud, los sistemas de prestación de los cuidados, la financiación de la atención de salud, la ética en la atención de salud y en los factores determinantes de la salud.

Las enfermeras deben aceptar las responsabilidades que les corresponden en la política general de los servicios de salud y en la adopción de decisiones, y por el correspondiente desarrollo profesional.

Las organizaciones profesionales de enfermería tienen el deber de promover y defender la participación de la enfermería en los órganos y comités encargados de la adopción de decisiones y la elaboración de políticas locales, nacionales e internacionales. Asimismo, tienen el deber de contribuir a que los dirigentes de enfermería tengan la preparación adecuada que les capacite para aceptar plenamente las funciones de elaboración de las políticas.

Antecedentes

Habida cuenta de la estrecha interacción con los pacientes/clientes y con sus familias en todos los contextos, las enfermeras ayudan a interpretar las necesidades y las expectativas de cuidados de salud de las personas. Utilizan los resultados de la investigación y de las pruebas para contribuir a tomar decisiones sobre la calidad y la eficacia en costos de la prestación de los cuidados de salud. Llevan a cabo investigaciones de enfermería y salud que aportan pruebas para la elaboración de las políticas. Como las enfermeras son a menudo coordinadoras de los cuidados dispensados por otras personas, aportan sus conocimientos y experiencia a la planificación estratégica y a la utilización eficiente de los recursos.

Para participar en la planificación de la salud y contribuir eficazmente a ella, a la adopción de decisiones y a la elaboración de la política pública y de salud, las enfermeras han de ser capaces de demostrar su valor y convencer a los demás de la contribución que ellas pueden hacer. Esto quizá implique que ha de mejorarse y ampliarse el ámbito de la preparación de las enfermeras para la gestión y liderazgo, y su comprensión de los procedimientos políticos y gubernamentales. Asimismo, quizá ha de aumentarse su experiencia en funciones y puestos de gestión y liderazgo, no sólo en la enfermería sino en

otros servicios de atención de salud, ha de fomentarse su participación en asuntos de la administración y la política general, y ha de mejorarse y publicitarse la imagen de la enfermería.

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) y sus asociaciones miembros fomentan y apoyan todas las iniciativas destinadas a mejorar la preparación de las enfermeras para la gestión, el liderazgo y la elaboración de políticas. Esta preparación debe ser amplia y ha de incluir el desarrollo de conocimientos y capacidades para influir en el cambio, participar en el proceso político, influir en la sociedad, formar coaliciones, y cooperar con los medios de comunicación y otros para ejercer influencia.

Las organizaciones profesionales de enfermería han de emplear diversas estrategias para contribuir a la elaboración de políticas eficaces, vigilar los modos en que se emplea a las enfermeras, incorporar nuevos modelos y estrategias de gestión, presentar constantemente, en los planos nacional e internacional, una imagen positiva de la enfermería ante la dirección y los interesados clave en la política general, difundir las investigaciones y los conocimientos pertinentes, y desarrollar y mantener constantemente redes adecuadas que permitan establecer relaciones de trabajo en colaboración con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Por su parte, el CIE favorecerá y facilitará la información disponible sobre la contribución de la enfermería a la adopción de decisiones y a la elaboración de las políticas de salud.

Adoptada en 2000

Examinada y revisada en 2008



Declaración de posición

Gestión de los servicios de enfermería y atención de salud

Declaración de posición del CIE:

La enfermería tiene la responsabilidad de contribuir a la planificación y política de la salud, y a la coordinación y gestión de los servicios de salud. El Consejo internacional de enfermeras (CIE) espera que las enfermeras contribuyan a la política de salud en los planos local, nacional e internacional mediante el desempeño de funciones de gestión y liderazgo en todos los planos y a través de la participación y la defensa directa por las asociaciones nacionales de enfermería (ANE). Ha de promoverse activamente la necesidad de excelencia en gestión de la enfermería y de los sistemas de salud.

El CIE está firmemente convencido de que los servicios de enfermería han de ser gestionados directamente por las enfermeras. En una situación en la que haya gestoras que no sean enfermeras pero cuyo personal incluye a enfermeras, el CIE cree que las enfermeras dirigentes en esas situaciones han de tener autoridad para orientar en las cuestiones relativas a la enfermería profesional. En todas esas situaciones la enfermera es la responsable del alcance y las normas de la práctica de enfermería.

Por otra parte, el CIE está convencido de que las enfermeras están bien equipadas para gestionar una amplia gama de servicios de salud.

El CIE espera que las enfermeras gestoras reciban por la gestión, la elaboración de las políticas y la dirección oportunidades, preparación y remuneración iguales que el resto del personal de salud al que se prepara para puestos de responsabilidad en el sector de salud.

Antecedentes:

Las funciones y quehaceres de las enfermeras gestoras se redefinen constantemente en el contexto de los cambios del sector de salud.

La dirección es un elemento esencial de la gestión. Es de importancia crítica que las enfermeras dirigentes estén bien preparadas para asumir funciones directivas en la enfermería y en los servicios de atención de salud, en la formación o en la política de salud. La dirección de la enfermería incluye la instrucción y la función de mentores para otras personas, y la creación de un entorno para el desarrollo constante y la calidad de los cuidados.

Los dirigentes de enfermería fuertes apoyan al personal en su práctica tratando tanto las cuestiones profesionales como las clínicas, promoviendo la satisfacción en el trabajo y mejorando la calidad de los cuidados dispensados a los consumidores de salud. En especial, las enfermeras que ocupan

puestos ejecutivos desempeñan una función que forma parte de la prestación de cuidados de calidad aportando un liderazgo fuerte y efectivo; influencia social; dirección estratégica; y autoridad en el seno de una organización¹.

La excelencia de la gestión de enfermería y de los servicios de atención de salud debe fomentarse activamente. Las asociaciones profesionales de enfermeras pueden influir de manera estratégica para conseguir que la profesión participe en la planificación y en la política de salud.

Para un liderazgo y gestión eficaces es esencial mantener redes y vínculos con los principales interesados, y entre éstos. También es de importancia crítica la capacidad de evaluar constantemente el entorno, vigilar los resultados y crear o adaptar el cambio según se requiera.

La formación para la gestión variará según las funciones y la carrera profesional de las enfermeras gestoras. Las asociaciones profesionales de enfermería pueden cooperar identificando las oportunidades y presentándolas a sus miembros. Las enfermeras han de aceptar individualmente la responsabilidad de su propia formación, y conseguir la capacidad de planificarla y gestionarla estratégicamente.

La preparación de las enfermeras para la gestión y la política ha de capacitarlas para asumir funciones de gestoras de los servicios o de la formación de enfermería, o de los servicios de atención de salud, o en la política de salud. Se reconoce que en la formación de las enfermeras gestoras, la preparación para el liderazgo es un elemento crítico, además de ser una importante prioridad para la enfermería en general.

Las enfermeras han de seleccionar programas adecuados, unidisciplinarios o multidisciplinarios, que las preparen eficazmente para la gestión, la elaboración de políticas y el liderazgo en diversos contextos, en las distintas fases de su desarrollo profesional y en la evolución de su carrera. En la preparación se ha de reflejar la importancia del aprendizaje continuo adaptado a necesidades y expectativas cambiantes. En éste debe insistirse en el desarrollo de las capacidades y atributos pertinentes, no sólo en la adquisición de conocimientos.

Las realizaciones de las enfermeras gestoras han de recompensarse de la misma manera que las de los demás gestores. Al mismo tiempo, esas enfermeras han de demostrar las ventajas que reporta su inclusión en puestos clave. A las enfermeras gestoras deben aplicarse clasificaciones de puestos adecuadas, equivalentes a las que se aplican a otros gestores del mismo nivel y según sus atributos profesionales y su nivel de responsabilidad.

Adoptada en 2000
Examinada y revisada en 2010

¹ Cook M.J. 2001. The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard*, (Los atributos de las enfermeras clínicas dirigentes eficaces.) 15(35), 33-36.



Servicios de salud asequibles financiados por el sector público

Declaración de posición del CIE:

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) y sus asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) miembros abogan por el desarrollo de sistemas nacionales de atención de salud que proporcionen una gama de servicios de salud financiados por el sector público, esenciales y accesibles a la población.

Las personas tienen un derecho a recibir servicios de salud equitativos: promotores, preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos. El CIE está convencido de que estos servicios deben ser centrados en el paciente y la familia, basados en pruebas y mejorando continuamente en la calidad la cual es medida por normas acordadas de referencia e indicadores.

El CIE está convencido de que, si esos servicios no están financiados por el sector público, los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar unos servicios de salud accesibles para los grupos vulnerables especialmente los de grupos socioeconómicos bajos.¹

El CIE apoya los esfuerzos que hacen las asociaciones nacionales de enfermeras para influir en la política de salud, social, de educación y pública que se basa en las prioridades nacionales de salud, equidad, accesibilidad de los servicios esenciales, eficiencia (incluida la productividad), efectividad de los costos y calidad de los cuidados.

El CIE considera que la atención primaria de salud es el medio preferido de dispensar servicios de salud esenciales a un costo que los gobiernos y las comunidades pueden soportar.²

Han de establecerse y aplicarse por igual servicios de salud privados y públicos que sean accesibles, económicos y de calidad, principios y marcos, normas y mecanismos reglamentarios adecuados y entornos favorables para la práctica.

Las enfermeras y las ANE tienen la responsabilidad de defender esos servicios de salud, vigilar su eficacia e impulsar el desarrollo de la política de salud, la adopción de decisiones y su aplicación para conseguir que todas las personas tengan acceso a unos servicios de enfermería y de salud que sean de calidad.

¹ Comisión sobre los Factores Sociales Determinantes de la Salud (2008). Colmar el desfase en una generación: equidad de la salud mediante la intervención de los factores sociales determinantes de la salud. Informe Final de la Comisión sobre los Factores Sociales Determinantes de la Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

² El Informe sobre Salud Mundial, 2008. La Atención primaria de salud ahora más que nunca. Ginebra. OMS.

El CIE apoya las iniciativas de las ANE para conseguir que la política del gobierno a favor de unos servicios de salud públicamente financiados y accesibles no rebajen el nivel de la formación de enfermería que exigen las complejas demandas de estos servicios pues las pruebas demuestran que las enfermeras consiguen mejores resultados de sus cuidados.³

Antecedentes

Una población sana es un recurso nacional vital. Uno de los objetivos primordiales de toda nación ha de ser el de conseguir para la población el mejor estado de salud posible con los recursos disponibles.

Todas las personas deben tener acceso a enfermeras competentes que dispensen cuidados, supervisen y apoyen en todos los contextos. Los sistemas de salud han de impulsar la capacidad de la enfermería y deben aplicar diversas estrategias que aborden la planificación de los recursos humanos, la formación, la combinación de capacidades, los marcos reglamentarios y las vías profesionales para garantizar sistemas de atención de salud eficaces, eficientes y seguros.

El CIE y las asociaciones miembros han de mantener redes eficaces de contactos con los grupos interesados que corresponda, para conseguir que la asignación de los recursos y disponibilidad de los servicios se basen en las necesidades y prioridades, y promuevan la atención primaria de salud y tengan en cuenta consideraciones de calidad y costos. Aquí se incluye la defensa de los recursos necesarios para preparar a los recursos humanos de enfermería con el fin de soportar el peso creciente de las enfermedades crónicas y no transmisibles, las lesiones, las catástrofes y otros problemas de salud a los que se enfrentan las naciones y las poblaciones en todo el mundo.

Adoptada en 1995

Examinada y reafirmada en 2001

Examinada y revisada en 2012

³ Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R., Sloane, D., & Silber, J. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA, 290, 1617- 1623

Referencias

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diodidou M, Kinnunen J, Kóska M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T y Sermeus W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931): 1824 - 1830, 24 de mayo de 2014.
- Aiken LH, Douglas MS, Bruyneel L, Van de Heede K Y Sermeus W (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 50: 143-153.
- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R,, Heinen M, Zikos D, Strømseng Sjetne I, Smith HL y Kutney-Lee A (2012). Patient Safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344:e1717.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, *Journal of Nursing Administration* Mayo de 2008; 38(5):223-9. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2008). Innovation Profile: Periodic Nurse Initiated Telephone Contact Provides Quality Follow-up Care to Infants with Lung Disease in Rural Areas. Disponible en: <https://innovations.ahrq.gov/profiles/periodic-nurse-initiated-telephone-contact-provides-quality-followup-care-infants-lung>
- Australia Nursing and Midwifery Federation (ANMF) (2014). Securing jobs for graduate nurses. 11 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://anmf.org.au/news/entry/securing-jobs-for-graduate-nurses-and-midwives>
- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92: 1278-1283.
- Bauer JC (2010). Nurse Practitioners as an Underutilized Resource for Health Reform: Evidence-Based Demonstrations of Cost-Effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract*. 22:228-231
- Bennett S Y Gilson L (2001). Health financing: designing and implementing pro-poor policies. Londres: DFID, Health Systems Resource Centre.
- Benton D (2013). Fake medicines are everybody's business. Fight the Fakes Opinion Piece. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/projects/Fight-the-Fakes_Op_Ed.pdf
- Benton D, Chapman C, Smith E (2003). Sharing experiences and learning. *Nursing Management*, 2003;10(8):24-27.
- Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Sutton SF, Swinson T y Bonio AJ (2004). *Literacy and Health Outcomes* (AHRQ Publication N°. 04-E007-2). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf>
- Blank MB, Hanrahan NP, Fishbein M, Wu ES, Tennille JA, Ten Have TR, Kutney-Lee AM, Gross R, Hines JM, Coyne JC y Aiken LH (2011). A Randomized Trial of a Nursing Intervention for HIV Disease Management Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 62:1318-1324, 2011
- Blendon R, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Y Zapert, K (2003). Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries. *Health Affairs*, 22, nº.3 (2003):106-121.

Bloom, D.E., Canning, D. y Jamison, D (2004). Health, Wealth and Welfare. Finance and Development, 41(1): 10-15. Fondo Monetario Internacional (FMI). Disponible en: www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf

Bower P, Campbell S, Bojke C y Sibbald B (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality & Safety in Health Care* 12(4):273-279.

Canadian Home Care Association (2006). High Impact Practices. 11 de septiembre de 2008. Disponible en: www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744

Carrin G, James C, Evans DB (2005). Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Ginebra, OMS.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2011). A Patient Safety Threat – Syringe Reuse Disponible en http://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/syringereuse_faqs.html

Chisholm D Y Evans DB (2010). Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World Health Report 2010 background paper, nº. 28. Ginebra: OMS. Disponible en: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

Commission on Macroeconomics of Health (CMH) (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Ginebra: OMS.

Costa-Font, J, Courbage C y McGuire A. (eds.2009). The Economics of New Health Technologies: Incentives, Organisation and Financing. Oxford: Oxford University Press.

Dambisya Y (2007). EQUINET Newsletter #82 Diciembre: What do we need to do to keep health workers in Africa? Disponible en: www.equinet africa.org/newsletter/index.php?iissue=82

Dealey C, Posnett J, Walker AJ (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Wound Care*. 21(6):261-2, 264, 266.

Duerden M, Avery T Y Payne R (2013). Polypharmacy and medicines optimisation: safe and sound. London: The King's Fund. Disponible en: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf

Duffield CM, Diers D, O'Brien Pallas L, Aisbett C, Roche MA, King MT y Aisbett K (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, vol.24, tema 4 págs. 244-255.

Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R., Smith, E., Olds, D.L, et al. (2000). Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence. *JAMA*. 284(11):1385-1391

Eibner C, Hussey PS, Ridgely MS, McGlynn EA (2009). Controlling Health Care Spending in Massachusetts: An Analysis of Options. RAND Health.

Ellis JR y Hartley CL (2005). Managing and Coordinating Nursing Care. Cuarta edición. Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.

Elsevier Clinical Solutions (2014). National Survey and Forum for Nurse Executives Leveraging Evidence-based Practice to Enhance Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes and Cost-containment. Disponible en: <http://visit.clinicaldecisionsupport.com/l/7222/2014-05-12/n9fy1>

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010). The financial cost of healthcare fraud. Disponible en: [www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf).

Fairall L, Bachmann MO, Lombard C, Timmerman V, Uebel K, Zwarenstein M, Boule A, Georgeu D, Colvin CJ, Lewin S, Faris G, Conick R, Draper B, Tshabalala M, Kotze E, van Vuren C, Steyn D, Chapman R y Bateman E (2012). Task Shifting of Antiretroviral Treatment from Doctors to Primary-Care Nurses in South Africa (STRETCH): A Pragmatic, Parallel, Cluster-Randomized Trial. *The Lancet*. 380 (9845): 889 - 898.

Ferrel BJA (2002). Community development and health project: A 5-year (1995-1999) experience in Mozambique, Africa. *International Nursing Review*, 49: 27-37.

Frenk J, Chen LC et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376:1923–1958

Gallup (2013). Gallup Honesty/ Ethics in professions. Disponible en: www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx

Griffiths P, Jones S y Bottle A (2013). Is “failure to rescue” derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 50: 292-300.

Hardiker NR, Sermeus W, Jansen K (2014). Challenges associated with the secondary use of nursing data. *Stud Health Technol Inform*. 2014;201:290-7.

Health Workforce Australia (2012). Health Workforce 2025: Doctors, Nurses and Midwives, Vol.1. Marzo de 2012. Disponible en: www.hwa.gov.au/sites/uploads/health-workforce-2025-volume-1.pdf

Hennis A y Fraser HS (2004). Diabetes in the English-speaking Caribbean (Informe especial). *Pan American Journal of Public Health*, 15 (2), 90-93.

Holloway K Y Van Dijk L (2010). Rational use of medicines. In: *The World Medicine Situation*. Ginebra: OMS.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324:819-23.

Iha A (2008) ed. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, The Research Priority Setting Working Group of the Alliance for Patient Safety.

Institute for Health Care Communication (2011). Impact of Communication in Healthcare. Disponible en: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

Institute of Medicine (2012). “Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America.” Smith M, Saunders R, Stuckhardt L y McGinnis JM (editores). Washington, D.C. The National Academies Press. Disponible en: www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx

Institute of Medicine (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press.

Consejo internacional de enfermeras (sin fecha). Página informativa sobre la Clasificación internacional para la práctica de la enfermería (CIPE). Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/ICNP_FAQs.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2014) Informe Bianual del CIE 2012-2013, pág. 23. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/biennial_reports/ICN_Biennial_Report_2012-2013.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2013a). Página informativa del CIE sobre *Entornos positivos para la práctica*. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9d_FS-Positive_Practice_Environments.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2013b). Se va, se va, se fue: presencia de la enfermería en la Organización Mundial de la Salud (revisado en 2013). Página informativa para Asociaciones Nacionales de Enfermeras. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/7b_FS-Does_Nursing_Matter_within_WHO.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2012a). Declaración de posición sobre *Servicios de salud accesibles financiados por el sector público*. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D07_Publicly_Funded_Accessible_Health_Services.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2012b). Código deontológico del CIE para las enfermeras. Ginebra: CIE. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2010). Los efectos de la recesión económica en las enfermeras y en la enfermería de Islandia. Elaborado por Elsa B. Friofinnsdottir y Jon Aoalbjorn Johnson. Ginebra: Centro internacional para los recursos humanos de enfermería (CIRHE).

Consejo internacional de enfermeras (2009a). Enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada: definición y características. Página informativa sobre asuntos de enfermería. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2009b). Implementing Nurse Prescribing. Ginebra. CIE

Consejo internacional de enfermeras (2008a). Declaración de posición sobre la *Participación de las enfermeras en la adopción de decisiones y en la elaboración de políticas en los servicios de salud*. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2008b). Nursing Perspectives and Contributions to Primary Health Care. Ginebra: CIE. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2007). Declaración de posición del CIE sobre *Las enfermeras y la atención primaria*. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D02_Nurses_Primary_Health_Care.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2005a). Directrices para formular una política eficaz de salud. Ginebra: CIE. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_shaping.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2005b). Nurse retention and recruitment: Developing a motivated workforce, elaborado por Zurn P, Dolea C y Stilwell B. Ginebra: CIE. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf

Consejo internacional de enfermeras (2004). Collaborative Practice in the 21st Century. Elaborado por Madrean Schober y Nancy MacKay. Ginebra: CIE.

Consejo internacional de enfermeras (2001). Declaración de posición del CIE sobre *Promover el valor y la relación costo-eficacia de la enfermería*. Disponible en:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D06_Promoting_Value_Cost-effectiveness_Nursing.pdf

Consejo internacional de enfermeras (1999). Visión del CIE sobre el futuro de la enfermería. Ginebra, CIE. Disponible en: www.icn.ch/about-icn/the-icns-vision/

Consejo internacional de enfermeras y Banco Mundial (2014). Strengthening Community and Frontline Health Workers for Universal Health Coverage. Resumen del evento, julio de 2014. Ginebra: CIE. Disponible en: www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf

International Medical Travel Journal (2011). European health systems under siege. Medical tourism news. 8 de julio de 2011. Disponible en: www.imtj.com/news/?EntryId82=297309

Irish Nursing and Midwifery Organisation (diciembre de 2013/enero de 2014). "Media watch - Budget cuts focus". *World of Irish Nursing* Diciembre de 2013/enero de 2014 Vol. 21 (10). Disponible en: www.inmo.ie/Home/Index/7820/11149

Irvine D Y Evans M (1995). Job satisfaction and turnover amongst nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44 (4): 246-253, Blackwell Publishing, Reino Unido. Citado por el Consejo internacional de enfermeras (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions pág. 34, elaborado por James Buchan y Lynn Calman para el CIE. Ginebra, CIE. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005). Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Disponible en: www.jointcommission.org/assets/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf

Keleher H, Parker R, Abdulwadud O y Francis K (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract.* 15(1):16-24

Kingma M (2008). Nurses on the Move: Historical Perspective and Current Issues. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* 13 (2), Manuscrito 1.

Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Col R, Luckey DW, Bondy J, Cole K Y Clazner J (2000). Enduring Effects of Nurse Home Visitation on Maternal Life Course: A 3-Year Follow-up of a Randomized Trial. *JAMA.* 2000;283(15):1983-1989.

Kroezen M (2012). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey of forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* 49 (2012): 1002-1012.

Laport N, Sermeus W, Vanden Boer G Y Van Herk P (2008). Adjusting for nursing case mix in hospital reimbursement: a review of international practice. *Policy Politics and Nursing Practice,* 9 (2): 94-102.

Laschinger HKS, Almost J y Tuer-Hodes J (2003). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics: Making the Link. *JONA,* 33 (7/8)

Lathrop B (2013). Nursing Leadership in Addressing the Social Determinants of Health. *Policy, Politics & Nursing Practice.* 14 (1): 41-47

Latter S, Courtenay M (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature, *Journal of Clinical Nursing,* Volumen 13, Issue 1, Páginas 26-32, 2004 Blackwell Publishing Ltd.

Lein C y Wills CE (2007). Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *American Academy of Nurse Practitioners,* 19:215-220

Lemiex-Charles L y McGuire WL (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*. Junio de 2006. 63(3):263-300.

Liese B y Dussault G (2004). Africa Region Human Development Working Paper Series. The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factor. Washington D.C.: Banco Mundial, Región de África.

LeRoy L y Solowitz S (1981). The Costs and Effectiveness of Nurse Practitioners. Office of Technology Assessment.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; Vol. 380, Nº. 2859, págs. 2095–2128.

Macdonald, T.H. (2009). Removing the Barriers to Global Health Equity. Oxon: Radcliffe Publishing.

Massachusetts Technology Collaborative (MTC) and NEHI (2008). *Saving Lives, Saving Money: The Imperative for CPOE in Massachusetts*. Actualización hasta las cifras de 2008. Cambridge, MA: NEHI.

Mathauer I e Imhoff I (2006). Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4:24.

McElmurry, B. et al. (2002). Primary health care in the Americas: frame work, experiences, challenges and perspectives. Nº 25. Series. Organization and Management of Health Systems and Services. Washington, DC. OPS/OMS.

McMahon R, Barton E y Piot M. (1992). On being In charge: a guide to management in primary health care. Ginebra: OMS.

Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, García-Arrabal JJ, Toral-Lopez I (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *Health serv Res*, 23(8):193

Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P y Hyde A (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 57 (5): 463-471.

Mphande H (2014). "Shortage of nurses hit Malawi: Has only 25% of required number", Nyasa Times. September 18, 2014. Disponible en: www.nyasatimes.com/2014/09/18/shortage-of-nurses-hit-malawi-has-only-25-of-required-numbers/

Murphy GT (2005). Health human resource planning, modeling activities for primary health care nurse practitioners. Ottawa: CNA. Canadian Nurse Practitioner Initiative.

Neumann PJ (2005). Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers. Oxford: Oxford University Press.

Newhouse R y Poe S (2005). Measuring Patient Safety. Sudsbury, MA: Jones and Bartlett.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22): 1715-1722.

NHS Employers (2014). NHS Qualified Nurse Supply and Demand Survey – Findings. Informe elaborado para el Health Education England Nursing Supply Steering Group. Disponible en: <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/05/NHS-qualified-nurse-supply-and-demand-survey-12-May1.pdf>

Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J (2010). RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol and alcoholism*, 45 (3): 263-70.

Nullis C (2007). The Associated Press, 24 de mayo de 2007. Disponible en: www.seattlepi.com/national/article/Nursing-shortages-in-Africa-hurt-AIDS-treatment-1238508.php

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2013). Public Spending on health and long-term care: a new set of projects. Documento de Trabajo de la OCDE sobre Política Económica N.º. 06. Disponible en: www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experience in 12 developed countries. Disponible en: www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en

Özaltın A y Cashin C, eds. (2014). Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Disponible en: http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN_Costing_Toolkit_Interactive_FINAL.pdf

Palangkaraya A Y Yong J (2009). Population Ageing and its Implications on Aggregate Health Care Demand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 9 (4): 391-402.

Organización Panamericana de la Salud (2007). Renewing Primary Health Care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization (OPS/OMS). Washington D.C.: OPS.

Pattenden J, Lewin B y Blue L (2004). Heart Failure Specialist Nurse. Evaluation of a new service Abril de 2002 – Diciembre de 2003. British Heart Foundation. 10. Londres: Ministerio de Sanidad.

Pooja K (2007). Providing the providers — remedying Africa's shortage of health care workers. *NEJM*, 356:2564-2567.

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2010). "The price of excess: Identifying waste in health care spending." Disponible en: www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M y Koppel I (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

Registered Nurses Association of Ontario (2006). Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams. Toronto: RNO. Disponible en: www.rno.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf

Rosenstein AH Y O'Daniel M (2005). Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *AJN*. 105(1):54-64.

Russo CA, Steiner C y Spector W (2008). Hospitalizations Related to Pressure Ulcers, 2006. HCUP Statistical Brief #64. Diciembre de 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en: www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf

Sabate E (2003). Adherence to long-term therapies. Ginebra: OMS.

Sermeus W, Gillet G, Gillain D, Grietens J, Laport N, Michiels D, Thonon O, Vanden Boer G, Van Herck P y Van den Heede K. (2009). Development and validation of nursing resource weights for the Belgian Nursing Minimum Dataset in general hospitals: A Delphi questionnaire survey approach. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (2): 256–267

Sermeus W, Delesie L, Van den Heede K, Diya L / Lesaffre E (2008). Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7): 1011-1021.

Shields M Y Ward M (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction and intentions to quit. *Journal of Health Economics* 20: 677-701, Elsevier Publishing. Citado por el Consejo internacional de enfermeras (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions pág. 34, elaborado por James Buchan y Lynn Calman para el CIE. Ginebra: CIE. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf

Silva AMVAD y Fernandes RMP (2008). Foreign Nurses in Portugal. Lisboa, Portugal, Ordem dos Enfermeiros.

Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J y Boerma T (2013). A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:892-894. Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/

Stacey D, Noorani H Z, Fisher A, Robinson D Joyce J y Pong RW (2004). A clinical and economic review of telephone triage services and survey of Canadian call centre programs. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) 2004: 11.

Stanik-Hutt J, Newhouse RP, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson R, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L y Weiner JP (2013). The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *Journal for Nurse Practitioners*, 9 (8):492-500.

Storch JL (1994). Division of Labour in health care: Pragmatics and ethics. *Humane Medicine*, 10(4): 262-269.

Tamaki A (2008). Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *Int J Ment Health Nurs*, 17 (6): 419-427.

Thomson Reuters (2009). Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? White paper; Thomson Reuters; Ann Arbor, USA.

Tsai SL, Chen M y Yin TJC (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care that of a conventional out-patient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research*, 13 (3):165-173.

Tucker A (2002). When problem solving is a problem. *Harvard University Gazette*, 10 de octubre de 2002. Disponible en: www.news.harvard.edu/gazette/2002/10.10/11-tucker.html

Programa de Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA) (2007). Keeping score: AIDS responses in the Caribbean: a consolidated analysis based on Caribbean reports submitted to the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS, 2006.

Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163–96. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)

Van Ruth LM, Mistiaen P y Francke AL (2008). Effects of Nurse Prescribing of Medication: A Systematic Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 2008 5 (2).

Volqvartz J (2005). The brain drain. *The Guardian*, March 11.

Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C y Leese B (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*, 320: 1048-1053.

Wang LY, Vernon-Smiley M, Gapinski MA, Desist M, Maughan E, Sheetz A (2014). Cost-Benefit Study of School Nursing Services. *JAMA Pediatr*. 168(7):642-648.

Wang H, Zhou J, Huang L, Li X, Fennie KP, Williams AB (2010). Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China. *J Clin Nurs*, 19 (3-4): 380-388.

Wanzer M B, Booth-Butterfield M y Gruber K (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Care Communication*, 16(3), 363-384.

Welton JM, Fischer MH, DeGrace S y Zone-Smith L (2006). Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. *Nurs Econ*, 24(5):239-245.

Welton JM Y Halloran EJ (2005). Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35 (12):541-549.

Woodend A, Sherrard H, Stuewe M, Fraser M, Cheung T y Struthers C (2008). Telephone monitoring in patients with cardiac disease who are high risk for admission. *Heart & Lung*, 37 (1): 36-45.

Banco Mundial (2009). The Nurse Labor & Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform. Informe N^o. 48988-LAC. Human Development Department, Caribbean Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). World Health Statistics 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2013a). World Health Report 2013. Research for Universal Health Coverage. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2013b). Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals Health in the post-2015 United Nations development agenda. Informe de la Secretaría.

Organización Mundial de la Salud (2012a). Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda Documento de debate de la OMS, octubre de 2012. Disponible en: www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2012b) Informal Member State Consultation on Health in the Post-2015 Development Agenda, 14 de diciembre de 2012. Informe resumido. Disponible en: www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/summary_informal_consultation_memberstates_20121214.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2012c). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Informe Técnico preparado para la Cumbre Ministerial. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012d). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: A Systematic Review of the Literature. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2010a). Health accounts. Disponible en: www.who.int/health-accounts/en/

Organización Mundial de la Salud (2010b). *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Disponible en: www.who.int/whr/2010/10_chap01_en.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010c). The World Medicines Situation. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2010d). Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011–2015. Disponible en: www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

Organización Mundial de la Salud (2008a). *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever*. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2008b). Treat, Train, Retain: Task Shifting, Global Recommendations and Guidelines.

Organización Mundial de la Salud (2006). *The World Health Report 2006. Working together for health*. OMS; Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2005). World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2002). Building Strategic Partnerships in Education and Health in Africa. Report presented at the consultative meeting on improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development, Addis Ababa, Ethiopia.

World Health Professions Alliance (WHPA) (2011). Joint Statement on Counterfeit Medical Products. Disponible en: www.whpa.org/WHPA_Joint_Statement_on_Counterfeiting.pdf

Young TL Y Ireson C (2003). Effectiveness of school-based telehealth care in urban and rural elementary schools. *Pediatrics*, 112 (3): 1088-1094.