

Consejo internacional de enfermeras

**LAS ENFERMERAS : Una fuerza para el cambio**

# MEJORANDO LA CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD



**12 DE MAYO DE 2016**  
**DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA**

#IND2016



Las enfermeras, una fuerza para el cambio:

*Mejorando la capacidad de recuperación de  
los sistemas de salud*



**DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA 2016**

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación en su totalidad o en parte (por impresión, fotocopia, microcopia u cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin la autorización expresa del Consejo Internacional de Enfermeras. No obstante, pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

---

Copyright © 2016 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras  
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95099-39-5

# Índice

	Carta de la Presidenta y la Directora general del CIE	
Capítulo 1:	Introducción.....	1
Capítulo 2:	Desarrollando un sistema de salud fuerte.....	15
Capítulo 3:	¿Qué es la resiliencia de los sistemas de salud?.....	19
Capítulo 4:	Mejorando la resiliencia organizativa.....	27
Capítulo 5:	Desarrollando la resiliencia personal.....	33
Capítulo 6:	El camino hacia adelante y el papel de las enfermeras y las ANE.....	37
Capítulo 7:	Conclusiones.....	43
Anexo 1	Declaración de posición del CIE - Desarrollo de los recursos humanos de salud.....	45
Anexo 2	Declaración de posición del CIE - Servicios de salud asequibles financiados por el sector público.....	49
Anexo 3	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.....	51
Referencias	.....	53





Mayo de 2016

Estimadas compañeras,

La necesidad de contar con sistemas de salud fuertes y resilientes, además de capaces de responder eficazmente a los desafíos, es fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas. Quizá se esté preguntando cómo puede Ud., en calidad de enfermera, contribuir a fortalecer los sistemas de salud en todo el mundo. Al formar parte del mayor colectivo de profesionales sanitarios, con presencia en todos los ámbitos, las enfermeras pueden tener una enorme repercusión en la resiliencia de los sistemas de salud. Cada decisión que toma Ud. en su práctica puede marcar una diferencia significativa en términos de la eficiencia y la eficacia de todo el sistema.

La presente carpeta del Día internacional de la enfermera (DIE) examina numerosas maneras en que las enfermeras pueden contribuir al desarrollo de sistemas de salud fuertes y resilientes a nivel local, nacional y mundial, además de proporcionar orientación tanto para ellas como para quienes formulan las políticas. Las herramientas, la información y las ideas para la acción contenidas en esta carpeta ayudarán y animarán a las enfermeras y a las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) a participar en la elaboración de políticas.

En las próximas páginas se analizan los crecientes retos que están abordando los sistemas de salud en términos de cómo podemos mejorar la resiliencia organizativa y cómo pueden las enfermeras fortalecer y desarrollar su propia resiliencia y la de sus colegas de manera que se puedan comprometer plenamente con los ambiciosos ODS. Asimismo, se demuestra lo que es posible lograr cuando las enfermeras aportan su pericia y creatividad a la agenda de transformación. En gran parte del trabajo del CIE, hemos visto cómo nuestra resiliencia y nuestras actividades de promoción de políticas realmente marcan la diferencia en la toma de decisiones y en la salud de la población.

Es fundamental que identifiquemos oportunidades en nuestras organizaciones y en nosotras mismas para fortalecer y desarrollar la resiliencia. Promoviendo la voz de la enfermería, podemos contribuir a guiar las mejoras en la calidad de la prestación de servicios de salud y servir como fuente de información para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Las observaciones que realizan las enfermeras respecto a las políticas del sector de la salud contribuirán a garantizar que al reformar las políticas se tengan en cuenta los entornos laborales que apoyan la práctica. Es nuestro deber garantizar que los gobiernos y quienes formulan las políticas entiendan que unos líderes de enfermería seguros de sí mismos y bien informados de manera que comprendan su papel en el desarrollo de una fuerza laboral para cumplir los nuevos retos son esenciales para garantizar el éxito de los ODS y superar los desafíos en materia de salud en el futuro.

Muy atentamente,

Judith Shamian  
Presidenta

Frances A. Hughes  
Directora General

---

**ICN • CIE • CII**

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00  
Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch) - web: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)



# Capítulo 1

## Introducción

### **“Resiliencia: capacidad de recuperarse de las dificultades”**

(Diccionarios de inglés de Oxford)

#### **Antecedentes**

Independientemente de dónde se encuentre Ud. en el mundo, es muy probable que vea que buena parte del debate y las preocupaciones de la opinión pública están centradas en la salud y en satisfacer las necesidades de salud. De hecho, da la impresión de que la salud siempre está en las noticias, lo cual quizá se deba a una serie de razones, algunas bastante predecibles y otras menos. Por ejemplo, en numerosas partes del mundo, cada vez hay más retos de salud relacionados con el envejecimiento de la población; un incremento en las enfermedades crónicas y en otras condiciones de larga duración; cada vez más expectativas por parte de los ciudadanos para tener más y mejores servicios; y progreso tecnológico, que sigue planteando expectativas en términos de aumento de la financiación de los servicios sanitarios. En los países de todo el mundo se está instando a los sistemas de salud a dar una respuesta al respecto considerando nuevas formas de trabajo y nuevos modelos de cuidados para sus ciudadanos.

La repercusión inesperada que ha tenido la crisis financiera en los sistemas de salud sigue teniendo implicaciones para las finanzas públicas. La evidencia sobre la vulnerabilidad de los sistemas de salud en todo el mundo también ha representado un reto. El brote de la enfermedad del virus Ébola en 2014 en África occidental mostró que es fundamental emprender acciones a nivel global para proteger la salud; al igual que las personas, las infecciones pueden cruzar fronteras y llegar a cualquier rincón del mundo. Las catástrofes naturales y los conflictos tampoco respetan las fronteras de los países y requieren respuestas en todo el mundo.

Esta conectividad global puede ser un concepto difícil de considerar sin quedar sobrecogido rápidamente por su complejidad. La incertidumbre y la sensación de impotencia que provoca es más que comprensible. ¿Por dónde comenzamos? ¿Cómo podemos marcar la diferencia? Es fácil sentirnos muy pequeños ante esta situación. Sin embargo, la repercusión de la globalización sigue aumentando y afectando a nuestras vidas cotidianas. Todos estamos sumamente conectados y, al ser uno de los mayores colectivos profesionales del mundo, las enfermeras tenemos que trabajar juntas para comprender y garantizar que la globalización sea una fuerza positiva de verdad.



Definición de globalización: proceso de cada vez más conexiones, interdependencia e integración globales, especialmente en ámbito económico, pero que también afecta a los aspectos culturales, sociopolíticos, ecológicos y tecnológicos de la vida.” (Tuschudin y Davis 2008, p.4).

Tal y como se documenta en el Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, ONU, 2015), el mundo ha sido testigo de un progreso significativo en la consecución de estos objetivos (OMS 2015a) salvando millones de vidas y mejorando la situación de muchas más personas. Sin embargo, el informe también reconoce “logros desiguales”, “carencias en numerosas áreas” y trabajo incompleto. Los planteamientos específicos de los ODM en materia de enfermedades han dejado a numerosos países con cuidados fragmentados y sistemas débiles para la prestación de servicios. Como resultado, muchos de los países que recibieron ayudas para el desarrollo no han construido sistemas de salud con capacidad para prestar los servicios esenciales necesarios a todas las personas necesitadas.

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, el brote de la enfermedad del virus Ébola en África occidental ha mostrado claramente que, en ausencia de un sistema de salud capaz de responder con rapidez y eficacia, una epidemia se puede extender rápidamente entre fronteras y provocar problemas tremendos (OMS 2014) (en el momento de sufrir el azote del brote, los países más afectados tenían un sistema de salud frágil con una cantidad insuficiente de trabajadores sanitarios (OMS 2015b). Como resultado, la respuesta no fue oportuna; se perturbaron los servicios de salud existentes y fallecieron muchos trabajadores sanitarios que cuidaban de las personas afectadas (OMS 2015c), quedando así más amenazada aún la salud de las poblaciones (David et al. 2015). De hecho, en mayo de 2015, un informe preliminar de la OMS (2015c) sobre los trabajadores sanitarios infectados por el Ébola señaló que de los 815 trabajadores sanitarios que se habían infectado con el virus Ébola desde el comienzo de la epidemia más del 50% eran enfermeras y auxiliares de enfermería. Dos tercios de los trabajadores sanitarios que se infectaron han fallecido.

Este brote planteó numerosas preguntas: ¿cómo podemos responder rápidamente a una carencia de trabajadores sanitarios cuando estos enferman o incluso fallecen? ¿Cómo capacitar rápidamente a una fuerza laboral de enfermeras para prestar cuidados en entornos muy diferentes? ¿Cómo acceder rápidamente al equipamiento adecuado? ¿Cómo comunicarse eficazmente con los ciudadanos? Hay una clara necesidad de contar con sistemas de salud que puedan responder a estos shocks de manera oportuna y eficaz mientras se siguen prestando los servicios sanitarios necesarios.

*“La resiliencia de un sistema de salud es su capacidad de responder, adaptarse y fortalecerse al exponerse a un shock, como por ejemplo un brote de enfermedad, una catástrofe natural o un conflicto.”*

Campbell et al (2014)

Algunos aspectos complejos de esta labor son el ritmo de respuesta necesario, la disponibilidad de recursos en el lugar adecuado en el momento adecuado y los daños en la infraestructura junto con una fuerza laboral sanitaria muy reducida. En consecuencia, hemos de estar preparados antes de que se produzca la próxima emergencia, habiendo implementado disposiciones al respecto, teniendo personas que se puedan desplegar con las competencias adecuadas, así como planes para desviar recursos.

En la vida ajetreada de la mayoría de las enfermeras en activo, no es común pensar sobre cómo podemos sostener y fortalecer el sistema de salud en el que trabajamos. Sin embargo, la necesidad de desarrollar nuestro pensamiento, planificación y perfil en esta importante área es más que evidente. Somos una fuerza vital para los cambios que necesita el sistema.

### **Respondiendo a nuevos retos**

La fuerza laboral de enfermería tiene una larga historia de responder a las necesidades cambiantes de la sociedad. Hemos desarrollado nuestra práctica para abordar los retos de salud pública y garantizar la prestación de cuidados de alta calidad. A lo largo del siglo XX y en el siglo XXI, se han logrado conquistas significativas en el incremento de la esperanza de vida y en la reducción de numerosos de los factores de riesgo asociados a la mortalidad infantil y materna. Las enfermeras han realizado contribuciones significativas a la mejora de la supervivencia en niños y su repercusión está bien documentada (Awoonor-Williams et al 2013). Asimismo, se ha progresado considerablemente en el incremento del acceso a agua limpia; la mejora del saneamiento; la reducción de la malaria, la tuberculosis y la polio; y la reducción de la difusión del VIH (Marmot et al 2012). Las enfermeras han estado a la vanguardia de numerosas de estas conquistas (CIE 2013) pero todos nosotros reconoceríamos que se puede hacer mucho más. Además de los problemas de salud conocidos, afrontamos amenazas globales emergentes como la resistencia a los antimicrobianos, nuevas pandemias, infecciones emergentes, catástrofes naturales, cambio climático mundial, conflictos armados y migrantes. ¿Qué puede significar todo esto para nosotros?

Hay gran cantidad de evidencia sobre la capacidad de respuesta de las enfermeras y sobre el importante papel que desempeñamos contribuyendo a la salud de la población, algo que cada vez han ido reconociendo más tanto los gobiernos como la Organización Mundial de la Salud (OMS 2003, 2015d). De hecho, la fuerza laboral de enfermería cada vez está mejor formada y tiene mayor capacidad para conectar con los ciudadanos, con las comunidades, con quienes formulan las políticas y también entre sus miembros. Sin embargo, la necesidad de adaptarse y cambiar más rápidamente resulta evidente y los retos establecidos para los próximos 15 años requerirán una nueva generación de innovación y liderazgo. A medida que las enfermeras vayan adquiriendo un perfil superior en la elaboración de respuestas locales, nacionales e internacionales, deberemos tener líderes con confianza en sí mismos, bien informados y que comprendan su papel en el desarrollo de una fuerza laboral capaz de superar nuevos retos.

**Invirtiendo en el personal sanitario para fortalecer los sistemas de salud.** El incremento en la demanda de nuestros sistemas de salud se ha asociado a mayores expectativas en términos de financiación, apreciándose ahora una estrecha relación entre la economía y la salud general de la población. Sin embargo, una cosa es esperar una parte mayor de las finanzas públicas en tiempos de crisis económica y otra es recibirla; la capacidad de encontrar más financiación constantemente es un auténtico reto en todos los niveles, desde las personas a título individual hasta los gobiernos. En algunos casos, como los gobiernos pretenden ahorrar de manera cortoplacista, hemos visto auténticas reducciones en el gasto en salud (Karaniklos 2013) que han provocado consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Si los gobiernos no lo sufragan, el coste de la atención sanitaria para los ciudadanos puede incrementar los niveles de pobreza. Un informe de la OMS y del Grupo del Banco Mundial (2015) muestra que 400 millones de personas no tienen acceso a servicios de salud esenciales y que el 6% de las personas en países de renta baja y media caen en la pobreza extrema o se ven empujados aún más hacia ella a causa del gasto en su salud personal. Sin embargo, como la salud tiene un valor en sí misma, además de ser una condición previa para el progreso económico, las mejoras en las condiciones de salud y económicas se fortalecen entre sí.

El informe de la Comisión Lancet “Salud global 2035: un mundo convergiendo en el lapso de una generación” (Jamison et al 2013) aboga claramente, en términos económicos, a favor de una mayor priorización de la salud por parte de los ministros de economía al afirmar que “Los retornos de las inversiones en salud son impresionantes. La reducción de las tasas de mortalidad asciende aproximadamente al 11% del crecimiento económico reciente en los países de renta baja y media según se aprecia en su renta nacional.” (Jamison et al. 2013, p.1898).

Dicho informe describe la posibilidad de una “gran convergencia” en salud, que es posible lograr en nuestro tiempo de vida. Asimismo, presenta un análisis detallado que muestra que, potenciando las inversiones para mejorar las tecnologías y los sistemas de prestación de servicios, será posible reducir a niveles bajos los índices de mortalidad infantil y materna así como las tasas de mortalidad derivada de enfermedades infecciosas en todo el mundo. En la mayoría de los países de renta baja y media, estos índices se reducirían hasta llegar a los niveles que se aprecian actualmente en los países de renta media con mejores resultados. Tal y como establecen Jamison et al. (2013), “Lograr la convergencia evitaría unos 10 millones de fallecimientos en 2035 en países de renta baja y media...” (p.1898).

Asimismo, el informe señala que el empleo en el sector de la salud puede fortalecer las economías locales. La fuerza laboral sanitaria tiene un tamaño significativo y en ella hay muchas mujeres contratadas. En consecuencia, contar con enfermeras bien formadas es positivo para la salud económica de un país.

### **Nuevos objetivos: de los ODM a los ODS**

En la actualidad, se reconoce en todo el mundo que, independientemente de la naturaleza de los retos, seguir centrándose en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades es fundamental para el desarrollo sostenible. La necesidad de sistemas de salud fuertes y resilientes, con

capacidad para responder a los cambios rápidos, se encuentra en el corazón de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas.

Los Estados Miembros de la Asamblea General de Naciones Unidas adoptaron los 17 ODS (véase Recuadro 1) y las 169 metas correspondientes en septiembre de 2015 (resolución UNGA 70/1). Sobre la base de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los ODS son relevantes para todos los países y cubren los pilares económico, medioambiental y social del desarrollo sostenible con un claro enfoque hacia la equidad y afrontando la raíz de las causas de la pobreza. Todos ellos están interrelacionados poniendo así de manifiesto que el desarrollo sostenible de cualquier país requiere que trabajen juntas muchas partes del sistema.

### Recuadro 1. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible

- 1 Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
- 2 Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
- 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.**
- 4 Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
- 5 Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
- 6 Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.
- 7 Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
- 8 Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
- 9 Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
- 10 Reducir la desigualdad en y entre los países.
- 11 Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
- 12 Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
- 13 Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (reconociendo que la Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático es el foro primario internacional e intergubernamental para negociar la respuesta global frente a este fenómeno).
- 14 Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
- 15 Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, combatir la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de biodiversidad.
- 16 Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
- 17 Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

El tercer objetivo, que es el más específico para la salud y el bienestar, tiene 13 metas (3.1-3.9) y habilitadores (3.a-3.d). (véase Recuadro 2)

**Recuadro 2. Las 13 metas de salud del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 – Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades**

- 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- 3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- 3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- 3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- 3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

**Habilitadores**

- 3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- 3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
- 3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- 3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Se espera que todo ello se asocie a un abanico de actividades y planes de acción en todos los sistemas de salud. Mientras que la mayoría de las actividades se centrarán en el Objetivo 3, muchos de los otros objetivos también requerirán acciones por parte de la fuerza laboral de enfermería y, por tanto, las enfermeras que formulan las políticas tienen un papel de liderazgo que desempeñar al respecto.

Una de las metas (3.8) es la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), que ha recibido mucha atención como habilitador clave para el desarrollo sostenible.

Cobertura Sanitaria Universal (CSU)

El objetivo de la CSU es garantizar que todas las personas puedan recurrir a los servicios de salud en relación con la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos de suficiente calidad con la garantía de que el uso de estos servicios no provoca penurias financieras a los consumidores (OMS 2013).

El reciente informe “Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: primer informe del monitoreo global” (OMS y Grupo del Banco Mundial 2015) muestra que estamos muy lejos de alcanzar este logro. El informe, que es el primero de su género en medir la cobertura sanitaria universal y la protección financiera para evaluar el progreso de los países hacia la misma, ha analizado el acceso global a los servicios esenciales de salud en 2013 teniendo en cuenta la planificación familiar, los cuidados

*"Las personas más desfavorecidas del mundo ni siquiera tienen los servicios más básicos... El compromiso con la equidad es el corazón de la cobertura sanitaria universal. Las políticas y los programas de salud se deben centrar en la prestación de servicios sanitarios de calidad para los más pobres, las mujeres y los niños, las personas que viven en áreas rurales y los grupos minoritarios".*

- Dra. Marie-Paule Kieny, Subdirectora General, Sistemas de Salud e Innovación, OMS (OMS y Banco Mundial 2015)

antenatales, la asistencia cualificada en el parto, la inmunización infantil, la terapia antirretroviral, el tratamiento contra la tuberculosis y el acceso a agua limpia y a saneamiento. Tal y como se mencionó anteriormente, el informe pone de manifiesto que al menos 400 millones de personas carecían de acceso a al menos uno de estos servicios y que muchas personas estaban cayendo en la pobreza extrema o se acercaban cada vez más a ella por tener que pagar los servicios de salud de su propio bolsillo.

La OMS y el Grupo del Banco Mundial (2015) han recomendado que los países que persigan la CSU deben apuntar a cubrir a un mínimo del 80% de la población con los servicios de salud esenciales y que cualquier persona en cualquier lugar esté protegida de manera que no tenga que realizar pagos catastróficos y empobrecedores a cambio de servicios de salud.

Las enfermeras desempeñan un papel central en la consecución de la CSU y existen numerosos ejemplos en los que estas amplían el acceso a los servicios esenciales de salud (CIE 2011, 2015a). Entre las iniciativas del Consejo internacional de enfermeras para ampliar el acceso se encuentran, por ejemplo, los Centros de bienestar del CIE para los trabajadores sanitarios (véase [www.icn.ch/what-we-do/wellness-centres-for-health-care-workers/](http://www.icn.ch/what-we-do/wellness-centres-for-health-care-workers/)) y el proyecto del CIE Tuberculosis/tuberculosis multirresistente a los fármacos ([www.icn.ch/tb-mdr-tb-project/welcome-to-the-icn-tb-mdr-tb-project.html](http://www.icn.ch/tb-mdr-tb-project/welcome-to-the-icn-tb-mdr-tb-project.html)).

### **Nuevas expectativas de la fuerza laboral**

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, *Garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos, en todas las edades*, es fundamental para la consecución de los demás ODS. La CSU no implica únicamente llegar a todos los necesitados sino también prestar servicios de salud de calidad centrados en las personas, lo cual requiere un sistema sanitario que funcione bien con un número suficiente de trabajadores de la salud bien formados y motivados. Para 2030 se prevé una carencia de 10,1 millones de profesionales sanitarios cualificados –enfermeras, matronas y médicos - (GHW 2015). Muchos de los países que han tenido dificultades para lograr los ODM padecen carencias y una distribución inadecuada del personal sanitario (CIE 2014). La escasez de personal de salud cualificado, incluidas las enfermeras, se pone de manifiesto como uno de los mayores obstáculos para la eficacia de los sistemas de salud (Buchan y Aiken 2008). La inversión en personal sigue siendo reducida y las proyecciones sobre el futuro demuestran que los países de renta baja tendrán que afrontar una brecha cada vez mayor entre la oferta y la demanda de trabajadores de la salud (Tangcharoensathien et al 2015). Cada vez hay más expectativas de que los países ricos y pobres por igual consigan ser autosuficientes a nivel nacional para gestionar la oferta y la demanda de su país en materia de recursos humanos para la salud realizando una planificación adecuada al respecto (CIE 2014).

En este sentido, la OMS ha elaborado una Estrategia mundial sobre los recursos humanos para la salud (RHS): personal sanitario de aquí a 2030 que se espera que se presente a la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en mayo de 2016 para su adopción.



**Recuadro 3. Estrategia mundial sobre los recursos humanos para la salud: personal sanitario de aquí a 2030 - Borrador 1.0 presentado al Consejo Ejecutivo (138ª Reunión) (OMS 2015e)**

**Visión:** acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU garantizando acceso universal a trabajadores sanitarios.

**Objetivo general:** mejorar los resultados de salud y de desarrollo socioeconómico garantizando disponibilidad universal, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal sanitario realizando inversiones adecuadas e implementando políticas eficaces en los niveles nacional, regional y global.

**Principios**

- Promover el **derecho a la salud**.
- Proporcionar **servicios integrales de salud centrados en las personas**.
- Fomentar **comunidades** empoderadas y participativas.
- Defender los **derechos de todos los trabajadores sanitarios**, tanto personales como laborales y profesionales, teniendo en cuenta los entornos de trabajo seguros y decentes así como la libertad frente a cualquier forma de discriminación, coerción y violencia.
- Erradicar la **violencia de género**, así como la discriminación y el acoso.
- Promover la **colaboración y la solidaridad internacionales**, en línea con las prioridades nacionales.
- Garantizar **prácticas éticas en materia de reclutamiento** de conformidad con las disposiciones del Código de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario.
- Movilizar y sostener el **compromiso político y financiero** y promover la **inclusividad** y la colaboración entre sectores y distritos electorales.
- Promover la **innovación y el uso de la evidencia**.

**Objetivos**

1. Optimizar el desempeño, la calidad y la repercusión del personal sanitario mediante políticas basadas en la evidencia en relación con los recursos humanos para la salud, contribuyendo a una vida sana y al bienestar, así como a una cobertura sanitaria universal eficaz, a la resiliencia y a la seguridad en la salud en todos los niveles.
2. Alinear la inversión en recursos humanos para la salud con las necesidades actuales y futuras de la población teniendo en cuenta las dinámicas del mercado laboral para permitir mejorar al máximo los resultados de salud, la creación de empleo y el crecimiento económico.
3. Generar la capacidad de las instituciones en los niveles subnacional, nacional e internacional para un liderazgo y gobernanza eficaces de las acciones en materia de recursos humanos para la salud.
4. Fortalecer los datos sobre los recursos humanos para la salud con el fin de monitorizar y garantizar la rendición de cuentas en la implementación tanto de las estrategias nacionales como de la Estrategia mundial.

El CIE lleva mucho tiempo reconociendo la importancia de una mejor planificación en relación con la fuerza laboral de enfermería (CIE 2014) y ha apoyado el desarrollo de esta estrategia. Una vez adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), habrá expectativas para que se emprendan acciones a nivel local y sería conveniente que las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) comenzaran a trabajar ahora hacia estos objetivos y metas.

### **¿Por qué deben participar las enfermeras en el fortalecimiento del sistema de salud?**

Todos podemos reconocer que el mundo nunca ha tenido un abanico tan amplio de intervenciones y tecnologías para curar enfermedades e incrementar la esperanza de vida. Sin embargo, siguen aumentando las diferencias en los resultados de salud (Crisp y Chen 2014). La repercusión positiva de las intervenciones existentes no se corresponde con la capacidad de los sistemas de salud de realizarlas para aquellos más necesitados de manera completa y con una escala adecuada.

El papel de la salud pública en la construcción y el fortalecimiento de los sistemas de salud y en el incremento de su resiliencia es claramente una prioridad para todas las enfermeras. Invertir en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades puede tener una repercusión positiva con el potencial de aliviar las exigencias que se le plantean al sistema sanitario por parte de quienes tienen mala salud, así como contribuir económicamente a la sociedad a través de ciudadanos sanos y productivos (Jamison et al 2013). Tal y como afirman Tangcharoensathien et al (2015) en su artículo sobre la CSU y los ODS, “La atención primaria – a la cual tienen acceso la mayoría de los pobres – actúa como un gran centro para poner en práctica las intenciones sobre la cobertura sanitaria universal.”

Todas las recomendaciones políticas detalladas en los ODS y la propuesta sobre los RHS dejan claro que las acciones sobre los determinantes sociales de la salud deben ser una parte fundamental de la actividad de los profesionales sanitarios puesto que mejoran los resultados clínicos y ahorran dinero y tiempo a más largo plazo. Sin embargo, el argumento más convincente es que actuar para reducir las desigualdades en materia de salud es una cuestión de justicia social.

#### **¿Qué es la justicia social?**

“Justicia social significa realizar una distribución justa de los recursos y las responsabilidades entre los miembros de una población con un enfoque en la posición relativa de un grupo social en relación con otros en la sociedad, así como en la raíz de las causas de las disparidades y en lo que se puede hacer para eliminarlas (CNA 2009).”

Cuando se aplica la justicia social a la salud y a la atención sanitaria, el término “recursos” adquiere un significado que va más allá del acceso a los servicios de salud puesto que también incluye el acceso a otros bienes como a una vivienda, saneamiento, transporte, trabajo y educación. En su conjunto, se los conoce como los determinantes sociales de la salud. Actuar en aras de la justicia social significa trabajar para reducir las diferencias y promover un acceso igualitario. ***Dado que la mayoría de las enfermeras ven día a día ejemplos de inequidad, resulta evidente que estas tienen un papel significativo que desempeñar para contribuir a la consecución de sistemas fuertes en su práctica cotidiana.*** En el corazón de la promoción de la salud y el bienestar, la noción de justicia social es fundamental para todas las enfermeras (CNA 2009, Sheridan 2011 PJN 2013, CIE 2011).

Todos los profesionales de la salud tienen el potencial de actuar como poderosos defensores de las personas, las comunidades, el personal sanitario y la población en general. Dado que muchos de los factores que afectan a la salud están fuera del sector sanitario, como por ejemplo las experiencias de los primeros años de vida, la formación, la vida laboral, los ingresos, las condiciones de vida y el entorno, dichos profesionales quizá necesiten utilizar sus puestos como expertos en salud y como profesionales de confianza y respetados para promover o fomentar el cambio en otras áreas.

Institute of Health Equity (2013), p.5

El Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería establece claramente la responsabilidad de las enfermeras de poner en marcha y apoyar las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades sociosanitarias de los ciudadanos, en particular las de las poblaciones vulnerables (CIE 2012a). El papel de la enfermera como defensora de la equidad y la justicia social está plasmado en las directrices de numerosas ANE y también hay ejemplos de profesionales de la salud que trabajan juntos para tener mayor influencia en quienes formulan las políticas con el fin de mejorar las oportunidades en esta área (Allen et al 2013).

#### **Definición de enfermería**

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (CIE 2002).

Tal y como indican Tomblin-Murphy y Rose (2015) en su resumen de literatura relevante sobre el liderazgo de enfermería en el fortalecimiento de la atención primaria para apoyar los ODS y la cobertura sanitaria universal en todo el mundo, las enfermeras están formadas con un planteamiento holístico considerando todas las facetas de la salud y el bienestar de una persona para planificar y prestar cuidados. Asimismo, estos autores ponen de manifiesto que el enfoque sobre los determinantes de la salud es cada vez mayor pero señalan que los actuales modelos de prestación de atención de salud aún tienden a centrarse sobre todo en el tratamiento de las enfermedades. También resaltan la importancia de la atención primaria en las comunidades alejadas y/o en los países de renta baja-media donde buena parte de los cuidados prestados a nivel local depende de la pericia de los trabajadores de la comunidad o de los auxiliares de enfermería. **Un elemento clave para el desarrollo en el futuro es el papel que desempeñan las enfermeras y la enfermería a la hora de sostener a sus colegas en las comunidades a través de labores de defensa, tutoría, colaboración, reconociendo la importante contribución de los auxiliares de enfermería y los trabajadores de la comunidad para mantener los servicios locales** (Dick et al. 2007).

## Reflexión

Se reconoce que, en numerosos sistemas sanitarios, la salud se define mediante un “sistema basado en la enfermedad” con un enfoque primario en las personas y en sus enfermedades (OMS 2007). Este planteamiento ha producido un sistema de salud que no satisface bien las necesidades de la sociedad en sentido más amplio. ¿Está Ud. de acuerdo? ¿Qué podemos hacer para cambiar esta situación?



La investigación muestra que cuanto más dividida está una sociedad, menos probable es que adopte políticas de salud pública. ¿Cómo podemos trabajar para mejorar la cohesión en las comunidades a las que pretendemos prestar servicio?

(McKee y Mackenbach 2013)



## Capítulo 2

# Desarrollando un sistema de salud fuerte

### Una mirada más profunda a los sistemas de salud

Los sistemas de salud abarcan muchos subsistemas, como por ejemplo los recursos humanos, los sistemas de información, las finanzas de la salud y la gobernanza de la salud (Recuadro 4).

#### Recuadro 4. ¿Qué es un sistema de salud?

Un sistema de salud está formado por todas aquellas organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primaria es mejorar la salud. Aquí cabe incluir los esfuerzos para influir en los determinantes de la salud así como las actividades más directas para mejorarla. El sistema de salud realiza intervenciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación a través de una combinación de acciones de salud pública y de la pirámide de instalaciones sanitarias que dispensan atención de salud personal gracias a actores tanto estatales como no estatales. Las acciones del sistema de salud deben dar respuesta y ser justas desde el punto de vista financiero, tratando a las personas con respeto. Un sistema de salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones, así como orientación y dirección de carácter general para funcionar.

OMS (2007)

En 2007, la OMS estableció el fortalecimiento de los sistemas de salud como prioridad estratégica global argumentando que era “Asunto de todos” (OMS 2007).

Se identificaron los siguientes **seis bloques de construcción clave** para conseguir un sistema sanitario fuerte:

1. Unos buenos **servicios de salud** son aquellos en los que se realizan intervenciones de salud eficaces, seguras y de calidad tanto personales como no personales para quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan, con un desperdicio mínimo de recursos.

2. Un **personal sanitario** que ofrece buenos resultados es aquel que responde de manera justa y eficiente para lograr los mejores resultados de salud posibles teniendo en cuenta los recursos disponibles y las circunstancias (por ejemplo, con suficiente personal y distribuido de manera justa; el personal es competente, tiene capacidad de respuesta y es productivo).
3. Un sistema de **información de salud** que funciona bien es aquel que garantiza la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, los resultados del sistema sanitario y la situación en materia de salud.
4. Un sistema de salud que funciona bien garantiza acceso equitativo a **productos médicos, vacunas y tecnologías** esenciales de calidad, seguridad, eficacia y rentabilidad garantizada permitiendo su utilización con solidez científica y rentabilidad.
5. Un buen sistema de **financiación de la salud** recauda fondos adecuados para la salud de manera que las personas puedan utilizar los servicios necesarios estando protegidas frente a catástrofes financieras o al empobrecimiento asociado a tener que pagar dichos servicios. Asimismo, proporciona incentivos para que los proveedores y los usuarios sean eficientes.
6. Para que haya **liderazgo y gobernanza** es necesario garantizar la presencia de marcos políticos estratégicos junto con supervisión, construcción de coaliciones, reglamentación, atención al diseño del sistema y rendición de cuentas de manera eficaz.

(OMS 2007, p.vi)

Es necesario tener sistemas de salud que funcionen bien para prestar atención de salud de calidad a todas las personas cuando la necesitan, donde la necesitan y a precios que se puedan permitir. Sin embargo, el fortalecimiento de los sistemas de salud supone un reto a causa de su complejidad. USAID (n.d.) define este desafío en su descripción del fortalecimiento de los sistemas de salud:

“Es un proceso que se concentra en garantizar que las personas y las instituciones, tanto públicas como privadas, asuman funciones centrales del sistema de salud (gobernanza, financiación, prestación de servicios, personal de salud, información, y medicinas/vacunas/otras tecnologías) potenciándose mutuamente con el fin de mejorar los resultados de salud, proteger a los ciudadanos frente a pérdidas financieras catastróficas y al empobrecimiento debido a enfermedades y garantizando la satisfacción del consumidor de manera equitativa, eficiente y sostenible.”

Todos los subsistemas de un sistema de salud pueden verse debilitados por distintos tipos de restricciones. Por ejemplo, la atención de salud puede costar demasiado y provocar que las personas tarden en acudir a recibir cuidados o que sencillamente no acudan a solicitarlos. El presupuesto sanitario de un país puede no cubrir todas las necesidades de salud de su población viéndose afectados, como consecuencia, sus resultados de salud.

En la mayoría de los sistemas de salud, la partida dedicada al personal sanitario representa aproximadamente el 70% del gasto recurrente (OMS 2006). Sin embargo, cabe recordar que no es posible tener un sistema de salud fuerte sin personal sanitario que ofrezca buenos resultados. Con otras palabras, no se puede lograr que la población esté sana sin invertir en la fuerza laboral sanitaria. Cada vez hay más evidencia de que, además del beneficio económico de mantener a las personas sanas, las

inversiones en personal de salud pueden tener repercusiones positivas en el desarrollo socioeconómico (GHWA 2015). Tenemos que transformar la forma tradicional de considerar el personal de salud como un coste o gasto recurrente para pasar a considerar la inversión en él como una estrategia para lograr la salud para todos y lograr el crecimiento de las economías creando puestos de trabajo cualificados en el sector público.

Un sistema de salud débil no puede ser resiliente. El siguiente capítulo analizará cómo podemos mejorar la resiliencia de los sistemas de salud.

### Reflexión

Al pensar en su lugar de trabajo, ¿ve Ud. los seis pilares de la OMS (2007) en acción? ¿Dónde hay que fortalecerlos? ¿Qué puede hacer Ud. y quién podría ayudarle?



Un sistema de salud sostenible tiene tres atributos clave: asequibilidad, para los pacientes y las familias, los empleadores y el gobierno; aceptabilidad para los principales distritos a los que pertenece, incluyendo a los pacientes y a los profesionales de la salud; y adaptabilidad, porque las necesidades de salud y de atención sanitaria no son estáticas.  
(Fineberg 2012, p.1020)





## Capítulo 3

### ¿Qué es la resiliencia de los sistemas de salud?

“La **resiliencia del sistema de salud** se puede definir como la capacidad de los actores, instituciones y poblaciones en el ámbito de la salud de prepararse y responder eficazmente a situaciones de crisis; manteniendo las funciones centrales cuando se produce una crisis; y, utilizando la información de las lecciones aprendidas durante la crisis, realizar una reorganización si las condiciones así lo requieren.”

Kruk et al (2015) p.1910

#### ¿Qué es la resiliencia del sistema de salud y cómo se puede mejorar?

Los sistemas de salud resilientes son fundamentales para la prestación de CSU y pueden proporcionar una respuesta inmediata a brotes de enfermedad. Tal y como indica Oxfam en su informe sobre las lecciones aprendidas del brote de Ébola (2015), con el apoyo de evidencia de otras fuentes, los sistemas de salud resilientes requieren inversiones a largo plazo en seis áreas clave que corresponden a los seis bloques de construcción de los sistemas de salud según la definición de la OMS (2007):

1. Un número adecuado de trabajadores sanitarios formados.
2. Medicamentos disponibles.
3. Sistemas de información de salud robustos, incluyendo vigilancia.
4. Infraestructura apropiada.
5. Suficiente financiación pública.
6. Un sector público fuerte para prestar servicios equitativos y de calidad.

## Punto de reflexión

Considere de manera crítica los seis puntos asociados a un sistema de salud resiliente.

¿Cómo “puntuaría” su organización/sistema? ¿Hay alguna acción que podría adoptar Ud. individualmente o con colegas para mejorarlo?

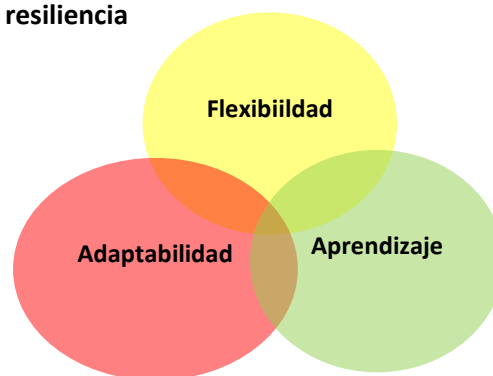


Aunque se ha hecho mucho para desarrollar sistemas de salud fuertes, parece que la respuesta no es completa; los sistemas, y las personas que están en ellos, también han de poder soportar el cambio y los retos.

El objetivo de los sistemas de salud exitosos es tener la capacidad de adaptarse, aprender y ser flexibles. Estos tres conceptos centrales son fundamentales para construir y desarrollar la resiliencia.

- La **flexibilidad** se caracteriza por la capacidad de la organización de modificar fácilmente sus procesos, que podrían estar relacionados con determinados factores como por ejemplo las condiciones de trabajo de la fuerza laboral o los modelos de prestación de servicios.
- La **adaptabilidad** es la capacidad de una organización de cambiar y ser cambiada para encajar o trabajar mejor en alguna situación o para alguna finalidad.
- Una organización de **aprendizaje** es aquella que facilita el aprendizaje de sus miembros y se transforma continuamente.

Figura 1. Los tres factores para la resiliencia



En un artículo que recaba ideas de la investigación sobre la resiliencia provenientes de otros campos, Kruk et al (2015) exploran la resiliencia del sistema de salud describiéndola como una propiedad emergente del sistema sanitario en su conjunto que no necesariamente se puede abordar considerando únicamente el contexto nacional. Asimismo, consideran que la resiliencia del sistema de salud es un bien público global que requiere una respuesta colectiva de la comunidad global.

Kruk et al (2015) establecen cinco elementos clave en un sistema de salud resiliente:

1. Los sistemas de salud resilientes están al día: utilizan información para comprender y elaborar modelos sobre los riesgos y las respuestas.
2. Los sistemas de salud resilientes son diversos: tienen la capacidad de abordar un amplio abanico de retos debidos a la variedad de recursos disponibles, por ejemplo atención primaria, capacidad de la fuerza laboral (es más factible allá donde hay CSU).
3. Los sistemas de salud resilientes se autorregulan: pueden contener y aislar amenazas mientras siguen prestando servicios centrales de salud y desplazar recursos adicionales en caso necesario.
4. Los sistemas de salud resilientes son integrales: generan conexiones fuertes con otros socios, comunidades y agencias clave.
5. Los sistemas de salud resilientes se adaptan: no solo en tiempos de crisis sino también en tiempos normales, cambiando por ejemplo en función de las necesidades demográficas, las personas desplazadas internamente y los métodos de prestación de servicios.

Aquí surge por tanto la cuestión de dónde invertir los recursos limitados que hay a disposición para construir sistemas de salud resilientes. Tal y como indica Oxfam (2015), “Es cierto que la prestación de servicios públicos ha sido objeto históricamente de infrainversiones crónicas y se han planteado preocupaciones sobre la calidad de los servicios, pero la evidencia muestra que sigue siendo el modelo más eficaz y equitativo de dispensar atención de salud para todos.” (p.21). Cabe recordar que la atención primaria (AP) es el medio preferido para prestar servicios de salud esenciales con eficacia y a un coste que los gobiernos y las comunidades se pueden permitir (OMS 2008). Un sistema de salud nacional es más eficaz cuando se basa en una AP que presta un abanico de servicios de salud fundamentales con financiación pública, acceso universal y de manera equitativa para la población. En los países que han logrado una cobertura sanitaria casi universal, los servicios de atención de salud están financiados a través de los sistemas de recaudación de impuestos (OMS 2010a). Es necesario que los mecanismos de financiación permitan acceso universal a los cuidados sin colocar una pesada carga sobre los pobres, lo cual requiere la implementación de un sistema de financiación sólido que elimine barreras al acceso – como por ejemplo los pagos del propio bolsillo, la distancia y el tiempo de viaje a la instalación de salud – y a los cuidados de alta calidad (CIE 2015a, p.9).

Tal y como se ha resaltado en numerosos informes, cuando los costes de la atención de salud se convierten en una carga financiera, la pobreza aumenta, especialmente en el caso de las mujeres. Por otro lado, los servicios sanitarios públicos no solo mejoran la salud de la población sino que también eliminan cargas financieras y contribuyen a reducir la desigualdad (OMS 2010b). Al igual que algunas intervenciones como las vacunas básicas para los niños son un bien público global, las inversiones en la resiliencia del sector de la salud también se deberían ver de esta forma (Oxfam 2015).

Los bienes públicos globales se definen como aquellos de los que nadie debe quedar excluido y cuyo uso por parte de una persona no reduce el uso por parte de los demás.

Oxfam (2015)

De la misma manera, el control de las enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA o la tuberculosis, se considera un bien público global (OMS 2016), pero necesitamos sistemas de salud resilientes – adaptables, informados e

integrados – para manejar eficazmente brotes de enfermedades infecciosas como el virus del Ébola en 2014. Las inversiones en sistemas de salud resilientes se deben ver como un bien público global y una ‘ayuda’, como una contribución mutuamente beneficiosa para todos. En lugar de centrarnos en un programa o política en particular, como por ejemplo en una enfermedad en concreto o programa de construcción, la ‘ayuda’ de los donantes a un país sería una aportación a la financiación de sistemas de salud resilientes en ese país en beneficio de sus ciudadanos y de aquellos fuera de sus fronteras.

### **Punto de reflexión**

¿Cree que invertir en la resiliencia del sistema de salud es un bien público global? ¿Cambiaría su opinión sobre la distribución de la “ayuda” si se planteara así?



### **Las enfermeras en el corazón de la resiliencia**

Las enfermeras realizan una contribución significativa al desarrollo y al mantenimiento de la resiliencia de los sistemas de salud. Contribuimos al desarrollo de los servicios; supervisamos y desarrollamos a otros miembros del equipo; trabajamos con los pacientes, sus cuidadores y sus comunidades, defendiendo a todos ellos; y recopilamos datos e informamos sobre el desarrollo de evidencia.

La importancia de la enfermería en todos los niveles del sistema de salud, incluyendo los niveles gubernamental y de formulación de políticas, es un hecho reconocido en el fortalecimiento de los sistemas de salud. Ventura et al (2015) han revisado la evolución de las iniciativas de la OMS para fortalecer la enfermería y la obstetricia encontrando documentación clara sobre la creciente importancia de las enfermeras como miembros del equipo de salud multidisciplinar y el papel que desempeñan en la mejora de los sistemas sanitarios. Las enfermeras líderes involucradas en la capacitación de los sistemas de salud aportan conocimientos sobre las necesidades de la población y pueden garantizar que las estrategias estén en línea con dichas necesidades.

Existe un vínculo claro entre el papel vital que desempeñan las enfermeras y la disponibilidad de evidencia. Las enfermeras líderes deben estar presentes en todos los niveles del sistema de salud para participar en la capacitación de dichos sistemas en función de las necesidades de la población (Ventura et al 2015).

Shamian et al. (2015) han elaborado una lista de nueve áreas en las que las enfermeras pueden realizar una contribución fundamental a los debates sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud y el personal sanitario. Dichas áreas de impacto se analizan con mayor detalle a continuación.

Las enfermeras y la enfermería pueden:

**1. Liderar y apoyar la formación interprofesional (FI) y la práctica colaborativa interprofesional (PCI).**

La colaboración interprofesional es una solución innovadora para el fortalecimiento de los sistemas de salud. La FI prepara a los trabajadores sanitarios para la colaboración interprofesional y es un precursor esencial de la práctica colaborativa. La PCI crea una fuerza laboral sanitaria fuerte y flexible en la que los profesionales de la salud comparten las mejores prácticas en materia de oportunidades y retos. La práctica colaborativa representa una oportunidad como enfermeras de aprovechar al máximo nuestras habilidades y práctica con toda nuestra capacidad (OMS 2010b).

Se anima a las enfermeras a defender que la FI se incluya en los currículos centrales como parte de los programas de formación de los trabajadores sanitarios. En todos los entornos en que trabajan, las enfermeras líderes desempeñan un papel importante para el avance de la colaboración interprofesional y para garantizar su apoyo a través de gobernanza, políticas, entornos y modelos de prestación de servicios adecuados (Sullivan 2015).

**2. Defender un cambio paradigmático y operativo en la atención de salud que equilibre los cuidados centrados en la enfermedad y la salud de la población.**

Las agendas y planes globales “instan a reconocer que tenemos que estar en el tema de la salud y no en el tema de la enfermedad” (Shamian et al. 2015). A medida que los cuidados de enfermería se centran en las personas, comprendemos la necesidad de un equilibrio entre los sistemas de salud enfocados en la enfermedad y aquellos basados en la población. Las enfermeras pueden defender un planteamiento de salud para la población en su práctica incorporando estrategias de bienestar basadas en la comunidad y reconociendo los determinantes de la salud de las poblaciones (véase punto 9 a continuación).

**3. Identificar y defender estrategias globales y nacionales para abordar la mala distribución y la migración del personal sanitario.**

Estas estrategias se deben basar en la evidencia y estar adaptadas al contexto local. Asimismo, deben intentar abordar la reglamentación de la formación en enfermería, la combinación de habilidades, las condiciones y los entornos de trabajo, el desarrollo profesional continuo y las estructuras de carrera. Las asociaciones nacionales de enfermeras pueden cooperar con los organismos que toman las decisiones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, para lograr una planificación adecuada de los recursos humanos, estrategias éticas de reclutamiento y políticas nacionales sólidas sobre la inmigración y la emigración de las enfermeras (CIE 2007).

**4. Fortalecer y diversificar la atención primaria.**

La atención primaria (AP) genera resiliencia, eficiencia y equidad en los sistemas de salud. Fortalecer la AP requiere apoyo internacional, nacional, formativo, institucional, regulatorio e individual. Podemos actuar de muchas formas para construir, apoyar y sostener el papel de las enfermeras en la AP. Entre los ejemplos de la contribución que realiza la enfermería se encuentra la defensa de la legislación y las políticas que permiten que las enfermeras

ejerzan con toda su capacidad, participando en la investigación sobre la AP, trabajando para influir en las políticas sobre formación con el fin de incorporar conceptos y principios de atención primaria al menos como elementos básicos en el currículum de enfermería y alentando a las comunidades para que ejerzan presión y obtengan apoyo político en materia de atención primaria.

**5. Garantizar una voz de enfermería fuerte en todos los diálogos sobre elaboración de políticas y planificación en el sistema sociosanitario.** El CIE cree que todas las enfermeras deben contribuir a la formulación de políticas públicas y a la planificación en relación con los sistemas de prestación de cuidados, la financiación de la atención de salud, la ética en la sanidad y los determinantes de la salud (CIE 2008). Como colectivo, tenemos un enorme potencial para construir y ampliar nuestro capital político. Sin embargo, la clave para lograr este potencial se encuentra en la capacidad de la enfermera a título individual de reconocer y utilizar su propia voz. Las enfermeras que no tienen familiaridad con las modalidades de participación en la formulación de políticas pueden comenzar por conocer dicho proceso.

Existe toda una serie de ejemplos sobre cómo las enfermeras en distintas partes del mundo han trabajado para coordinar sus acciones y defender las políticas sobre los servicios públicos y sanitarios (Benton 2012). Asimismo, existen numerosas oportunidades para participar en la formulación de políticas especialmente en el nivel micropolítico en relación con las necesidades de la fuerza laboral de enfermería (Patton et al 2015, p.17).

El CIE insta a las ANE a emplear toda una serie de estrategias para contribuir a la elaboración de políticas eficaces, incluyendo la monitorización del uso de las enfermeras en la fuerza laboral; incorporación de nuevos modelos y estrategias de gestión; haciendo marketing de manera continuada en aras de una imagen positiva de la enfermería frente a grupos de interés clave en materia de gestión y formulación de políticas tanto a nivel nacional como internacional; difundiendo conocimientos e investigación relevantes; y desarrollando y manteniendo continuamente redes que permitan relaciones de trabajo colaborativas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (CIE 2008).

**6. Considerar la influencia de la reglamentación y la legislación en las cuestiones del sistema sanitario y la planificación de los recursos humanos para la salud.** Satisfacer las exigencias en relación con los RHS requiere una fuerza laboral de enfermería cualificada, competente y capaz de satisfacer las necesidades de la población. El CIE insta a que la reglamentación sea útil y transparente, además de rendir cuentas y ser fundamental, flexible, eficiente, representativa y proporcional; asimismo, insta a la colaboración con los grupos de interés para garantizar que las enfermeras tienen suficientes competencias y ejercen utilizando toda su formación y capacitación.

**7. Diseñar y mejorar las infraestructuras informativas y la recopilación de datos para apoyar el rediseño y la planificación del sistema de salud.** Las infraestructuras informativas pueden recopilar información sobre el tamaño, la combinación de habilidades, el tipo de licencia, la demografía, la distribución y la formación de la fuerza laboral de enfermería. Estos datos sobre el personal de

enfermería son necesarios para tomar decisiones informadas en relación con el rediseño y la planificación del sistema de salud.

**8. Participar en investigación relativa a los RHS y en la investigación y evaluación de los sistemas de salud** con el fin de crear y sintetizar la mejor evidencia. La investigación en enfermería desempeñará un papel importante en la planificación y el desarrollo de los RHS, así como a la hora de abordar las cuestiones políticas y del sistema sanitario requeridas para el fortalecimiento del mismo. La investigación sobre los sistemas de salud genera conocimientos basados en la evidencia para su uso en los niveles de formulación de políticas y planificación, así como en los niveles programáticos y operativos. Por otro lado, la evaluación valora las innovaciones y los resultados de salud, y en la comunidad de enfermería es necesario conocer mejor los beneficios de la investigación sobre los sistemas de salud para resaltar la importancia de la participación de las enfermeras en esta área.

**9. Considerar la influencia de las cuestiones complejas e omnipresentes, sociales y de género como los determinantes de la salud, la desigualdad y la inequidad.** La investigación sobre los RHS indica que los desequilibrios sistémicos de género plantean un gran reto para la fuerza laboral sanitaria (Newman 2014). Las mujeres han de participar en la toma de decisiones y en el establecimiento de las políticas desempeñando un papel de liderazgo en el establecimiento de la agenda sobre la salud. Se anima a las enfermeras formadoras y gestoras a promover la igualdad de género en sus entornos. Anticipar las necesidades del ciclo de vida de los trabajadores sanitarios y reconocer que hay que vigilar los factores socioculturales puede garantizar igualdad de oportunidades y la ausencia de discriminación (Newman 2014).





## Capítulo 4

# Mejorando la resiliencia organizativa

Las enfermeras están bien posicionadas de muchas formas para contribuir al desarrollo de los sistemas de salud pero la mayoría de ellas puede tener la máxima repercusión en los niveles individual, del equipo de salud y organizativo.

Sin embargo – como modelos e itinerarios de cambio en los cuidados – incluso el término “organización” puede ser difícil de describir. En ocasiones, incluso la pregunta “¿para quién trabajo?” puede no tener una respuesta obvia.

La capacidad de estar preparado para distintos retos se ve cada vez más como un resultado clave en una organización exitosa y los equipos de liderazgo estratégicos están centrados sobre todo en esta capacidad. La preparación o resiliencia de la organización es una competencia central del equipo de una Junta (CIPD 2011).

British Standard, BS65000 (2014) define "resiliencia organizativa " como la capacidad de una organización de anticipar, prepararse, responder y adaptarse a cambios incrementales y a alteraciones repentinas con el fin de sobrevivir y prosperar."

Utilizando un planteamiento estructurado en relación con la resiliencia, considere los siguientes ejemplos que se podrían producir en la práctica:

- Un servicio de urgencias que prevé un pico de demanda asociado a un gran accidente.
- Una instalación de salud que cuida de los adultos más mayores previendo una respuesta a un brote de gripe.
- Una instalación de salud aislada que anticipa un escenario en el que la adversidad de las condiciones climatológicas reduce las comunicaciones.
- Un lapso de control de una infección en una clínica de la comunidad que afecta a cientos de residentes.
- Un servicio pediátrico que prevé un incremento de las enfermedades respiratorias infantiles en invierno.

Si analizamos estos escenarios, parece que hay muchas partes del sistema de salud que han de trabajar juntas cuando se enfrentan a desafíos con el fin de evitar una anomalía grave en la capacidad del sistema para prestar cuidados apropiados.

Las organizaciones resilientes trabajan para estar preparadas para lo mejor, pero también para lo peor, restableciendo rápidamente sus capacidades cuando se enfrentan a interrupciones. Las personas de las organizaciones resilientes son atentas y conscientes de que se puede producir un fallo y buscan continuamente mecanismos para mejorar la fiabilidad de las operaciones en toda la organización.

## Reflexión



1. ¿Cuál ha sido el efecto del último cambio grande e inesperado en su organización? ¿Qué aprendió Ud. sobre este cambio? ¿Cómo se compartieron esas lecciones?
2. ¿Cómo se prepara su organización para afrontar cambios en el entorno sanitario? ¿Trabaja con socios para hacerlo?
3. ¿Qué procesos tiene su organización para identificar y analizar las tendencias emergentes? ¿Con qué nivel de eficacia se actúa sobre estas tendencias y se realizan los cambios necesarios?
4. ¿Qué más puede hacer Ud. para contribuir a la resiliencia de su organización?

## Planteamientos sobre el desarrollo de la resiliencia

En una guía elaborada para ayudar a las organizaciones a desarrollar la resiliencia, el Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD 2011) identifica las siguientes cuatro áreas a considerar en la elaboración de planteamientos al respecto: las características del trabajo de una persona; la cultura y los procedimientos operativos de una organización; las características y la influencia de los líderes en la organización; y los eventos externos y el entorno en que opera la organización. El CIPD (2011) describe cada una de ellas de la siguiente manera:

1. **Diseño del puesto de trabajo** – *La resiliencia depende de las características del papel que desempeña la persona en el trabajo, es decir, hasta qué punto es exigente su trabajo, cuánto control tiene en el mismo, y qué tipo de motivadores o recompensas (internas y externas) están asociados a su puesto de trabajo.*

- 2. Cultura y estructura organizativas** – *La cultura de la organización y la forma en que esta adopta procesos y procedimientos de trabajo se consideran aspectos centrales de la resiliencia. Por ejemplo, una organización con una estructura burocrática junto con una cultura de mando y control podría ser perjudicial en cuanto a la capacidad que tienen las personas de la organización de responder y adaptarse a los retos.*
- 3. Liderazgo** – *Los estilos de liderazgo emergente (liderazgo de los cuadros medios), atractivo y solidario pueden tener gran influencia en la capacidad de los empleados de ser resilientes frente a los eventos adversos.*
- 4. Entornos sistémicos/externos** – *El entorno externo y las relaciones sociales se consideran clave en materia de resiliencia. Si no se establecen redes de relaciones exitosas, tanto para los empleados como para la organización misma, esta quizá no tenga los recursos necesarios para adaptarse al cambio de manera eficaz y positiva. El apoyo social e institucional se considera clave en cada uno de los niveles. Asimismo, la resiliencia organizativa se considera que depende de la resiliencia de los grupos de interés, los competidores y la industria en que se opera.*

### **Cuidado de los equipos**

El enfoque de equipo es un concepto importante para la resiliencia organizativa en los sistemas complejos de prestación de atención de salud puesto que es imposible que un único colectivo profesional proporcione la continuidad de los cuidados y realice las consultas centradas en las personas. Hacen falta enlaces y derivaciones para lograr la coordinación y la continuidad de los cuidados. Cada vez hay más evidencia sobre los beneficios de un planteamiento de equipo incorporando mejores resultados de salud, así como una mayor satisfacción del cliente y el personal, y menores costes para las instituciones de salud (Mezzich et al 2015). Todos estos aspectos pueden contribuir a que las organizaciones sean más resilientes.

### **Entorno de trabajo**

Las organizaciones pueden apoyar la resiliencia garantizando un entorno positivo para la práctica (EPP) que ofrezca un lugar de trabajo seguro y saludable, así como oportunidades de formación continuada y desarrollo profesional, acceso al equipamiento y a los suministros necesarios, cargas de trabajo apropiadas y condiciones de trabajo atractivas (WHPA 2008). Otros elementos de los EPP son una cultura organizativa que apoye el trabajo en equipo de manera eficaz teniendo en cuenta cuestiones como la apertura en las comunicaciones, la transparencia, el apoyo, la supervisión y la tutoría.

El reclutamiento y la retención pueden afectar a la resiliencia de los sistemas de salud. Un diseño flexible de los puestos de trabajo constituye un elemento importante de los esfuerzos para reclutar y retener a empleados cualificados y mejorar el despliegue de las habilidades de enfermería disponibles (CIE 2012b).

Entre las ventajas de contar con prácticas laborales flexibles sobre las que las enfermeras tienen influencia o control se encuentran una mejor salud y bienestar, una mayor satisfacción laboral y compromiso organizativo y menos preocupaciones en materia de dotación de personal para la organización, como por ejemplo el absentismo y el recambio de personal. Poder elegir es el vínculo fundamental existente entre las prácticas de trabajo flexibles y los mejores resultados. Y la participación de las enfermeras en las decisiones sobre la dotación de personal y las programaciones pueden marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso (CIE 2012b).

### **Planteamientos sobre la gestión del riesgo**

Una parte importante del desarrollo de sistemas flexibles, adaptables y de aprendizaje está relacionada con la capacidad de determinar y gestionar el riesgo. Es posible evitar o reducir los efectos adversos en la salud derivados de los riesgos identificados aplicando un amplio abanico de medidas de gestión del riesgo por parte del sector de la salud y otros ámbitos trabajando conjuntamente con las personas que están en peligro a causa de estos eventos. En este sentido, se debe trabajar activamente con los grupos de pacientes y de la comunidad en calidad de socios en el desarrollo de respuestas innovadoras. Se ha escrito mucho sobre la evaluación y la gestión del riesgo y hay gran cantidad de recursos a disposición para apoyar el aprendizaje en esta área pero en su forma más simple la evaluación del riesgo pretende responder a cuatro preguntas relacionadas:

- ¿Qué puede ir mal?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Hasta qué punto es grave?
- ¿Es necesario actuar?

No suele ser posible eliminar todos los riesgos pero el personal sanitario tiene el deber de proteger a los pacientes en la medida de lo ‘razonablemente factible’, lo cual implica que debemos evitar cualquier riesgo innecesario. Lo mejor es centrarse en los riesgos que realmente importan, aquellos con el potencial de causar daños. Si el proceso de evaluación del riesgo se vuelve muy complicado, este puede ser perjudicial para su finalidad real, que es emprender alguna acción para prevenir que se produzcan riesgos.

La **gestión del riesgo** es la evaluación, el análisis y la gestión de riesgos. Es simplemente reconocer qué acontecimientos (peligros) pueden provocar daños en el futuro y minimizar su probabilidad (¿con qué frecuencia?) y sus consecuencias (¿hasta qué punto es grave?).

NHS Direct (2007)

Es necesario conectar nuestra comprensión del riesgo y la resiliencia. La nueva investigación en este campo apunta a cómo una comprensión conjunta de estos elementos nos ayudará a desarrollar nuevas ideas sobre las disparidades existentes en el ámbito de la salud (Panter-Brick 2014). Concretamente, los investigadores han defendido un conocimiento sofisticado del riesgo, una comprensión de la resiliencia con más fundamentos, y mediciones completas y significativas del riesgo, así como itinerarios de resiliencia entre culturas.

Tal y como indica Panter-Brick (2014), “En cuestiones de salud, la investigación sobre el riesgo a menudo está por encima de la investigación sobre la resiliencia. Sin embargo, cada vez tiene más auge la idea de

desplazar la atención desde el riesgo hacia la resiliencia en la investigación y en la práctica en el ámbito de la salud”.

Cada vez más, la evidencia apoya la estrecha relación entre la resiliencia organizativa y los resultados. Las estrategias positivas para apoyar el desarrollo de la resiliencia organizativa pueden ofrecer ventajas considerables tanto individuales como organizativas incluyendo una mayor productividad y bienestar, así como un índice menor de absentismo y recambio de personal (McAlister y McKinnon 2009).

### Punto de reflexión



¿Qué riesgos puede identificar en su organización?  
¿Cómo se prepararía Ud. para afrontarlos? Un ejemplo a considerar puede ser que un miembro del equipo de salud se ponga enfermo y se tome un día libre.  
¿Qué áreas es necesario fortalecer para mejorar la resiliencia de su organización? ¿Cómo podría abordarlas?



## Capítulo 5

# Desarrollando la resiliencia personal

Las enfermeras y la enfermería cada vez están sujetas a más presión, incluyendo revisiones y reorganizaciones periódicas, afrontando cambios en la prestación de servicios y en los modelos de cuidados, así como presiones financieras, expansión de los ámbitos de la práctica y mayores expectativas sobre lo que debe lograr la fuerza laboral de enfermería (CIE 2015b, 2015c). Las enfermeras, junto con otras categorías de personal sanitario, también experimentan estrés físico y psicológico a causa de los largos horarios de trabajo. Experimentar un mayor nivel de estrés y trabajar en entornos laborales difíciles contribuyen a mayores tasas de enfermedad y a bajos índices de retención del personal (McAlister y McKinnon 2009). La escasez de personal resultante puede provocar presión adicional sobre el personal restante. Hemos analizado qué se puede hacer a nivel organizativo, como por ejemplo garantizar la existencia de entornos positivos para la práctica (EPP). El presente capítulo analizará soluciones a nivel individual.

Se han documentado abundantemente los factores de estrés en el entorno sanitario, que son reales y válidos, y la solución para abordarlos es objeto de gran cantidad de investigación. El estrés crónico puede desembocar en una discapacidad cognitiva y en desórdenes mentales, perjudicando las emociones, las funciones de la memoria y la capacidad de pensar con claridad (Jackson et al 2007). Muchos planteamientos para abordar el estrés se centran en estrategias de afrontamiento que no necesariamente ayudan a la persona a generar resiliencia y a superar las dificultades a medida que estas se van produciendo o a reaccionar frente a los retos (Sull et al 2015). También es interesante considerar por qué algunas enfermeras adoptan estrategias, de autoprotección, que pueden reducir su capacidad de colaborar con los pacientes y los colegas de manera solidaria; otras desarrollan formas positivas de afrontamiento. **Todos tenemos la responsabilidad de cuidarnos y desarrollar estrategias de resiliencia. Si las enfermeras y las organizaciones sanitarias no pueden cuidar de sí mismas, ¿cómo pueden cuidar de las poblaciones y las comunidades a las que prestan sus servicios?**

La guía del CIPD (2011) para el desarrollo de la resiliencia establece tres planteamientos que las personas adoptan para desarrollar esta capacidad. Dichos planteamientos se pueden agrupar según se centren en atributos internos de la persona, en el entorno social o en una combinación de ambos:

1. **Características de la personalidad/individuales** – *La resiliencia es inherente a la persona y se considera una capacidad innata que forma parte de su personalidad. Aquí cabe incluir: el locus de control interno*



*(el control sobre la propia vida), la perseverancia, la gestión y la conciencia emocionales, el optimismo, la perspectiva, el sentido del humor, la autoeficacia (creer en las capacidades de uno mismo) y la capacidad de resolver problemas.*

**2. Entorno** – *La resiliencia depende completamente de las experiencias que una persona tiene con su entorno de manera que los factores externos a la persona, como por ejemplo cuánto apoyo social recibe, determinarán hasta qué punto es resiliente. La personalidad del individuo no se considera relevante.*

**3. Persona-entorno** – *La resiliencia es producto de la personalidad del individuo en combinación con las influencias del entorno como la familia, los compañeros y el entorno social.*

Las personas pueden reaccionar de manera distinta ante los mismos retos. La resiliencia personal es una combinación de características personales y habilidades aprendidas y, cada vez más, existe la opinión de que apoyar a las personas a desarrollar su resiliencia es especialmente beneficioso tanto para ellas como para los pacientes y las organizaciones.

Sull et al (2015) defienden encarecidamente que las organizaciones apoyen la realización de intervenciones de aprendizaje sobre resiliencia personal en el lugar de trabajo considerando la importancia del bienestar del personal y su repercusión en los cuidados a los pacientes. En Reino Unido, el informe NHS Health and Wellbeing Review (Informe sobre la Salud y el Bienestar en el Servicio Sanitario Nacional, Ministerio de Sanidad 2009) estableció relaciones claras entre la salud y el bienestar del personal y la seguridad del paciente. Dicho informe recomendaba que todas las organizaciones sanitarias nacionales de Reino Unido desarrollaran una estrategia clara y una visión de futuro.

## Figura 2. Modelo de resiliencia personal de Robertson Cooper

Disponible en: <http://www.robertsoncooper.com/blog/entry/how-non-psychologists-build-personal-resilience-1>



Los especialistas en bienestar, Robertson Cooper (Figura 2e), describen la resiliencia personal como la capacidad de mantener el bienestar y el rendimiento laboral estando bajo presión y teniendo en cuenta la capacidad de recuperarse eficazmente de los contratiempos. Asimismo, han desarrollado un modelo que se utiliza para sostener los planteamientos de formación y desarrollo dirigidos a fortalecer la resiliencia. Creen que es posible desarrollar la resiliencia en una persona independientemente de cuál sea su punto de partida.

Esta opinión también cuenta con el apoyo de la investigación de Jackson et al (2007) al sugerir que las enfermeras en particular pueden reducir su vulnerabilidad a la adversidad en el lugar de trabajo desarrollando y fortaleciendo su propia resiliencia personal. Cada vez se recomienda más que la formación sobre resiliencia se incorpore a la formación de enfermería y que se promueva el apoyo profesional a través de programas de tutoría.

### **Resiliencia, bienestar y salud mental: un mayor papel para las enfermeras**

Si desarrollamos una mejor comprensión de la relación entre la resiliencia personal y nuestra capacidad de prestar cuidados, por extensión, podemos ampliar nuestras habilidades hacia el exterior para apoyar la mejora de la resiliencia personal en la población en sentido más amplio. Sabemos que muchos de los shocks sociales mencionados con anterioridad tienen repercusiones inmediatas en la salud mental y en el bienestar, incluyendo un posible incremento en los riesgos de suicidio y en la violencia interpersonal. El desempleo es un gran factor de riesgo para la salud mental. A nivel global, los grandes desórdenes depresivos son la segunda causa de años vividos con discapacidad. Es cierto que los mayores costes para las sociedades hacen referencia a la productividad perdida en el trabajo y a otras actividades económicas, pero los costes humanos también están bien documentados (McDavid 2013).

Un buen entorno de trabajo es beneficioso para el bienestar tanto físico como mental. Es cierto que determinados niveles de estrés y exigencia pueden ser buenos para la salud pero también lo es que un mal entorno de trabajo puede tener una repercusión adversa (Jackson et al 2007). Una vez entendida esta cuestión, cabe esperar que los empleadores de los trabajadores sanitarios adopten un papel de liderazgo para incorporar las mejores prácticas en el sistema. Los cambios en las prácticas laborales, así como las reestructuraciones y los cambios rápidos en los límites pueden incrementar la posibilidad de promover estrés psicológico, fatiga, agotamiento y desórdenes depresivos. Si el sistema de salud trabaja activamente para limitar el cambio quizá se logre reducir cualquier impacto negativo.

### **Reflexión**



¿Qué problemas están obstaculizando su resiliencia personal en el lugar de trabajo?

¿Cómo puede movilizar apoyo en su lugar de trabajo?

## Capítulo 6

### El camino hacia adelante

En los capítulos anteriores, hemos examinado las distintas maneras que las enfermeras pueden utilizar para contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la mejora de la resiliencia. Existen numerosos ejemplos en los que las enfermeras han sido el motor del cambio transformacional; han liderado mejoras significativas en la prestación de muchos servicios en todos los niveles del sistema, desde la política hasta la práctica. Por este motivo, nuestra respuesta puede tender de manera natural a ser de continuidad, para seguir haciendo las cosas como hasta ahora. Pero, en estos momentos más que nunca, hemos de considerar nuestro papel en el sistema en sentido más amplio. A continuación se ofrecen tres áreas prioritarias asociadas con nuevos conjuntos de habilidades para nuevos futuros y, para muchos de nosotros, estas áreas deberán ser un punto central para el desarrollo si deseamos acelerar el ritmo de cambio y nuestra repercusión profesional. Tenemos que ser flexibles, adaptables y abiertos a nuevas formas de aprendizaje. Las tres áreas son: 1) papel de las enfermeras en relación con la adopción de tecnologías digitales, 2) demostración de calidad e impacto, y 3) liderazgo en los sistemas.

#### 1. Adopción de tecnologías digitales

Tal y como indica la OMS (2007, 2010b) en sus seis bloques de construcción para un sistema de salud fuerte, existe la necesidad de contar con sistemas de información que funcionen bien y las enfermeras deben tener los recursos apropiados en relación con esta meta. La conectividad de los sistemas sanitarios y los rápidos cambios en las tecnologías de la comunicación han permitido que se desarrollen y compartan las innovaciones sanitarias más rápidamente que nunca. Las enfermeras están usando tecnologías para conectarse a instalaciones de atención primaria alejadas con el fin de garantizar que más personas logren acceder a asesoramiento experto. Cotidianamente, las enfermeras recurren a la tecnología para monitorizar las constantes vitales, entregar medicaciones y medir resultados. Ser digital requiere estar abierto a reexaminar toda nuestra forma de prestar cuidados y comprender dónde hay nuevas posibilidades.

Para adoptar nuevas tecnologías, las enfermeras tendrán que ser asertivas en sus requisitos en relación con un apoyo tecnológico apropiado. Con demasiada frecuencia se considera la tecnología como un proyecto desde arriba hacia abajo y las enfermeras participan en el proceso de cambio demasiado tarde, lo cual desemboca en implementaciones lentas e ineficientes. En

“Globalmente, gastamos más de 4 billones de dólares estadounidenses en atención de salud cada año pero solo una diminuta fracción de esta cantidad se dedica a la utilización de tecnología digital para transformar los servicios. Evidentemente, no puede ser una solución en sí misma y, si no se integra como parte de una cultura de cambio más amplia, su repercusión será insignificante.”

Wilson and Langford 2015

cambio, hemos de ser líderes en el sistema y promover la idea de que las tecnologías pueden transformar los procesos de cuidados y mejorar la seguridad del paciente y la calidad. La tecnología digital afecta a todos los aspectos del entorno de la práctica de la enfermería en cada ámbito clínico y hemos de asegurarnos de tener líderes preparados para este reto. Según indica Cooper (2013) “obtener valor de la tecnología y de la información requiere formación, planificación estratégica e interés en que los datos sobre la salud mejoren nuestra forma de trabajar” (Cooper 2013, p11).

## Reflexión

¿Tiene Ud. interés en los datos de salud? En caso negativo, ¿cómo podría desarrollar interés en ellos? ¿Cómo podrían dichos datos mejorar su forma de trabajar?



## 2. Demostración de calidad e impacto

Una infraestructura de información robusta (como por ejemplo la tecnología digital) es un prerrequisito para la segunda área prioritaria. La manera en que las enfermeras demuestran la calidad y la repercusión de su trabajo es clave para garantizar que el resto del sistema comprenda y valore el papel que desempeñan. De esta forma, se garantizará la movilización de los recursos y los entornos necesarios para optimizar las contribuciones de la enfermería para mejorar la resiliencia. La labor de las enfermeras a menudo es invisible ante los demás y el uso de tecnologías en el punto de prestación de cuidados puede contribuir a mejorar la visibilidad. Sin embargo, es fundamental que las enfermeras participen activamente en la elaboración de estándares de calidad y tengan más oportunidades para influir en los cambios a nivel de políticas y sistemas. De este modo, la pericia de la enfermería podrá tener mayor repercusión en los sistemas centrados en la calidad y las personas. En todos los niveles de gobernanza y formulación de políticas, la pericia de la enfermería debe ser visible y la profesión debe valorarse como un actor crucial en la prestación de cuidados de calidad en todo el sistema de salud.

## Reflexión



¿Cómo demuestra Ud. la repercusión de los cuidados que dispensa? ¿Cuáles son los diferentes instrumentos que tiene a disposición? ¿Utiliza Ud. cada oportunidad para mostrar cómo marcan la diferencia las enfermeras?

### 3. Liderazgo de sistemas

Se ha escrito mucho sobre la naturaleza del liderazgo y su importancia para la enfermería y la atención de salud (Benton 2012). Sin embargo, tal y como hemos descrito, las enfermeras líderes se están enfrentando en la actualidad a una serie de retos y cambios sin precedentes, tanto previstos como imprevistos, que requerirán que trabajen de maneras flexibles y ágiles.

Los modelos de liderazgo basados en un único modelo organizativo, asociado a una estructura organizativa jerárquica, sencillamente no serán sostenibles. En particular, en el liderazgo en el sector público se han difuminado las fronteras organizativas, profesionales y geográficas a medida que se integran los servicios, se transforman los procesos de cuidados, se comparten los recursos y se despliega al personal con modalidades muy diferentes. Los investigadores en esta área han sugerido (Fillingham y Weir 2014) que “ahora es necesario que todos los líderes desplacen su centro de gravedad desde la lealtad a su organización hacia la lealtad al ciudadano y a la población en sentido más amplio” (p.23). Se trata de un cambio en el énfasis que resalta la importancia de una visión compartida y una coproducción de soluciones.

Fillingham y Weir describen un planteamiento denominado “liderazgo de sistemas”. Este enfoque se puede caracterizar por dos atributos distintos e interrelacionados: i) colaborativo y ii) cruzando fronteras – organizativas, profesionales y virtuales –

#### Recuadro 5. Cubriendo las necesidades emergentes: El Salvador

A pesar de haber dado grandes pasos en la prestación de servicios de salud a su población, El Salvador sigue enfrentándose a numerosos problemas. Consternada por el número de pacientes con fiebre del dengue que veía en una clínica alejada en una zona rural, una enfermera decidió ocuparse ella misma de la situación y elaborar un plan de cambio. Sabía que necesitaría obtener el apoyo de su director local, un médico, y decidió recopilar evidencia en función de las recomendaciones de la OMS.

Esta enfermera no tenía ninguna formación en materia de salud pública pero no permitió que esta carencia la detuviera en su propósito, así que recurrió a libros y a Internet y aprendió que elaborando un mapa geográfico de los casos podía determinar la localización y la magnitud del problema. También pudo, analizando los historiales, determinar que el problema estaba empeorando. Tras presentar esta información, junto con una sugerencia de que la clínica debía impartir sesiones informativas específicas en materia de salud para los grupos locales más afectados, se produjo un progreso espectacular en la lucha contra la fiebre del dengue. En la actualidad, la población local está contribuyendo a la lucha contra este gran problema; y esta enfermera, que ahora forma parte del equipo local de gestión, está ayudando a desarrollar programas en otras clínicas para afrontar problemas similares.

(Benton 2012)

llevando así a los líderes más allá de los límites habituales de sus responsabilidades y autoridad. Los autores describen los atributos de un “gran” liderazgo de sistemas y sugieren que las personas, los formadores y las organizaciones deben desarrollarlos con mayor intencionalidad (Recuadro 6).

#### Recuadro 6. Gran liderazgo de sistemas

El gran liderazgo de sistemas a menudo se manifiesta en los líderes a través de:

- Sus valores centrales personales, como por ejemplo inspirar una finalidad compartida asumiendo riesgos para defenderla.
- Su manera de percibir las cosas, como por ejemplo evaluando la información tras recopilar datos externos a su área de trabajo o aplicando planteamientos nuevos para mejorar el pensamiento actual.
- Su forma de pensar y analizar, como por ejemplo compartiendo la visión y comunicando con el fin de generar credibilidad y confianza o rindiendo cuentas sobre las actividades de gestión y apoyo.
- Su forma de relacionarse con los demás, como por ejemplo conectando los servicios y adaptándose a distintos estándares y planteamientos fuera de su organización.
- Sus comportamientos y acciones, como por ejemplo generando la capacidad de contar con sistemas de sucesión.
- Sus cualidades personales y su forma de ser, como por ejemplo ejerciendo influencia para obtener resultados, así como desarrollando agendas colaborativas y generando consenso.

[NHS Leadership Academy \(2015\)](#)

El planteamiento anterior respecto al liderazgo pone de manifiesto la importancia de construir alianzas y partenariados auténticos. Se trata de líderes que entienden que el cambio sostenible requiere tiempo, compromiso y constancia en la visión. Este planteamiento implica trabajar entre fronteras y a través de redes colaborativas para mejorar la resiliencia de los sistemas de salud.

#### Reflexión

¿Qué puede hacer Ud. para liderar su organización y su sistema de salud hacia una mayor resiliencia?



## Un plan de acción

Tras haber considerado los distintos aspectos para fortalecer y mejorar los sistemas de salud y desarrollar su resiliencia, es posible resumir algunos puntos de acción clave y considerar la planificación de nuestra respuesta:

### Las enfermeras a título individual

- ✓ Mantienen su salud y bienestar.
- ✓ Priorizan el desarrollo de su resiliencia personal y apoyan el desarrollo de la resiliencia de sus colaboradores.
- ✓ Consideran maneras para trabajar activamente con pacientes, cuidadores y comunidades con el fin de mejorar su comprensión sobre cómo mejorar sus habilidades en relación con el autocuidado e influyen en el desarrollo de servicios.
- ✓ Desarrollan sus habilidades para demostrar la repercusión positiva que la enfermería de alta calidad tiene en los resultados.
- ✓ Desarrollan el pensamiento sobre sus sistemas de salud construyendo redes fuertes en el sistema.

### Las instituciones/empleadores

- ✓ Garantizan entornos positivos para la práctica (EPP) dirigidos al personal sanitario.
- ✓ Apoyan la salud y el bienestar del personal sanitario.
- ✓ Proporcionan oportunidades de aprendizaje a los empleados.
- ✓ Garantizan la implementación de un sistema de revisión de incidentes críticos.
- ✓ Establecen planes sobre catástrofes en distintos lugares.

### Quienes formulan las políticas

- ✓ Establecen e implementan legislación para proteger a los trabajadores sanitarios y garantizar EPP.
- ✓ Planifican y gestionan apropiadamente el personal sanitario. Establecen un plan nacional sobre los RHS y lo implementan eficazmente.
- ✓ Aceleran el desplazamiento desde un sistema dominante centrado en la enfermedad a otro centrado en los servicios preventivos y en la promoción de la salud.
- ✓ Garantizan que la planificación de la resiliencia sea parte del desarrollo estratégico del sistema de salud.
- ✓ Involucran a las enfermeras a nivel político para garantizar un uso óptimo de sus habilidades en todo el sistema.

### El papel de las ANE

- ✓ Garantizan la formulación de políticas de salud eficaces para apoyar un rendimiento óptimo por parte de las enfermeras y aprovechan al máximo la contribución de la enfermería.
- ✓ Desarrollan enfermeras líderes para aprovechar al máximo la contribución de la enfermería en todos los niveles del sistema.





## Capítulo 7

### Conclusión

La presente carpeta se ha enfocado a cómo puede la fuerza laboral de enfermería contribuir a mejorar la resiliencia de los sistemas de salud. Está claro que tenemos que trabajar juntos para construir sistemas de salud fuertes y que sean resilientes para afrontar los retos del futuro y lograr la ambiciosa finalidad de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Las enfermeras tienen la responsabilidad ética y profesional de prestar servicios sanitarios de calidad a todas las personas que los necesitan. En calidad de profesionales comprometidas, innovadoras y orientadas a las soluciones, las enfermeras siguen prestando cuidados con resiliencia y versatilidad incluso con pocos o ningún recurso o apoyo organizativo. Sin embargo, mejorar la resiliencia de los sistemas de salud requiere esfuerzos intersectoriales por parte de todos los actores en todos los niveles. Las enfermeras, que prestan la mayoría de los servicios sanitarios en colaboración con colegas tanto en los sectores de la salud como en otros, desempeñan un importante papel en este proceso.

Otra razón para que las enfermeras participen en la reforma de las políticas del sector sanitario es la amplia repercusión que estas suelen tener en sus entornos de trabajo. Participando en las decisiones dirigidas al fortalecimiento del sistema de salud, podemos promover entornos positivos para la práctica que a su vez mejorarán la resiliencia de los sistemas sanitarios y los resultados de salud.

Las enfermeras han de desempeñar un papel integral a la hora de liderar el cambio. Con sistemas de salud rediseñados y la plena participación de las enfermeras en las políticas, estaremos mejor equipados para prestar cuidados de calidad para todos, incluso en tiempos difíciles.





## Desarrollo de los recursos humanos de salud

### Declaración de posición del CIE

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) considera que para el desarrollo de los recursos humanos de salud (planificación, gestión y desarrollo) es preciso un planteamiento interdisciplinario, intersectorial y de múltiples servicios. Así se reconocen las funciones complementarias de los dispensadores de servicios de salud y se valora la contribución de las distintas disciplinas. Se precisan las aportaciones de los principales interesados: consumidores, dispensadores de servicios, personal docente, investigadores, empleadores, directivos, administraciones, financiadores y organizaciones de profesiones de salud. Análogamente, el CIE reconoce que los sistemas integrados y completos de información sobre recursos humanos de salud y los modelos de planificación, así como las prácticas eficaces de gestión de los recursos humanos son los resultados que se desean de este proceso consultivo.

La necesidad de los pacientes debe ser la que determine las categorías del personal de salud y los conjuntos de capacidades que se precisan para dispensar los cuidados. Cuando se establecen nuevas categorías de trabajadores de salud o se introducen cambios de funciones, han de identificarse y planificarse desde el principio las posibles consecuencias que tendrán para los recursos humanos de salud nacionales y locales, para las estructuras de la carrera profesional, y para los resultados en los pacientes y en la comunidad. Éstas incluirían las disposiciones de financiación y las repercusiones para la organización. En la planificación de estos aspectos debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Las necesidades y prioridades de la atención de salud.
- Las competencias disponibles en el equipo de dispensadores de atención de salud, con inclusión de las compartidas por más de un grupo de dispensadores de atención de salud.
- El desarrollo de un conjunto de capacidades iniciales.
- Los cambios de capacidades, como funciones nuevas o avanzadas para las enfermeras.
- Las consecuencias formativas que se derivan de introducir cambios en las funciones y en los ámbitos del ejercicio profesional, incluida la previsión de programas de aprendizaje a lo largo de la vida.

- Los programas adecuados y accesibles de supervisión y actividad de mentores.
- Los factores de calidad y eficacia cuando se decide sobre el ámbito del ejercicio profesional de las enfermeras y otro personal.
- La equidad como valor fundamental del sistema de salud.
- Las consecuencias para la organización, la gestión, la prestación y la financiación de los servicios.
- El entorno y condiciones laborales de las enfermeras y demás personal de atención de salud.
- Las consecuencias reglamentarias.
- El efecto sobre las responsabilidades de los trabajadores que ya están en el sistema de atención de salud.
- El efecto sobre la carrera profesional de los actuales dispensadores de atención de salud y sobre las estructuras de carrera disponibles para los nuevos tipos de trabajadores de atención de salud.

Para que la enfermería participe eficazmente en el desarrollo de los recursos humanos de salud, han de identificarse y articularse plenamente las necesidades fundamentales de la enfermería. Así se reducirá al mínimo la duplicación y superposición del trabajo de las enfermeras con el de otros dispensadores de atención de salud. El CIE considera que la profesión de enfermería ha de impulsar el cambio, evaluar constantemente las consecuencias que tienen los cambios, planificados y no planificados, de los servicios de salud para la enfermería, las enfermeras y los resultados en los pacientes. Una parte importante de estos procedimientos de recursos humanos ha de ser la continua evaluación e investigación de la contribución de la enfermería a la atención de salud. Esa evaluación debe incluir datos de la práctica basada en pruebas e informar la adopción de decisiones en el futuro.

Las asociaciones nacionales de enfermeras y otras organizaciones de enfermería han de:

- Identificar los problemas críticos relacionados con la oferta y la demanda de personal de enfermería, con inclusión de los factores que influyen en la contratación, la retención y la motivación.
- Asegurar la participación de las enfermeras en la elaboración de las políticas y adopción de las decisiones y en la planificación, gestión y vigilancia, a todos los niveles, del desarrollo de los recursos humanos de salud. Las enfermeras deben participar en exámenes interdisciplinarios de

las funciones de los distintos tipos de trabajadores de salud, en los estudios de investigación y evaluación, y en la adopción de decisiones en lo que respecta a las funciones de las categorías actuales y nuevas de dispensadores de atención de salud.

- Ayudar a las enfermeras a adquirir capacidades de investigación y mejorarlas, a hacer investigación y utilizar las conclusiones de ella como base para la adopción de decisiones sobre el desarrollo de los recursos humanos de salud.
- Participar en los debates públicos sobre respuestas idóneas a la demanda de servicios de salud.
- Promover el desarrollo de entornos de calidad para el ejercicio profesional, y de oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional y de sistemas equitativos de remuneración, como aspecto positivo de los programas de contratación y retención.
- Reconocer y reflejar la diversidad cultural de la sociedad en el desarrollo de los recursos humanos.
- Fomentar la creación de capacidades en el sector de la gestión de los recursos humanos de salud, e inclusive que las enfermeras trabajen en niveles superiores y ejecutivos.
- Contribuir a impulsar un planteamiento humano de los recursos humanos de salud.
- Ofrecer un análisis interdisciplinario y preparar intervenciones eficaces para resolver las necesidades de salud.

Las enfermeras han de conocer y utilizar los servicios de recursos humanos en sus lugares de trabajo. Las políticas de desarrollo de esos recursos han de abarcar aspectos de la formación, la reglamentación y la práctica.

Las políticas de desarrollo de los recursos humanos de salud han de centrarse en su propia sostenibilidad, garantizar la presencia de un grupo de profesionales de salud en número adecuado y con las capacidades idóneas, que puedan satisfacer las necesidades de salud de la población de que se trate.

### **Antecedentes:**

La consecución del nivel de salud más alto posible en un país depende, en medida importante, de la disponibilidad de un personal de salud en número suficiente, adecuadamente preparado y distribuido, y capaz de prestar servicios de calidad económica. El desarrollo de los recursos humanos de salud tiene por objeto conseguir que, para satisfacer las necesidades de atención de salud, se disponga de la calidad, cantidad, combinación y distribución adecuadas del personal de salud en un entorno favorable al ejercicio profesional eficaz y seguro. Entre los factores que influyen en las decisiones sobre el número, clases y distribución de los dispensadores de atención de salud figuran los siguientes:

- Los avances de la ciencia y tecnología de la salud, las nuevas pautas de prestación de los cuidados de salud en los hospitales y en la comunidad, los cambios demográficos y la aparición de pautas de enfermedades.
- La conciencia creciente que tiene el público de la disponibilidad de los servicios de salud, que da lugar a una mayor demanda de esos servicios.
- Los costos crecientes de la atención de salud, los limitados recursos de salud que imponen muchas veces una revisión continua de las prioridades, y la creación de nuevas categorías de dispensadores de atención de salud.
- La legislación laboral, los requisitos reglamentarios de la profesión, las normas y reglamentos de la administración pública, las políticas de recursos humanos, salud pública y desarrollo.
- Los factores de género y cultura.
- Los nuevos riesgos para la salud.
- El acceso a la formación y el nivel de ésta.
- Las creencias culturales y relacionadas con la salud.
- El acceso a una medicina alternativa.
- Factores intergeneracionales.
- Factores organizativos.
- Limitaciones socioeconómicas y financieras.
- La globalización del mercado de trabajo local, nacional y mundial.

Las enfermeras han de participar en las actividades y en las iniciativas de ejercicio de influencia de sus asociaciones profesionales y sindicatos.

**Adoptada en 1999:**

**Examinada y revisada en 2007**

Sustituye a las siguientes declaraciones de posición anteriores del CIE: "Apoyo a las enfermeras", adoptada en 1989 y "Proliferación de nuevas categorías de trabajadores en el campo de la salud", adoptada en 1981, revisada en 1993.

**Declaraciones de posición del CIE relacionadas:**

- Ámbito de la práctica de enfermería
- La reglamentación de enfermería
- Protección del título de "Enfermera"
- Personal auxiliar o de apoyo de enfermería
- Bienestar económico y social de las enfermeras
- el desarrollo de la carrera profesional en la enfermería
- Permanencia, transferencia y migración de las enfermeras

**Publicaciones del CIE:**

Directrices sobre La planificación de los recursos humanos de enfermería (1993)

Es tu carrera profesional: ocúpate de ella - Planificación y desarrollo de la carrera profesional (2001)

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.



## Servicios de salud asequibles financiados por el sector público

# Declaración de posición

### 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

### **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**

#### **Declaraciones de posición relacionadas:**

- Promover el valor y la relación costo-eficacia de la enfermería
- Las enfermeras y la atención primaria de salud
- Desarrollo de los recursos humanos de salud

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

---

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



## **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**

**Declaraciones de posición relacionadas:**

- Gestión de los servicios de enfermería y atención de salud.
- Relación costo - eficacia y valor de la enfermería.
- Servicios de salud asequibles financiados por el sector público

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

## Referencias y recursos

Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (2015). Synthesis paper of the thematic working groups. Towards a global strategy on human resources for health. Disponible en: [www.who.int/hrh/documents/synthesis\\_paper\\_them2015/en/](http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Allen M et al (2013). Working for Health Equity: The Role of Health Professionals, UCL Institute of Health Equity. Londres.

Awoonor-Williams JK, Bawah AA, Nyongator FK, Asuru R, Oduro A, Ofosu A & Phillips JF(2013). The Ghana essential health interventions program: a plausibility trial of the impact of health systems strengthening on maternal & child survival, *BMC Health Services Research* 2013, 13 (Suppl 2):S3 doi:10.1186/1472-6963-13-S2-S3. Disponible en: [www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S2/S3](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S2/S3). Último acceso: 5 de febrero de 2016.

Bates I et al (2011). Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies, *Health Research Policy and Systems*, Vol. 9 No 3 (marzo): 14, Disponible en: [www.health-policy-systems.com/content/9/1/14/abstract](http://www.health-policy-systems.com/content/9/1/14/abstract). Último acceso: 5 de octubre de 2015.

Benton D (2012). Advocating Globally to Shape Policy and Strengthen Nursing's Influence.

British Standards Institution (2014). Guidance on organizational resilience. BS 65000

Buchan J & Aiken L (2008). Solving nursing shortages: a common priority, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 24), 3262-3268.

Campbell J et al. (2015). Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. *BMJ* 2015;351:h4148,

Canadian Nurses Association (2009). Ethics In Practice Social Justice in Practice, abril de 2009.

Consejo internacional de enfermeras (2002). Definición de enfermería. Disponible en: [www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/](http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/). Último acceso: 10 de febrero de 2016.

Consejo internacional de enfermeras (2007). "Declaración de posición: retención y migración de las enfermeras", Disponible en: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/C06\\_Nurse\\_Retention\\_Migration.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C06_Nurse_Retention_Migration.pdf). Último acceso: 13 de enero de 2016.

Consejo internacional de enfermeras (2008). "Declaración de posición: 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](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Consejo internacional de enfermeras (2011). Resolver la desigualdad: aumentar el acceso y la equidad. Carpeta del Día Internacional de la Enfermera. Disponible en: [www.icn.ch/publications/2011-closing-the-gap-increasing-access-and-equity/](http://www.icn.ch/publications/2011-closing-the-gap-increasing-access-and-equity/). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Consejo internacional de enfermeras (2012a). Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Disponible en: [www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/](http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Consejo internacional de enfermeras (2012b). Prácticas de trabajo flexible en la enfermería. Centro Internacional para los Recursos Humanos de Enfermería, página informativa. Disponible en: [www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Facts\\_Sheets/Flexible%20Work%20Practices%20in%20Nursing.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Facts_Sheets/Flexible%20Work%20Practices%20in%20Nursing.pdf)). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Consejo internacional de enfermeras (2013). Resolver la desigualdad: Objetivos de Desarrollo del Milenio 8,7,6,5,4,3,2,1. Carpeta del Día Internacional de la Enfermera. Disponible en: [www.icn.ch/publications/2013-closing-the-gap-millennium-development-goals-8-7-6-5-4-3-2-1/](http://www.icn.ch/publications/2013-closing-the-gap-millennium-development-goals-8-7-6-5-4-3-2-1/). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Consejo internacional de enfermeras (2014). Las enfermeras: una fuerza para el cambio: un recurso vital para la salud. Carpeta del Día Internacional de la Enfermera. Disponible en: [www.icn.ch/publications/2014-nurses-a-force-for-change-a-vital-resource-for-health/](http://www.icn.ch/publications/2014-nurses-a-force-for-change-a-vital-resource-for-health/). Último acceso: 10 de febrero de 2016.

Consejo internacional de enfermeras (2015a). Las enfermeras: una fuerza para el cambio, eficaces en cuidados, eficientes en costos. Carpeta del Día Internacional de la Enfermera. Disponible en: [www.icn.ch/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/](http://www.icn.ch/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/). Último acceso: 10 de febrero de 2016.

Consejo internacional de enfermeras (2015b), Declaración del Consejo internacional de enfermeras sobre la consulta conjunta CIE-OMS en relación con la Estrategia mundial sobre los recursos humanos para la salud, 23 de junio de 2015.

Consejo internacional de enfermeras (2015c). Consulta sobre la Estrategia mundial sobre los RHS. Disponible en: [www.icn.ch/what-we-do/the-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030](http://www.icn.ch/what-we-do/the-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030). Último acceso: 8 de noviembre de 2015

Cooper A (2013). Paperless In the United Kingdom. *American Nurses Today*, Special Issue, vol 8, no 11, p11.

Crisp N & Chen L (2014). Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine* Vol. 370, no.10: pp 950-957.

Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD) (2011). Developing resilience: An evidence-based guide for practitioners, CIPD, Londres.

David KE et al. (2015). Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic, *Lancet Global Health* Volume 3, No. 8, e439–e440, agosto de 2015. Disponible en: [www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2815%2900065-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2815%2900065-0/fulltext)).

Department of Health (2009). NHS Health and Wellbeing Review, Leeds, Reino Unido.

Dick J, Clarke M, Van Zyl H & Daniels K (2007). Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector. *International Nursing Review*, 54(4), 383-390.

Fillingham D & Weir B (2014). Systems leadership, Kings Fund, Londres, Reino Unido.

Fineberg HV (2012). A successful and sustainable health system—how to get there from here. *New England Journal of Medicine*, Vol. 366 No.11, pp 1020-1027.

Institute of Health Equity (2013). Working for Health Equity: The Role of Health Professionals Disponible en: [www.instituteoftheequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals](http://www.instituteoftheequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Jackson D, Firtko A & Edenborough M (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60; 1-9

Jamison DT et al.(2013). Global health 2035: a world converging within a generation, *The Lancet*, Volume 382 , Issue 9908 , 1898 – 1955. Disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)

Karanikolos M. et al. (2013). "Financial crisis, austerity, and health in Europe." ,*The Lancet* Vol. 381 No. 9874: pp. 1323-1331

Kruk ME et al. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola, *The Lancet*, Vol. 385 No. 9980: pp 1910-1912.

Marmot M, Allen J, Bell R, et al.( 2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide, *The Lancet*, Vol. 380 Issue 9846: pp 1011-1029.

McAlister M & McKinnon J (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29; 371-379.

McDavid D (2013). Mental health: A key challenge for Europe in the 21<sup>st</sup> century, *Eurohealth*, Vol 19 no 3 p14-17

McKee M & Mackenbach J (2013). How well are European countries performing in advancing public health, *Eurohealth* Vol19 no 3 p7-11

Mezzich JE, Appleyard J, Ghebrehwet T (2015). Interdisciplinary Collaboration and the Construction of Person Centered Medicine. *Int J Pers Centered Med*. 2015 Mar 6;4(3):149–55)

Naciones Unidas (2015). The Millennium Development Goals Report. Disponible en: [www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf). Último acceso: 8 de febrero de 2016.

Newman C (2014). "Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce", *Human Resources for Health*, vol. 12, no. 25, <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/25>. Último acceso: 13 de enero de 2016.

NHS Direct (2007). Healthcare risk assessment made easy. Disponible en: [www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59825](http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59825). Último acceso: 10 de febrero de 2016

NHS Leadership Academy (2015). Systems leadership. Disponible en: [www.leadershipacademy.nhs.uk/about/systems-leadership/](http://www.leadershipacademy.nhs.uk/about/systems-leadership/). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Organización Mundial de la Salud y World Bank (2015). Tracking universal health coverage: First global monitoring report Joint WHO/World Bank Group report, junio de 2015

Organización Mundial de la Salud (2003). Fifty-Sixth World Health Assembly, Strengthening Nursing and Midwifery, Report by the Secretariat: A56/19: Provisional Agenda Item, Disponible en: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/)

Organización Mundial de la Salud (2006). The World Health Report 2006: Working Together for Health, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Disponible en: [www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2008). Primary Health Care. Now More than Ever. Obtenido en: <http://www.who.int/whr/2008/en/>

Organización Mundial de la Salud (2010a). Monitoring the building blocks of health systems. A handbook of indicators and their measurement strategies. OMS, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2010b). Health systems financing: the path to universal coverage. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/en/>. Último acceso: 10 de febrero de 2016.

Organización Mundial de la Salud (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. by Kieny MP, Evans DB, Schmets G, Kadandale S. 2014 - Bull World Health Organ 2014;92:850 – <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-149278/en/#>).

Organización Mundial de la Salud (2015a). Health in 2015: from MDGs to SDGs. Ginebra: OMS. Disponible en [www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/](http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/)).

Organización Mundial de la Salud (2015b). Health workforce density per 1000 population, Global Health Observatory data repository. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=en>).

Organización Mundial de la Salud (2015c). Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. A preliminary report, 21 May 2015. Disponible en: [www.who.int/hrh/documents/21may2015\\_web\\_final.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf). Último acceso: 8 de febrero de 2016.

Organización Mundial de la Salud (2015d). Realising Nurses' Full Potential, Bulletin of the World Health Organisation, Vol 93 No. 9 (septiembre): Noticias. Disponible en: [www.who.int/bulletin/volumes/93/9/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/93/9/en/) Último acceso: 21 de septiembre de 2015.

Organización Mundial de la Salud (2015e). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 draft for consultation, OMS, Ginebra, Suiza

Organización Mundial de la Salud (2016). Global Public Goods. Disponible en: <http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/> Último acceso: 10 de febrero de 2016

Oxfam (2015). Never Again Building resilient health systems and learning from the Ebola Crisis, 203, Briefing paper.

Panter-Brick C (2014). Health, Risk, and Resilience: Interdisciplinary Concepts and Applications\**Annu. Rev. Anthropol.* 2014. 43:431–48

Patton R, Zalon M, Ludwick R (eds.) (2015). *Nurses Making Policy: From Bedside to Boardroom*, e-book, American Nurses Association & Springer Publishing Company, Nueva York, último acceso: 7 de enero de 2016, [https://books.google.ch/books?id=3MyRBQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ch/books?id=3MyRBQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false). Último acceso: 10 de febrero de 2016

Philippine Journal of Nursing (2013). 'Challenges of Equity and Access to Healthcare', Vol. 83 No. 2 (julio-diciembre)

Shamian J et al. (2015). No global health without human resources for health (HRH): The nursing lens, *Canadian Journal of Nursing Leadership* Vol. 28 No. 1.

Sheridan N et al. (2011). Health equity in the New Zealand health care system: a national survey. *International journal for equity in health*, Vol. 10.No. 1: pp 1-14.

Sull A, Harland N y Moore A (2015). Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2015, 10:20

Sullivan M, Kiovsy RD, Mason DJ, Hill CD y Dukes C (2015). "Interprofessional collaboration and education", *American Journal of Nursing*, vol.115, no.3, pp.47-54. Disponible en: [http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2015/03000/Interprofessional\\_Collaboration\\_and\\_Education.26.aspx](http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2015/03000/Interprofessional_Collaboration_and_Education.26.aspx). Último acceso: 13 de enero de 2016.

Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T (2015). Accelerating health equity : the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med.* 2015; 13: 101. Publicado en línea el 29 de abril de 2015. doi: 10.1186/s12916-015-0342-3

Tomblin-MurphyG & Rose A (2015). Nursing Leadership in Primary Health Care for the achievement of SDGs and HRH Global Strategies, Ginebra, Documento interno de trabajo del CIE

Tschudin V y Davis AJ (2008). The Globalisation of Nursing CRC Press



USAID (n.d.). What is Health Systems Strengthening? Disponible en: [www.hfgproject.org/about-hfg/about-health-systems-strengthening/](http://www.hfgproject.org/about-hfg/about-health-systems-strengthening/). Último acceso: 3 de febrero de 2016.

Ventura CA, Mendes IC, et al. (2015), The Evolution of World Health Organization's Initiatives for the Strengthening of Nursing and Midwifery, *Journal Of Nursing Scholarship*, Vol. 47 No. 5, pp 435-445

Wilson S & Langford K (2015). 10 ideas for 21<sup>st</sup> century healthcare, Innovation Unit, Londres. Disponible en: [www.innovationunit.org/sites/default/files/DIGITAL%20VERSION10%20Ideas%20Final.pdf](http://www.innovationunit.org/sites/default/files/DIGITAL%20VERSION10%20Ideas%20Final.pdf)

World Health Professions Alliance (2008). Positive practice environments for health care professionals [Internet]. WHPA; 2008. Disponible en: [www.whpa.org/ppe\\_fact\\_health\\_pro.pdf](http://www.whpa.org/ppe_fact_health_pro.pdf)