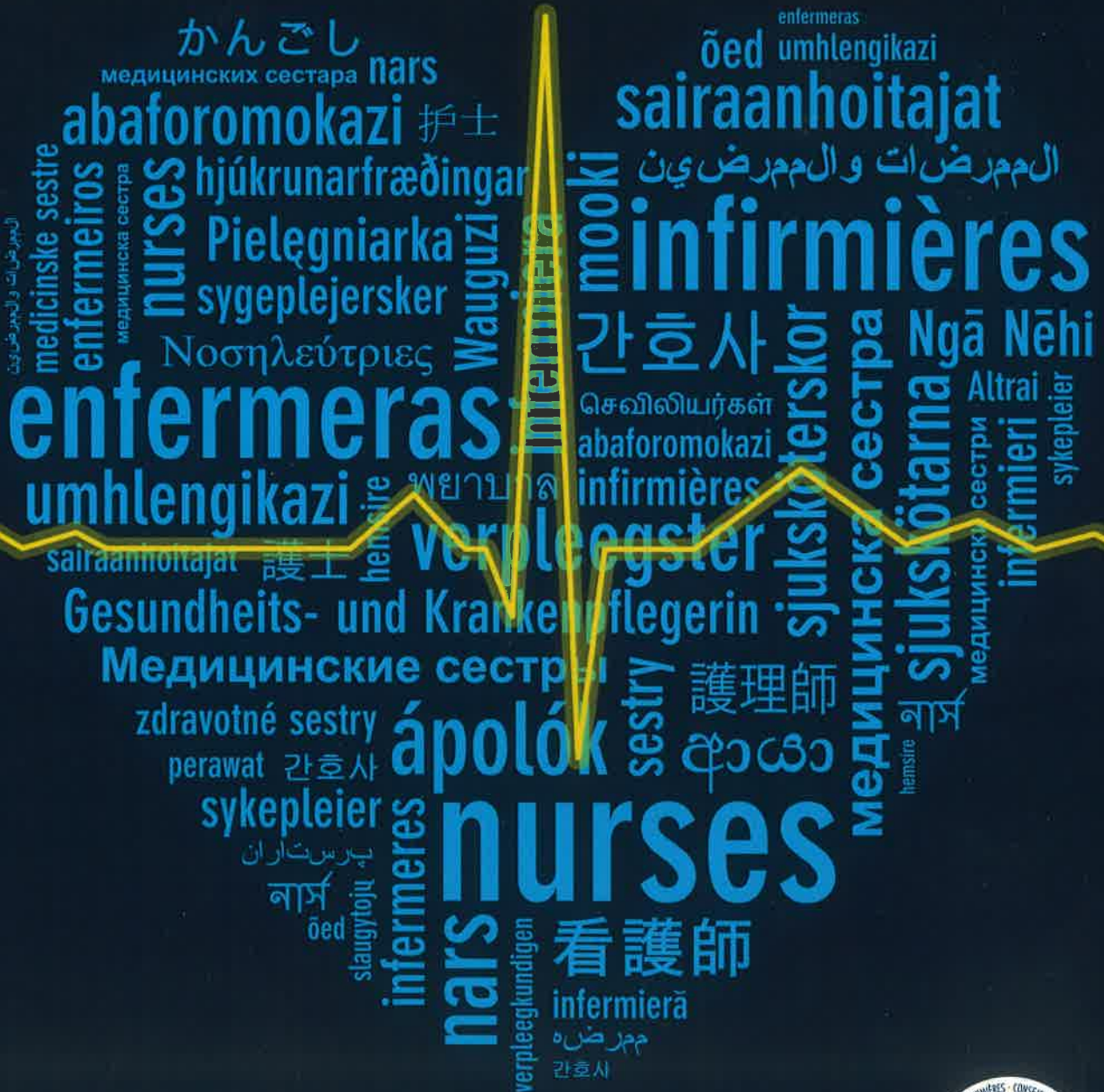


Consejo internacional de enfermeras

LAS ENFERMERAS: UNA FUERZA PARA EL CAMBIO

Un recurso vital para la salud



12 de mayo de 2014

Día internacional de la enfermera



Las enfermeras: Una fuerza para el cambio

Un recurso vital para la salud



DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA, 2014

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Ninguna parte de la presente publicación puede reproducirse por impresión, por medios fotostáticos o de cualquier otra manera, ni almacenarse en sistemas de recuperación ni transmitirse de ninguna forma, ni venderse sin autorización expresa y por escrito del Consejo internacional de enfermeras o del Centro para los recursos humanos de enfermería. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se indique la fuente.

Copyright © 2014 by International Council of Nurses
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95099-23-4

Índice

Capítulo 1:	Introducción	7
Capítulo 2:	Una visión completa	11
Capítulo 3:	Planificación de los recursos humanos	17
Capítulo 4:	Medición de la carga de trabajo de la enfermería	21
Capítulo 5:	La importancia del entorno laboral	29
Capítulo 6:	Mejorar el aprendizaje y los resultados	33
Capítulo 7:	Principales Consideraciones	35
Anexo 1:	Ejemplos de instrumentos, sitios Web y enlaces para la planificación de los recursos humanos	37
Anexo 2:	Ejemplos de instrumentos del entorno de los recursos humanos	41
Anexo 3:	Declaración de posición del CIE: Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud (DRHS)	47
Anexo 4:	Declaración de posición del CIE: Relación costo-eficacia y valor de la enfermería	51
Anexo 5:	Hoja informativa del CIE: Planificación de los recursos humanos de salud	55
Anexo 6:	Hoja informativa del CIE: Entornos positivos para la práctica	61
Referencias		67



Mayo de 2014

Estimadas compañeras:

Se reconoce cada vez más que unos trabajadores de salud en número suficiente y adecuadamente formados y motivados son esenciales para la salud de la población mundial. El acceso equitativo a los necesarios servicios de salud de buena calidad no puede conseguirse sin un número adecuado de enfermeras preparadas idóneamente. Este es el motivo por el que el CIE ha elegido centrarse en el medio vital que son los recursos humanos de enfermería, el tema del DIE de este año.

En tanto que grupo más numeroso de los profesionales de salud más cercanos y muchas veces los únicos trabajadores de salud disponibles para la población, las enfermeras tienen una gran responsabilidad para mejorar la salud de la población y para contribuir a la consecución de los Objetivos de desarrollo del milenio.

Este conjunto de instrumentos del DIE es esencial para comprender la imagen más amplia del mercado de trabajo de los cuidados de salud: la diferencia que hay entre la oferta y la demanda de trabajadores de salud, el efecto de la crisis financiera, la migración y la duración de la vida laboral de las enfermeras. Ese conjunto pone de relieve la importancia de la planificación de los recursos humanos y su vínculo con la seguridad del paciente; cómo medir la carga de trabajo de las enfermeras y planificar una dotación de personal segura. Con el cambiante ámbito de la práctica y con la influencia de la nueva tecnología ha variado también el modo de trabajo de las enfermeras.

Es evidente que si bien hay una escasez de enfermeras en muchos países, la solución no está sólo en añadir más enfermeras; mejorar el entorno laboral es esencial para aumentar la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados de salud. Esperamos inspirar a las enfermeras mediante este Conjunto de Instrumentos del DIE para que “cambien la imagen” y demuestren a las administraciones, a los empleadores y a la sociedad que las enfermeras son un recurso de vital importancia para la salud. ***Es esencial que las enfermeras y los dirigentes mundiales se centren en los recursos humanos de enfermería que hay en el mundo, como prioridad esencial para conseguir una mejor salud para todos.***

Atentos saludos,

Judith Shamian
Presidenta

David C. Benton
Director general

Recursos humanos de enfermería bien formados + buen entorno de trabajo = cuidados de salud de calidad

Esta sencilla ecuación, basada en pruebas, si se aplica en el plano mundial o local en el sistema de salud es fundamental para entender cómo aprovechar al máximo ese recurso vital que es la enfermería.

En los últimos decenios, hemos visto cambios en las cargas de la enfermedad, como en la demografía. La pesada y creciente carga de las enfermedades no transmisibles (ENT), entre ellas los desórdenes mentales y el envejecimiento de la sociedad, ha obligado a las administraciones y a las profesiones de salud a pensar de manera diferente. Esto ha conducido a considerar más la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y a cambiar el centro de interés del lugar de la prestación de los cuidados de las instituciones para ponerlo en una atención primaria de salud basada en la comunidad. Los nuevos riesgos de infecciones, del medio ambiente y del estilo de vida, en unos tiempos de rápidos cambios demográficos amenazan la seguridad de la salud de todos (Frenk et al 2010). Esto ha traído consigo la necesidad de reorientarse hacia los cuidados holísticos, en particular hacia los cuidados centrados en la persona y un criterio del transcurso de la vida.

Al mismo tiempo, hemos reconocido la desigualdad en la salud (OMS 2008) (véase el Cuadro 1). Como se acerca en 2015 la fecha fijada de los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM), se ha señalado que hay importantes variaciones en el progreso conseguido a pesar de las realizaciones logradas en el plano global. La carga de las ENT es más pesada en los países de renta baja y media, en los que es limitado el acceso a los cuidados de salud, incluidos los servicios de salud mental. La función de todos los trabajadores de salud para reducir esta diversidad se reconoce desde hace mucho tiempo y se ha avanzado en el desarrollo de los recursos humanos de salud, particularmente en el último decenio. Sin embargo, queda mucho por hacer (GHWA y OMS 2013). En el *Informe sobre la salud en el mundo 2006, Colaboremos por la salud*, se reconocía que la escasez de trabajadores de salud es más grave en los países más pobres, especialmente los del África Subsahariana, en los que los trabajadores de salud son más necesarios (OMS 2006). Además, el 3er Foro Mundial sobre los Recursos Humanos para la Salud (RHS) señala en su declaración que “el programa de los RHS trasciende las fronteras nacionales: la mala distribución geográfica y la migración internacional afectan a los países de renta baja, media y alta, en algunos casos impidiendo la prestación de servicios de salud aun esenciales. Habida cuenta de la función central que corresponde a los servicios de salud en la relación entre los ciudadanos y las administraciones, abordando estos problema se reforzará eficazmente la cohesión de las sociedades y se impulsará el crecimiento social y económico” (GHWA 2013, parr. 8).

Cuadro 1: La desigualdad en la salud

“Nuestros hijos tienen unas posibilidades de vida radicalmente diferentes en función del lugar en que han nacido. En el Japón o en Suecia pueden esperar vivir más de 80 años; en el Brasil, 72 años; en la India, 63 años; y en uno de varios países africanos, menos de 50 años. Y dentro de los países, las diferencias en las posibilidades de la vida son dramáticas y se observan en todo el mundo. Los más pobres entre los pobres tienen elevados niveles de enfermedad y de mortalidad prematura. Pero la salud deficiente no está limitada a los más pobres. En los países con los niveles de renta más altos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la posición socioeconómica, peor es la salud.

No tiene por qué ser así, ni está bien que así sea. Donde las diferencias sistemáticas de salud se consideran evitables mediante actuaciones razonables son, sencillamente, injustas. Es a esto a lo que llamamos desigualdad en la salud. Resolver estas desigualdades –las diferencias enormes y remediables en la salud entre los países y dentro de ellos– es cuestión de justicia social”.

(OMS 2008, pág. 1)

En estas circunstancias, se ha prestado cada vez más atención a los derechos humanos y a la equidad en la salud. Dirigentes del mundo han prestado su apoyo a la cobertura universal de la salud como objetivo internacionalmente acordado de política de salud y de desarrollo. Unos trabajadores de salud suficientes y adecuadamente formados y motivados son esenciales para la salud de la población (OMS 2006). El acceso equitativo a unos cuidados de salud necesarios y de buena calidad no puede conseguirse sin el número adecuado de enfermeras idóneamente preparadas.

Invirtiendo en la enfermería puede cambiarse la situación. Varios investigadores han demostrado que unas intervenciones de enfermería adecuadas pueden contribuir eficazmente a la consecución de los Objetivos de desarrollo del milenio y a reducir la carga de las ENT (OMS 2013a). El fortalecimiento de la atención primaria de salud será esencial para abordar la carga de las enfermedades crónicas y para llegar a los miembros de la sociedad más vulnerables y marginalizados; y las enfermeras desempeñarán en ello una función esencial (Browne et al 2012). Para emplear lo mejor posible a las enfermeras en el sistema de salud deben ser animadas y apoyadas a desarrollar todo su mayor potencial.

La Asamblea Mundial de la Salud (AMS), órgano supremo de adopción de decisiones de la OMS, ha reconocido repetidas veces la necesidad esencial de fortalecer los servicios de enfermería y de partería para conseguir una salud mejor para las personas, las familias y las comunidades. En el informe de situación de la OMS (2013b) se describen las realizaciones conseguidas en respuesta a la serie de resoluciones adoptadas por la AMS para fortalecer los servicios de enfermería y de obstetricia. Sin embargo el informe llega a la conclusión de que, en lo referente a la prestación de servicios de salud, muchos siguen teniendo escasez de enfermeras y de matronas que, además puede ser que estén deficientemente formadas y poco instruidas (OMS 2013b).

Al ser el más numeroso de los grupos de profesionales de salud, y el más cercano y frecuentemente los únicos trabajadores de salud disponibles para la población, las enfermeras tienen un gran deber de mejorar la salud de la población y de contribuir a la consecución de las metas del desarrollo mundial. ***Es esencial que las enfermeras y los dirigentes mundiales se centren en los recursos humanos mundiales de enfermería como prioridad esencial para conseguir una mejor salud para todos.***

El actual ambiente económico mundial ha tenido numerosas consecuencias y los servicios de salud, por el importante uso que hacen de los recursos, no se han visto libres de un serio escrutinio. Este escrutinio está a veces dirigido por la idea de que los gastos en servicios de salud son un coste más bien que una inversión. Este criterio ha hecho que en muchos sistemas de salud se emplee un lenguaje que procede del sector industrial. En este lenguaje se emplean términos tales como beneficio de las inversiones y eficiencia y eficacia de los costes, y se favorecen metodologías de mejoramiento de la producción, tales como austeridad y reingeniería de los procesos. En realidad, si bien estas ideas pueden tener algo que ofrecer si se aplican de manera adecuada, también pueden percibirse como filosóficamente contrapuestas al conjunto de los valores profesionales que defienden las enfermeras. Este conjunto de valores está impulsado por un compromiso para con el servicio al público, la equidad del acceso y una moral de cuidado y atención (North y Hughes 2012). Es cada vez más claro que esta orientación de la dirección, que va asociada a un grave recorte de la financiación, ha impulsado a las enfermeras a una difícil situación cuando las administraciones y los empleadores tratan de mantener bajos los costos de la atención de salud. Al ser el recurso humano más numeroso y, por tanto, en términos de costos totales el más caro, las enfermeras han presenciado la reversión de la composición de los recursos de personal, la reducción de los puestos de enfermería y una disminución constante, o hasta la supresión de sus salarios. Las consecuencias para la confianza del paciente, la moral de trabajo del personal de enfermería, la calidad y la seguridad y, en definitiva, para la contratación y la retención en el futuro, son importantes. También ha conducido a la adopción de decisiones de corto plazo, que tienen consecuencias a largo plazo (Keogh 2013).

Es claro que, en todo el mundo, la enfermería tiene ahora que justificarse financieramente y profesionalmente. El valor socioeconómico de la enfermería y de la obstetricia ha sido objeto recientemente de un amplio examen sistemático (Caird et al 2010). Las conclusiones provienen de 32 exámenes realizados en países de la OCDE y orientados a tres sectores de importancia estratégica: la enfermería de salud mental, las condiciones de largo plazo y la sustitución de las funciones. A pesar de las dificultades metodológicas, en el examen aparecieron ejemplos de los beneficios de la enfermería y la obstetricia en las intervenciones de visitas a domicilio, de enfermería especializada y de práctica general incluidos la prevención y el tratamiento. En realidad, hubo pruebas claras de los beneficios de la enfermería y la obstetricia en una diversidad de resultados (Browne et al 2012; Maben et al 2012).

La formación de las enfermeras también ha tenido dificultades para mantenerse a la altura de las exigencias. Las inversiones en formación profesional de salud en todo el mundo son insuficientes para satisfacer las

necesidades (véase el Cuadro 2). Hay problemas de sistema en lo que se refiere a la formación de los profesionales de salud y también una falta de correlación entre las competencias con las necesidades del paciente y de la población, una persistente estratificación de género del estatus profesional y desequilibrios cuantitativos y cualitativos en las profesiones de cuidados de salud (Frenk et al 2010). Como el CIE ha identificado (2009), la capacidad de los programas de formación para preparar titulados de enfermería clínicamente seguros y competentes se ve frecuentemente mermada por la importancia y asignación de tiempo, insuficientes, dedicados al aprendizaje clínico; la falta de unos resultados de la formación claramente definidos; el empleo de métodos ineficaces de docencia clínica; unos lugares de docencia inadecuados, de calidad deficiente o multitudinarios; y la falta de

Cuadro 2: Gastos Mundiales en Formación de Salud

El gasto mundial total en formación de profesionales de salud es de unos 100.000 millones de dólares EE.UU. cada año. Esta cantidad es menos del 2% de los gastos en salud en todo el mundo.

(Frenk et al. 2010)

buenos modelos funcionales clínicos. Además, el profesorado de enfermería comparte los mismos problemas demográficos que el resto de los recursos humanos.

La interdependencia de los sectores de salud y de formación tiene gran importancia y un equilibrio entre los dos sistemas es crucial para la eficiencia, la eficacia y la equidad. Hay dos coincidencias de importancia crítica: la primera es el mercado de trabajo, que gobierna la adecuación o la inadecuación entre la oferta y la demanda de profesionales de salud; y la segunda es la escasa capacidad de muchas poblaciones, especialmente las de personas pobres, para traducir sus necesidades de salud y de educación en una demanda eficaz de los correspondientes servicios (Frenk et al 2010).

La seguridad de la oferta de los recursos humanos de enfermeras sigue siendo un problema real y evidente en muchos países.

Capítulo 2

Una visión completa

Vivimos en un mundo que está en constantes cambios y es difícil responder a esos cambios sólo desde una perspectiva local. Si bien el contexto local es esencial para entender y diseñar los servicios, estamos cada vez más conectados mundialmente. Esta capacidad de conexión puede verse en los movimientos de las personas y en los avances de las tecnologías, las finanzas, el conocimiento y la información. Esto significa que somos cada vez más interdependientes en cuanto a recursos esenciales, y la salud no es excepción. Los mercados de trabajo para los profesionales de salud con credenciales internacionalmente reconocidas no son solamente nacionales sino también mundiales. La formación puede transmitirse a distancia o mediante una franquicia y puede estar alineada o no con las necesidades de educación y de salud de los profesionales y de los ciudadanos a los que sirven. En todas partes, las reglas están cambiando y muchos de los supuestos que teníamos en el pasado sencillamente no se aplican en este mundo nuevo (véase el Cuadro 3).

Cuadro 3: Normas cambiantes para los recursos humanos de salud	
Criterio actual	Nuevas normas para los cuidados de salud del siglo XXI
Los cuidados se basan principalmente en visitas	Los cuidados se basan en unas relaciones de curación continuas
La autonomía profesional impulsa la diversidad	Los cuidados se dispensan según las necesidades y los valores del paciente
Los profesionales controlan los cuidados	El paciente es la fuente del control
La información es un registro	El conocimiento se comparte y la información fluye libremente
La adopción de las decisiones se basa en la formación y la experiencia	La adopción de las decisiones se basa en pruebas
No hacer daño es un deber individual	La seguridad es una de las propiedades del sistema
Es necesario el secreto	Es necesaria la transparencia
El sistema reacciona a las necesidades	Las necesidades se prevén
Se busca reducir los costos	Los desperdicios se reducen constantemente
Se da preferencia a las funciones profesionales más bien que al sistema	La cooperación entre los profesionales clínicos es una prioridad
Adaptado de: Normas cambiantes para los recursos humanos de atención de salud en el siglo XXI, y sus consecuencias. Instituto de Medicina (2001)	

Hasta hoy, los mercados de trabajo se han caracterizado muchas veces por múltiples desequilibrios, entre ellos el más importante en cuanto a la seguridad del suministro se relaciona con la escasez, el desempleo y el subempleo de los profesionales de salud. Igualmente, como antes se ha señalado, las administraciones influyen muy frecuentemente en el número de los profesionales de salud para responder a situaciones políticas dominadas por preocupaciones financieras más bien que por la racionalidad del mercado o por la realidad epidemiológica. La ayuda puede tener también un efecto de distorsión cuando las organizaciones no gubernamentales (ONG) contratan sin darse cuenta a los mejores profesionales, basadas en sus prioridades y, al hacerlo, modifican las condiciones laborales locales, lo que puede, a su vez, producir una inflación local de los salarios que resulta en un sistema que precisa de la ayuda.

Cuando cada país diseña sus propias soluciones para cambiar sus sistemas de salud, necesita ser muy consciente de que, para los próximos 20 años, hay un desfase previsible entre la demanda y la oferta de los recursos humanos de salud en los países desarrollados. Según se prevé, ese desfase será de entre el 22% y el 29% en todo el mundo (OCDE 2012). Como se señala en un estudio realizado por Buerhaus et al. (2009), en los Estados Unidos de América (EE.UU.) se prevé que el equivalente del número total de enfermeras especialistas en dedicación plena haya alcanzado su máximo en torno al año 2007 y disminuya de manera constante después a medida que lleguen a su jubilación los grupos más numerosos de enfermeras especialistas. Se prevé que, para el año 2020, los recursos humanos de enfermeras especialistas serán aproximadamente iguales a los de hoy, disminuyendo casi un 20% respecto de los requisitos previstos de recursos humanos de enfermeras especialistas. Esta situación de las enfermeras de los EE.UU. puede verse repetida en todos los países de la OCDE.

En el 3er Foro Mundial de los Recursos Humanos de Salud, celebrado en Recife (2013), se examinaron los progresos mundiales de los RHS y se declaró que: “los problemas persisten: las inversiones en RHS siguen siendo bajas; hay discrepancias fundamentales entre la oferta y la demanda de trabajadores de salud; la planificación de los RHS se ve debilitada muchas veces por intervenciones no coordinadas en determinadas cuestiones, centrándose en un determinado cuadro o en la enfermedad y no en la prevención; y la adopción y la aplicación de políticas eficaces sigue siendo desigual. En consecuencia, la grave escasez, las deficiencias en la distribución y en los resultados, los desequilibrios entre los géneros, los entornos de trabajo deficientes para los trabajadores de salud siguen siendo asuntos que causan gran preocupación” (GHW 2013, parr. 6)

La migración afecta también a la seguridad del número total de enfermeras. La deficiencia del total identificada por la OCDE puede llenarse con enfermeras migrantes de otras partes del sistema mundial de salud. En realidad, Australia, el Canadá y los EE.UU. ya han expresado que el vacío de sus necesidades futuras se llenará por enfermeras de fuera de sus fronteras (RCN 2012). El efecto que tiene esta migración en un sistema local/nacional puede ser positivo (por ejemplo, en cuanto a oportunidades para las personas y por el dinero generado y que se envía a casa) o negativo (por ejemplo, en cuanto a pérdida de capacidades vitales en un sistema de salud ya vulnerable). Están ya en curso algunas iniciativas para reducir al mínimo los aspectos negativos de la migración mediante la práctica de las actuaciones y recomendaciones de la OMS, pero sigue siendo un sector muy debatido de la política general, con opiniones muy polarizadas (Buchan 2008, DeLeon y Malvarez 2008). Como concluye M. Kingma (2007) en un detallado estudio de la migración de la enfermería en el mundo, “La búsqueda actual de trabajo es una caza de talento muy organizada que afecta a las enfermeras. La migración internacional es síntoma de los problemas sistémicos más amplios, que hacen que las enfermeras dejen sus puestos de trabajo. La movilidad de las enfermeras se convierte

Cuadro 4: La corriente internacional de enfermeras europeas

“Las enfermeras de la Unión Europea tienen libertad de movimiento, no están sujetas a los controles de la inmigración y desde la perspectiva de la política general y la planificación del Reino Unido son una corriente de entrada “no gestionada”: no pueden ser dirigidas ni puede establecerse la duración de su estancia en el Reino Unido. Dada la facilidad de movimiento y unos costos de viaje relativamente baratos también es probable que haya un número creciente de enfermeras que llegan de la UE. Esta dinámica cambiante pone de relieve que los flujos internacionales estarán menos abiertos a la gestión y dirección de los encargados de la política y de la reglamentación en el Reino Unido, con una corriente mayoritaria proveniente de la UE, y una duración de la estancia en el Reino Unido que vendrá determinada principalmente por la decisión individual y las circunstancias de la enfermera”.

(RCN 2012, pág. 15)

en un grave problema solamente en un contexto de explotación de las migrantes o de escasez de enfermería.

Introducir enfermeras migrantes en sistemas de salud disfuncionales, en sistemas que no pueden atraer y retener al personal en el propio país no resolverá la escasez de enfermeras” (pág. 1281).

Sin embargo, hay todavía una necesidad real de entender mejor la relación entre la migración y las enfermeras específicamente, y la disponibilidad de información en este sector no es clara. Por ejemplo, en la Unión Europea, las enfermeras tienen movilidad libre y, por tanto, no están sujetas a controles de inmigración (véase el Cuadro 4).

En un estudio reciente (de 2013), (realizado por Squires et al), en el que se consideran las pautas cambiantes de la migración de las enfermeras de El Salvador, Guatemala, Honduras, México y los Estados Unidos, los autores emplearon la revisión para explorar la manera en que las administraciones pueden ser más eficaces en la gestión de la migración en estos países. El informe concluye con ocho recomendaciones para fomentar la migración como modo de satisfacer la demanda de atención de salud en todos los países del estudio. Entre estas recomendaciones se incluyen las inversiones en los sistemas educativos; los modos de facilitar la acreditación de las enfermeras a través de las fronteras; conceder visados para mejorar la coincidencia idiomática entre las enfermeras y los pacientes desproporcionadamente afectados por disparidades de salud; integrar programas formativos temporales como parte del proceso de acreditación para las enfermeras formadas internacionalmente; y modos de aprovechar a las “enfermeras ocultas” de herencia hispana que viven actualmente en los Estados Unidos.

La migración interna es también un factor importante para muchos sistemas de salud que tienen problemas de retención de los trabajadores de salud en contextos rurales y alejados. Con suma frecuencia las enfermeras emigran de zonas rurales a zonas urbanas (Squires et al 2013) y la migración interna puede agravar los problemas de desigualdad de la salud cuando los trabajadores de salud buscan mejor formación y mejores servicios de salud para sus propias familias.

La cambiante duración de la carrera profesional de las enfermeras

Otro factor importante para entender la visión general es la cambiante dirección de la vida de trabajo de los recursos humanos de enfermería. Hasta hoy, muchos de los modelos oficiales empleados para calcular la participación de los recursos humanos estaban basados en la comprensión de la manera en que los hombres forman parte de esos recursos y, en realidad, la expresión inglesa ‘manpower planning’ sigue empleándose algunas veces. Sin embargo, la enfermería es, en la mayoría de los países, una profesión en la que predominan las mujeres y, por ello, puede ser difícil desarrollar un modelo suficientemente sensible para reconocer los modos particulares en que las enfermeras

entran a formar parte de dichos recursos. En la mayoría de los países, la edad legal de la pensión es para las mujeres más joven que para los hombres. Además, hay una tendencia mundial a que los trabajadores de salud se jubilen antes (OMS 2006). La crisis financiera mundial reciente puede afectar a esto todavía más y pone de relieve la necesidad de una comprensión y entendimiento precisos y de una planificación cuidadosa de los recursos humanos. La edad legal de la jubilación es muchas veces diferente de la edad real a la que las enfermeras se retiran, y son pocos los entornos laborales que contribuyen a una jubilación más temprana. Otros factores son la actual distribución de las edades de los recursos humanos de enfermeras y las diferentes pautas laborales (por ejemplo, las horas de trabajo a tiempo parcial). La profesión de enfermería ha reconocido con una frecuencia cada vez mayor que es esencial adquirir un conocimiento mucho mejor de cómo se relaciona este complejo conjunto de factores y ello ha dado lugar a que el interés se centre mucho más en comprender las necesidades de nuestros recursos humanos mediante una mejor planificación y gestión de ellos. Véase [el enlace Web del Centro para los Recursos Humanos de Enfermería, del CIE](http://www.icn.ch/pillarsprograms/ichrn-publications)

Reflexiones: Cada reflexión se centra en dos perspectivas: personal y política. Estas perspectivas permiten considerar el problema clave desde ambos puntos de vista para fomentar una activa conversación en todos los niveles del sistema de salud.

Personal: Piense en su propia carrera profesional hasta ahora. ¿Cómo han cambiado las cosas? ¿Piensa que usted y sus compañeras podrían haber sido preparadas mejor para estos cambios? ¿Necesitamos entender mejor la contribución que las enfermeras hacen a la sociedad a lo largo de sus vidas de trabajo?

Política: La herencia de los modelos de planificación de los recursos humanos, ¿ha contribuido a que tengamos una comprensión deficiente de los recursos humanos dominados por mujeres, como por ejemplo los recursos humanos de enfermería? ¿Tenemos realmente un entendimiento contemporáneo de las carreras profesionales de las enfermeras?

Capítulo 3

Planificación de los recursos humanos

Indudablemente incumbe a todo el sistema de salud y de formación planificar y sostener los recursos humanos de enfermería del futuro. Como hemos mencionado antes, hay una clara necesidad de hacer que esta planificación pase de la administración al empleador y de que sea constantemente vigilada. Los fuertes vínculos, actualmente basados en pruebas de investigación, entre unas cargas de trabajo más ligeras de las enfermeras y unos mejores resultados en los pacientes sugieren que se ha conseguido que los recursos humanos de enfermería lleguen a ser una inversión acertada y, sin embargo, es éste todavía un sector objeto de debate (Mitchell y Mount 2010). Solamente el tamaño de los recursos humanos de enfermería y su complejidad significa que cualquier aumento que se siguiera se encuentra con una fuerte resistencia aunque sea solamente en términos de costes. Es evidente que debemos tener claras las ideas sobre el mejor modo de identificar los recursos humanos de que disponemos y las oportunidades de emplear este bien escaso para obtener los mejores resultados. Todavía es limitada la investigación sobre cómo podemos mejorar la dotación de personal de enfermería para reducir la carga de trabajo de las enfermeras y los resultados adversos para los pacientes, particularmente en contextos no hospitalarios. Para mejorar esta situación necesitamos sólidas pruebas obtenidas de los datos y el análisis de gran calidad, que permite el uso sistemático de los instrumentos de planificación de la carga de trabajo y de los recursos humanos.

La planificación de los recursos humanos es un proceso continuo que se emplea para alinear las necesidades y las prioridades de la organización con las de sus recursos humanos con el fin de conseguir que pueda cumplir sus requisitos legislativos, reglamentarios, de servicios y de producción y conseguir sus objetivos organizacionales. La planificación de los recursos humanos permite unas estrategias de desarrollo de los recursos humanos basadas en pruebas. (Sloan 2010)

Al desarrollar cualquier criterio para los recursos humanos, la meta más frecuentemente citada es *conseguir que los trabajadores idóneos, con las capacidades y los comportamientos adecuados, estén en el lugar idóneo haciendo lo que es preciso en el momento acertado.*

La planificación de los recursos humanos se ha considerado también en el contexto de la duración de la vida laboral de la enfermera. Puede ser útil pensarlo en términos de entrada en la enfermería, resultados de los recursos humanos actuales y salida de los recursos humanos. La entrada en la enfermería se refiere a la planificación del número de las nuevas contratadas que se necesitan para dispensar cuidados a la población. Es evidentemente un objetivo importante conseguir un número suficiente de enfermeras capacitadas. Para lograrlo se necesita una planificación activa, buenas instituciones de formación con un profesorado bien cualificado, una reglamentación profesional fuerte y la posibilidad de contratación. **Una enfermera contratada ahora puede seguir siendo activa todavía en los recursos humanos en el año 2050.** Esta preparación inicial exige una fuerte relación entre los sectores de formación y de salud. El equilibrio entre ambos sistemas es crucial para su eficiencia, su efectividad y su equidad. Sin embargo, puede suceder que haya una desconexión entre

la filosofía y las prácticas de gestión en los dos sectores, y que la salud sea en general un modelo más gestionado y dirigido y la formación sea un modelo dirigido por el mercado. Esto puede conducir a exceso de algunos profesionales de salud allí donde la demanda de formación sea fuerte –por ejemplo, el exceso de médicos en la India (OMS 2008)– y a escasez de otros porque no se dispone de suficientes oportunidades de formación. La formación profesional está cada vez más vinculada a la planificación de los recursos humanos y esto podría permitir que se compartieran de manera más rápida los planes de estudios y las competencias (véase el Cuadro 5).

Los resultados de los recursos humanos existentes son también un elemento esencial de consideración; con unos recursos humanos productivos disminuye la necesidad de más enfermeras. Para mejorar la productividad se precisa una gama de condiciones que consideraremos más detalladamente después, pero incluyen el apoyo del desarrollo y el aprendizaje continuos, la supervisión, una compensación adecuada y buenos entornos de trabajo.

El tiempo que las enfermeras eligen para salir de los recursos humanos es otro aspecto esencial de la planificación de esos recursos. La pérdida de recursos humanos por la migración, los problemas de salud, la inestabilidad civil y la insatisfacción general con las condiciones pueden resultar caros, pues las personas han de reemplazarse y hay un coste de formación para ello. La pérdida de experiencia de los recursos humanos es también un coste de oportunidad y puede significar que el sistema pierde conocimiento esencial. Hay una grave necesidad de planificar de manera más sistemática la transferencia de este conocimiento, pues la pérdida de experiencia, de capacidad y de conocimiento con las jubilaciones pendientes de un numeroso grupo de enfermeras, actualmente en sus 50 años, podría tener importantes consecuencias en cuanto a la capacidad de los recursos humanos de enfermería para responder a los problemas que se les plantean.

Es necesario también considerar la planificación del desarrollo de la sucesión. Esta puede definirse en términos generales como un proceso para identificar y desarrollar posibles dirigentes futuros o gestores experimentados, además de personas que ocupen otros puestos esenciales para empresas, bien sea a corto o a largo plazo. Además de las actividades de formación y desarrollo, los programas de planificación de la sucesión incluyen característicamente la previsión de experiencia laboral práctica y adaptada, que será pertinente para las futuras funciones principales o esenciales. Se ha visto que una planificación deficiente de la sucesión es un problema clave relacionado con la enfermería en las comunidades que habitan en lugares rurales o alejados (OMS 2006).

Frecuentemente las enfermeras siguen un patrón único de compromiso con el lugar de trabajo y esto puede deberse a numerosos factores –las responsabilidades de dispensar cuidados están entre ellos frecuentemente. Las necesidades (y los números) de las que vuelven a los recursos humanos de la profesión se subestiman muchas veces, y apoyar a las enfermeras para que vuelvan después de una interrupción de su carrera profesional es un sector en el que podría hacerse mucho más en numerosos sistemas (CIE 2010a). A medida que los encargados de la reglamentación de la profesión avanzan en el sentido de mantener registros activos de las personas inscritas y consideran su revalidación, es importante planificar para retener las capacidades y abordar las necesidades de este recurso invisible pero importante.

Cuadro 5: Cinco características de la globalización de la formación de los profesionales:

1. Tener cada vez más un depósito mundial de talento de profesionales de salud.
2. Hay una aspiración y un desafío universales de la atención primaria de salud que se produce en contextos muy diferentes.
3. Una interdependencia creciente en todos los asuntos de salud.
4. Un movimiento de las instituciones hacia el establecimiento de instalaciones afiliadas en otros lugares.
5. La expansión de la salud mundial como campo para la investigación (Frenk et al 2010).

La planificación de los recursos humanos se hace en distintos niveles en los planos mundial, regional y local. En el plano ideal, los resultados de los sistemas empleados localmente constituirán la base de los planes regionales y nacionales. Así pues, es de importancia crítica tener una base sólida para planificar la dotación de personal en el plano local, y deben integrarse los modos separados de planificación. La planificación de los recursos humanos locales puede:

- identificar escasez y excesos e impedir crisis de la dotación de personal
- definir (o redefinir) la organización del lugar de trabajo, las tareas y las funciones y fomentar el trabajo de equipo entre los prestatarios de los servicios
- contribuir a asegurar la seguridad del paciente teniendo las capacidades de personal adecuadas para dispensar unos cuidados eficaces
- identificar a los impulsores de la demanda y de la oferta
- establecer las necesidades de formación y de capacitación de los recursos humanos
- ofrecer conocimiento y comprensión de los recursos humanos y de sus actividades, y asegurarse de que hay un procedimiento para tratar de manera sistemática los factores que influyen en los recursos humanos y en el cambio en el lugar de trabajo
- ofrecer opciones a los encargados de adoptar las decisiones
- mejorar la calidad de las decisiones
- prever la ejecución ordenada de las actividades o la aplicación de los recursos
- ofrecer un marco para la vigilancia y la evaluación del progreso conseguido hacia las metas definidas.

(NHS Education Scotland 2013)

Se dispone de numerosos medios para apoyar la planificación de los recursos humanos, algunos de los cuales se enumeran en el **Anexo 1**. Todos reconocen que una sólida comprensión de los recursos humanos locales es esencial y que es muy valiosa la participación de las enfermeras en todos los niveles de la adopción de decisiones relativas a los recursos humanos de enfermería. Es habitual que las enfermeras, en el nivel de la administración, tengan una función centrada en la planificación de los recursos humanos de enfermería y que, al mismo tiempo, establezcan conexiones con compañeras enfermeras clave a través de todo el sistema (CIE 2010b).

Sin embargo, también es evidente que conocer el número de enfermeras de que se dispone es solamente una parte de la respuesta. Esto ha de estar vinculado a una comprensión de la labor que se les exige que desempeñen en cuanto a volumen y complejidad y en cuanto a disponibilidad de capacidades. Ello ha motivado el diseño de un conjunto de instrumentos para entender mejor la carga de trabajo de las enfermeras.

Reflexiones:

Personal: ¿Entiende cómo se realiza la planificación de los recursos humanos en su organización? ¿Participa activamente en el diseño y el perfeccionamiento continuo de los sistemas que se utilizan?

Política: ¿Se utilizan en su sistema de salud enfoques consistentes y vinculados para la planificación de los recursos humanos de enfermería?

Capítulo 4

Medición de la carga de trabajo de la enfermería

El concepto de carga de trabajo de la enfermería ha sido bien explorado en las publicaciones, pero no hay una definición única (Walker y Hendry 2009). Las primeras definiciones tendían a centrarse en el volumen y en el nivel del trabajo de enfermería, pero esas definiciones fueron criticadas de ser demasiado limitadas pues no tenían en cuenta el trabajo que las enfermeras desempeñan para los pacientes, las familias y las comunidades y la labor que hacen para sus compañeras, como la de formación y administración. En Nueva Zelanda, un grupo de enfermeras experimentadas identificó un conjunto de factores que también influían en la carga de trabajo de la enfermería. Entre esos factores se incluyen los siguientes:

- La demanda del paciente: las circunstancias, la complejidad y el conjunto del caso
- La complejidad medioambiental: el entorno y los recursos físicos, los servicios de apoyo, el rediseño y la reestructuración, la financiación y el conjunto del caso
- La complejidad médica: el diagnóstico médico y la adopción de decisiones médicas y las opciones de tratamiento
- Los procesos y resultados de calidad: orientación, educación y formación
- Los resultados idóneos de las enfermeras: los resultados en el paciente directamente influidos por el trabajo de la enfermería
- La intensidad de la enfermería: la cantidad de cuidados que requiere cada paciente
- La combinación de las capacidades de enfermería: el número y las cualidades de los recursos humanos de enfermería que se requieren y de los que se dispone
- Sistemas laborales: lista del personal de ayuda, apoyo clínico, documentación, condiciones del servicio, contratación y retención.

(Adaptado de Walker y Hendry 2009, pág. 12)

Con estos factores se identifica claramente la complejidad de medir la carga de trabajo de la enfermería en su totalidad. La mayoría de los instrumentos empleados por las organizaciones tienden a medir solamente algunos de estos factores. Dicho esto, entender y emplear la medición de la carga de trabajo puede ofrecer datos fiables y basados en pruebas y contribuye a dar forma a la gestión de los recursos humanos de enfermería. Si se emplean junto con otros datos, pueden demostrar cómo la relación entre los niveles de la dotación de personal y la carga de trabajo puede alterar la calidad y el coste de los cuidados y cómo el entorno laboral puede facilitar o limitar estos resultados. La medición de la carga de trabajo tiende a estar mejor desarrollada en los sistemas basados en los hospitales y todavía queda mucho por hacer para desarrollar unos instrumentos eficaces para los cuidados primarios.

Los datos sobre la carga de trabajo ofrecen información para:

- justificar los niveles de los recursos humanos y financieros

- explicar la utilización de los recursos
- justificar la asignación de los recursos
- favorecer y apoyar el análisis de las tendencias
- apoyar las decisiones adoptadas por la dirección para cambiar las cargas de trabajo, las listas del personal y los presupuestos.

(NHS Education Scotland 2013)

Reflexiones:

Personal: ¿Por qué razón es tan complejo desarrollar un sistema para medir la carga de trabajo en los entornos de atención primaria y comunitaria? A medida que los entornos se hacen más diversos ¿cuáles son las consecuencias para las enfermeras de no ser capaces de medir más eficazmente la carga de trabajo?

Política: ¿Qué pasos deben tomarse para transferir el conocimiento del sector hospitalario al sector comunitario? Cuáles son las lagunas que deben abordarse para hacer que la planificación de los recursos humanos del área comunitaria sea una realidad?

Los criterios más comúnmente empleados para planificar la dotación de personal se basan en la cuantificación del volumen de los cuidados de enfermería que han de prestarse en general sobre la base del tamaño de la población, el conjunto y el tipo de los pacientes y el tipo de los servicios. Esto se relaciona después con las actividades que realizan los diferentes miembros del equipo. Los sistemas varían en función de los pormenores que se consideren, desde los coeficientes básicos ‘de arriba a abajo’ que relacionan al personal con el número de camas o con la población total, hasta los

Unos recursos humanos eficaces son los que trabajan de modos idóneos justos y eficientes para conseguir los mejores resultados posibles, habida cuenta de los recursos disponibles y de las circunstancias.

(OMS 2006, pág. 67)

sistemas que precisan datos detallados sobre la naturaleza y el volumen de las necesidades de cuidados (dependencia del paciente) y una exposición detallada de cómo la actividad de la enfermería de los distintos miembros del equipo varía en relación con éste. Los sistemas de información de salud se desarrollan cada vez más para apoyarlo, pero como muchos de estos sistemas tienen su propio modo de cuantificar la actividad para calcular sus costos, han recibido de la profesión de enfermería una respuesta compleja. Sin embargo, sigue siendo real la

importancia de unos buenos sistemas de información y de un mejor acopio de datos (Cipriano y Hamer 2013). La comprensión deficiente de estos asuntos se puso de relieve en un estudio internacional realizado por Dowding et al (2013). En este estudio internacional reciente se trató de identificar las prioridades para la investigación de los cuidados de los pacientes mediante la informática de enfermería. En el informe se reconoce que, a pesar de la creciente base de pruebas sobre el diseño y la evaluación de la tecnología de la información de salud (TIS), estas tecnologías se

centran principalmente en la práctica médica. En el estudio se constató que los dos sectores de importancia para las enfermeras más altamente cualificados eran el desarrollo de sistemas para ofrecer información en tiempo real a las enfermeras y la evaluación de los efectos de la TIS en los cuidados de enfermería y en los resultados conseguidos en los pacientes. Para obtener más información sobre la informática de salud, consúltese la dirección www.thetigerinitiative.org

El interés puesto en las aportaciones para entender la carga de trabajo y su medición ha sido un método predominante en el examen y consideración de los problemas de los recursos humanos. Sin embargo, antes de decidirnos por una metodología determinada es importante comprender que *frecuentemente se espera que las necesidades del paciente, cuando se identifican, se equilibren con otras características organizativas tales como la consecución de los objetivos contractuales o mantenerse dentro de un presupuesto*. Probablemente esto se entiende y se explora menos bien. La relación entre la disponibilidad de los recursos humanos, la cultura del sistema y las aportaciones y resultados de los recursos humanos conlleva una diferencia importante en la calidad de los cuidados dispensados al paciente.

La mejor práctica en la planificación del personal de enfermería

Habida cuenta de la falta de recomendaciones fiables acerca de los sistemas que hay que emplear, y de los muchos factores diferentes que determinan las necesidades de personal, es esencial la triangulación. Los sistemas necesitan, como mínimo, tener en cuenta la dependencia del paciente y la actividad de la enfermería y ser revisados por el juicio de enfermeras expertas. Hay sistemas sencillos y fáciles de emplear para planificar el personal de enfermería y se exponen en el Anexo 1.

La mayoría de los criterios eficaces favorecerían la adopción de un conjunto de principios esenciales para asegurar que la planificación del personal y los exámenes de la carga de trabajo se hacen con éxito. Estos principios esenciales son que los exámenes del personal deben:

- implicar al plano superior de la organización (con una enfermera directora/jefa de enfermería como requisito esencial)
- implicar activamente al personal y ser transparentes en sus procesos
- emplear criterios establecidos y aplicarlos de manera coherente
- triangular (por ejemplo, el sistema de puntuación de la dependencia para medir la carga de trabajo, el juicio y el límite profesional)
- ser evaluados periódicamente (con datos sobre los resultados en el paciente y sobre la dotación de personal)
- participar activamente en el sector de la formación y, cada vez más, en los cuidados sociales
- actuar sobre los resultados.

Para conseguir unos niveles seguros de la dotación de personal es necesario tener un nivel básico adecuado de personal. *Varios factores pueden ‘erosionar’ la dotación de personal planificada, de manera que aun los niveles de personal ‘adecuados’ pueden ser insuficientes para satisfacer con seguridad las necesidades del paciente.* Una dotación de personal segura se basa en la buena gestión y dirección, de manera que los puestos presupuestados se cubran y se desplieguen eficazmente, y el personal empleado esté disponible para el trabajo. El empleo regular de un personal temporal e inadecuadamente capacitado conlleva una reducción de los resultados de calidad (RCN 2012).

Apoyo a las nuevas funciones

El aumento de nuestra comprensión de la naturaleza de los recursos humanos y nuestra capacidad para analizar más profundamente “lo que hace cada uno” en el sistema de cuidados de salud permite comprender mejor la urgencia de nuevas funciones y considerar las consecuencias que la sustitución de funciones tiene para los resultados en los pacientes. La división del trabajo en la salud cambia constantemente en múltiples direcciones y se aplica a muchas funciones del sistema. Se debate muy vivamente sobre el empleo de la sustitución de funciones, o cambio de tareas, y su importancia para la enfermería. Esto ocurre cuando las enfermeras asumen la responsabilidad del trabajo que actualmente hacen otros profesionales de salud, y viceversa. Hay un argumento a favor de un aumento rápido del cambio de las tareas de la atención de salud hacia categorías menos cualificadas de personal de salud (OMS 2006). Esto puede hacerse para aliviar deficiencias, de corta duración, en cuanto a recursos humanos. Sin embargo, de varias evaluaciones de este criterio se desprende que hay una clara necesidad de precaución; este criterio puede tener a largo plazo unos efectos imprevistos y costosos sobre los resultados (Cavendish Review 2013, OMS 2006).

En realidad, las pruebas sugieren que lejos de ser una solución barata de corto plazo, la efectividad y la sostenibilidad a largo plazo de los trabajadores de salud básicos depende de que estén adecuadamente vinculados con otros profesionales de salud. Numerosos programas de trabajadores de salud de la comunidad han fracasado porque no incorporaban eficazmente a los profesionales en la combinación de los recursos humanos. Los profesionales de salud actúan como planificadores para los dirigentes y los elaboradores de las políticas dentro de los sistemas de salud. En general ofrecen la formación y la supervisión que satisfacen la necesidad que tienen los trabajadores de poder mantener sus capacidades y de remitirse adecuadamente a otros trabajadores de salud bien formados (OMS 2006). Los sistemas de salud deben dotarse de mecanismos de desarrollo de capacidades para todos los trabajadores, que les permita asegurar la continuidad de los cuidados así como su desarrollo personal. Un ejemplo es el Marco de Conocimiento y Capacidades (MCC), marco de competencias para favorecer el desarrollo personal y el avance en la carrera profesional dentro del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido; véase la dirección www.ksf.scot.nhs.uk.

“La mayor complejidad de las intervenciones y una mayor proporción de personas mayores con comorbilidades significan que aun las áreas que se designan como “básicas” requieren que quienes las desempeñan tengan no solamente atención y compasión, sino también un conocimiento sólido de las ciencias pertinentes...” (Hunt 2013)

Esto sugeriría que el empleo de instrumentos más detallados para evaluar los efectos de los cambios de funciones sería claramente válido para los recursos humanos de enfermería, especialmente en tiempos de problemas y, como en el caso de las funciones de las enfermeras consultoras, podría garantizar más eficazmente la planificación de los recursos humanos, el desarrollo de las funciones y la preparación formativa (Kennedy et al 2011).

Cuadro 6: Estudio de un caso: Capacitar más unos recursos humanos mediante la telesalud

Cambiar las funciones y capacitar más a los trabajadores actuales resulta difícil en las comunidades diversificadas y rurales. En El Salvador se ha probado un criterio de telesalud para mejorar las capacidades y conseguir metas institucionales de mejoramiento del acceso de la población a la salud como derecho humano fundamental. El Salvador es un país muy pequeño, de 5,7 millones de habitantes, que trata de aplicar un sistema de salud pública en todo el territorio, proceso que está apenas desarrollándose. En ese contexto, la formación de los recursos humanos tiene una función estratégica, en la que varias iniciativas se incorporan en las actividades de aprendizaje a distancia. Las actuaciones de telesalud comenzaron en octubre de 2010 a través de un grupo interinstitucional. Hasta hoy, están desarrollándose en el plano nacional con una plataforma informática gratuita que permitirá una intercomunicación más fácil entre los equipos y los especialistas y mejorará también las comunicaciones entre los distintos establecimientos de salud.

(Marroquin y Martin 2013)

Autogestión del paciente

Otro importante sector que hay que considerar en relación con el cambio de funciones (a la que algunas veces se hace referencia también con el nombre de sustitución de tareas o cambio de tareas) es la función que corresponde a los pacientes y a las comunidades en la gestión activa de sus propias necesidades de salud. En realidad, los rápidos cambios de la sociedad significan que también la composición de las familias y de las comunidades está cambiando junto con las necesidades y los deseos asociados, por ejemplo, el establecimiento de comunidades de jubilados, que tienen una capacidad intrínseca de fomentar el bienestar físico, psicológico y social.

Aumenta en gran medida el recurso a tecnologías para reunir a grupos de personas. El empleo de los medios sociales en este contexto es muy claro. Ello permite compartir el conocimiento y la comprensión no sólo de sus necesidades de salud sino del mejor modo de hacer que participen en el sistema. Hay numerosos ejemplos de cómo el mayor acceso a los datos y a la información está cambiando el modo en que los pacientes, los cuidadores y los ciudadanos recurren a los servicios de salud (Véase el Cuadro 7).

Las consecuencias son sumamente interesantes pero también pueden ser perturbadoras y las enfermeras habrán de sentirse capaces de responder a las diferentes relaciones que surgirán. Esto incluye también que las enfermeras comprendan que es necesario dispensar cuidados de maneras nuevas, como por ejemplo mediante el empleo de diferentes tipos de medios. Las enfermeras habrán de ser conscientes que habrán de tener una presencia en formato electrónico.

Cuadro 7: Cambios perturbadores

La perturbación actual de los cuidados de salud corresponde al hecho de que los pacientes pueden acceder a instrumentos para reunir información, datos agregados, actuar y ver resultados reflejados en tiempo real.

- **Medicina:** Los pacientes están más dedicados a la gestión de su propia enfermedad y a conseguir mejores resultados/cierta resistencia de la comunidad médica.
- **Investigación:** Los pacientes pueden averiguar datos sobre las pruebas clínicas que se practican en cualquier parte del mundo y participar en línea o inclusive llevar a cabo sus propios programas de investigación – cuestión que se consideran cada vez más creíble en el sector de la investigación revisada por colegas.
- **Empresas:** Quienes pagan quieren pagar por unos mejores resultados, no por transacciones. Ha de demostrarse que un medicamento es más eficaz que las posibles alternativas en el mundo real, no sólo un placebo en una prueba controlada.
- **Seguridad:** Los pacientes pueden indicar cuestiones relacionadas con la seguridad en tiempo real y pueden entrar en un diálogo con los fabricantes acerca de cómo mejorar sus productos.

(Hodgkin 2012)

Véase también: www.patientslikeme.com; www.bigwhitewall.com; www.renalpatientview.org

Se ha demostrado que con una mayor autogestión por parte del paciente mejoran los resultados de salud, pero, cuando aumentan las presiones financieras, es también una cuestión sustancial importante. Se ha reconocido que el apoyo a la autogestión del paciente es función necesaria y en evolución para los dispensadores de cuidados de salud (CCL 2007). Tratar los problemas de conocimiento de la salud que se plantean a los pacientes es un factor del apoyo a la autogestión por el paciente. *Los niveles escasos de conocimientos de salud plantean un problema importante para la difusión y el uso eficaz de la autogestión por el paciente.* Es éste un sector adecuado que los recursos humanos de enfermería deben desarrollar y explorar activamente. Desde hace largo tiempo la enfermería anima y ayuda a los pacientes a auto gestionar y, si es posible, ser independientes en sus propios cuidados. Hay muchos ejemplos de pacientes que gestionan con éxito un alto grado de complejidad, pero es el creciente uso de las tecnologías para ayudarles lo que está transformando las posibilidades. Hay un interés cada vez mayor en la innovación dirigida por los pacientes pues las personas no son solamente receptoras de servicios sino coproductoras reales de su propia formación y salud. Como describen Berwick et al. (2009), el interés centrado en el paciente refleja una “experiencia (en la medida en que el paciente individual informado lo desea) de transparencia, individualización, reconocimiento, respeto, dignidad, y posibilidad de elección en todos los asuntos – sin excepción– relacionados con la persona, las circunstancias y las relaciones propias en los cuidados de salud.”

Para que la tecnología favorezca un cambio de ritmo en la productividad, los recursos humanos de cuidados de salud y sociales necesitarán las habilidades y capacidades que sean idóneas para asumir esa tecnología y para impulsar nuevos modos de trabajo.

Reflexiones:

Personal: ¿En qué medida pueden las enfermeras en su lugar de trabajo apoyar el desarrollo de los conocimientos de salud de los pacientes? Proponga algunas actuaciones clave para mejorar la situación.

Política: Para apoyar a los pacientes y a los prestadores de cuidados gestionar su propia salud quizá será necesaria una distribución de recursos distinta de la utilizada en las formas tradicionales de prestación de cuidados. ¿Cómo puede abordarse esta cuestión con el público?

La instrucción de salud desempeña una función esencial en la autogestión de la enfermedad crónica. Para gestionar día a día los estados crónicos o de larga duración, las personas tienen que poder entender y evaluar la información de salud (frecuentemente un régimen médico complejo), planificar y hacer cambios de sus estilos de vida, adoptar decisiones informadas y entender cómo acceder a los cuidados cuando los necesiten. Sin embargo, según la Encuesta sobre Instrucción y Competencias de los adultos para la vida, más de la mitad (el 55%) de los canadienses en edad de trabajar no tienen unos niveles adecuados de conocimientos de salud y solamente un adulto de cada ocho (12%), de más de 65 años, tiene capacidades y conocimientos de salud adecuados. (Canadian Council on Learning CCL 2007)

Capítulo 5

La importancia del entorno laboral

La importancia del entorno laboral ha sido muy subestimada en tanto que aspecto esencial para comprender la distribución de los recursos de enfermería (Aiken et al 2011a; Brown et al 2010). Sin un buen entorno de trabajo, añadir más enfermeras a los recursos humanos puede tener un efecto pequeño o nulo, mientras que si las enfermeras se suman a una buena cultura de trabajo resultará un beneficio considerablemente mayor (Aiken et al 2011b). Como señalan Aiken et al (2011b) “la importante interacción que se da entre el personal de enfermería y el entorno laboral conlleva que el efecto de la dotación de personal de enfermería esté condicionado al entorno laboral, o bien que el efecto del entorno laboral esté condicionado a la dotación del personal de enfermería” (pág. 6). Estos autores pudieron demostrar que, en los hospitales, cuanto mejor es el entorno de trabajo de las enfermeras menores son los casos, en esos hospitales, de muertes y fracasos terapéuticos del personal de enfermería (véase el Cuadro 8).

Este trabajo puede completarse con un estudio nigeriano (Ayamolowo et al 2013) en el que se estudió la relación entre la satisfacción en el trabajo y el entorno laboral de las enfermeras de atención primaria. También en este trabajo se llegó a la conclusión de que un entorno laboral saludable era un factor importante para mejorar la satisfacción en el trabajo, reducir la intención de rotación del personal y mejorar los resultados de los cuidados. De las cinco facetas del entorno laboral tratadas en el estudio, según la percepción de las enfermeras, tenían el mayor valor las prácticas de gestión y la estructura de apoyo.

Aun cuando añadir más enfermeras a los recursos humanos tiene un costo inicial, para mejorar el entorno laboral no se necesita el mismo nivel de recursos pero sí es preciso que el sistema de salud se gestione y se dirija a sí mismo de manera diferente. Esto puede también producir mayores ventajas y beneficios para los pacientes y sus familias. En Swazilandia, el CIE y sus colaboradores iniciaron un plan innovador después de que un estudio revelara que el 80% de los trabajadores de salud abandonaban su profesión porque se sentían sin cuidados e infravalorados (Beleta 2008). En 2006, se construyó el Centro de bienestar de Swazilandia, el primero de esta clase en todo el mundo. Ofrece a los trabajadores de salud y a sus familias inmediatas una gama de servicios para eliminar muchas de las barreras contrarias a los servicios de bienestar a las que se enfrentan esos trabajadores, lo que permite fortalecer más los recursos humanos dedicados a cuidados de salud y hacerlos más capaces de satisfacer las necesidades de salud de la población (CIE 2011).

El informe de 2006, de la OMS, refuerza esta visión y señala que las estrategias de apoyo y mejoramiento de los resultados de los trabajadores son importantes por cuatro razones:

1. Probablemente obtendrán resultados antes que las estrategias destinadas a aumentar el número de efectivos.
2. Las posibilidades de aumentar el número de trabajadores de salud serán siempre limitadas.
3. Unos recursos humanos motivados y productivos favorecerán la contratación y la retención.

4. Las administraciones tienen, para con la sociedad, la obligación de asegurar que los recursos humanos y financieros limitados, se emplean de manera equitativa y eficiente en la mayor medida posible. (pág. 67)

Cuadro 8: La importancia del entorno laboral

“El equipo Penn constató que cada paciente adicional por enfermera iba asociado a un aumento, de entre el 6 y el 9%, en el riesgo de readmisión de un paciente en 30 días, según su estado. Los buenos entornos de trabajo de las enfermeras iban asociados a índices menores de fallo del corazón, infarto de miocardio y neumonía que eran un 7%, un 6% y un 10% inferiores, respectivamente.”

(Wood 2013)

Mantener este modo de comprender la importancia del entorno laboral es particularmente importante en momentos de cambio significativo cuando los servicios están rediseñándose. Muchos miembros de la profesión precisan más formación y preparación para adquirir rápidamente nuevas funciones con el fin de responder de manera eficaz. Cada vez más, vemos clínicas dirigidas por enfermeras, servicios de proximidad y funciones avanzadas de las enfermeras, todos los cuales crean un diferente entorno laboral y una diferente cultura asociada con ellos. Es lamentable ignorar la función vital que las enfermeras han de desempeñar, y que las enfermeras necesitan ser consideradas colaboradoras de pleno derecho en este proceso.

El vínculo entre un entorno laboral positivo y los empleadores que trabajan para lograr que el personal esté más satisfecho ha dado lugar a diversas iniciativas de mejoramiento de la salud y el bienestar de los recursos humanos. Como señala Boorman (Departamento de Salud 2009) las organizaciones que conceden prioridad a la salud y al bienestar del personal obtienen mejores resultados, con mayor satisfacción de los pacientes, mejores valoraciones de su calidad, niveles más altos de retención del personal e índices más bajos de ausencia por enfermedad. Esto ha dado lugar a diversas actividades dirigidas por los empleadores para conseguir el equilibrio de la vida laboral para las enfermeras, y para mejorar la dedicación y el compromiso del personal (véase el Anexo 2). Esto se relaciona también, cada vez más, con mejoras de la participación de los pacientes y del público con el objeto de obtener sus comentarios y animarles a contribuir activamente en el desarrollo de los servicios y de los cambios (Kutney- Lee et al 2009).

Las enfermeras dirigentes, de todos los niveles, deben asumir con confianza su responsabilidad para identificar los problemas y cuestiones que se planteen en su entorno laboral y también la de ofrecer soluciones, si queremos evitar algunos de los fallos que se presentan en todo el sistema y que antes hemos señalado.

Reflexiones:

Personal: ¿Cuáles son los asuntos más importantes que ustedes desearían que se trataran en su entorno de trabajo? ¿De qué maneras podrían tratarse?

Política: ¿Cómo podemos desarrollar la expectativa de que los empleadores evalúen periódicamente la calidad de su entorno laboral y actúen sobre la base de esta información?

Cultura eficaz del lugar de trabajo

Se ha prestado gran atención a la importancia de la cultura organizativa y corporativa pero quizá se ha atendido menos a las condiciones locales que permiten que la mejor práctica tenga lugar (Laschinger y Leiter 2006). En un análisis detallado del concepto sobre la base de una teoría del desarrollo y evolución de la práctica, un grupo internacional de enfermeras identificó cinco atributos que ellas consideraban necesarios para juzgar una cultura eficaz del trabajo (Manley et al 2011). Estos atributos son:

Atributo 1: Determinados valores compartidos en el trabajo; éstos son: centrarse en la persona; el aprendizaje a todo lo largo de la vida; un fuerte apoyo y fuerte interés; el desarrollo de la dirección; la contribución y la participación de los principales interesados; el empleo y desarrollo de pruebas; una actitud positiva hacia el cambio y hacia el desarrollo continuo; la comunicación abierta; el trabajo en equipo; la seguridad.

Atributo 2: Visión y misión compartidas, con responsabilidad individual y colectiva.

Atributo 3: La efectividad del entorno de trabajo gracias a la adaptabilidad, la innovación y la creatividad.

Atributo 4: Los cambios adecuados impulsados por las necesidades de los pacientes/comunidades.

Atributo 5: Sistemas formales existen para evaluar de manera continua el aprendizaje, los resultados y la gobernanza compartida.

Los autores elaboraron los atributos dentro de un marco para ayudar a los equipos a desarrollarse. Aun cuando reconocen la interdependencia que hay entre la cultura organizativa, corporativa y laboral, aducen que *es en el lugar de trabajo donde hay más potencial para transformar la prestación de los cuidados y la experiencia de paciente.*

Desarrollar equipos muy competentes

Actualmente se reconoce en general que un equipo muy competente es un instrumento esencial para construir un sistema de prestación de los cuidados de salud más centrado en el paciente, más

coordinado y más eficaz. Por ello, se han elaborado y aplicado varios modelos para coordinar las actividades de los dispensadores de cuidados de salud. Habida cuenta de la diversidad y la complejidad de la información y las conexiones interpersonales, dispensar cuidados aisladamente no sólo es difícil para un médico, sino que también puede ser perjudicial. Cuando varios especialistas clínicos dispensan cuidados al mismo paciente o familia, esos especialistas clínicos pasan a ser un equipo. Este puede definirse como un grupo que tiene por lo menos un objetivo común. Cada especialista clínico se basa en la información y en las actuaciones de los demás miembros del equipo. Sin embargo, sin un reconocimiento explícito y un desarrollo orientado del equipo, permanecerán imposibles de aprovechar muchas de las oportunidades de resolver los problemas sistémicos (Mitchell et al 2012).

Principios de los cuidados de salud en equipo

- **Objetivos compartidos:** El equipo –incluido el paciente y, en su caso, los miembros de la familia u otras personas de apoyo– trabaja para establecer unos objetivos compartidos que reflejen las prioridades del paciente y de la familia, y que puedan ser claramente articulados, comprendidos y apoyados por todos miembros del equipo.
- **Funciones claras:** Hay expectativas claras relacionadas con las funciones, las responsabilidades y las tareas de cada uno de los miembros del equipo, que impulsan en grado óptimo la eficiencia del equipo y muchas veces hacen posible que el equipo aproveche la división del trabajo, llegando así a realizar más que la suma de sus partes.
- **Confianza mutua:** Cada uno de los miembros del equipo consigue la confianza de los demás, y se establecen así fuertes normas de reciprocidad y mayores oportunidades de realizaciones compartidas.
- **Comunicación eficaz:** El equipo establece las prioridades y perfecciona constantemente sus capacidades de comunicación. Tiene canales coherentes de comunicación sincera y completa, a los que acceden y que utilizan todos los miembros del equipo en todos los contextos.
- **Procesos y resultados medibles:** El equipo acuerda y aplica un sistema de información fiable y oportuno sobre los éxitos y los fracasos tanto en el funcionamiento del equipo como en la consecución de los objetivos de éste. El sistema de información se emplea para controlar y mejorar los resultados de corto y largo plazo.

Reflexiones:

Personal: ¿Con qué frecuencia el equipo en el que trabaja toma el tiempo de reflexionar en sus procesos y en sus resultados? En su opinión ¿qué debería cambiarse en el funcionamiento de su equipo?

Política: ¿Cómo desarrollar un sistema de salud que desarrolle y recompense los resultados de equipo así como individuales?

Capítulo 6

Mejorar el aprendizaje y los resultados

Unos recursos humanos mejor capacitados son más productivos pero, como ya hemos señalado, las capacidades, por sí mismas, no darán lugar a una mayor productividad. Ha de haber un reconocimiento de la relación entre los elementos esenciales del sistema (la oferta y la demanda) y una mayor conciencia de todos los interesados del potencial que tiene el lugar de trabajo para desarrollar las capacidades y el talento de su personal (IOM 2010). El objetivo esencial para la mayoría de las organizaciones no es aprender sino prestar los servicios de manera eficaz. El aprendizaje desempeña una importante función para alcanzar este objetivo, por ello necesitamos asegurarnos de que el lugar de trabajo sea apto para todos los tipos de aprendizaje y que los dirigentes y gestores desarrollen adecuadamente este recurso. La mejor clase de aprendizaje en el lugar de trabajo tiene significado y ventajas para el empleador y para la enfermera.

Cuadro 9: Una organización que aprende

- Autonomía y participación del empleado en la adopción de decisiones (por ejemplo, equipos de trabajo autogestionados, círculos de calidad).
- Apoyo en favor de la alta competencia (por ejemplo, sistemas de evaluación y de revisión por homólogos, actividades de mentores y supervisión).
- Recompensas para los resultados conseguidos por el empleado (por ejemplo, índices salariales, salarios relacionados con los resultados, participación en beneficios).
- Participación en la información y el conocimiento (por ejemplo, sistemas para comunicarse con los empleados y para conseguir que la información ofrecida por el personal se utilice para desarrollar la estrategia de la organización).

Adaptado de Ashton y Sung (2002)

Como las organizaciones han entendido la necesidad de mejorar y desarrollarse de manera continua, ya es posible distinguir las prácticas asociadas a una organización de “alto rendimiento” (Ashton y Sung 2002) (véase el Cuadro 9). Los comportamientos que identifican para que los empleadores los apliquen también exigen que los trabajadores desarrollen sus propias capacidades para aprovechar con éxito las oportunidades que se le ofrezcan. Esto requiere que cada enfermera se comprometa constantemente y de manera activa al aprendizaje durante toda su vida. Las enfermeras no pueden esperar pasivamente que sus directores las envíen a cursos, ni comprometerse en proyectos de corto plazo o reaccionar a demandas exteriores, es necesaria una actitud mucho más dinámica.

Actualmente hay ya un claro continuo de desarrollo que las administraciones, los empleadores y cada una de las enfermeras deben apoyar para que todos los interesados puedan intervenir y participar en el cambio sostenible y en el mejoramiento continuo. Para ello es preciso que las enfermeras acepten la responsabilidad de aprender y de desarrollar su propia práctica profesional. En algunos sistemas, se ocupa de esto un encargado de la reglamentación profesional y contiene los elementos siguientes: la función de mentor para los estudiantes de enfermería que inician programas aprobados; tutorías para las enfermeras nuevas y para las que vuelven a la práctica; y la supervisión clínica para apoyar y favorecer el desarrollo profesional constante. **El empleo más eficaz de los recursos de enfermería se produce cuando las enfermeras pueden ejercer en toda la plenitud de su formación, de su aprendizaje y de sus capacidades.** Para esto es preciso que muchas partes del sistema funcionen de manera flexible y a una velocidad creciente para aprovechar las mejores oportunidades de aprendizaje y desarrollo, como ejemplo véase la dirección www.nipec.hscni.net/preceptorship.

Capítulo 7

Principales consideraciones

Dirigentes a todos los niveles

Ha habido numerosos informes sobre la función esencial desempeñada por los dirigentes a todos los niveles del sistema de salud para crear buenos entornos de trabajo y aplicar nuevas formas de dispensar los cuidados. Quizá no se conoce tan bien el tipo de dirección y liderazgo que permite alcanzar esos objetivos. En un examen sistemático realizado por Cummings et al (2010), estos autores pudieron identificar determinados criterios de liderazgo que son más eficaces para conseguir resultados positivos para los recursos humanos de enfermería. En ese informe se pone de relieve la importancia de las capacidades de relación (como opuestas a las capacidades basadas en las tareas). Cuando las funciones cambian y las prácticas de trabajo se diseñan de nuevo es importante acordarse de incluir en este proceso a todos los recursos humanos como colaboradores iguales. Esta actividad tiene un efecto emocional importante en los equipos. **Los dirigentes de todos los niveles de la organización tienen que preocuparse de sus empleados en tanto que personas y deben trabajar en colaboración para conseguir los objetivos que han identificado para sus pacientes y comunidades.**

Colaboración en todo el sistema

Se precisará una mayor colaboración dentro de la profesión de enfermería y entre las profesiones de cuidados de salud para ampliar al máximo el ámbito de la práctica y adaptarse a la evolución de la prestación de cuidados de salud. Para ello también habrán de modernizarse los marcos reglamentarios que son parte integrante del sistema de salud. Esta colaboración se basará cada vez más en que los datos sobre los recursos humanos se compartan y el compromiso con sistemas de información de gran calidad. Estos sistemas necesitarán desarrollarse con las enfermeras, colaboradoras para este avance. El ejercicio de influencia será cada vez más importante como campo de visión política (cinco años) y coincidirá con la inminente escasez mundial de enfermería (de cinco a siete años). Esto ofrece una ocasión oportuna para reforzar el mensaje sobre **la necesidad de planificar unos recursos humanos de salud mundiales; de aumentar el número de trabajadores de cuidados de salud; de incrementar la productividad; y de mejorar la calidad de la respuesta formativa**, ya que todo ello puede ser necesario.

Trabajar con recursos limitados

La limitación de los recursos, que se produce en todos los sistemas de salud, exigirá que las enfermeras que ocupan u ocuparán puestos de liderazgo o de dirección estén preparadas para gestionar cambios rápidos en un mundo globalizado e impulsado por la tecnología, en el que los recursos humanos y financieros son limitados. Para esto será preciso desarrollar competencias con el fin de que las enfermeras se desarrollen y gestionen los recursos humanos de enfermería de una manera efectiva y eficaz: la colaboración, el desarrollo de alianzas y de colaboraciones estratégicas, las capacidades de negociación, las capacidades de una comunicación de alto nivel, oral y escrita, la creación y la motivación de equipos y la adopción de decisiones. **Reconociendo que las diferentes fases de desarrollo de las enfermeras y de las ANE requerirán el desarrollo o la adaptación de**

diversos instrumentos para conseguir un impacto máximo, es ésta prioridad particularmente alta en los servicios de la comunidad y en los servicios de atención primaria.

Un compromiso con la formación y con el aprendizaje

Es claramente necesario desarrollar un sistema de formación y de aprendizaje orientado a mejorar los resultados de los sistemas de salud adaptando las competencias profesionales centrales a determinados contextos, aprovechando a la vez el conocimiento mundial. Para muchos sistemas de salud, esto exigirá una conversación activa, entre los sectores de la salud y de la formación, sobre la planificación y el desarrollo de los recursos humanos. Los actuales desequilibrios sistémicos implican un despilfarro y ambos sistemas son demasiado lentos para responder, por esta desconexión. **Todos los profesionales de salud, incluidas las enfermeras, deben estar formados para aplicar el conocimiento y el razonamiento crítico y una conducta ética de manera que estén preparados para formar parte de unos sistemas de salud centrados en el paciente y en la población en tanto que miembros de equipos que responden en el plano local y están conectados en el plano mundial** (Frenk et al 2010).

Una responsabilidad personal

Finalmente, cuando pensamos en las enfermeras y en cómo actuamos en tanto que fuerza para el cambio, necesitamos evaluar críticamente nuestra propia responsabilidad personal. Si no aceptamos el modo en que las enfermeras son consideradas o tratadas en el lugar de trabajo, entonces tenemos la obligación de hacer algo para solucionarlo (Darbyshire 2010). Hemos de reconocer la responsabilidad personal que nos incumbe sobre la imagen de las enfermeras y sobre cómo nos ve el público. Somos miembros dinámicos y activos de muchas comunidades; nos vinculamos con redes muy amplias. Y sin embargo, con demasiada frecuencia los medios de comunicación cuentan algo distinto; si solamente damos una imagen de casos negativos será porque somos parte del problema.

Tenemos que emplear el Día de la Enfermera para “cambiar la imagen”; para reforzar el modo en que la respuesta de una enfermera capacitada puede transformar las vidas, las familias, las comunidades y también los países. Debemos modelar este mensaje no solamente para este día sino desde hoy para siempre.

En este día de acción estén preparadas para describir:

- **Cómo ustedes mejoran la situación.**
- **Cómo su equipo ha mejorado la situación.**
- **Cómo su asociación de enfermeras ha mejorado la situación.**
- **Como la Administración de su país PUEDE mejorar la situación.**

**Ejemplos de instrumentos, sitios Web y enlaces para
la planificación de los recursos humanos**

<p>Recursos Humanos de Salud de Nueva Zelanda: www.healthworkforce.govt.nz/</p>
<p>Instrumentos y recursos - "Recursos Humanos de Salud de Nueva Zelanda tiene la responsabilidad general de la planificación y el desarrollo de los recursos humanos de salud, de conseguir que las cuestiones del personal estén vinculadas a la planificación de la prestación de los servicios y que nuestros recursos humanos de salud sean idóneos para cumplir sus objetivos." http://healthworkforce.govt.nz/tools-and-resources</p>
<p>Empleadores del Servicio Nacional de Salud (NHS): www.nhsemployers.org</p>
<p>Marco para la carrera de enfermería – Un instrumento interactivo del Departamento de Sanidad ayuda a las enfermeras especialistas a planificar sus carreras profesionales. El marco puede emplearse para ayudar a los empleadores en la planificación y en el desarrollo de sus recursos humanos. www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Nursing/toolsandresources/Pages/TheNursingCareerFramework.aspx</p> <p>Planificación de los recursos humanos - www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Modernising-Scientific-Careers/MSC-latest-news/Pages/Healthcarescienceresources-newworkforceplanningtoolspage.aspx</p>
<p>Formación del NHS para Escocia [NES]: www.nes.scot.nhs</p>
<p>'Conjunto de instrumentos de aprendizaje para la planificación de la carga y de los recursos humanos de enfermería y obstetricia', NES, 2013, www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/nursing-and-midwifery/resources/publications/nursing-and-midwifery-workload-and-workforce-planning-learning-toolkit.aspx</p>
<p>Consejo Nacional para la Calidad (NQB), NHS Inglaterra www.england.nhs.uk</p>
<p>Cómo conseguir que las personas adecuadas, con las capacidades idóneas, estén en el lugar idóneo en el momento adecuado: Guía para la capacidad y la idoneidad de la enfermería, la obstetricia y la dotación de personal En esta guía se expone un conjunto de las expectativas de los dispensadores y de los encargados en lo que se refiere al personal, y se ofrece asesoramiento sobre el modo en que puede dárseles cumplimiento. En ella se señala a los lectores los instrumentos y los recursos actuales basados en pruebas, y se ofrecen ejemplos de buena práctica. Incluye vínculos con recursos externos</p>

www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/nqb-how-to-guid.pdf

Royal College of Nursing: www.rcn.org.uk

Recursos del RCN – planificación de los recursos humanos - [incluye vínculos con recursos externos]

http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinical_governance/staff_focus/other_support/guidance_and_tools

Safe Staffing Levels - Setting Safe Nurse Staffing Levels. An Exploration of the Issues, Londres: Royal College of Nursing 2003. El documento se escribió en respuesta a la preocupación, manifestada por los miembros del RCN, por la falta de una 'fórmula universal' objetiva y racional sobre la dotación de personal, que pudiera garantizar la prestación de unos servicios de enfermería seguros y de gran calidad. Aunque el centro de interés principal se sitúa en los recursos humanos de enfermería en los hospitales, muchos de los problemas tratados son igualmente pertinentes para las enfermeras que se ocupan de los servicios a la comunidad y de servicios de atención primaria.
www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0008/78551/001934.pdf

Guidance on safe nurse staffing levels in the UK, Londres: Royal College of Nursing. 2010,
www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf

RCN Policy Position: Evidence-based Nurse Staffing Levels, Londres: Royal College of Nursing. 2010
www.rcn.org.uk/development/publications

Capacidades para la salud: <http://skillsforhealth.org.uk>

"Capacidades para la salud en el Consejo de Capacidades de Salud, para todos los empleadores de salud; el NHS, el sector independiente y el tercer sector. Todo lo que hacemos está impulsado por las capacidades y las necesidades de recursos humanos de ustedes."

Instrumento de Planificación de los recursos humanos de enfermería - *"Este instrumento tiene por objeto ayudar a los recursos humanos de enfermería a planificar y a tomar decisiones mejores sobre los números, los conjuntos y las combinaciones de enfermeras que sean eficientes en costos."*

https://tools.skillsforhealth.org.uk/nursing_planning/

Organización Mundial de la Salud (OMS): www.who.int

'Modelos e instrumentos para la planificación de los recursos humanos de salud y proyecciones,

Ejemplar Nº 3 de *Health Observer*

"El objetivo de este documento es exponer los métodos e instrumentos disponibles para la planificación y las proyecciones de los recursos humanos de salud, y describir los procesos y los recursos que se precisan para realizar ese ejercicio. Este examen no pretende ser exhaustivo, sino presentar los instrumentos y los recursos disponibles y utilizados generalmente en los países."

www.who.int/hrh/resources/observer3/en/

El Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo / El Banco Mundial

Cómo contratar y retener trabajadores de salud en las zonas remotas y alejadas de los países en desarrollo: Nota orientativa del Banco Mundial y Documento de Debate sobre Salud, Nutrición y Población, de Edson Araújo y Akiko Maeda June (2011). Ofrece un resumen de las pruebas actuales de los factores que contribuyen a estos desequilibrios; presenta un conjunto sistemático de las intervenciones de política general que están aplicándose en el mundo para resolver el problema de la contratación y la retención de trabajadores de salud en las regiones rurales y alejadas de los países en desarrollo; y para introducir la aplicación de experimentos optativos discretos (Discrete Choice Experiments) para enunciar las preferencias de los trabajadores de salud y determinar los factores capaces de aumentar su probabilidad de aceptar un trabajo rural o en un lugar alejado.

www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wb_retentionguidancenote/en/index.html

Ejemplos de instrumentos del entorno de los recursos humanos

Empleadores del NHS: www.nhsemployers.org

Mejorar la dedicación del personal -

www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Pages/ImprovingStaffEngagement.aspx

Salud, Trabajo y Bienestar - 5 secciones

1. El camino hacia la salud y el bienestar – Para establecer la estrategia, reunir pruebas y para iniciativas de la mejor práctica.
 2. Mantener bien al personal – Para medidas preventivas, para el apoyo dinámico y para aprender de los otros.
 3. Mantener el impulso – Cómo emplear los datos y la encuesta sobre el personal para hacer que participen sus recursos humanos.
 4. Actuación sobre la ausencia – Todo lo que ustedes necesitan saber para reducir la enfermedad.
 5. Dirigir el camino – Quiénes están por delante de la curva y cómo podemos aprender de ellos.
- www.nhsemployers.org/HealthyWorkplaces/Pages/Home-Healthy.aspx

Asociación Estadounidense de Enfermeras de Cuidados Críticos [AACN]: www.aacn.org/

Iniciativa sobre el entorno laboral saludable - *"La AACN ha dado prioridad a tres importantes iniciativas de defensa: los entornos de trabajo saludable, los cuidados paliativos y del fin de la vida, y el desarrollo del personal y de los recursos humanos."*

Documentos de Normas de la AACN - Vincular los entornos de trabajo saludables con la seguridad de los pacientes, y con la retención y la contratación de las enfermeras

"Vincular los entornos de trabajo saludables con la seguridad del paciente, la retención y la contratación de las enfermeras; así, el punto de partida es irrefutable.

La AACN está convencida de que todos los lugares de trabajo pueden ser saludables si las enfermeras y los empleadores están decididos a abordar no sólo el entorno físico, sino también obstáculos menos visibles que se oponen a la seguridad del personal y del paciente. Sin embargo, nos consta que esto no sucederá si no entendemos los factores que contribuyen a los entornos de trabajo no saludables y sin un compromiso de aplicar las soluciones.

Los elementos necesarios para el éxito –una comunicación adecuada, una verdadera colaboración, una adopción de decisiones eficaces, un personal idóneo, el reconocimiento significativo y la dirección y liderazgo auténticos- se describen en las Normas de la AACN para Establecer y sostener entornos de trabajo saludables."

Versión completa: www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf

Resumen: www.aacn.org/WD/HWE/Docs/ExecSum.pdf

Instrumento de Evaluación de un entorno de trabajo saludable -

www.aacn.org/hwehome.aspx?pageid=331&menu=hwe

Índice previo [PI Worldwide]: www.piworldwide.com/

Índice previo: Documentos de Atención de salud: Wood D, 2013, 'Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line', Enero 18, 2013:

"The Predictive Index helps healthcare organizations like Indiana University Health (Bloomington Hospital) create a positive workplace culture." [By Debra Wood, RN, Contributor.]

<http://www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/>

Asociación de Enfermeras Especialistas de Ontario (RNAO): <http://rnao.ca>

Las directrices sobre la mejor práctica (BPG) de los entornos de trabajo saludables (HWE) "Están pensadas para apoyar a las organizaciones de cuidados de salud a establecer y mantener entornos de trabajo favorables. Esta labor está dirigida por la Asociación de Enfermeras Especialistas de Ontario, con financiación del Ministerio de Salud y de Cuidados de Larga Duración de Ontario y con el apoyo de la Oficina de Política de Enfermería del Ministerio de Sanidad del Canadá. El objetivo inicial del programa era desarrollar seis directrices y exámenes sistemáticos de lo publicado acerca de los entornos de trabajo saludables. Los seis sectores incluían el liderazgo y la dirección, la práctica en colaboración, la carga de trabajo y el personal, la profesionalidad, aceptar la diversidad; y la salud, la seguridad y el bienestar en el trabajo. Para el proyecto, un entorno de trabajo saludable se definió como "un contexto de la práctica que maximiza la salud y bienestar de las enfermeras, la calidad de los cuidados a los pacientes y los resultados del sistema y de la organización".

<http://rnao.ca/bpg/guidelines/hwe>

Departamento de Salud de la Región de Durham: www.durham.ca/

Pasos fáciles para un lugar de trabajo saludable

Hay unos pasos eficaces, ya demostrados, que los lugares de trabajo pueden crear para ser saludables.

1. Conseguir compromiso.
2. Crear un equipo de trabajo saludable.
3. Evaluación de la situación: Aprender cuáles son para ustedes las prioridades de un lugar de trabajo saludable, y lo que quieren sus empleados.
4. Establecer un plan de salud.
5. Aplicar el plan.
6. Evaluar.

Celebrarlo y planificar para el año próximo.

El Conjunto de Instrumentos de los lugares de trabajo saludables puede ayudar porque cuenta con muchos ejemplos y tiene más información sobre cómo dar los pasos. El conjunto de instrumentos cuenta también con algunos instrumentos y con modelos que ayudarán a ustedes a dar los pasos y a hacer un plan del lugar de trabajo saludable.

Conjunto de Instrumentos para el lugar de trabajo saludable.

Toolkit: www.durham.ca/departments/health/haw/hwToolkit.pdf

Salud y Seguridad Ontario: www.healthandsafetyontario.ca

'Lugares de trabajo saludables: Viaje a la excelencia'.

"Seis capítulos dedicados a ayudar a ustedes a establecer un lugar de trabajo saludable; en ellos se incluyen las definiciones, el modo de empezar, y los beneficios comparados con los costes."

www.healthandsafetyontario.ca/Resources/TopicList/Healthy-Workplaces.aspx

Centro de Inteligencia de los Recursos Humanos (CFWI): www.cfwi.org.uk

CFWI, 2011, 'Riesgos y oportunidades para los recursos humanos: Enfermería y obstetricia'

www.cfwi.org.uk/publications/workforce-risks-and-opportunities-nursing-and-midwifery

Fundación Robert Wood Johnson: www.rwjf.org

'El nuevo Estudio muestra que mejorando los entornos laborales y los coeficientes de personal de las enfermeras pueden reducirse las readmisiones hospitalarias para pacientes de Medicare.'

"Nuestras conclusiones indican que mejorando los entornos laborales de las enfermeras y reduciendo sus cargas de trabajo pueden disminuir las readmisiones de pacientes de Medicare que tienen estados comunes," dice McHugh. "Ciertamente, merece la pena que los administradores de hospitales examinen estos dos factores y exploren si pueden perfeccionarse para mejorar también los resultados conseguidos en los pacientes y reducir el número de readmisiones".

www.rwjf.org/en/about-rwjf/newsroom/newsroom-content/2013/01/new-study-shows-improving-nurses-work-environments-and-staffing-.html

'Enfermería hospitalaria y readmisiones de 30 días en pacientes de Medicare con fallo cardiaco, infarto grave de miocardio, y neumonía,' *Medical Care*, Vol. 51 Nº 1: págs. 52-59, McHugh MD &Chenjuan MA (2013).

Equipo de Recursos de Enfermería del Centro de Servicios de Salud de Londres (LHSC):

www.lhsc.on.ca

Unidad de Recursos de Enfermería: www.lhsc.on.ca/Careers/Nursing/Clinical_Programs/NRU.htm

El LHSC está al frente en el mejoramiento continuo de la calidad para la enfermería:

www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Media_Room/Media_Releases/2013/May7.htm

"...se recogieron datos para que la dirección y el personal los emplearan para conseguir estrategias para los ETS (Entornos de trabajo saludables) destinadas a mejorar la calidad de los cuidados dispensados al paciente."

Crear un entorno de trabajo saludable: Perspectiva de un equipo de Recursos de enfermería' *Nursing Leadership*, Vol. 26 [Número especial] (Mayo): págs. 70-77, Vaughan L y Slinger T (2013).

www.longwoods.com/content/23322

Organismo para la Investigación y la Calidad de los Cuidados de Salud y Fundación Robert Wood Johnson: www.ahrq.gov/index.html

La seguridad del paciente y la calidad: Manual para las enfermeras basado en pruebas

"Las enfermeras deben saber qué técnicas e intervenciones probadas pueden utilizar para mejorar los resultados en el paciente. Para tratar esta necesidad, el Organismo para la Investigación y la Calidad de los Cuidados de Salud (AHRQ), con financiación adicional de la Fundación Robert Wood Johnson, ha preparado para las enfermeras este amplio manual, de 1.400 páginas, sobre la seguridad del paciente y la calidad titulado —*Patient safety and quality: An Evidence- Based Handbook for Nurses*—. (Publicación AHRQ Nº 08-0043). www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/index.html

Centro para la Investigación de los Cuidados de Salud y Sociales, Universidad Hallam, Sheffield: <http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/index.html>

Gerrish K, McDonnell A, y Kennedy F (2011), '**Capturar el impacto: Conjunto de instrumentos prácticos para las enfermeras consultoras**', Sheffield: Sheffield Hallam University (Julio). "Este conjunto de instrumentos está pensado para ayudar a las enfermeras consultoras a evaluar los efectos que ellas ejercen sobre los pacientes, sobre el personal con el que trabajan, sobre su organización, y la contribución que hacen fuera de su organización. Se elaboró como parte de un proyecto de investigación encargado por el Burdett Trust for Nursing, que examinó los criterios para medir los efectos de las enfermeras consultoras."

<http://research.shu.ac.uk/hwb/ncimpact/NC Toolkit final.pdf>

Consejo internacional de enfermeras [CIE]: www.icn.ch

Día Internacional de la Enfermera, 2007: 'Entornos de práctica favorables

Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. [Preparado por Andrea Bauman]:

"El conjunto de instrumentos tiene por objeto ofrecer datos sobre los entornos positivos para la práctica a todas las personas interesadas en la salud que deseen mejorar la prestación de servicios de calidad.

En las páginas ... se explora la relación existente entre la enfermera y el lugar de trabajo, los factores coincidentes que conforman los entornos de trabajo de las enfermeras, el coste de unos lugares de trabajo no saludables..."

Informe sobre el futuro de la enfermería - 'El Informe del Instituto de Medicina titulado *El futuro de la enfermería: Dirigir el cambio, impulsar la salud*, es un examen completo de los recursos humanos de enfermería. Las recomendaciones que se ofrecen en este informe se centran en la crítica correlación existente entre las necesidades de salud de poblaciones de pacientes diversas y cambiantes a todo lo largo de la vida y las actuaciones de los recursos humanos de enfermería'.

www.thefutureofnursing.org/IOM-Report

Modelos de éxito -

En las comunidades de todo el país, las enfermeras dirigen programas innovadores para mejorar la salud de sus pacientes. Los estudios de casos y las historias personales que se incluyen ilustran el trabajo llevado a cabo por las enfermeras y los modelos innovadores que las enfermeras desarrollan en una función de dirección y liderazgo. - www.thefutureofnursing.org/success-stories



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 económicos. 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 riesgo 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.



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

Declaración de posición del CIE:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Adoptada en 1995
Examinada y reafirmada en 2001

Declaraciones de posición relacionadas:

- **Ámbito de la práctica de la enfermería**
- **Participación de las enfermeras en la adopción de decisiones y en la elaboración de políticas en los servicios de salud**
- **Servicios de salud asequibles financiados por el sector público**

Publicaciones del CIE:

- **Cálculo de costos de los servicios de enfermería**, Informe del Grupo de Trabajo del CIE sobre el cálculo de costos de servicios de enfermería, Ginebra, CIE, 1992
- **La rentabilidad en los servicios de atención de salud**, Directrices para ANEs y otros, Ginebra, CIE, 1993
- **Calidad, costo y enfermería**, Carpeta del Día Internacional de la Enfermera, CIE, 1993
- **Directrices para la planificación de recursos humanos para enfermeras** Ginebra, CIE, 1993
- **Planificación de recursos humanos para enfermeras: documento de referencia**, Ginebra, CIE, 1994
- **La preparación de enfermeras administradoras y enfermeras en la administración general de salud** Ginebra, CIE, 1990

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.

La planificación de los recursos humanos de salud

Planificar la oferta y la demanda de recursos humanos de salud es un problema importante para la mayoría de los países. La escasez de recursos humanos, el subempleo y el desempleo, los desequilibrios de la combinación de capacidades y la mala distribución geográfica son algunos de los problemas más graves que se plantean en el plano nacional y dentro de las organizaciones. La planificación de los recursos humanos de salud (PRHS) es esencial para que los países y los sistemas puedan asegurar que contarán con recursos humanos capaces de satisfacer las necesidades de las poblaciones. Sin embargo, en muchos países se observa una PRHS ineficaz, lo que es una debilidad. Son pocos los países que aplican mecanismos de planificación capaces de predecir de manera adecuada las futuras demandas de cuidados y prever unos recursos humanos eficaces y eficientes.^{1 2}

Definición de la PRHS

El objetivo de la PRHS consiste en prever el número adecuado de trabajadores de atención de salud que tengan los conocimientos, capacidades, actitudes y cualificaciones idóneos, y que realicen las tareas adecuadas en el lugar y en el momento preciso para conseguir los objetivos de salud establecidos.

Ventajas de una buena PRHS

Una planificación eficaz de los recursos humanos de salud puede producir:

- Mejores resultados de salud;
- Mejores servicios de salud y mejor funcionamiento del sistema de salud;
- Mayor eficiencia (tanto financiera como operativa y de los servicios) por la mejor utilización de los recursos; y
- Mejor retención y contratación.

Problemas comunes de la PRHS

¹ ICNM (2007). *Nursing Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context* elaborado por Jim Buchan y Lisa Little for ICNM and ICHRN. Ginebra, Suiza y Filadelfia PA http://www.intlnursemigration.org/download/SelfSufficiency_EURO.pdf

² CIE (2005). *Planificación de los recursos humanos de enfermería: configurar el camino de la política general* elaborado por O'Brien-Pallas et al. para el CIE. Ginebra, Suiza: Consejo internacional de enfermeras <http://www.icn.ch/global/Issue2workforce.pdf>

Las publicaciones señalan varios problemas u obstáculos principales que se plantean a los países en la PRHS. Entre ellos figuran los siguientes:

- Políticas de planificación deficientes o poco claras, y escaso apoyo a la planificación estratégica;
- Falta de un plan nacional de RHS o, cuando existe, se ejecuta de manera deficiente o no se aplica;
- Falta de un órgano nacional de coordinación de la PRHS;
- La planificación de los RHS se hace de manera independiente y aislada de otros aspectos de la planificación en el sector de la atención de salud;
- Recursos o capacidad inadecuados para aplicar el plan;
- El centro de interés se pone en una única profesión planteamientos de la planificación específicos más bien que integrados;
- El centro de interés se pone en la planificación a corto plazo más bien que a medio o largo plazo;
- No se tienen suficientemente en cuenta las repercusiones de los factores sociales, políticos, geográficos, tecnológicos y económicos en la PRHS;
- Falta de datos e información adecuados y precisos sobre los recursos humanos;
- Falta de acceso a los métodos e instrumentos adecuados y convenientes que se precisan para llevar a cabo el proceso de planificación;
- Falta de definiciones claras de las funciones y del ámbito de la práctica de las numerosas categorías del personal que dispensa servicios;
- Comunicación y coordinación deficientes entre dispensadores, planificadores, políticos, empleadores, y encargados de la formación y las finanzas.^{3 4}

Consecuencias de la deficiente PRHS

Las consecuencias de una planificación deficiente de los RHS pueden ser muy graves para los sistemas de salud. Entre ellas pueden enumerarse las siguientes:

- Escasez de personal, demanda de cuidados no atendida;
- Acceso desigual a los cuidados;
- Desequilibrios geográficos, laborales, institucionales y en las especialidades, de los recursos humanos;
- Calificaciones excesivas o insuficientes de los recursos humanos;
- Mala utilización (por defecto o por exceso);
- Numerosas bajas en los recursos humanos;
- Desempleo o subempleo; y
- Retraso en la respuesta para adaptarse a las tendencias de la atención de salud (es decir, tecnología y procedimientos nuevos, etc.)^{5 i}

³ CIE (2006). *La escasez de personal de enfermería en el mundo: Sectores prioritarios de intervención*. Ginebra, Suiza: Consejo internacional de enfermeras <http://www.icn.ch/global/report2006.pdf>

⁴ Ibid. CIE (2005).

Características de una buena PRHS

- Es obra de un personal adecuadamente formado;
- Utiliza instrumentos y métodos de planificación adecuados;
- Refleja un método integrado de planificación de los recursos humanos, que se basa en las necesidades, se orienta hacia los resultados y está conformado por la planificación del servicio;
- Toma en consideración la influencia de los factores sociales, políticos, geográficos, tecnológicos y económicos que inciden en las decisiones sobre la planificación y el despliegue de los recursos humanos;
- Considera las opciones de política general para resolver los desequilibrios de la oferta y la demanda;
- Se basa en las necesidades de salud de la población;
- Se basa en datos e información fidedignos sobre los recursos humanos;
- Implica a los profesionales de salud en el proceso de planificación;
- Conlleva una vigilancia y evaluación constantes del proceso de planificación;
- Asegura una coordinación eficaz y constante entre los encargados de la política general, los planificadores, la administración, la investigación y los interesados administrativos; y
- Se ocupa de las necesidades de corto, medio y largo plazo.^{6 7}

Principios de una planificación eficaz de los recursos humanos

J. Buchan⁸ describe los ocho principios más importantes para una planificación eficaz de los recursos humanos. Esos principios son los siguientes:

1. Las principales funciones/interesados (por ejemplo, las finanzas, los planificadores de los servicios, los dispensadores de formación, los empleadores de los sectores público y privado) se comprometen y participan en el proceso de planificación, con líneas de responsabilidad claras y bien definidas.
2. Partir de una base de información estructurada sobre el personal actual, los presupuestos de personal, y la actividad pertinente –trátase de la planificación para una sala hospitalaria, una organización, una región o un país.
3. Evaluar la dinámica de los recursos humanos y los “flujos” entre los sectores y las organizaciones dentro del sistema para el que se planifica –evaluando las fuentes de suministro y el volumen de negocio.

⁵ CIE (1994). *Planificación de los recursos humanos de enfermería: documento de referencia*. Ginebra, Suiza: Consejo internacional de enfermeras

⁶ Ibid. CIE (2005).

⁷ Ibid. CIE (2006).

⁸ Buchan J (2007). *Planificación de los recursos humanos de enfermería en el Reino Unido: Informe del Royal College of Nursing*.

http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0016/107260/003203.pdf

4. Hacer un análisis global para identificar la necesidad y el alcance del cambio.
5. Preparar y acordar un conjunto de parámetros para la planificación, que relacionen los datos sobre los recursos humanos con los datos sobre las actividades.
6. Utilizar la fórmula de análisis “qué pasaría si...” para modelar diversas hipótesis de demanda de servicios y el perfil del personal correspondiente.
7. Elaborar un plan nacional, acordado, sobre los recursos humanos que reúna los planes locales/regionales.
8. Establecer un marco para seguir de cerca los cambios del personal en comparación con el plan –preparar un ciclo para revisión y actualización.

Actuaciones del CIRHE/CIE

El Consejo internacional de enfermeras y su Centro internacional para los recursos humanos de enfermería:

- Abogan a favor de la elaboración y la revisión de planes nacionales para los recursos humanos, que reflejen métodos integrados de planificación de esos recursos; del establecimiento de órganos intersectoriales de planificación de esos recursos en el plano nacional, en los que participen todos los principales interesados; e inversiones en la creación y mantenimiento de sistemas de acopio de datos e información sobre los recursos humanos para conformar la política general y las prácticas de planificación en el plano nacional.
- Influir y contribuir a desarrollar conjuntos nacionales mínimos de datos sobre esos recursos.
- Preparar declaraciones de posición sobre problemas que se plantean en el plano internacional, por ejemplo el Desarrollo de los recursos humanos de salud (www.icn.ch/pshhrd.htm); la Retención, transferencia y migración de las enfermeras, (www.icn.ch/psretention.htm), etc. Véanse también las direcciones www.icn.ch y www.ichrn.org
- Cooperar con otros para fortalecer las capacidades estratégicas y técnicas de las personas, las organizaciones y los sistemas para planificar los recursos humanos de salud.
- Desarrollar las competencias internacionales de planificación y gestión de los recursos humanos de enfermería.
- Elaborar y actualizar directrices para la planificación de los recursos humanos de enfermería.
- Evaluar y difundir buenas prácticas de planificación de los recursos humanos mediante presentaciones en las reuniones y otros foros, y a través del sitio web del CIRHE/CIE y los estudios de casos publicados. Véase la dirección www.ichrn.org
- Presentar y debatir estudios y análisis de problemas de la planificación de los recursos humanos en conferencias y congresos internacionales y en foros regionales tales como el Foro internacional sobre los recursos humanos del CIE y el Foro del CIE para los Recursos humanos en Asia.
- Dialogar sobre las principales tendencias y problemas de la Planificación de los recursos humanos de salud, en las reuniones del Foro sobre los Recursos humanos.

- Explorar las experiencias de las enfermeras en el desarrollo de la planificación y en la elaboración de políticas de recursos humanos, durante las conferencias, congresos y foros regionales.

Para obtener más información, póngase en contacto con:

ichrn@secretariat.org

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de 131 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) 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.

El Centro internacional para los recursos humanos de enfermería fue establecido en 2006 por el Consejo Internacional de Enfermeras y su principal fundación la Fundación Internacional Florence Nightingale. El Centro está dedicado a fortalecer los recursos humanos de enfermería en todo el mundo mediante la preparación, la vigilancia constante y la difusión de información exhaustiva y de instrumentos relativos a la política de recursos humanos, la gestión, la investigación y la práctica de enfermería.



ENTORNOS POSITIVOS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Atravesamos una crisis mundial de los recursos humanos de salud - crisis que se caracteriza por unos graves desequilibrios. En muchos países se plantea el problema del desempleo de las enfermeras y, a la vez, el problema de una grave escasez de ellas. Los motivos de la crisis son diversos y complejos, pero uno de los principales son los entornos poco saludables y el desfavorable ambiente de la organización, característicos de muchos lugares de trabajo. Las desinversiones que tienen lugar en el sector de salud, unidas a unas condiciones y políticas de empleo deficientes (como la exposición a riesgos ocupacionales, la discriminación y la violencia física y psicológica; la remuneración insuficiente; unos equilibrios inestables entre el trabajo y la vida; las cargas de trabajo excesivas; las posibilidades limitadas de desarrollo profesional, etc.) han dado lugar a un deterioro de las condiciones de trabajo en muchos países. En todo el mundo hay pruebas claras de que esto influye de manera gravemente negativa en la contratación y retención de los profesionales de salud, en la productividad y en los resultados de las instituciones de salud, y en último término, en los resultados obtenidos en los pacientes.

Definición de los entornos positivos para la práctica profesional

Los Entornos positivos para la práctica profesional son contextos que favorecen la excelencia y el trabajo honrado. En particular, tratan de asegurar la salud, la seguridad y el bienestar de su personal, promueven los cuidados de calidad para los pacientes y mejoran la motivación, la productividad y los resultados de las personas y de las organizaciones.¹

Elementos de los Entornos positivos para la práctica profesional

Los Entornos positivos para la práctica profesional se caracterizan por:

- Las políticas de salud, seguridad y bienestar en el trabajo, con las que se tratan los riesgos laborales, la discriminación, la violencia física y psicológica y las cuestiones de seguridad personal.
- Unas cargas de trabajo y unas demandas/tensiones del puesto que son equitativas y soportables.
- Un ambiente de la organización que es consecuencia de unas prácticas eficaces de gestión y dirección, de un buen apoyo de los compañeros, de la participación de los trabajadores en la adopción de decisiones, y de unos valores compartidos.
- Un equilibrio saludable entre trabajo y vida.

- La igualdad de oportunidades y de trato.
- Oportunidades de desarrollo y avance en la carrera profesional.
- Identidad profesional, autonomía y control de la práctica.
- Seguridad del puesto de trabajo.
- Salario y beneficios adecuados.
- Niveles seguros de dotación de personal.
- Apoyo y supervisión.
- Comunicación abierta y transparencia.
- Programas de reconocimiento
- Acceso a equipos, suministros y personal de apoyo adecuados ²

Ventajas de los Entornos positivos para la práctica profesional

Los efectos beneficiosos que los entornos positivos para la práctica ejercen sobre la prestación de los servicios de salud, los resultados de los trabajadores de salud, los resultados en los pacientes y la innovación están bien documentados:

- Los cambios positivos del entorno laboral producen índices más elevados de retención de los empleados, con lo que mejora el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados dispensados al paciente y, en último término, mejoran los resultados obtenidos en los pacientes.
- Los entornos positivos para la práctica profesional demuestran un compromiso para con la seguridad en el trabajo, que produce una satisfacción laboral general.
- Cuando las enfermeras se sienten satisfechas con su trabajo disminuyen los índices de ausentismo y de rotación¹⁴, aumenta la moral de trabajo y la productividad del personal y mejora los resultados laborales en su conjunto.³
- Fomentan un sentido de comunicación y de dirección en el entorno laboral, con lo que se consigue un nivel de confianza de las enfermeras en su trabajo, que también contribuye a la satisfacción general de los empleados.⁴
- Mantener el nivel de autonomía en su trabajo permite a las enfermeras sentirse miembros respetados y valorados en sus lugares de empleo.
- Los estudios demuestran que las enfermeras se sienten atraídas a permanecer y permanecen en sus empleos cuando hay oportunidades de avance profesional, de conseguir autonomía y de participar en la adopción de decisiones, al tiempo que reciben una compensación equitativa.⁵
- El trabajo eficaz en equipo es esencial para las organizaciones de atención salud.⁶ Mejora la calidad de la vida de trabajo de la enfermería y la atención a los pacientes.⁷
- En un importante número de estudios, el aumento del número de enfermeras y una más variada combinación de enfermeras cualificadas se relaciona con disminuciones de la mortalidad de los pacientes, de los índices de incidencia de las enfermedades respiratorias, heridas e infecciones del tracto urinario, número de caídas de pacientes, incidencia de llagas por presión y errores de medicación.^{8,15}

Costo de los lugares de trabajo poco saludables e inseguros

Los entornos poco saludables afectan a la salud física y psicológica de las enfermeras por el estrés de las pesadas cargas de trabajo, las largas horas, el bajo

estatus profesional, las difíciles relaciones en el trabajo, los problemas del desempeño de las funciones profesionales y la variedad de los riesgos laborales. Los costos que estos lugares de trabajo poco saludables e inseguros conllevan para las enfermeras están bien documentados:

- Las pruebas indican que los largos periodos de presión laboral afectan a las relaciones personales y hacen que aumenten las bajas por enfermedad, los conflictos, la insatisfacción en el trabajo, la rotación del personal y la ineficiencia.
- La desconexión entre el trabajo que se pide a las enfermeras y lo que ellas pueden razonablemente hacer amenaza su salud y ponen en peligro a los pacientes.
- Las experiencias negativas en el trabajo o en los puestos clínicos apartan de la profesión a los nuevos titulados⁹ y contribuyen a la alta rotación en los dos primeros años de empleo¹³.
- Un estudio sobre las enfermeras en los Estados Unidos, el Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania mostró que el 41% de las enfermeras de los hospitales estaban insatisfechas con sus puestos de trabajo y que el 22% preveía dejarlos en menos de un año; las constataciones confirmaron la relación que hay entre el estrés en el trabajo y la moral, la satisfacción laboral, el compromiso con la organización y la intención de abandonar, de las enfermeras.
 - En otro estudio se ha constatado que, en una determinada unidad, la carga de trabajo óptima para una enfermera son cuatro pacientes. Al aumentar esa carga hasta seis pacientes resultó que éstos tenían un 14% más de probabilidades de morir dentro de los 30 días siguientes a su ingreso. Un carga de ocho pacientes frente a cuatro pacientes estaba relacionada con un aumento de la mortalidad en un 31 por ciento.¹⁰
 - Las enfermeras sobrecargadas de trabajo pueden tener reacciones más lentas, estar menos alerta a los cambios del estado de los pacientes y a los errores de medicación, lo que se traduce en riesgos para los pacientes.¹¹
 - Una fuerte rotación, síntoma de un entorno de trabajo deficiente, probablemente producirá costos más elevados para el dispensador - por ejemplo, en la contratación y formación de nuevo personal, más horas extraordinarias y el recurso a personal temporero de agencias de trabajo para sustituciones. En los costos de la rotación se incluyen también la disminución inicial de la eficiencia del personal nuevo, la pérdida de moral de trabajo y la disminución de la productividad del grupo.¹²

Hacer que los entornos positivos para la práctica sean una realidad

Desarrollar, promover y mantener los entornos positivos para la práctica son actividades multifacéticas, se realizan a múltiples niveles de la organización y en ellas intervienen diversos agentes (por ejemplo, las administraciones, los empleadores, las organizaciones de enfermería, los órganos de reglamentación, los sindicatos, las escuelas de enfermería, etc.). Por su parte, las enfermeras y sus organizaciones representativas pueden impulsar el desarrollo de entornos positivos para la práctica profesional de las maneras siguientes:

- Mejorando la contratación y la retención de las enfermeras mediante:
 - La promoción continua de las funciones de la enfermería.

- La definición del ámbito de la práctica de enfermería de manera que las enfermeras trabajen a su plena capacidad en la atención a los pacientes. Este marco jurídico puede utilizarse para hacer más conscientes a las otras disciplinas, y al público, de las competencias y de la evolución de la profesión.
 - El ejercicio de influencia a favor del reconocimiento y la remuneración profesionales.
- Elaborando y difundiendo una declaración de posición sobre la importancia de un entorno laboral seguro.
- Creando capacidades en las enfermeras y demás personas que participan en puestos de gestión del sector de salud y de elaboración de políticas.
- Cerciorándose de que se oye la voz de las enfermeras:
 - Fortaleciendo las organizaciones de enfermería.
 - Teniendo acceso a los órganos decisorios.
- Apoyando la investigación, reuniendo datos para las mejores prácticas, y difundiendo datos en cuanto se encuentren disponibles.
- Alentando a las instituciones de formación a que impulsen el trabajo en equipo ofreciendo oportunidades de colaboración e insistiendo en la teoría del trabajo en equipo.
- Premiando a las instituciones de atención de salud que demuestren la eficacia de los entornos favorables para la práctica profesional mediante iniciativas de contratación y retención, índices más bajos de abandonos, el influjo en la opinión pública, mejores cuidados y mayor satisfacción de los pacientes.
- Estableciendo alianzas con otros profesionales de salud y personas interesadas del sector de salud, por ejemplo las asociaciones de pacientes/consumidores.
- Consiguiendo que otras disciplinas participen en la elaboración de políticas para entornos de trabajo seguros.
- Preparando un “Llamamiento a la acción” en el que se detallen los elementos principales de un entorno positivo para la práctica que puedan firmar y apoyar las organizaciones y las personas.
- Hacer que las personas interesadas sean más conscientes, comprendan mejor y favorezcan más las consecuencias positivas que los entornos de trabajo favorables tienen para la contratación y la retención del personal, para los resultados obtenidos en los pacientes y en el conjunto del sector de salud.

Para obtener más información, pónganse en contacto con:
ichrn@secretariat.org

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de 135 asociaciones nacionales de enfermeras, que representa a los millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para conseguir unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

El Centro internacional para los recursos humanos de enfermería fue establecido en 2006 por el Consejo Internacional de Enfermeras y su principal fundación la Fundación Internacional Florence Nightingale. El Centro está dedicado a fortalecer los recursos humanos de enfermería en todo el mundo mediante la preparación, la vigilancia constante y la difusión de información exhaustiva y de instrumentos relativos a la política de recursos humanos, la gestión, la investigación y la práctica de enfermería.

Referencias

- ¹ Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2006). *Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background*. Toronto, Canadá: RNAO. www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1195&SiteNodeID=241
- ² Consejo Internacional de Enfermeras (2007). *Entornos de práctica favorables Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. Conjunto de instrumentos para información y actuación*, elaborado por Andrea Baumann para el CIE. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras www.icn.ch/indkit2007.pdf
- ³ Ibid. Consejo Internacional de Enfermeras (2007).
- ⁴ Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2006). *Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto, Canadá: RNAO www.rnao.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf
- ⁵ Irvine and Evans 1995 and Shields and Ward 2001, citado en Consejo Internacional de Enfermeras (2004). *La escasez mundial de enfermeras especialistas: visión general de los problemas y actuaciones, pág. 34*, preparado por James Buchan y Lynn Calman para el CIE. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras.
- ⁶ Ibid. Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2006).
- ⁷ Joanna Briggs Institute 2005, citado en Asociación de enfermeras especialistas de Ontario (2006): *Health Work Environments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nurses Teams*. Toronto, Canadá: RNAO.
- ⁸ West E, Rafferty AM and Lankshear A (2004). *The future nurse: evidence of the impact of registered nurses*. Londres, Reino Unido: Royal College of Nursing.
- ⁹ Tovey and Adams 1999, citado en Consejo Internacional de Enfermeras (2007): *Entornos de práctica favorables: Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. Conjunto de instrumentos para información y actuación*
- ¹⁰ Aiken Linda, et al. 2002, citado en Consejo Internacional de Enfermeras: *La enfermería importa: Coeficientes de pacientes/enfermera*. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras.
- ¹¹ Consejo Internacional de Enfermeras. *La enfermería importa: Las enfermeras y el trabajo en horas extraordinarias*. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras.
- ¹² Consejo Internacional de Enfermeras (2005). *Contratación y retención de las enfermeras: formación de unos recursos humanos motivados*. Elaborado por Pascal Zurn, Carmen Dolea, y Barbara Stilwell para el CIE. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras y Organización Mundial de la Salud.

¹³ D'ambra AM & Andrews DR (2013) *Incivility, retention and new graduate nurses: An integrated review of the literature* Journal of Nursing Management

¹⁴ Brunetto Y et al, (2013) *The impact of work relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA*. Journal of Advanced Nursing

¹⁵ Irish Nurses and Midwives Organisation (2012) *Safe Staffing: The Evidence: Key tasks from a review of published research findings*. Irish Nurses and Midwives Organisation, Dublin.

ICN/BW/LB/Octubre de 2013

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 © 2013 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra (Suiza)

Referencias

- Aiken L, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L & Neff DF (2011b). 'The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments', *Medical Care*, Vol. 49 Nº 12 (Diciembre): págs. 1047-1053.
- Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M & Aunguroch Y(2011a). 'Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries,' *International Journal for Quality in Health Care* Vol. 23, Nº 4: págs. 357-364.
- Alianza Mundial de Trabajadores de Salud (2013). Declaración política de Recife sobre los recursos humanos de salud, Organización Mundial de la Salud.
- Alianza Mundial de Trabajadores de Salud y Organización Mundial de la Salud (2013). Una Verdad Universal: No hay salud sin recursos humanos, Informe del Tercer Foro Mundial sobre los Recursos Humanos.
- Ashton D& Sung J (2002). Favorecer el aprendizaje en el lugar de trabajo para conseguir buenos resultados, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- Ayamolowo SJ, Omolola I & Mayowa AO (2013). 'Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study', *International Journal of Caring Sciences*, Vol 6. Nº 3: págs. 531.
- Beleta A (2008). ICN Wellness Centre Swaziland: Swaziland nurses the wellbeing of its health workers, *The Lancet*, Vol 371 7 de junio, 2008 p1901-1902
- Berwick DM (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions of An Extremist, *Health Affairs*, julio/august 2009, vol. 28, Nº 4. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.long>
- Brown DS, Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin CE (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 32 (6) (págs. 9-17).
- Browne G, Birch S & Thabane L (2012). 'Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes', *Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Nurses Association*.
- Buchan J (2008). How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply WHO
- Buerhaus P, Auerbach DI, Staiger DO & Muench U (2013). Projections of the Long-Term Growth of the Registered Nurse Workforce: A Regional Analysis *Nursing Economics* /enero-febrero 2013/Vol. 31/Nº 1
- Caird J, Rees R, Kavanagh J, Sutcliffe K, Oliver K, Dickson K, Woodman J, Barnett-Page E & Thomas J(2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews Social Science research Unit, Institute of Education, Universidad de Londres.

Canadian Council on Learning (2007). Patient self-management: Health-literacy skills required. Disponible en: www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/Jun-19-07-Patient-Self-mana.pdf

Cavendish Review (2013). An Independent Review into Healthcare Assistants and Support Workers in the NHS and social care settings July. Disponible en: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/236212/Cavendish_Review.pdf

Ciprano PF & Hamer S (2013). Enabling the ordinary: More time to care American Nurse Today Volumen 8, Número 11

Consejo Internacional de Enfermeras (2009). 'Resolver la desigualdad mejorar la relación entre la formación y el servicio', Ginebra: CIE.

Consejo Internacional de Enfermeras (2010a). "Pensiones Idóneas para las Enfermeras" Preparado por Hedva Sarfati para el Centro Internacional para los Recursos Humanos de Enfermería, Ginebra, Suiza. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/ICHRN/Policy_and_Research_Papers/Decent_Pensions_for_Nurses.pdf

Consejo Internacional de Enfermeras (2010b). 'Competencias para la planificación y la gestión de los recursos humanos de enfermería'. Preparado por Una V. Reid y Bridget Weller para el Centro Internacional para los Recursos Humanos de Enfermería, Ginebra, Suiza.

Consejo Internacional de Enfermeras (2011). "Ocuparse del bienestar de los trabajadores de atención de salud en el África Subsahariana", International Nursing Review. Disponible en: www.icn.ch/images/stories/documents/news/whats_new/INR_933.pdf

Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review.

International Journal of Nursing studies 47 p363-385

Darbyshire P (2010). 'Wonderful Workplace or Woeful Workhouse?: Start Creating a More Positive Workplace Culture Today', Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession Vol. 36. Nº 1/2: pág. 6.

De Leon Siantz ML, Malvarez S (2008). 'Migración de las enfermeras: Una perspectiva latinoamericana, Revista en tiempo real sobre Asuntos de Enfermería, Vol. 13 Número 2 (Mayo): pág. 7

Department of Health UK (2009). NHS Health and Wellbeing – final report (The Boorman report) Londres DD 299039 Department of Health. Disponible en: www.nhshealthandwellbeing.org/FinalReport.html

Dowding DW, Currie LM, Borycki E, Clamp S, Favela J, Fitzpatrick G, Gardner P, Hamer S, Hardiker N, Johnson O, Lawton R, O'Brien A, Randell R, Westbrook J, Whitewood-Moores Z & Dykes PC (2013). International priorities for research in nursing informatics for patient care. *Stud Health Technol Inform.* 2013;192:372-6.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D & Zurayk H (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet Commission, www.thelancet.com

Hodgkin P (2012). Power to the People. Ehealth insider, 2 de octubre 2012. Disponible en: www.ehi.co.uk/insight/analysis/962/power-to-the-people7

Hunt J (2013). Registered nurse patient ratios; so important so contentious Discussion paper. Disponible en: www.nhsmanagers.net/wp-content/uploads/2013/08/Registered-Nurse-Patient-Ratios-So-Important-So-Contentious.pdf

Institute of Medicine (2001). Changing rules for the healthcare workforce in the 21st Century and the implications. Committee on Quality of Health Care in America, Washington National Academy Press

Institute of Medicine (2010). The Future of Nursing: leading change, advancing Health October

Kennedy F, McDonnell A, Gerrish K, Howarth A, Pollard C & Redman J (2011). Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05811.x

Keogh B (2013). Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: an overview NHS Inglaterra

Kingma M (2007). Nurses on the Move: A Global Overview Health Services Research Volume 42, Número 3 p2, páginas 1281–1298, Junio de 2007

Kutney-Lee A, McHugh MD, Sloane DM, Cimiotti JP, Flynn L, Felber Neff D & Aiken LH, (2009). 'Nursing: a key to patient satisfaction,' *Health Affairs*, Vol. 28, Nº 4: w669-w677.

Laschinger HK & Leiter MP (2006). The impact of nursing work environment on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.

Maben J, Morrow E, Ball J, Robert G & Griffiths P (2012). High Quality Care Metrics for Nursing. National Nursing Research Unit, King's College London.

Manley K, Sanders K, Cardiff S & Webster J (2011). 'Effective workplace culture: the attributes, enabling factors and consequences of a new concept,' *International Practice Development Journal* Vol. 1, Nº 2.

Marroquin MA & Martin EC (2013). Proyecto Nacional de Telesalud en El Salvador: características, proceso de aplicación y resultados preliminares, *Latin Am J Telehealth*, Belo Horizonte, 2010; 2 (3): 279-285

Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, Rohrbach V & Von Kohorn I (2012). Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care, October 2012 Institute of Medicine, Washington, DC. www.iom.edu/tbc.

Mitchell PH and Mount JK (2010). Nurse staffing a summary of current research, opinion and policy The William D, Ruckelshaus Center, University of Washington, Washington, EE.UU.

NHS Education Scotland (2013). 'Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning Learning Toolkit', NHS Education for Scotland.

North N & Hughes F (2012). A systems perspective on nursing productivity. *J Health Organ Manag.* 2012;26(2):192-214.

Organización Mundial de la Salud (2006). Informe sobre Salud Mundial: Cooperar para la Salud, Ginebra

Organización Mundial de la Salud (2008). Resolver la desigualdad en una generación, Ginebra

Organización Mundial de la Salud (2013a). Fortalecer la capacidad de la enfermería y la partería para contribuir a la prevención, el tratamiento y la gestión de las enfermedades no transmisibles. Ginebra –

Organización Mundial de la Salud (2013b). Informe de situación sobre la enfermería y la partería, Ginebra –

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2012) Health at a glance 2011 OCDE París

Royal College of Nursing (2012). Overstretched and under resourced. The UK nursing labour market review.

Sloan J (2010). *The Workforce Planning Imperative* JSM ISBN 978192103375

Squires A & Beltran-Sanchez H (2013). 'Strengthening Health Systems in North and Central America: What Role for Migration?', Washington, DC. Migration Policy Institute: Washington DC.

Walker J & Hendry C (2009). 'A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community', Wellington: NZNO (District Nurses Section)/Christchurch: New Zealand Institute of Community Health Care, Noviembre.

Wood D (2013). "Health care Briefings: Creating a Great Nurse Work Environment to Improve the Bottom Line", Press release, PI Worldwide, posted 18 January 2013. Disponible en: www.piworldwide.com/healthcare-briefings-creating-a-great-nurse-work-environment-to-improve-the-bottom-line/
