



DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA 2024

El poder económico
de los cuidados



**NUESTRAS ENFERMERAS.
NUESTRO FUTURO.**

Consejo Internacional de Enfermeras

Autor principal: David Stewart, Enfermero jefe adjunto de Enfermería.

Colaboradores: Dra. Gill Adynski, Dra. Katherine Bertoni, Howard Catton, Dr. Mickey Chopra, Dr. Damien Contandriopoulos, Stephen Duckett, Gaetan Lafortune, Dr. Jeremy Lauer, Amanda McClelland, Dr. Jack Needleman, Colin Parish, Dra. Geordan Shannon, Dra. Joanne Spetz, Dr. Roy A. Thompson, Dra. Laura M. Wagner.

Editora: Lindsey Williamson

Crédito de la foto de portada: Rosa Saloni, España

Pie de foto de la portada: *Invertir en el personal de enfermería no sólo mejora el bienestar de las poblaciones, sino que también impulsa el crecimiento económico al mejorar la productividad de la mano de obra, reforzar los sistemas de asistencia sanitaria, aliviar la pobreza, mejorar la igualdad de género y contribuir a la cohesión social, la paz y la prosperidad.*

Reservados todos los derechos, incluida la traducción a otros idiomas. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en forma impresa, fotostática o de cualquier otra manera, ni almacenada en un sistema de recuperación, ni transmitida en forma alguna, ni vendida sin el permiso expreso por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras.

Pueden reproducirse extractos breves (menos de 300 palabras) sin autorización, siempre que se indique la fuente.

Copyright © 2024 CIE– Consejo Internacional de Enfermeras, 3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza.

ISBN: 978-92-95124-36-3

Índice



PRÓLOGO	4	CAPÍTULO	
RESUMEN EJECUTIVO	5	7	INVERTIR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PROTEGERLE: UN LUGAR DE TRABAJO SALUDABLE ES IMPORTANTE 52
INTRODUCCIÓN	12		
CAPÍTULO		CAPÍTULO	
1	INVERTIR EN ENFERMERÍA: UNA CLAVE PARA CREAR EMPLEOS DIGNOS Y MITIGAR LA POBREZA, ESPECIALMENTE PARA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS 16	8	REPERCUSIONES ECONÓMICAS Y NO ECONÓMICAS DE LA ROTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES: UNA PERSPECTIVA MUNDIA 58
CAPÍTULO		CAPÍTULO	
2	INVERTIR EN ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS CUIDADOS Y PROMOVER LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL [Y LOS SERVICIOS ESENCIALES] 21	9	OBTENER BENEFICIOS ECONÓMICOS EN LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO MEDIANTE LA INVERSIÓN ESTRATÉGICA EN ENFERMERÍA 64
CAPÍTULO		CAPÍTULO	
3	INVERTIR EN ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA EFICACIA DEL SISTEMA DE SALUD 25	10	VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA 69
CAPÍTULO		CAPÍTULO	
4	INVERTIR EN ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA PROSPERIDAD SOCIOECONÓMICA DE LAS COMUNIDADES Y LAS SOCIEDADES 33	11	MEDICIÓN DE LOS BENEFICIOS ECONÓMICOS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA INTENSIVA EN ENFERMERÍA 76
CAPÍTULO		CAPÍTULO	
5	EL RETO DE LA PLANIFICACIÓN DE LA FUERZA LABORAL EN EL FUTURO - LA NECESIDAD DE PLANIFICAR EL TRABAJO EN TODO EL ÁMBITO DE PRÁCTICA 39	12	AUMENTAR EL ATRACTIVO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA ES CLAVE PARA REFORZAR LOS SISTEMAS DE SALUD 81
CAPÍTULO			CONCLUSIÓN Y LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN DEL CIE 88
6	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CUMPLE OBJETIVOS SOCIALES FUNDAMENTALES, PERO ¿QUIÉN SE PREOCUPA DE LOS CUIDADORES? 44		REFERENCIAS 90

Prólogo



Los profesionales de enfermería son los que gozan de mayor confianza en el mundo, algo que saben tanto los pacientes y sus familiares como las comunidades que se benefician de su contribución a la atención de salud en general.



Sin embargo, los gobiernos no suelen reconocer el verdadero valor del personal de enfermería, más allá de sus cuidados expertos y compasivos. La mayoría de los gobiernos siguen gestionando sus sistemas de salud sin suficiente dotación de personal de enfermería y no logran generar la cantidad de profesionales de enfermería que necesitan para proporcionar la cobertura sanitaria universal y las prestaciones esenciales a las que todo el mundo merece tener acceso gratuito.

En el informe del Día Internacional de la Enfermera de este año, *Nuestras enfermeras, nuestro futuro: el poder económico de los cuidados*, hemos pedido a expertos en enfermería, académicos y economistas que revelen el valor real y completo de la profesión para las sociedades de todo el mundo.

Nos han dicho lo que ya sabíamos: invertir en puestos de trabajo, formación y liderazgo de enfermería ofrece un excelente retorno, lo cual significa que cada dólar gastado se amortiza muchas veces.

Desgraciadamente, lo contrario también es cierto: allá donde hay falta de inversión, los sistemas de salud se desmoronan, la población se enferma y no puede trabajar, y el efecto es que las economías de esos países no prosperan.

En todo el mundo hay ejemplos que demuestran que cuando el personal de enfermería tiene formación adicional, está bien preparado y puede trabajar autónomamente en todo su ámbito de práctica, dicho personal tiene la capacidad de prestar cuidados de alta calidad iguales o mejores que los que dispensan otros profesionales, a un coste menor.

Todo lo que la enfermería necesita para conseguir estos beneficios para la sociedad es que se permita al personal desarrollarse en entornos seguros con suficientes colegas y el apoyo y la orientación necesarios para ser lo mejor posible.

La escasez mundial de profesionales de enfermería está frenando al mundo, no solo en cuanto a la Salud para Todos, sino también en relación con la riqueza para todos. Hace falta que los gobiernos tengan una visión de conjunto, inviertan en enfermería y cosechen los frutos que sin duda llegarán.

Insto a todos los profesionales de enfermería a utilizar este informe para aumentar su influencia sobre quienes formulan las políticas, los empresarios y los políticos, de manera que todos puedan beneficiarse del poder del personal de enfermería y de los beneficios económicos que se derivarán.

Dra. Pamela F. Cipriano
Presidenta
Consejo Internacional de Enfermeras

Resumen ejecutivo



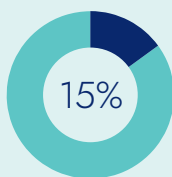
En la actualidad, aproximadamente la mitad de la población mundial, 4 500 millones de personas, no tiene cubiertos los servicios de salud esenciales. Además, los cuidados de mala calidad provocan altos niveles de morbilidad y mortalidad contribuyendo así hasta el 15% de las muertes en algunos países, muchas de las cuales son evitables (OMS, 2020a). Junto con el imperativo de derechos humanos de abordar esta cuestión, existe un enorme incentivo económico. Cada año, la mala salud reduce el PIB mundial en un 15% (Remes, et al., 2020). A medida que los países se esfuerzan por reconstruir y fortalecer sus sistemas de atención de salud y sus economías, la inversión estratégica en enfermería surge como una vía fundamental para lograr crecimiento sostenido y resiliencia. Este informe del Día Internacional de la Enfermera (DIE) revela el poder económico de la enfermería presentando un análisis en profundidad de cómo el hecho de elevar la profesión puede catalizar mejoras transformadoras en la prestación de atención de salud, el desarrollo económico, la paz y el bienestar de la sociedad.

Las inversiones que aumentan la productividad del personal de salud se traducen en:

- 1. Buena salud**
- 2. Crecimiento económico**
- 3. Creación de empleo**
- 4. Aumento de la productividad en otros sectores**

En los países de renta baja y media, se calcula que el retorno de la inversión en personal de salud es de 10 a 1. (Asamani et al. 2022)

INFORMACIÓN CLAVE



La mala salud cuesta a la economía mundial el 15% del PIB,

lo cual es de dos a cinco veces superior a la pérdida prevista por la COVID-19 (Remes, et al., 2020).

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que la calidad inadecuada de los cuidados cuesta entre 1,4 y 1,6 billones de dólares estadounidenses cada año en pérdida de productividad solo en los países de renta baja y media (OMS, 2020a).



Aprovechar el potencial de los profesionales de enfermería que trabajan en atención primaria de salud (APS)

para apoyar intervenciones esenciales de cobertura sanitaria universal (CSU) podría contribuir a salvar hasta 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida mundial en 3,7 años para 2030 (OMS, 2023a).



El retorno económico podría ser entre 2 y 4 dólares estadounidenses por cada dólar invertido en mejorar la salud.

Los costes de reforzar los sistemas de salud pueden compensarse con el aumento de la productividad (Remes, et al., 2020). La inversión en enfermería a lo largo de todo el continuo de cuidados garantiza que las personas reciban los cuidados que necesitan en el momento adecuado para alcanzar su nivel de salud más alto posible y llevar una vida productiva. Los retrasos en la atención de la salud pueden conllevar pérdida de productividad, cuidados más costosos y tener mayor impacto negativo en la salud.



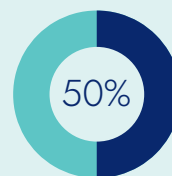
La creación de empleos decentes en enfermería contribuye a mitigar la pobreza y aborda la igualdad de género en la fuerza laboral en todo el mundo.

Mejorar los salarios, las condiciones de trabajo y las oportunidades de promoción profesional en enfermería puede empoderar a las mujeres proporcionándoles empleos decentes y sacándolas de la pobreza.

Contribuye a cerrar la obstinada brecha salarial entre hombres y mujeres que frena las economías mundiales.

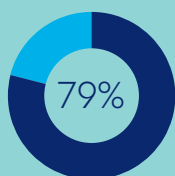
Según el Banco Mundial, en algunos países, los beneficios potenciales en términos de ingresos para las mujeres con educación de nivel terciario (de grado), tal y como se requiere en enfermería, es del 323,4% (Wodon, et al., 2018).

La OMS ha pedido a los países que aumenten el gasto en atención primaria al menos en un 1% de su producto interior bruto (PIB) para cubrir las faltas de cobertura y cumplir los objetivos de salud acordados en 2015.



La consecución de una cobertura sanitaria universal, tal y como indica una puntuación de 80 sobre 100 a escala mundial, depende en gran medida de la inversión en el personal de enfermería.

En la actualidad, hay 29 millones de profesionales de enfermería en todo el mundo, que representan el 50% de todos los profesionales de la salud. Hay evidencia (Haakenstad, et al., 2022) de que se necesitan 30,6 millones de profesionales de enfermería adicionales (70,6 por cada 10 000 habitantes) en todo el mundo para lograr una cobertura sanitaria universal efectiva. Para alcanzar un objetivo de desempeño de 90 sobre 100 en el índice de cobertura efectiva de la CSU se necesitan 114,5 profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes, es decir, casi **60 millones más** (Haakenstad, et al., 2022).



Dar prioridad a las inversiones que permitan a las personas ejercer en todo su ámbito de práctica, en particular en la enfermería de práctica avanzada, mejora la eficiencia y la eficacia del sistema de salud.

El 76% de los médicos y el 79% de los profesionales de enfermería afirman estar sobrecualificados para las funciones que desempeñan en su trabajo diario. Dado el coste y la duración de sus programas educativos, esto representa un enorme desperdicio de capital humano (OECD, 2019a). Planificar para el futuro, invertir en los entornos de trabajo de los profesionales de enfermería, contar con una dotación de personal adecuada y darle la autonomía necesaria para que trabaje en todo su ámbito de práctica creará sistemas de salud gestionados con la mayor eficacia y el menor coste, sin dejar de prestar cuidados de máxima calidad.



Garantizar la seguridad de los profesionales de enfermería debe considerarse un imperativo para unos sistemas de salud sostenibles y resilientes.

La tasa de infección por COVID-19 entre el personal de la salud fue hasta nueve veces superior a la de la población general, lo que costó a los sistemas de salud millones de dólares: hasta 30 000 dólares estadounidenses por cada profesional de enfermería contagiado (véase el Capítulo 7). El personal de enfermería no es prescindible, sino que debe considerarse el eje de los sistemas de salud en todo el mundo. También es necesario frenar el aumento de la violencia contra los profesionales de enfermería y otros trabajadores de la salud en todos los entornos para proteger este valioso recurso y retener a la fuerza laboral.



Invertir en enfermería genera un efecto cascada que culmina en el cultivo de sociedades más sanas y en la prosperidad económica y social.

La enfermería no solo es la columna vertebral de los sistemas de asistencia de salud, sino también la base que sostiene el funcionamiento general de nuestras sociedades. La Organización para la Cooperación

y Desarrollo Económicos (OCDE) calcula que, por término medio, los países necesitan destinar fondos adicionales equivalentes al 1,4% de su PIB a la mejora de los sistemas de salud, en comparación con los niveles anteriores a la pandemia. Al menos la mitad de esta inversión debería centrarse en la formación, contratación y mejora de las condiciones de la fuerza laboral para hacer frente a los retos de salud global (OECD, 2023b).

Un estudio de McKinsey (Remes, et al., 2020) (véase el Capítulo 4) concluyó que «una mejor salud podría añadir 12 billones de dólares al PIB mundial en 2040, un impulso del 8% que se traduce en un crecimiento un 0,4% más rápido cada año». La mayor parte de estos beneficios económicos proceden de tener una fuerza laboral más numerosa y saludable.



Invertir en cuidados ahorra dinero.

Por término medio, 1 de cada 10 estancias hospitalarias en los países de renta alta da lugar a un problema de seguridad o a un acontecimiento adverso. En estos países, el coste del tratamiento de los daños causados durante la prestación de cuidados supone alrededor del 13% del gasto sanitario total, lo cual equivale a 606 000 millones de dólares estadounidenses anuales, o algo más del 1% del PIB combinado de los países de la OCDE. Las estrategias de fuerte retorno de la inversión en la atención de salud se centran en la prevención de infecciones, coágulos de sangre (tromboembolismo venoso), úlceras por presión y caídas. La clave está en mejorar estas cuestiones mediante una dotación de personal segura y una combinación adecuada de habilidades de enfermería.

Centrarse en estos daños supone un gran ahorro económico. Por ejemplo, por cada dólar estadounidense invertido en la prevención de infecciones nosocomiales se puede obtener un retorno de la inversión de 7 dólares (Slawomirski y Kazinga, 2022).



Los profesionales de enfermería contribuyen a la paz.

Los precursores de las tensiones y los conflictos disminuyen cuando las personas están sanas, pueden trabajar y sienten que viven una vida plena, que participan en sus sociedades, que son valoradas y respetadas.

La enfermería contribuye a la paz reduciendo las desigualdades y promoviendo los derechos humanos y la justicia social (véase el Capítulo 6).

El camino hacia la consecución de una cobertura sanitaria universal de calidad y los beneficios económicos y sociales que conlleva está estrechamente relacionado con el empoderamiento y la expansión de los recursos humanos de enfermería. Dando prioridad a las inversiones en enfermería, las sociedades pueden dar pasos significativos hacia una comunidad mundial más sana y próspera. Este informe del DIE ofrece numerosos argumentos económicos de destacados expertos que pueden resumirse en los siguientes cuatro temas clave, que siguen desarrollándose mutuamente:

1. Crear empleos dignos para contribuir al bien de la sociedad.
2. Crear la fuerza laboral necesaria para lograr la cobertura sanitaria universal.
3. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud.
4. Invertir en salud para la prosperidad económica y social.

Medidas para lograr la prosperidad económica y social

1. CREACIÓN DE EMPLEO

Estimular las inversiones para crear puestos de trabajo decentes en el sector de la enfermería.



Adoptar medidas urgentes para estimular el crecimiento de la fuerza laboral de enfermería y abordar los problemas sistémicos que provocan importantes deficiencias en el mercado laboral de la salud, lo cual implica la asignación de recursos y financiación para el desarrollo de puestos de enfermería de calidad. Esta actuación hace hincapié en la importancia de crear puestos de enfermería que ofrezcan salarios justos, condiciones de trabajo seguras, oportunidades de crecimiento profesional y respeto dentro del sector de la salud. El objetivo es atraer y retener al personal de enfermería cualificado garantizando que sus puestos de trabajo sean gratificantes y sostenibles, mejorando en última instancia los resultados y potenciando el sistema de salud en su conjunto.

2. OPTIMIZAR FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Invertir en el número adecuado de profesionales de enfermería, con las habilidades adecuadas, en los lugares adecuados.



Garantizar niveles adecuados de dotación de personal para satisfacer la demanda de atención de salud, dotar a los profesionales de enfermería de las habilidades y competencias necesarias para prestar cuidados de alta calidad y desplegarles de forma eficaz en diversos entornos de atención sanitaria con el fin de maximizar su impacto en los cuidados al paciente y en los sistemas de salud. Este enfoque pretende mejorar la calidad, accesibilidad y eficiencia de los servicios de atención de salud.

3. ORGANIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Potenciar la prestación de cuidados de alta calidad, asequibles, integrados y centrados en las personas a lo largo de todo el continuo de cuidados, prestando especial atención a las zonas insuficientemente atendidas.



Transformar los actuales sistemas de salud centrándose en todo el continuo de cuidados y no solo en los hospitales, impulsando la atención primaria para lograr la cobertura sanitaria universal (CSU). La función de los profesionales de enfermería es esencial en la promoción de la salud y las medidas preventivas, así como en la prestación de cuidados integrales y de alta calidad que sean asequibles y accesibles fuera de los entornos hospitalarios, en particular en la atención primaria y ambulatoria. Se hace hincapié en garantizar que los cuidados estén integrados y centrados en el paciente, prestando especial atención a llegar a las comunidades desatendidas. El objetivo es crear un sistema de salud más eficiente y equitativo que satisfaga mejor las necesidades de la población y reduzca al mismo tiempo la dependencia de los cuidados hospitalarios.

4. FORMACIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS



Ampliar y mejorar la formación de alta calidad y las oportunidades de desarrollo profesional continuo para garantizar que los profesionales de enfermería posean las competencias necesarias para satisfacer las necesidades de salud cambiantes de las comunidades, permitiéndoles trabajar con todo su potencial.

Invertir en formación de enfermería para mejorar y aumentar el acceso del personal de enfermería a una formación de calidad y a un aprendizaje continuo. El objetivo es dotar a los profesionales de enfermería de los conocimientos, habilidades y atributos necesarios para abordar eficazmente los retos de salud actuales y futuros a los que se enfrentan las poblaciones, garantizando que puedan ejercer en función de todo su ámbito de práctica y formación.

5. SALUD Y BIENESTAR



Aplicar estrategias dedicadas a garantizar y mejorar el bienestar físico, mental y emocional de los profesionales de enfermería.

Garantizar la salud y el bienestar del personal de enfermería desarrollando y aplicando activamente políticas, prácticas y un entorno de trabajo propicio que fomente su salud general, lo cual implica programas de apoyo a la salud mental, gestión del estrés, seguridad física y bienestar emocional. El objetivo es crear un entorno sanitario en el que el personal de enfermería pueda prosperar profesional y personalmente, optimizando así los cuidados al paciente y mejorando la eficiencia y la sostenibilidad de los servicios de salud.

6. RECURSOS Y EQUIPAMIENTO



Dotar al personal de enfermería de los recursos necesarios para hacer frente a las exigencias de sus funciones.

Apoyar al personal de enfermería con los recursos y el equipamiento adecuado asignando los activos físicos y tecnológicos necesarios que le permitan prestar unos servicios sanitarios óptimos, lo cual implica desde ropa de protección y dispositivos médicos hasta sistemas eficientes de gestión de historiales de pacientes. El objetivo es empoderar a los profesionales de enfermería para que trabajen con mayor eficacia y reduzcan el riesgo de errores y riesgos laborales con el fin de prestar mejores cuidados a los pacientes. Este planteamiento beneficia la salud de los pacientes y contribuye a la satisfacción laboral y al desarrollo profesional del personal de enfermería.

7. CRISIS Y CONTEXTOS HUMANITARIOS



Garantizar la seguridad y la protección de los profesionales de enfermería en todos los entornos, incluidos los que operan en situaciones de crisis y ayuda humanitaria.

Aplicar medidas sólidas para proteger al personal de enfermería de los daños físicos, el estrés psicológico y los riesgos laborales que prevalecen en los entornos de trabajo de alta presión, incluidos los afectados por conflictos, catástrofes naturales o pandemias. Al dar prioridad a la protección de los profesionales de enfermería en condiciones tan difíciles, los sistemas de atención de salud pueden mantener la continuidad de los cuidados y el apoyo, así como la resiliencia y el bienestar de estos proveedores esenciales de atención de salud.

La mala salud y los sistemas de salud inadecuados son extremadamente costosos:

EL ENORME COSTE



4 500 millones de personas
no tienen acceso a servicios de salud esenciales



60 millones de vidas
se pierden a causa de la mala salud y la falta de acceso a cuidados de alta calidad



Reducción del 15% del PIB,
es decir, entre 2 y 5 veces el coste de la pandemia de COVID-19



Pérdida de productividad de entre 1,4 y 1,6 billones de dólares
estadounidenses al año en los países de renta baja y media

Invertir en enfermería es una estrategia importante que hay que apoyar:


INVERTIR PARA AHORRAR

Realización de una cobertura sanitaria universal efectiva
Acceso a una atención de salud segura, asequible y de calidad



Los profesionales de enfermería representan casi el 50% del personal de salud. Cada dólar invertido en mejorar la salud reporta entre 2 y 4 dólares.
Unos sistemas sanitarios más fuertes equivalen a una mejor salud, y unas poblaciones más sanas ofrecen importantes retornos de la inversión.

Aumento de la esperanza de vida en el mundo en 3,7 años



La inversión en personal de salud en los países de renta baja y media garantiza un enorme **retorno de la inversión en una proporción de 1:10.**

Los beneficios de invertir en enfermería y en profesionales de enfermería:

ALTA RENTABILIDAD



Mejora la salud y la calidad de vida



Impulsa el crecimiento económico aumentando la productividad de la fuerza laboral



Refuerza los sistemas de atención de salud, lo cual es fundamental para garantizar una preparación y respuesta eficaces durante las emergencias de salud pública.



Ayuda a aliviar la pobreza y a mejorar la igualdad de género



Contribuye a la cohesión social, la paz y la prosperidad

Este informe presenta recomendaciones prácticas que recalibrarán la mentalidad sobre el valor de la enfermería, reforzarán los sistemas de salud y, en última instancia, redundarán en una mayor prosperidad económica y social. Se basa en la Carta para el Cambio del CIE, que aboga por la aplicación de 10 medidas políticas que los gobiernos y los empleadores deben adoptar para crear y mantener sistemas de atención de salud que sean seguros, económicos, accesibles, receptivos y resilientes, y que cambien el enfoque de los profesionales de enfermería de invisibles a inestimables.»



Llamamiento del CIE a la acción para los dirigentes y responsables políticos de la salud global

- **Empoderar a los profesionales de enfermería:** apoyar políticas integrales que permitan al personal de enfermería ejercer plenamente en función de su formación y capacitación. Fomentar un mayor desarrollo de las funciones de liderazgo y participación en la elaboración de políticas.
- **Invertir en la formación y el desarrollo de los recursos humanos:** aumentar la financiación de la formación de enfermería y crear más oportunidades de promoción en la profesión.
- **Mejorar las condiciones de trabajo:** aplicar medidas para mejorar el entorno de trabajo de los profesionales de enfermería, en particular niveles adecuados de dotación de personal, acceso a recursos, entornos de trabajo seguros y apoyo a la salud mental y el bienestar.
- **Reconocer y compensar de manera justa:** garantizar que los profesionales de enfermería reciban salarios competitivos que reflejen sus habilidades y responsabilidades, así como la naturaleza crítica de su trabajo.
- **Promover el papel de la enfermería en la sociedad:** destacar la contribución del personal de enfermería a la salud y el bienestar mediante campañas de concienciación pública y su inclusión en los procesos de toma de decisiones.

Introducción



El presente informe del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) reúne evidencia de destacados académicos de todo el mundo sobre el impacto de la enfermería y *el poder económico de los cuidados*. Aunque el personal de enfermería siempre ha sabido la importancia crucial de la profesión para las personas, las familias y las sociedades en las que viven, en este informe hemos reunido la evidencia que respalda lo que instintivamente ya sabíamos: la financiación de la enfermería nunca es un coste sino una inversión en la estabilidad pacífica, social, psicológica y económica de las sociedades de todo el mundo.

UN LLAMAMIENTO A REIMAGINAR EL VALOR DE LA ENFERMERÍA

Al conmemorar el Día Internacional de la Enfermera (DIE) el 12 de mayo de 2024, el mundo tiene una oportunidad única de redefinir y elevar el lugar de la enfermería en la narrativa de la atención de la salud mundial. El informe del DIE de este año es algo más que una celebración; es un llamamiento para que se produzca un cambio radical en la forma en que todo el mundo percibe y valora la profesión de enfermería. Este informe, *Nuestras enfermeras, nuestro futuro - El poder económico de los cuidados* ejemplifica el potencial sin explotar y el valor crítico que el personal de enfermería aporta a nuestro mundo.

Necesidad de un cambio de perspectiva

Debido a la pandemia de COVID-19, los retos económicos y las crisis financieras, todos los sectores se enfrentan a recortes presupuestarios y a una estricta asignación de recursos. La salud y la enfermería no son una excepción.

La enfermería es la base de los sistemas de atención de salud en todo el mundo si bien sigue sin reconocerse el valor económico que añade a la salud y a las sociedades en general. A menudo se considera que la inversión en enfermería es una pérdida de recursos y no un catalizador de la estabilidad y el crecimiento económico. Este punto de vista disminuye la calidad de la asistencia de salud e ignora las importantes repercusiones económicas positivas que pueden generarse mediante inversiones prudentes en enfermería.

El presente informe pretende poner en marcha un cambio de paradigma al destacar las significativas contribuciones económicas y sociales que el personal de enfermería realiza cada día. Es un llamamiento a reconocer que invertir en enfermería es invertir en el futuro colectivo de todos nosotros.

Con ese objetivo en mente, este informe del DIE pretende demostrar los sustanciales beneficios económicos que pueden obtenerse mediante inversiones estratégicas en el sector de la enfermería. El informe proporciona evidencia sólida que destaca la importancia financiera y económica de la profesión.

Cerrar la brecha del conocimiento

Hoy en día, existe una carencia en nuestra comprensión del verdadero valor económico de la enfermería. Esta brecha no solo existe en la literatura académica, sino también en el tejido mismo de nuestra conciencia social. Los responsables políticos, los dirigentes de la salud y las comunidades a menudo no comprenden el enorme retorno de la inversión que ofrece la enfermería, especialmente en tiempos de crisis financiera.

Aprovechar el momento

Ha llegado el momento de actuar. Nos encontramos en una coyuntura crítica en la que la atención mundial se centra claramente en la asistencia de la salud. El personal de enfermería de todo el mundo tiene la oportunidad de impulsar este diálogo crucial y abogar por una reevaluación de las políticas y las percepciones. Es una oportunidad para cambiar la lógica dominante

de reducir costes a invertir para obtener más valor, lo que a su vez reduce los costes. *Nuestras enfermeras, nuestro futuro - El poder económico de los cuidados* es algo más que un informe: es un movimiento para potenciar y elevar la profesión de enfermería remodelando el futuro de la asistencia de la salud y de las sociedades de todo el mundo.

Acerca del informe

El tema *Nuestras enfermeras, nuestro futuro - El poder económico de los cuidados* encierra un poderoso mensaje que hace hincapié en la relación intrínseca entre el bienestar general de una comunidad y la profesión de enfermería que la atiende, y puede desglosarse en varios aspectos críticos:

1. Interdependencia entre bienestar y enfermería

La asistencia de la salud no se limita a dispensar cuidados intensivos, medicación, intervenciones quirúrgicas o pruebas diagnósticas puesto que sobre todo se trata de apoyar el nivel más alto posible de salud, y el personal de enfermería está en la primera línea de la prestación de los cuidados que lo posibilitan. Si valoramos la salud y aspiramos a una sociedad que no solo esté libre de enfermedades, sino que también haga hincapié en el bienestar positivo, el papel del personal de enfermería es indispensable.

2. Implicaciones económicas

Valorar al personal de enfermería no es solo una exigencia ética sino también una necesidad económica. Se ha demostrado que invertir en él es muy rentable en varios ámbitos como la mejora de los resultados de los pacientes, la reducción de los tiempos de hospitalización y la disminución de los errores de seguridad del paciente. Cuando la enfermería está infravalorada e infrafinanciada, los sistemas de salud son ineficaces y resultan más costosos a largo plazo.

3. Calidad de la atención de salud

El personal de enfermería interviene en todos los aspectos, desde la valoración y el tratamiento del paciente hasta la evaluación posterior a los cuidados. La calidad de los servicios de salud es directamente proporcional a la calidad de los cuidados de enfermería prestados. Para prestar una asistencia de salud con el máximo valor y eficiencia económica, el personal de enfermería ha de tener los recursos necesarios para ofrecer cuidados de máxima calidad con el fin de evitar errores y lograr los mejores resultados para los pacientes.

4. Salud pública y comunitaria

El personal de enfermería suele desempeñar un papel crucial en los programas de salud comunitaria. Es el pilar de las iniciativas de salud pública y contribuye a reducir la carga social de la enfermedad. La salud pública es un bien preciado y se debe reconocer la contribución de los profesionales de enfermería a su consecución.

5. Gestión de crisis

La importancia de la enfermería se hace especialmente patente en tiempos de crisis, ya sea una pandemia, una catástrofe natural o una recesión financiera. El personal de enfermería trabaja en primera línea estabilizando los sistemas de salud y las comunidades. Valorarlo no es una iniciativa puntual puesto que se requiere una inversión a largo plazo para salvaguardar a las sociedades en tiempos de peligro.

6. Enfoque holístico hacia la salud

La atención de salud moderna reconoce cada vez más la importancia de un enfoque holístico que contemple el bienestar mental, emocional y social, además de la salud física. El personal de enfermería está formado para prestar estos cuidados polifacéticos comprometiéndose con los pacientes a un nivel humano que va más allá del tratamiento médico.

7. Liderazgo político y de gobernanza

El verdadero valor económico de los cuidados debe considerarse en la formulación de políticas a todos los niveles e influir en la asignación de recursos, el establecimiento de los objetivos de la atención de salud y la medición del éxito de los programas sanitarios. Los conocimientos y la experiencia del personal de enfermería van más allá de los cuidados clínicos y se extiende a la política, la investigación y el liderazgo tanto dentro como fuera del sector de salud. La voz de la enfermería debe oírse e incorporarse a toda la legislación y la gobernanza que afectan a la atención de salud.

8. Profesionales de enfermería y paz

Está claro que existe una marcada relación entre la labor del personal de enfermería y la paz. Con su trabajo, los profesionales de enfermería abordan las causas profundas de la mala salud y los factores de riesgo que conducen a los conflictos. Se considera con razón que el personal de enfermería es el grupo profesional en el que más se confía. Está formado por 28 millones de profesionales que trabajan para los pacientes en el marco de un código ético profesional en todo el mundo. Cuando el personal de enfermería cubre las necesidades de salud de las personas, también ve las conexiones con otros problemas como conflictos políticos, rupturas familiares, pérdida del empleo, pobreza y crisis de salud mental. Estos problemas y la consiguiente desintegración social pueden provocar no solo mala salud, sino también tensiones y conflictos en la vida de las personas, así como en las comunidades y las sociedades, creando divisiones a partir de las cuales pueden crecer el resentimiento, el conflicto y la separación. Gracias a su posición de confianza en las comunidades, el personal de enfermería puede desempeñar un papel decisivo en el acercamiento de las personas, tendiendo puentes y estableciendo asociaciones y relaciones más amplias, que son los cimientos de la paz y la cohesión de la comunidad. La campaña #NursesforPeace del CIE es un ejemplo concreto de cómo los profesionales de enfermería están contribuyendo a los esfuerzos de paz en todo el mundo.

Las ideas clave aportadas por economistas y expertos en salud impulsarán a los profesionales de enfermería para hacer realidad un futuro en el que la profesión no solo sea apreciada, sino también venerada como motor clave de nuestra salud, nuestras economías y las sociedades en las que vivimos.

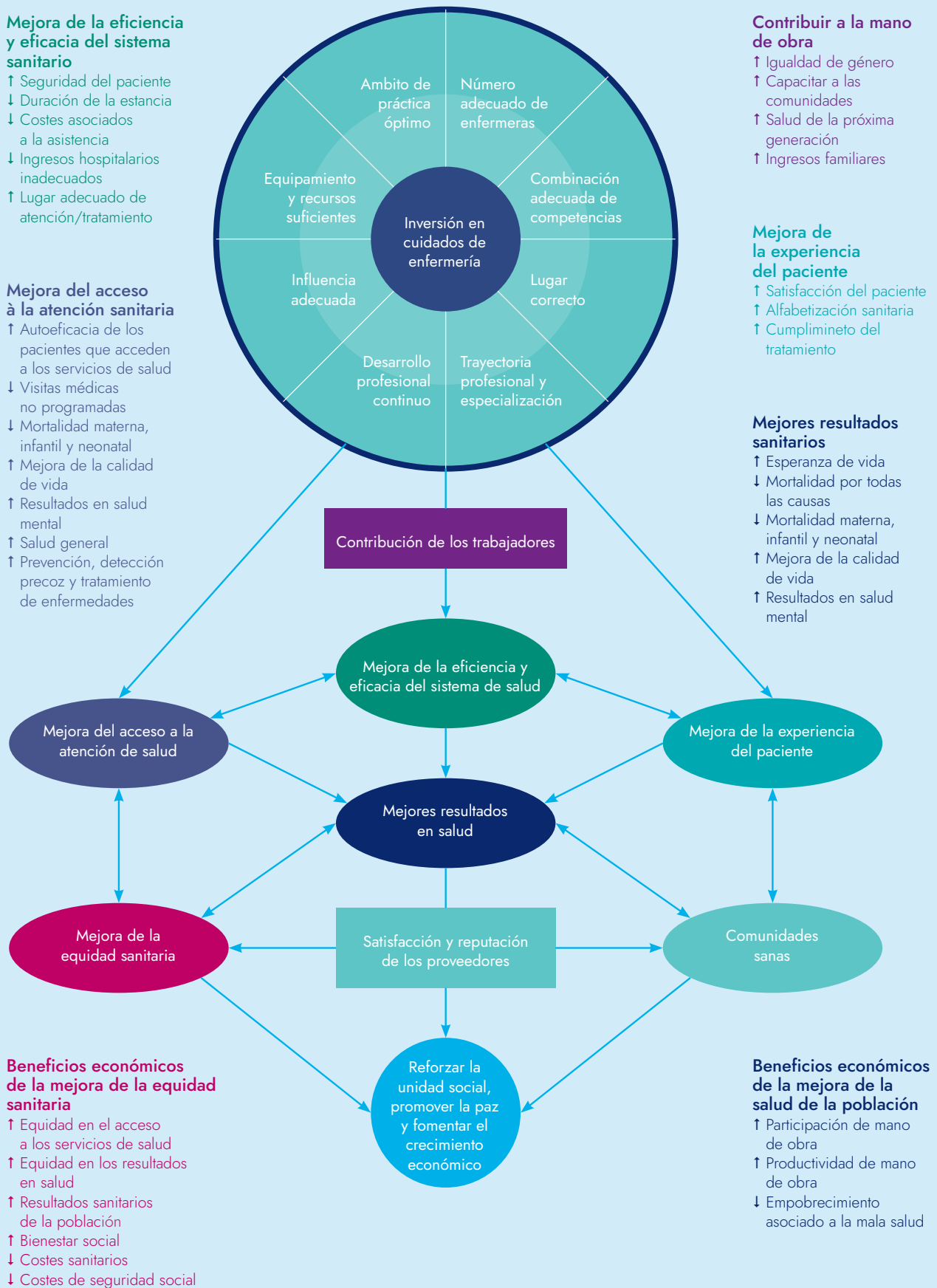
La cadena de inversión en enfermería, prosperidad y paz

La «cadena de inversión en enfermería, prosperidad y paz» (Figura 1) muestra gráficamente cómo la inversión eficaz en la profesión va más allá de la atención de salud: es la base de mejores resultados para los pacientes, comunidades prósperas, sociedades más fuertes y economías más sanas. Muestra cómo una inversión bien pensada en enfermería produce una cascada de beneficios sociales que se combinan para fortalecer la unidad social, promover la paz y cultivar el crecimiento económico porque es la base de una sociedad resistente y próspera.

Este enfoque holístico requiere acciones clave por parte de los gobiernos y los responsables políticos, entre las que cabe destacar:

- Empoderar al personal de enfermería para que ejerza su profesión hasta el límite de sus capacidades, formación y ámbito de actuación.
- Implementar modelos de financiación que apoyen los servicios dirigidos por profesionales de enfermería, así como la práctica avanzada y la atención interprofesional.
- Reunir suficiente fuerza laboral con habilidades diversas.
- Garantizar que todas las comunidades, independientemente de su ubicación, tengan acceso a cuidados de enfermería.
- Construir itinerarios educativos y de promoción profesional que sean sólidos.
- Abrir puertas para que los profesionales de enfermería asuman funciones de liderazgo.
- Ofrecer oportunidades de crecimiento profesional continuo.
- Proporcionar los recursos y herramientas necesarios para prestar cuidados óptimos al paciente.

Figura 1: «La cadena de inversión en enfermería, prosperidad y paz»: diseñar un camino para mejorar la atención de salud y los beneficios económicos



CAPÍTULO

1

Nuestras enfermeras.

Invertir en enfermería: una clave para crear empleos dignos y mitigar la pobreza, especialmente para las mujeres y las niñas

Nuestro futuro.



Estado de Tabasco, Tenosique, México. Invertir en enfermería es vital para la recuperación económica y el crecimiento. Es esencial para construir sociedades sanas y equitativas y ofrece una vía para salir de la pobreza, en particular para las mujeres y las niñas.

El sector de la salud, y la enfermería en particular, no es solo una fuente creciente de empleo: es un ámbito crucial para el desarrollo económico y social, especialmente para las mujeres y las niñas. El crecimiento del empleo en el ámbito sociosanitario contrasta claramente con los descensos registrados en otros sectores. Ofrece la oportunidad de abordar las desigualdades de género y la infravaloración de las funciones de enfermería, que son cruciales para sacar a las mujeres de la pobreza.

El crecimiento medio previsto de la necesidad de trabajadores de la salud entre 2020 y 2030 fue del 29%, tres veces más rápido que la tasa de crecimiento de la población prevista del 9,7% (Boniol, et al., 2022). Los trabajadores de la salud, en particular una cantidad considerable de personal de enfermería, constituyen una parte importante del mercado laboral mundial.

La oportunidad

La enfermería desempeña un papel crucial en el impulso del crecimiento económico y la lucha contra la pobreza, en particular para las mujeres y las niñas. El sector se enfrenta a una importante demanda de personal de enfermería con un déficit previsto de 30 millones de nuevos puestos, predominantemente en países de renta baja y media (Haakenstadt, et al., 2022). Este aumento previsible se ve impulsado por numerosos factores, como por ejemplo:

- Escasez de personal de enfermería para lograr la cobertura sanitaria universal.
- Retos que plantea el envejecimiento de la población.
- Cambios en los patrones de enfermedad.
- Expectativas crecientes para los servicios de salud.

Aproximadamente el 90% del personal de enfermería está formado por mujeres, lo que pone de relieve el impacto potencial de la profesión en la igualdad de género en la fuerza laboral mundial.

Abordar las desigualdades de género

Actualmente, existe una importante brecha de género en la economía de los cuidados. Las mujeres realizan el 76% del trabajo de cuidados no remunerado y a menudo están empleadas en funciones de cuidados mal pagadas e infravaloradas. Invertir en enfermería y en la economía

El 76%
del trabajo de cuidados
no remunerado

lo realizan mujeres; cuando el trabajo de cuidados es remunerado, se caracteriza por salarios bajos.

(FEM, 2023)

de los cuidados en sentido más amplio es crucial para acabar con estas diferencias de género. Mejorar los sueldos, las condiciones laborales y las oportunidades de promoción profesional en enfermería puede empoderar a las mujeres proporcionándoles empleos dignos y sacándolas de la pobreza.

Implicaciones económicas

La inversión en el sector de la salud, sobre todo en enfermería, no es solo una cuestión de proporcionar puestos de trabajo, sino que de estimular un crecimiento económico más amplio (véase la Figura 2). Los profesionales de enfermería y otros trabajadores de la salud gastan sus ingresos en diversos sectores creando así un efecto cascada que beneficia a la economía en general. Por ejemplo, se calcula que los profesionales de enfermería formados en el extranjero envían 54 000 millones de dólares estadounidenses en remesas a los países de renta media-baja. La mejora de los sistemas de cuidados y el reconocimiento y redistribución del trabajo de cuidados no remunerado pueden contribuir significativamente a eliminar las diferencias de género en los mercados laborales, lo que también beneficia a la economía. Según el Fondo Monetario Internacional (Georgieva, Sayeh y Sahay, 2022), «en los países con mayor desigualdad de género, el simple hecho de cerrar la brecha en la participación de la mujer en la población activa podría aumentar la producción económica en un 35% de media».

Figura 2: Personal de enfermería y remesas



Remuneración digna para los puestos de enfermería: un llamamiento en favor de una remuneración y condiciones justas

Esenciales para el sistema de salud, los profesionales de enfermería y partería se enfrentan a menudo a los retos de largas jornadas de trabajo, que provocan agotamiento, escasez de personal y comprometen la calidad de los cuidados. El problema del exceso de trabajo es especialmente grave en los países de renta baja y media-baja, donde muchos informan de jornadas laborales excesivas para el personal de enfermería, definidas como jornadas de más de 48 horas semanales. A pesar de los horarios tan exigentes, los turnos largos no equivalen a salarios más altos. De hecho, en todo el mundo, la baja remuneración es un problema importante para al menos un tercio de los trabajadores esenciales, incluidos los profesionales de enfermería y partería. El análisis realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 31 países pone de relieve que la baja remuneración es un problema generalizado que afecta a los profesionales de la salud tanto en entornos de renta baja como alta (OIT, 2023).

Al examinar los ingresos mensuales, los datos de 49 países revelan que el personal de enfermería y partería gana por debajo del salario medio de los trabajadores altamente cualificados en 34 países, y menos que el trabajador medio del sector sanitario en casi la mitad de estas naciones (OIT, 2023). Esta disparidad en la remuneración subraya la urgente necesidad de estructuras salariales equitativas.

Para que los sistemas de salud de todo el mundo sean sostenibles es esencial abordar el exceso de trabajo y la escasa remuneración de los profesionales de enfermería y partería. Salarios justos y condiciones de trabajo dignas no solo son cruciales para retener y atraer a los trabajadores de la salud, sino que también reconocen su indispensable contribución al bienestar de la sociedad.

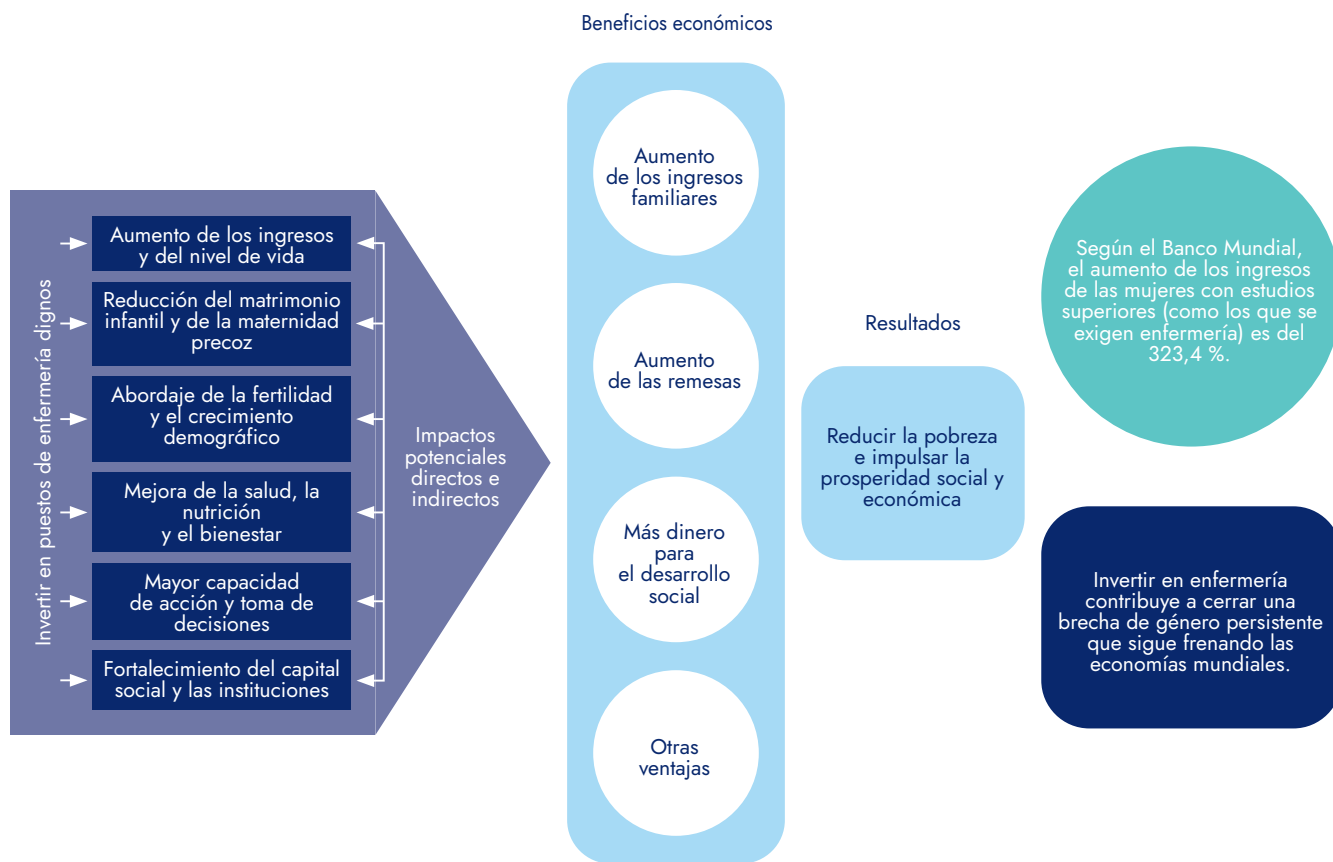
Medidas estratégicas para crear empleos dignos

- 1. Mayor inversión en formación y personal de enfermería:** aumentar la financiación de la formación de enfermería y crear más puestos de trabajo para la profesión puede resolver la escasez de personal y satisfacer la creciente demanda de servicios de atención sanitaria.
- 2. Valorar la labor de enfermería:** es esencial valorar adecuadamente el trabajo del personal de enfermería, lo cual abarca una remuneración justa y el reconocimiento de su papel fundamental en la atención de salud. Garantizar salarios justos y condiciones de trabajo dignas es fundamental para retener y atraer a los profesionales de enfermería. El CIE solicita que se respalden y apliquen los principios del Convenio de la OIT sobre el personal de enfermería de 1977 (núm. 149) y su Recomendación (núm. 157) centrados en el bienestar del personal de enfermería y partería en todo el mundo.
- 3. Igualdad de género en el trabajo de cuidados:** las políticas deben tener como objetivo reducir la desigualdad de género en la prestación de cuidados, lo cual implica un mejor apoyo al trabajo de cuidados no remunerado y la creación de oportunidades más equitativas en las funciones de cuidados remunerados.
- 4. Mejorar las condiciones de trabajo:** la mejora de las condiciones de trabajo del personal de enfermería, en particular el equilibrio entre la vida laboral y personal, la seguridad del entorno de trabajo y las oportunidades de desarrollo profesional, puede hacer de la enfermería una opción profesional más atractiva y sostenible.
- 5. Colaboración intersectorial:** reforzar la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores económicos, como la educación, el transporte y las infraestructuras, puede maximizar los beneficios económicos de invertir en enfermería.

Resumen del capítulo

Invertir en enfermería es fundamental para la recuperación económica y el crecimiento. Es esencial para construir sociedades saludables y equitativas y ofrece una vía para salir de la pobreza, en particular para las mujeres y las niñas. La necesidad de invertir a largo plazo en la profesión es evidente: no se trata solo de un imperativo sanitario, sino de una necesidad socioeconómica.

Figura 3: Beneficios sociales potenciales de la inversión en enfermería
(adaptado de Wodon, et al., 2018)



CAPÍTULO

2

Nuestras enfermeras.

Invertir en enfermería para mejorar el acceso a los cuidados y promover la cobertura sanitaria universal [y los servicios esenciales]

Nuestro futuro.



El poder económico de los cuidados



Kenia: Hassan Wesonga Kassim, enfermero jefe del dispensario de Magodzoni (Kenia), está realmente dedicado a su trabajo a pesar de sus numerosos retos. Hassan sigue siendo un agente de cambio en este pequeño dispensario rural.

Invertir en enfermería es una medida estratégica para mejorar el acceso a la atención de salud y avanzar en la cobertura sanitaria universal (CSU). La correlación entre la densidad de personal sanitario y los resultados de salud está bien documentada (Haakenstad, et al., 2022; Liu & Eggleston, 2022): una mayor densidad de personal de enfermería y partería se asocia con resultados de salud significativamente mejores, en particular tasas más bajas de mortalidad materno-infantil. Un aumento de la cantidad de personal de enfermería contribuye directamente a la ampliación de la prestación de servicios, que es esencial para los esfuerzos por lograr la cobertura sanitaria universal.

El impacto de la enfermería en la prestación de servicios de salud

El personal de enfermería está a la vanguardia en la atención al paciente prestando servicios esenciales que cubren un amplio abanico de necesidades sanitarias. Aumentando la cantidad de personal de enfermería, los sistemas de salud pueden:

- **Ampliar la atención primaria:** el personal de enfermería suele ser el primer punto de contacto en el sistema de salud y desempeña un papel crucial en la atención primaria. Un aumento de su número garantiza que más pacientes reciban servicios básicos de atención sanitaria.
- **Mejorar la salud materno-infantil:** el personal de enfermería es fundamental en la atención sanitaria materno-infantil. Una mayor densidad de profesionales de enfermería se ha relacionado con la reducción de las tasas de mortalidad materna, de mortalidad de menores de cinco años, de mortalidad infantil y de mortalidad neonatal.

En relación con una aplicación efectiva de la cobertura sanitaria universal con un índice de 80 sobre 100, en 2019, el número mínimo necesario de profesionales de enfermería es de 70,6 por cada 10 000 habitantes. Esto supone un **déficit** actual de

30,6 millones de enfermeras en todo el mundo

(Hakenstaad, et al., 2022).

Para alcanzar un objetivo de rendimiento de 90 sobre 100 en el índice de aplicación efectiva de la cobertura sanitaria universal se necesitan 114,5 profesionales de enfermería por cada 10 000 personas o casi

60 millones más de enfermeras

(Hakenstaad, et al., 2022).

La pandemia mundial de la enfermedad por coronavirus COVID-19 tuvo graves repercusiones negativas en la economía mundial. Durante 2020, el producto interior bruto colectivo mundial cayó un 3,4% o más de 2 billones de dólares estadounidenses (Dyvik, 2024).

- **Mejorar la gestión de las enfermedades crónicas:** la prevalencia de las enfermedades crónicas requiere cuidados continuos, que el personal de enfermería está bien posicionado para proporcionar, mejorando así la gestión y los resultados de los pacientes.
- **Responder a las emergencias de salud pública:** la pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de contar con una fuerza laboral de enfermería sólida para gestionar las crisis sanitarias y reducir las tasas excesivas de mortalidad. La protección inadecuada del personal de enfermería y otros trabajadores de la salud provocó un aumento significativo de los costes, que se situaron entre el 2% y el 8% del gasto sanitario total (véase la página 55).

Enfermería y cobertura sanitaria universal

La CSU pretende garantizar que todo el mundo tenga acceso a los servicios de salud necesarios sin pasar apuros económicos. El personal de enfermería es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal por varias razones:

- **Accesibilidad:** el personal de enfermería suele trabajar en entornos comunitarios, lo que hace que la atención sanitaria sea más accesible geográficamente, sobre todo en zonas rurales o desatendidas.
- **Integralidad:** las amplias funciones y responsabilidades del personal de enfermería le permite prestar una amplia gama de servicios, lo que contribuye a la exhaustividad de la cobertura sanitaria universal.
- **Economía:** el personal de enfermería realiza numerosas intervenciones de forma más rentable que otros proveedores de atención de salud, lo cual es esencial para la sostenibilidad de la cobertura sanitaria universal.
- **Cuidados preventivos:** el personal de enfermería desempeña un papel clave en la atención preventiva, la educación en salud y la promoción de la salud, que son componentes esenciales de la CSU.

Estrategias de promoción de la enfermería para mejorar la cobertura sanitaria universal y alcanzar los ODS

- **Defender** la integración de la enfermería en el centro de la planificación y la formulación de políticas del sistema de salud. Esto incluye destacar el papel fundamental del personal de enfermería en la prestación de atención primaria de salud y abogar por un mejor acceso a cuidados de enfermería y partería de alta calidad.
- **Desarrollar, aplicar y financiar** planes nacionales para la fuerza laboral de enfermería con el objetivo de lograr la autosuficiencia en el suministro de este personal necesario en el futuro. Asignar recursos para respaldar una fuerza laboral de enfermería sólida que preste servicios sanitarios esenciales, revierta el desempleo y retenga el talento. Cuando se produce migración internacional, garantizar que sea ética, transparente, supervisada y que proporcione beneficios mutuos equitativos para los países de origen y receptores, además de respetar los derechos individuales del personal de enfermería. Hay que llevar a cabo una planificación y monitorización de los recursos humanos del sistema a lo largo de todo el continuo de cuidados.

Un aumento del
1%
en la densidad de
profesionales de enfermería
aumentaría la esperanza
de vida al nacer en un 0,02%,
y a los 65 años en un 0,08%
(Liu & Eggleston, 2022).

Aumentar en un año la esperanza de vida
o la tasa de supervivencia de los adultos
corresponde a un aumento del
2,4%
del crecimiento económico
(Ridhwan, et al., 2022).

- **Invertir** en programas de formación de enfermería acreditados y de alta calidad para preparar a más profesionales y avanzar en el desarrollo profesional de los ya existentes. Diseñar planes de estudios para que el personal de enfermería se gradúe con las habilidades, competencias y confianza adecuadas para responder a las necesidades sanitarias cambiantes y en evolución de las comunidades. Apoyar la progresión profesional de generalista a especialista y a la práctica avanzada.
- **Optimizar** los datos sobre la fuerza laboral de enfermería. Establecer y mantener una base de datos nacional detallada al respecto que se ajuste a los estándares internacionales. La recopilación y el análisis periódicos de datos deben ser obligatorios para orientar la planificación y la elaboración de políticas nacionales y globales sobre los recursos humanos de enfermería.

Resumen del capítulo

El papel del personal de enfermería es indispensable para mejorar la prestación de servicios de salud y ampliar la cobertura sanitaria universal. Existe evidencia clara de que una mayor inversión en el personal de enfermería conduce a mejores resultados en la salud. Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud, en particular en los países de renta baja y media, aumentar el personal de enfermería debe ser una prioridad. Esta inversión no es una mera preocupación del sector de la salud, sino un imperativo socioeconómico más amplio y esencial para la consecución de la CSU y la mejora general de la resiliencia de la salud global.

CAPÍTULO

3

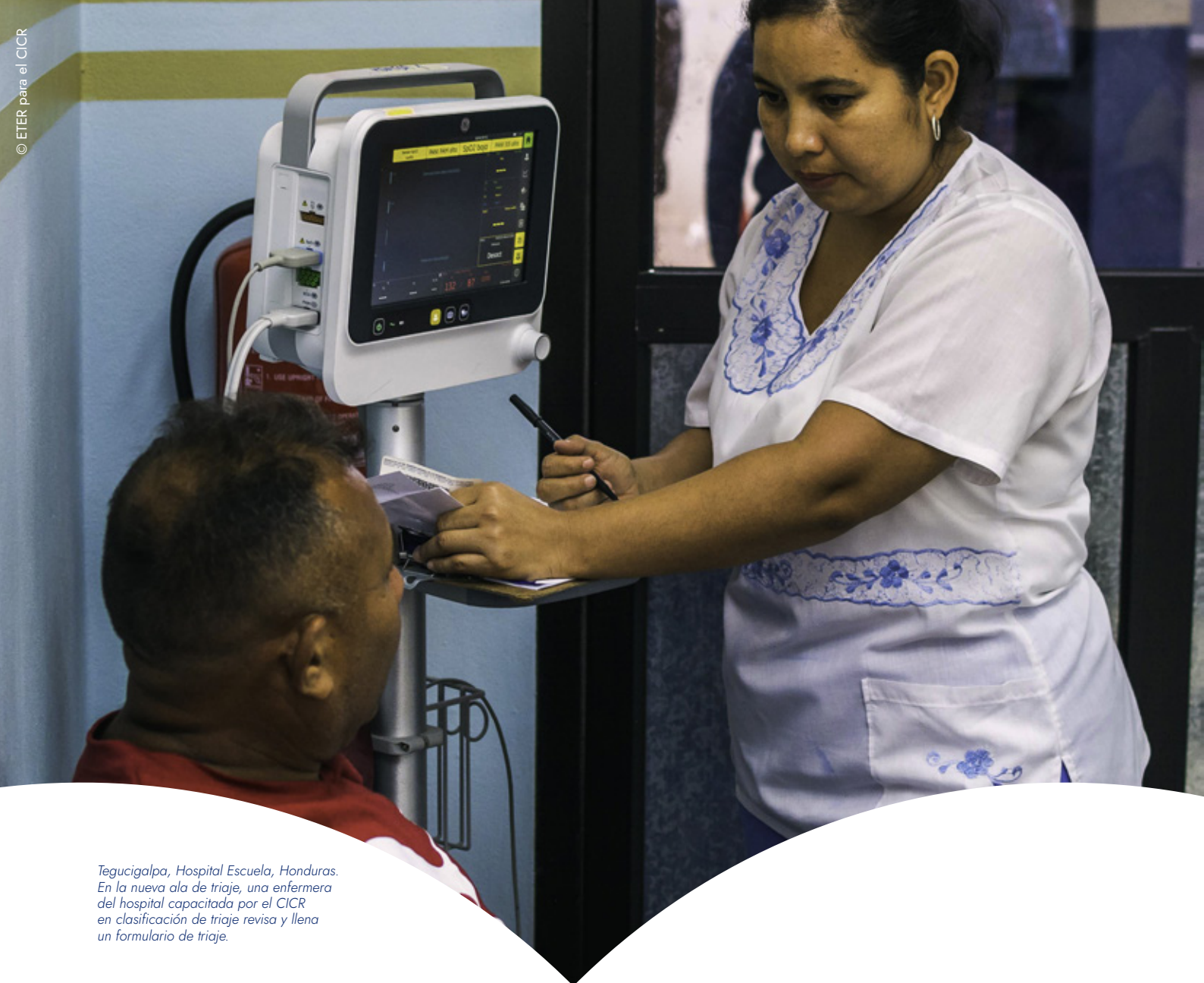
Nuestras enfermeras.

Invertir en enfermería para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de salud

Nuestro futuro.



El poder económico de los cuidados



*Tegucigalpa, Hospital Escuela, Honduras.
En la nueva ala de triaje, una enfermera
del hospital capacitada por el CICR
en clasificación de triaje revisa y llena
un formulario de triaje.*

Los sistemas de salud, que suponen un gasto importante en la mayoría de los países, requieren una reestructuración estratégica hacia unos cuidados basados en el valor para garantizar que los resultados de salud se logren al menor coste posible (Lewis, et al., 2023). Esta reestructuración es esencial para optimizar la asignación de recursos y lograr los mejores resultados para los pacientes y las comunidades. Una estrategia fundamental para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de salud consiste en que el personal de enfermería disponga de entornos de trabajo favorables y de políticas y procedimientos que le permita desempeñar su trabajo con eficacia (Buchan & Catton, 2023). Una dotación de personal adecuada y el acceso a los recursos necesarios resultan fundamentales para que el personal de enfermería preste cuidados de alta calidad, reduciendo los costes a largo plazo asociados a los malos resultados de los pacientes. Además, permitir que los profesionales de enfermería trabajen en todo su ámbito de práctica evita que se desperdicie un valioso capital humano, sobre todo en una profesión dominada por las mujeres donde a menudo se infrutilizan sus habilidades (OIT, 2023).

Mejorar la eficacia y la seguridad de los pacientes

Existe una necesidad apremiante de mejorar la eficiencia y la eficacia de los sistemas sanitarios, especialmente en lo que respecta a la seguridad de los pacientes y los resultados de salud. Los sistemas sanitarios sobrecargados y con escasos recursos luchan contra errores evitables, daños a los pacientes en la atención primaria y ambulatoria e ineficiencias que provocan gastos innecesarios y malos resultados de salud. Invirtiendo en enfermería a través de la educación y el desarrollo profesional continuo, así como en los niveles de dotación de personal, la combinación de habilidades y las funciones de liderazgo, los sistemas de salud pueden abordar estos retos. Reforzar las competencias y el liderazgo de la enfermería puede conducir a reducciones

significativas de los daños y muertes evitables (véase la Tabla 1). Si se aprovecha todo su potencial, los profesionales de enfermería de práctica avanzada pueden ahorrar miles de millones en costes sanitarios al dispensar cuidados de alta calidad sin necesidad de supervisión médica (Zangaro, 2019). Garantizar que el personal de enfermería tenga acceso a los recursos esenciales y reciba apoyo para su salud y bienestar puede mejorar drásticamente la seguridad, la eficiencia y la eficacia de la prestación de asistencia sanitaria, lo que se traducirá en mejores resultados para los pacientes y en sistemas de salud más sostenibles.

Índice de capital humano

El Índice de Capital Humano (ICH) del Banco Mundial mide la contribución que cualquier ser humano puede hacer a la sociedad basado en su formación y su salud (Pennings, 2020). A medida que una persona avanza en la vida y adquiere tanto experiencia como formación y desarrolla habilidades técnicas, su capital humano aumenta. El personal de enfermería representa una profesión altamente cualificada, y la enfermería de práctica avanzada adquiere niveles aún más altos de formación y desarrollo de habilidades. Cuando el personal de enfermería no encuentra trabajo, cuando abandona el empleo o la profesión por malas condiciones, o cuando no se aprovechan todas las habilidades que ha desarrollado, su capital humano se desperdicia. El capital humano de las mujeres, por término medio, tiende a utilizarse menos que el de los hombres debido a la infravaloración de sus habilidades en la fuerza laboral (Pennings, 2020).

La oportunidad

Utilizar al personal de enfermería de forma óptima proporcionándole los recursos adecuados en el trabajo para que realice bien su labor permitirá sacar el máximo partido de cada profesional, lo que redundará en mejores resultados para los pacientes y en cuidados de mayor calidad. Los gobiernos y los sistemas de salud deben invertir en una dotación de personal de enfermería adecuada y en los recursos correctos para que este haga bien su trabajo. Además, deben desarrollar políticas que permitan al personal de enfermería trabajar de forma autónoma en toda la medida de sus habilidades, formación y capacitación. En conjunto, todo ello redundará en unos cuidados de la mayor calidad posible al coste más eficiente.

Implicaciones económicas

Los índices de rotación del personal de enfermería se mantienen entre el 15,1% y el 36% (Roche, et al., 2015; CIE, 2021a; Nelson-Brantley, Park & Bergquist-Beringer, 2018), lo cual cuesta a los sistemas de salud grandes sumas de dinero: estimado en 36.918 USD por enfermera cada año o más (Roche, et al., 2015; Jones, 2005; Kim, 2016; North, et al., 2013; Ruiz, Perroca y Jericó, 2016). (Ver capítulo 8)

Mientras tanto, la escasez de personal provoca un aumento de la mortalidad, con trágicas consecuencias agravadas por el incremento de los costes (Lasater, et al., 2021). En un estudio de 87 hospitales, se llegó a la conclusión de que, si la dotación de personal de enfermería se situara en un mínimo de cuatro pacientes por profesional de enfermería, se salvarían 1 595 vidas y se ahorrarían unos 117 millones de dólares, una media aproximada de 1,34 millones de dólares por hospital (Lasater, et al., 2021).

Muchos profesionales de enfermería, especialmente los de práctica avanzada, son contratados para puestos en los que solo utilizan una fracción de los conocimientos y habilidades que han desarrollado en su formación y experiencia profesional. Esto supone una pérdida de capital humano que puede ascender a millones de dólares al año. Un estudio realizado en Estados Unidos reveló que el uso de enfermeras de atención directa en todo su ámbito de práctica supuso un ahorro anual de 45 500 millones de dólares estadounidenses en gastos de salud pública al no tener que pagar a médicos para supervisar su trabajo y mantener los mismos resultados de salud (Zangaro, 2019).

El 76%

**de los médicos y el 79%
de las enfermeras**

declararon estar sobre cualificados para las funciones que desempeñaban en su trabajo diario en todos los países de la OCDE. Dado el tiempo que lleva formarles, esto representa un desperdicio de capital humano (OECD, 2019a).

Figura 4: Ahorro de costes en función de las ratios de personal de enfermería
(Lasater, et al., 2021)



Con una media aproximada de 1,34 millones de dólares par hospital.

Cuadro 1: Impacto de la enfermería en los principales retos de salud global

	PROBLEMA	POSIBLES INVERSIONES ESTRATÉGICAS	RESULTADO
	El 80% de los servicios básicos de salud materno-infantil no pueden prestarse en 57 países (OMS & UNICEF, 2018)	Aumentar la inversión en formación de enfermería	Mejora de los servicios de salud materno-infantil, lo que se traduce en una reducción de las tasas de mortalidad en este ámbito. Se ha comprobado que cuando existe una alianza entre el profesional de enfermería y la familia se obtienen resultados tres veces mejores que cuando no se reciben visitas de enfermería (Nurse-Family Partnerships, 2014).
	58 millones de personas de países de renta alta viven en zonas con escasez de personal de atención primaria de salud (APS) (OMS y UNICEF, 2018).	Aplicar políticas para mejorar la contratación y la retención de personal de enfermería en zonas desatendidas.	Mayor acceso a la APS, con la consiguiente mejora de los resultados de salud de la población. Por ejemplo, los profesionales de enfermería han mejorado el acceso a la APS, en particular las poblaciones más vulnerables (Htay & Whitehead, 2021).
	1 millón de muertes prematuras en los países de la UE podrían haberse evitado con mejores intervenciones de prevención y atención de salud en 2017 (OCDE, 2021).	Invertir en programas de prevención e intervención dirigidos por personal de enfermería.	Reducción de las muertes prematuras mediante una gestión y prevención eficaces de las enfermedades crónicas. Los modelos de servicios dirigidos por personal de enfermería han reducido las hospitalizaciones en un 2-9% y los reingresos en un 15-51% (Davis, et al., 2021).
	El 26% de los pacientes que padecen enfermedades crónicas en países de la OCDE y europeos no recibieron ninguna de las pruebas recomendadas en 2018 (OCDE, 2019a).	Reforzar las funciones de enfermería en la gestión de las enfermedades crónicas y la coordinación de los cuidados.	Mayor cumplimiento de las pautas de tratamiento y mejor gestión de las enfermedades crónicas.

	PROBLEMA	POSIBLES INVERSIONES ESTRATÉGICAS	RESULTADO
	«Las transiciones mal gestionadas pueden mermar la salud y aumentar los costes. Los investigadores han estimado que la coordinación inadecuada de los cuidados, en particular la gestión inadecuada de las transiciones de cuidados fue responsable de entre 25 000 y 45 000 millones de dólares estadounidenses de gasto inútil.» (Burton, 2016).	Desarrollar y aplicar programas de participación y educación de pacientes dirigidos por personal de enfermería.	Las funciones de coordinación de los cuidados de enfermería conducen a un tratamiento y a un inicio del mismo más tempranos, así como a una mejora del tiempo hasta el diagnóstico, a una reducción de las tasas de hospitalización y de las visitas al hospital. Todo ello contribuye a reducir los costes sanitarios (Budde, et al., 2021).
	El 75% del personal médico y de enfermería declararon estar sobre cualificados para las funciones y responsabilidades que tienen en su vida diaria (OECD, 2020).	Redefinir las funciones de enfermería para utilizar todo el ámbito de práctica e introducir funciones de enfermería de práctica avanzada.	Mayor satisfacción laboral entre el personal de enfermería y un uso más eficiente de las habilidades del personal de salud. Contar con más enfermeras de práctica avanzada (EPA) tiene efectos favorables para los pacientes, la satisfacción del personal de enfermería y la eficiencia. Las EPA añaden valor a los recursos laborales existentes (Aiken, et al., 2021a).
	El 40% de los pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria (Kuriakose, et al., 2001; Michel, et al., 2017).	Poner en marcha iniciativas de mejora de la seguridad y la calidad dirigidas por personal de enfermería en los centros de atención primaria.	Reducción de la incidencia de daños a los pacientes en la atención primaria y ambulatoria. La mejora de la combinación de habilidades, los niveles de dotación de personal y la formación tienen una correlación directa con la seguridad del paciente (McHugh, et al., 2021).
	El 15% del gasto hospitalario se destina a las pruebas e intervenciones adicionales necesarias para tratar los efectos directos del daño que se produce (OCDE, 2019b).	Invertir en formación de enfermería sobre prácticas basadas en la evidencia y seguridad del paciente.	Disminución de los costes sanitarios gracias a la reducción de pruebas e intervenciones innecesarias y a la mejora de la seguridad del paciente.
	Cinco millones de muertes al año en los países de renta media-baja (PRMB) se atribuyen a la mala calidad de los cuidados. Este es uno de los principales impulsores de las muertes atribuibles a la atención sanitaria en todas las afecciones en los PRMB, en particular el 84% de las muertes cardiovasculares, el 81% de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, el 61% de las afecciones neonatales y la mitad de las muertes maternas, por lesiones de tráfico, tuberculosis, VIH y otras enfermedades infecciosas (Kruk, et al., 2018).	Reforzar el liderazgo y la gobernanza de la enfermería en los sistemas de salud para centrarse en la calidad de los cuidados.	Reducción significativa de las muertes gracias a la mejora de la calidad de los cuidados en los PRMB. Un aumento del 1% en la densidad de profesionales de enfermería aumentaría la esperanza de vida al nacer en un 0,02%, y a los 65 años en un 0,08% (Liu & Egglestone, 2022).

	PROBLEMA	POSIBLES INVERSIONES ESTRATÉGICAS	RESULTADO
	<p>El 12% de los daños evitables a los pacientes causan discapacidad permanente o la muerte y están relacionados principalmente con incidentes relacionados con medicamentos, gestión terapéutica y procedimientos clínicos invasivos (Panagioti, et al., 2019).</p>	<p>Mejorar las competencias de enfermería en farmacología, gestión terapéutica y seguridad de los procedimientos.</p>	<p>Disminución de los daños, discapacidades y muertes evitables, mejorando la seguridad general del paciente (McHugh, et al., 2021; Aiken, et al., 2021b)</p>
	<p>1 de cada 10 pacientes sigue sufriendo daños por fallos de seguridad durante sus cuidados. La carga sanitaria de los daños se estima en 64 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) al año, similar a la del VIH/SIDA (Slawomirski & Klazinga, 2022).</p>	<p>Invertir en una mayor dotación de personal con la combinación adecuada de habilidades para mejorar los resultados de los pacientes.</p>	<p>Los costes económicos y sociales derivados de unos cuidados inseguros van más allá de las repercusiones directas, ya que obstaculizan considerablemente la productividad y el crecimiento. Si se evalúan desde el punto de vista de la voluntad de pagar de la sociedad, se calcula que estos costes sociales oscilan entre 1 y 2 billones de dólares estadounidenses anuales. Además, adoptar una perspectiva de capital humano indica que erradicar los daños a los pacientes podría mejorar el crecimiento económico mundial en más de un 0,7% cada año (Slawomirski & Klazinga, 2022).</p>
	<p>El coste directo del tratamiento de los pacientes que han sufrido daños durante sus cuidados es significativo y se aproxima al 13% del gasto sanitario. En términos monetarios, esto equivale a unos 606 000 millones de dólares estadounidenses anuales, lo que representa algo más del 1% de la producción económica combinada de los países de la OCDE. Esto pone de relieve el considerable impacto financiero de los daños a los pacientes en los sistemas de salud (Slawomirski & Klazinga, 2022).</p>	<p>Invertir en cuidados de enfermería de calidad y controlar los indicadores sensibles a el personal de enfermería.</p>	<p>En el ámbito clínico, la evidencia más convincente respalda las estrategias para reducir los daños, y los costes económicos se dirigen a abordar las infecciones, el tromboembolismo venoso (TEV), las úlceras por presión y las caídas. Centrarse en minimizar estos tipos específicos de daños ofrece el mayor retorno de la inversión. Por ejemplo, cada dólar gastado en métodos establecidos para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria produce un rendimiento siete veces superior a la inversión inicial (Slawomirski & Klazinga, 2022).</p>
	<p>La violencia contra el personal sanitario, el agotamiento y los trastornos musculoesqueléticos son problemas comunes en los entornos sanitarios sometidos a una presión excesiva, exacerbada por la grave escasez de personal. Estos problemas no solo aumentan el absentismo y la rotación del personal, sino que también ponen en peligro la calidad de los cuidados. El impacto económico estimado de la mala salud del personal de salud es de aproximadamente el 2% del gasto sanitario (Klazinga, 2022).</p>	<p>Proteger la salud y la seguridad de los enfermeros.</p>	<p>Mejorar el bienestar de los trabajadores tiene un valor intrínseco, pero también reduce los costes de los daños laborales y contribuye a minimizar los daños a los pacientes (estimados hasta en un 13% del gasto sanitario) (Klazinga, 2022).</p>

Medidas estratégicas para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de salud

1. Permitir que el personal de enfermería ejerza plenamente reforzando y modernizando la reglamentación e invirtiendo en la práctica avanzada de la profesión y en modelos de cuidados dirigidos por profesionales de enfermería. Reorientar e integrar los sistemas de salud hacia la salud pública, la promoción de la salud y la prevención en la atención primaria, la atención comunitaria, domiciliaria y centrada en la persona.
2. Abordar y mejorar urgentemente el apoyo a la salud y el bienestar del personal de enfermería garantizando unas condiciones de trabajo seguras y saludables y respetando sus derechos. Poner en marcha sistemas que garanticen niveles seguros de dotación de personal. Garantizar la protección contra la violencia y los peligros en el lugar de trabajo y aplicar y hacer cumplir los estándares internacionales del trabajo en relación con el derecho del personal de enfermería a trabajar en entornos seguros y saludables garantizando la protección de la salud física y mental.
3. Promover estrategias para contratar y retener al personal de enfermería con el fin de hacer frente a la escasez de fuerza laboral. Mejorar su retribución para garantizar un salario y beneficios justos y dignos, así como mantener entornos de práctica positivos que le escuchen y proporcionen los recursos que necesita para hacer su trabajo con seguridad, eficacia y eficiencia. Financiar actividades de gobernanza, reconocimiento y desarrollo profesional en todas las trayectorias profesionales.
4. Garantizar que el personal de enfermería tenga acceso a los recursos esenciales necesarios para prestar cuidados de alta calidad de forma eficiente y segura. Garantizar que disponga de los recursos necesarios para prestar cuidados basados en la evidencia, como acceso a Internet de alta velocidad o a directrices de referencia.

ESTUDIO DE CASO

COLABORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN LOCAL Y EN ENTORNOS CLÍNICOS PARA PREVENIR EL AGRAVAMIENTO DE LA DIABETES (Asociación Japonesa de Enfermería)



En Japón, ante el envejecimiento de la población y los cambios en los patrones de enfermedad, la Asociación Japonesa de Enfermería y el gobierno de la prefectura de Saga pusieron en marcha una iniciativa de colaboración destinada a prevenir el agravamiento de la diabetes. Esta iniciativa, que forma parte del "Proyecto Stop Diabetes" desde 2016, implica una red integral que abarca al Departamento de Salud y Bienestar de la prefectura, centros de salud pública, aseguradoras e instituciones médicas centrándose en la formación de profesionales de enfermería para coordinar los cuidados en todos los entornos médicos. El «Proyecto de Desarrollo y Apoyo de Personal de Enfermería de Coordinación de la Diabetes» forma a estos profesionales para facilitar la transición de los pacientes con diabetes desde la atención hospitalaria especializada hasta los proveedores de atención primaria, garantizando la continuidad y la eficacia del tratamiento y la gestión de la enfermedad. Este enfoque colaborativo ha dado lugar a importantes resultados de salud, como la reducción del número de nuevos pacientes que requieren diálisis por nefropatía diabética de 150 al año en 2012 a 95 en 2021, y el retraso de la edad de inicio de la diálisis.

Resumen del capítulo

Invertir en enfermería es necesario para que los sistemas de salud funcionen con eficacia. El personal de enfermería es la clave para ofrecer una asistencia rentable y de alto valor. Una dotación adecuada de profesionales de enfermería, la inversión en entornos de trabajo de enfermería y la concesión al personal de enfermería de la autonomía necesaria para ejercer plenamente su profesión permitirán que los sistemas de salud funcionen con la mayor eficacia y los costes más bajos, al tiempo que ofrecen cuidados de la máxima calidad.

CAPÍTULO

4

Nuestras enfermeras.

**Invertir en enfermería para
mejorar la prosperidad
socioeconómica
de las comunidades
y las sociedades**

Nuestro futuro.





Senegal. Centro de salud de la aldea de Kouram. Las enfermeras refuerzan la prosperidad económica y la prosperidad social, trabajando para eliminar las desigualdades sanitarias y fomentando una sociedad más sana y equitativa para todos.

El sector de la salud y el económico están interrelacionados, es reconocido que para que las economías sean fuertes y crezcan se necesitan personas sanas. La enfermería es la columna vertebral que fortalece el sector de la salud y, por tanto, una pieza clave para unas economías fuertes. El personal de enfermería fortalece la prosperidad tanto económica como social trabajando para eliminar las desigualdades en salud y fomentando una sociedad más sana y equitativa para todos.

El último elemento de «La cadena de inversión en enfermería, prosperidad y paz» hace hincapié en el bienestar socioeconómico. Aunque solemos centrarnos en fomentar sociedades prósperas en todo el mundo, a veces pasamos por alto el papel fundamental de la salud en el crecimiento económico y el empleo. La cadena «Inversión en enfermería, prosperidad y paz» subraya los vínculos cruciales entre un personal de enfermería sólido y la salud, la paz y la vitalidad generales de las sociedades de todo el mundo.

Enfermería, salud de la población y economía

Una mayor densidad de enfermería y partería se asocia con varios resultados clave para la salud de la población, como una mayor esperanza de vida, una menor mortalidad materna e infantil y otros resultados de salud de la población (Haakenstad, et al., 2022; Liu & Eggleston, 2022). Los beneficios sociales de la enfermería se extienden más allá de los resultados de salud y, para comprender plenamente el gran impacto de la profesión, debemos profundizar y reconocer que la salud de la población, reforzada por la enfermería, también se correlaciona con economías sólidas.

En resumen, poblaciones más sanas implican economías más sanas. Un informe del McKinsey Global Institute (Remes, et al., 2020) concluyó que «una mejor salud podría añadir 12 billones de dólares estadounidenses al PIB mundial en 2040, un impulso del 8% que se traduce en un crecimiento un 0,4% más rápido cada año». La mayor parte de estos aumentos de los beneficios económicos procede de una fuerza laboral más numerosa y sana.

Figura 5: Rentabilidad económica de la mejora de la salud en las distintas regiones

En las diferentes regiones, los beneficios económicos de una mejor salud se deben a diferencias en la carga de morbilidad subyacente y en las estructuras del mercado laboral de los países (Remes, et al., 2020).

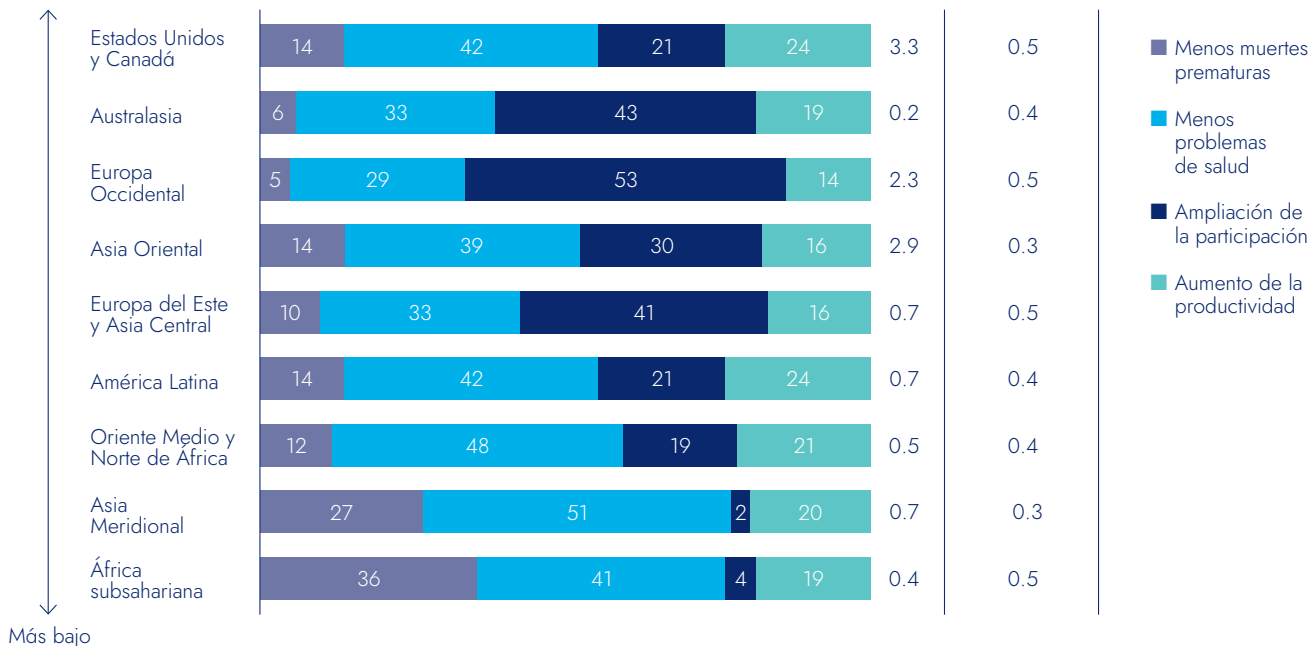
Desglose del impacto en el PIB, 2040

Escenario de crecimiento sano
% ; \$ billón

Crecimiento adicional del PIB, 2020-40
Tasa de crecimiento anual compuesto, %

PIB per cápita

Más alto



Impacto en el bienestar socioeconómico

Invertir en enfermería, sobre todo en entornos comunitarios y de atención primaria, cataliza el bienestar social, con la atención a la infancia como piedra angular. La enfermería de alta calidad impulsa el desarrollo cognitivo y social de los niños sentando las bases para el éxito académico y la futura estabilidad económica. Esta inversión dibuja un panorama esperanzador para las generaciones futuras prometiendo la finalización de los estudios a un nivel superior y un aumento de los ingresos potenciales.

Además, invertir en enfermería es clave para contrarrestar los efectos corrosivos de la pobreza. Programas como las visitas domiciliarias dirigidas por profesionales de enfermería han demostrado su eficacia en la mejora de la salud y la independencia económica de las familias con niños pequeños. Abordar las disparidades de salud desde el comienzo de la vida de una persona puede prevenir una gran cantidad de problemas sociales relacionados, así como reducir en última instancia el impacto a largo plazo de la pobreza en la educación y la salud. La investigación (California Department of Social Services, 2018) destaca los amplios beneficios de estas inversiones, que se extienden más allá de las mejoras en la salud a ahorros significativos en el gasto público.



El rendimiento económico podría ser de 2 a 4 dólares por cada dólar invertido en mejorar la salud. En los países de renta más alta, los costes de implantación podrían verse compensados con creces por el aumento de la productividad en la prestación de asistencia sanitaria. Los países de renta baja siguen necesitando más inversión en infraestructuras sanitarias básicas. (Remes, et al., 2020)



Los niños pobres suelen sufrir problemas de salud derivados de cuidados prenatales maternos inadecuados y de las tensiones continuas del empobrecimiento. Estos problemas no solo dificultan su capacidad de aprendizaje, sino que también provocan una cascada de problemas sociales, emocionales y de comportamiento. Las repercusiones de un comienzo empobrecido en la vida son de gran alcance, con mayores probabilidades de permanecer en la pobreza, abandonar la escuela y ser padres durante la adolescencia.

Sin embargo, estos ciclos pueden romperse. Décadas de investigación (California Department of Social Services, 2018) subrayan la eficacia de las intervenciones dirigidas por profesionales de enfermería para producir avances significativos como la reducción de los nacimientos prematuros, la mejora de la salud infantil y la preparación escolar, y el freno al maltrato infantil y la delincuencia juvenil. Más allá de los beneficios inmediatos para la salud, estos programas producen ahorros sustanciales de costes en la atención médica, el bienestar infantil, la educación especial y los sistemas de justicia penal.

El sector de los cuidados a la tercera edad, al igual que otros ámbitos de la sanidad, puede obtener importantes beneficios sociales y económicos si se realizan las inversiones adecuadas. La escasez de recursos, la falta de personal y la falta de cualificación de la fuerza laboral han tenido consecuencias de gran alcance como el aumento de los casos de violaciones de los derechos humanos, cuidados deficientes, deterioro de los resultados de salud y aumento del gasto sanitario.

Un ejemplo doloroso de ello son las conclusiones de la Comisión Real de Asistencia a la Tercera Edad en Australia. Esta investigación sacó a la luz las graves deficiencias e ineficiencias del sector. La Asociación Médica Australiana (2021), en respuesta a las conclusiones de la Comisión, señaló que una inversión en cuidados de larga duración, centrada específicamente en garantizar un número adecuado de personal de enfermería debidamente cualificado y en implantar modelos de atención basados en la evidencia, podría suponer un importante ahorro de costes. Calcularon que podrían ahorrarse unos 21 000 millones de dólares australianos en ingresos hospitalarios evitables.

Esta cifra subraya el potencial de beneficios económicos sustanciales a través de la inversión estratégica en el sector de los cuidados a la tercera edad. No solo sugiere una reducción de los costes sanitarios innecesarios, sino que también implica una mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Con el número adecuado de personal de enfermería cualificado y la aplicación de modelos de cuidados de eficacia probados, el sector de los cuidados a la tercera edad podría garantizar que los adultos mayores reciban el respeto, la dignidad y la calidad de cuidados que merecen. Este planteamiento reduce la presión sobre los sistemas hospitalarios y defiende los derechos y el bienestar de uno de los segmentos más vulnerables de la población.

A modo de ejemplo, el caso del sector australiano de cuidados a la tercera edad pone de relieve una verdad más amplia aplicable a escala mundial: invertir en atención a largo plazo, especialmente en términos de recursos humanos y prácticas de cuidados, no es solo un imperativo moral: es una estrategia económicamente prudente. Tales inversiones transformarían el panorama de los cuidados a la tercera edad, lo que redundaría en mejores resultados de salud para algunas de nuestras poblaciones más vulnerables y en un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

Medidas estratégicas para mejorar la prosperidad social y económica de comunidades y sociedades

- 1.** Dar prioridad a la inversión en una dotación de personal adecuada y segura en todo el abanico de servicios de atención de salud, focalizándose especialmente en la atención primaria y comunitaria. Esta inversión es esencial para garantizar que los centros sanitarios no solo estén bien equipados, sino que también cuenten con una dotación apropiada de profesionales cualificados para satisfacer las diversas necesidades de los pacientes en los distintos entornos de cuidados.
- 2.** Reconocer y valorar las habilidades, los conocimientos, los atributos y la experiencia del personal de enfermería. Respetar y promover su papel como profesionales de la salud, científicos, investigadores, educadores y líderes. Implicarle en la toma de decisiones

que afectan a la atención de salud a todos los niveles. Promover e invertir en una cultura equitativa que respete la profesión de enfermería como principal contribuyente a unos sistemas sanitarios de alta calidad.

3. Nombrar a personal de enfermería líder para los puestos ejecutivos de todas las organizaciones sanitarias y la formulación de políticas gubernamentales. Reforzar el liderazgo de la profesión en todos los sistemas de salud y crear y mantener funciones de liderazgo de enfermería donde más se necesiten.
4. Proteger a las poblaciones vulnerables y de riesgo, defender y respetar los derechos humanos, la igualdad de género y la justicia social. Situar y defender la ética de la enfermería en el centro del diseño y la prestación de los sistemas sanitarios para que todas las personas puedan acceder a una atención de salud equitativa, no discriminatoria, centrada en las personas y basada en los derechos, y sin riesgo de dificultades económicas.

Resumen del capítulo

La cadena «Inversión en enfermería, prosperidad y paz» describe las amplias ramificaciones de la asignación de recursos al personal de enfermería. Aunque puede resultar tentador limitarse a percibir los beneficios inmediatos de tales inversiones, como una mayor dotación de personal que redunde en mejores resultados en las unidades, el impacto más amplio es enorme. Invertir en enfermería genera un efecto cascada que culmina en el cultivo de sociedades más saludables, economías robustas y un mayor bienestar social. La enfermería no solo es la columna vertebral del sistema de salud, sino también la base que sostiene el funcionamiento general de nuestra sociedad.

Los ocho capítulos siguientes han sido redactados por autores externos. Las opiniones expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las del Consejo Internacional de Enfermeras.

CAPÍTULO

5

El reto de la planificación de la fuerza laboral en el futuro - la necesidad de planificar el trabajo en todo el ámbito de práctica

Nuestras enfermeras.

Nuestro futuro.



Dr Stephen DUCKETT,

AM PhD DSc FASSA FAHMS, Economista, Profesor Honorario de Empresa,
Escuela de Población y Salud Global,
y Departamento de Práctica General, Universidad de Melbourne.

El poder económico de los cuidados



*Fundación McGrath, Australia.
Las enfermeras trabajan cada vez
más como especialistas sin dejar de
prestar los cuidados integrales que
han prestado durante generaciones.*

La planificación del personal de salud requiere un cambio de paradigma. Demasiado a menudo se encierra en compartimentos estancos puesto que el cuidado a las personas mayores y la asistencia hospitalaria se planifican por separado cuando el mismo personal puede trabajar en cualquiera de los dos entornos, o se planifica para una profesión concreta cuando el futuro son los cuidados prestados por equipos multidisciplinares (Sutton et al., 2023; Weston, 2022). Con demasiada frecuencia se planifica para el sistema de salud de hace una o dos décadas en lugar de para el sistema futuro dentro de una o dos décadas. Con demasiada frecuencia se «planifica» para estilos de trabajo de generaciones anteriores ignorando las aspiraciones, motivaciones y prioridades cambiantes del personal de la nueva generación (Stevanin, et al., 2018). El potencial transformador de la inteligencia artificial, en apoyo de la práctica basada en la evidencia, se ignora de manera casi uniforme.

La retórica de la política sanitaria ha permanecido inalterada durante las últimas décadas, apuntando a un futuro diferente: un futuro en el que el paciente sea tratado de forma más holística, en el que haya una mayor continuidad asistencial y en el que las complejidades de la multimorbilidad no requieran que una persona sea desplazada entre varios profesionales «parciales», es decir especializados solo en una parte de la complejidad de un individuo en su conjunto. Por desgracia, la realidad apenas ha cambiado en consonancia con esta retórica, pero están apareciendo «brotes verdes» que pueden sustituir la parcialidad.

El problema de los enfoques de planificación de la fuerza laboral en el pasado y el desajuste entre la retórica política y la realidad se ejemplifican en la inercia política en relación con su reforma, en particular la utilización de todas las habilidades de la profesión sanitaria más numerosa, la enfermería (Duckett, 2005).

Si bien el personal de enfermería está cada vez más formado, la autoridad para ‘diagnosticar’ suele reservarse a los médicos cualificados, a pesar de que otros profesionales también deben emitir juicios durante el tratamiento sobre lo que le ocurre al paciente, además de poder interpretar igual de bien una prueba diagnóstica o un informe de imagen y comprender correctamente las opciones de un itinerario de cuidados, así como reconocer y realizar ajustes con la misma competencia cuando un paciente no se adapta al itinerario estándar.

La parálisis de funciones, que se produce cuando la mejora de las habilidades y los conocimientos en una profesión no se traduce en cambios al respecto, desgraciadamente está muy extendida. La sobre cualificación, o que un trabajador sanitario no pueda trabajar en todo su ámbito de práctica, es endémica puesto que más de cinco de cada seis profesionales de la salud declaran tener las habilidades necesarias para hacer frente a tareas más exigentes en sus puestos de trabajo; la tasa correspondiente a los profesionales de enfermería es ligeramente inferior, pero sigue siendo muy elevada, del 79% (Schoenstein & Lafortune, 2016). Los profesionales de enfermería con títulos de máster tenían casi el doble de probabilidades de estar sobre cualificados en comparación con los que tenían un título de grado o pregrado. Lamentablemente, este exceso de cualificación se da al mismo tiempo que la falta de cualificación: los profesionales de enfermería y de otras disciplinas sienten que necesitan formación adicional para algunos aspectos de su trabajo.

Aunque sigue habiendo resistencia a que el personal de enfermería tenga la iniciativa en la toma de decisiones sobre la preparación de los pacientes para el alta hospitalaria (Pethybridge, 2004), a menudo es este personal el que mejor conoce la situación del paciente en su domicilio y su preparación clínica. En un entorno de atención primaria, una proporción significativa del tiempo del médico se asigna a pacientes que es posible que sean bien conocidos en la consulta y tengan un único problema inicial cuyo tratamiento podría gestionar adecuadamente por el personal de enfermería de atención primaria (Duckett, Breadon y Farmer, 2014; Duckett, Breadon y Ginnivan, 2013).

El coste de oportunidad de no utilizar todo el ámbito de práctica de los profesionales se acumula rápidamente. Cuantificarlo resulta difícil (Goryakin, Griffiths & Maben, 2011; Caird et al., 2010; Chan et al., 2018; Lopatina et al., 2017; Marshall et al., 2015) pero la evidente gran disparidad entre la remuneración media de los profesionales médicos y de enfermería significa que sustituir a los primeros por los segundos, suponiendo una productividad equivalente, tendría una repercusión significativa tanto en términos de satisfacción como de eficiencia del personal.

ESTUDIO DE CASO

SERVICIO INNOVADOR DE ANGIOGRAFÍA DIRIGIDO POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL BUCKINGHAMSHIRE HEALTHCARE TRUST



La introducción de una enfermera para angiografía en la Unidad de Día Cardíaca y el Laboratorio de Catéteres del Buckinghamshire Healthcare Trust representa un enfoque transformador para gestionar la creciente demanda y reducir los tiempos de espera de los servicios de laboratorio de catéteres cardíacos (NHS England, 2018). Históricamente, los cardiólogos, a menudo sobrecargados con numerosas responsabilidades, eran los únicos profesionales que realizaban angiogramas. La enfermera consultora identificó una oportunidad de cambio: mejorar significativamente la eficiencia del servicio mediante la formación de personal de enfermería.

Los profesionales de enfermería para angiografía recibieron dos años de formación adicional para realizar angiogramas y gestionar sus propios casos, lo que eliminó las listas de espera y liberó a los cardiólogos. El proceso de implantación fue exhaustivo y abarcó indemnizaciones, consideraciones jurídicas y aprobaciones del Consejo de Administración. Una auditoría de 300 angiogramas garantizó la calidad de la nueva práctica y puso de manifiesto la repercusión de esta función innovadora por el alto grado de satisfacción de los pacientes y la mejor utilización de los recursos. La iniciativa del personal de enfermería cuestionó las funciones tradicionales en la atención de salud y allanó el camino para el desarrollo de la enfermería en el Buckinghamshire Healthcare Trust.

El reto de la política sanitaria puede enmarcarse en la idea de que *el miembro adecuado del equipo de salud preste los cuidados adecuados en el entorno adecuado, a tiempo y en todo momento*. No se trata de la medicina, la enfermería o los profesionales afines, sino de un equipo. No se trata simplemente de prestar cuidados sino de facilitarlos, en particular la autogestión. Este marco pone de relieve un futuro más complejo para todas las profesiones, incluida la enfermería. El reto para los legisladores y los responsables políticos es proporcionar un entorno político en el que los profesionales de la salud puedan prosperar y los profesionales de enfermería y de otras disciplinas de la salud puedan trabajar en todo su ámbito de práctica en el equipo de atención sanitaria.

Trabajar en todo el ámbito de práctica será diferente para los distintos profesionales de enfermería, que cada vez trabajan más como especialistas sin dejar de prestar los cuidados holísticos que llevan generaciones dispensando. El reto político consiste en garantizar que todo el personal de enfermería tenga el potencial necesario para autorrealizarse y trabajar en todo su ámbito de práctica.

Para garantizar este cambio, la profesión de enfermería ha de evitar crear las mismas jerarquías disfuncionales y compartimentos estancos que acosan a la profesión médica: cuanto más se restringa el conocimiento y la experiencia, mayor será el estatus, con guerras de poder endémicas.

No cabe duda de que los pacientes se beneficiaron de la especialización de la medicina en el siglo XX, pero la hiperespecialización de finales de ese siglo puede ser un ejemplo de lo que los economistas denominan retornos marginales decrecientes. Con cada vez más especialistas implicados en el cuidado de un mismo paciente, se producen más problemas de comunicación y es posible que se pasen por alto las necesidades del paciente en su totalidad. El profesional de enfermería tiene que seguir poniendo en valor su enfoque holístico, su marcado énfasis en el paciente en su totalidad, además de la comunicación con él y la observación de sus acciones cotidianas para captar pistas vitales.

Entonces, ¿cuál es el camino para utilizar mejor las habilidades del personal de enfermería?

- Es necesario apoyar a los profesionales de enfermería para que desarrollen sus habilidades, en particular mediante credenciales adquiridas durante su trabajo, pero reconocidas en el sistema educativo.
- Los empleadores deben realizar evaluaciones periódicas del lugar de trabajo para garantizar que las funciones reflejen la educación, formación y habilidades actuales del personal (OCDE 2018). Deben velar por que el personal de enfermería pueda ejercer plenamente su profesión y no se vea frenado por parálisis de funciones, celos interprofesionales y guerras de poder.
- Los reguladores deben proporcionar un lenguaje apropiado para complementar los ámbitos de práctica contemporáneos y garantizar que no se produzcan extralimitaciones o restricciones en la supervisión de una profesión sobre otra cuando las competencias y conocimientos requeridos estén presentes y sean necesarios.
- Los pagadores tienen que garantizar que el personal de enfermería cualificado reciba la misma remuneración que los profesionales médicos y de otras disciplinas en aras de la viabilidad de los nuevos modelos de negocio de los cuidados de enfermería.
- Los profesionales de enfermería han de recopilar y publicar información sobre su labor para demostrar que los pacientes y el personal acogen con satisfacción que trabajen en todo su ámbito de práctica, y que es seguro y eficaz.
- Los responsables políticos han de reconocer que la enfermería y otras profesiones de la salud evolucionan, y velar por que las restricciones de antaño no presenten limitaciones inadecuadas hoy puesto que impiden la evolución de nuevas funciones y son vestigios de tiempos pasados que a menudo se han mantenido en un intento de proteger ámbitos de poder en detrimento de unos cuidados eficaces al paciente.
- Los demás profesionales de la salud han de celebrar estos cambios. Las necesidades sanitarias son cada vez mayores y el aumento de la carga de trabajo en el futuro significa que cambiar funciones ahora no debería ser una amenaza para ninguna profesión.

La forma de trabajar de todos los profesionales tendrá que cambiar haciendo hincapié en los equipos multidisciplinares y el liderazgo compartido. Satisfacer las necesidades de salud en el futuro exigirá que todos los miembros del equipo contribuyan a apoyar al paciente y no será posible mantener la rigidez de las prácticas y formas de trabajar de antaño para cubrir eficazmente las nuevas necesidades sanitarias.

ESTUDIO DE CASO

LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN ZIMBABUE: LECCIONES DEL MODELO DE ENFERMERÍA DE MSF



En respuesta a la crisis de las enfermedades no transmisibles (ENT) en el África subsahariana, Médicos Sin Fronteras (MSF) colaboró con el Ministerio de Salud de Zimbabwe para implantar un modelo de tratamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión dirigida por personal de enfermería en el distrito de Chipinge. Lanzado en 2016, el programa reflejaba enfoques exitosos de terapia antirretroviral (TAR), haciendo hincapié en la descentralización y la delegación de tareas a los profesionales de enfermería. A pesar de desafíos como la disponibilidad de medicamentos y la sobrecarga del sistema, la iniciativa integró eficazmente los cuidados de ambas afecciones en los servicios existentes demostrando la viabilidad de los modelos dirigidos por personal de enfermería en entornos con recursos limitados (OMS, 2020b). El programa, que funcionaba en 11 centros de salud, ofrecía cuidados integrales con protocolos simplificados, mentorazgo del personal e integración con los servicios de atención primaria. A pesar de los obstáculos, como la elevada demanda de medicación, las estrategias adaptativas y los enfoques descentralizados, lograron superar con éxito las dificultades. Esta integración de los cuidados de las ENT con los servicios de atención primaria aborda la doble carga del VIH y las ENT en Zimbabwe, además de aportar ideas para iniciativas similares en países de renta baja y media.

CAPÍTULO

6

El personal de enfermería cumple objetivos sociales fundamentales, pero ¿quién se preocupa de los cuidadores?

Nuestras enfermeras.

Nuestro futuro.



Geordan SHANNON,

PhD, MPH (Hon) Licenciada en Medicina (Hon) DRANZCOG,
Profesora en el Instituto para la Salud Global del UCL de Londres, Centro para el Género
y la Salud Global y Centro para Economía de la Salud Global

Jeremy LAUER,

AB, MA, MSc, PhD, Economista, Profesor en la Universidad de Strathclyde, United Health Futures

El poder económico de los cuidados

Rita Dominic Kiyawa, hospital universitario de Wau, Sudán del Sur. El contrato social de cuidados incondicionales sobre el que las enfermeras han construido su profesión está siendo continuamente socavado.

La profesión de enfermería se sitúa en la intersección de numerosos objetivos sociales críticos. Aunque los cuidados de enfermería pueden ser muy gratificantes para quienes los prestan o los reciben, el valor que este trabajo tiene para la sociedad suele estar muy infravalorado.

El inicio de la COVID-19 señaló una nueva era de policrisis creciente que afectaba a la salud, los medios de subsistencia, la paz, la equidad y el medio ambiente. La COVID-19 puso de relieve la importancia de la enfermería revelando también lo infravalorada que está. Las malas condiciones de trabajo, los bajos salarios, la violencia y los riesgos para la salud han hecho mella en el personal de enfermería y en el sistema de salud. Como consecuencia, el éxodo de personal de enfermería experimentado de la profesión agrava aún más la escasez mundial de personal sanitario (CIE, 2021b); el personal de enfermería conforma la profesión más importante del mundo (Lazenby, 2020), constituye más de la mitad del personal sanitario mundial (OMS, 2020b) y representa más de la mitad de la actual escasez de trabajadores sanitarios en todo el mundo (OMS, 2022). En pocos entornos podemos observar, como señaló el ex Director General de Salud de Nueva Zelanda, el Dr. Ashley Bloomfield, el 25 de octubre de 2023 en Auckland, Nueva Zelanda, que «En los últimos cinco años se ha producido un aumento de casi el 23% en el número de profesionales de enfermería empleados por [las juntas sanitarias de distrito,] ... un incremento del 35% en los salarios de los profesionales de enfermería graduados y un aumento del 43% en los salarios del escalón superior para las enfermeras registradas desde 2017» (Bloomfield, 2023). Estos casos son 'excepciones que confirman la regla', ya que incluso en las raras áreas en las que las tendencias han sido positivas en estos términos siguen existiendo muchos retos.

La enfermería y otras formas de trabajo de prestación de cuidados actúan como 'amortiguadores' adquiriendo holgura durante las crisis económicas y de otros tipos (Jones, 2020). Esta labor a menudo la desempeñan las mujeres, sobre todo las que sufren varias formas de marginación (Wenham, 2020). Con frecuencia se realiza sin una remuneración ni protección social adecuadas (Flor, et al., 2022). Al prestar más del 80% de los cuidados prácticos, el personal de enfermería es fundamental para alcanzar la cobertura sanitaria universal (Kennedy, 2019). El Consejo Internacional de Enfermeras reconoce que «la necesidad de enfermería es universal» (CIE, 2021c).

Este capítulo pretende cambiar el marco para situar la labor de enfermería en el ámbito del tipo de trabajo de cuidados que construye buenas sociedades (Lazenby, 2020) y no simplemente una labor que es valiosa en caso de crisis. En este artículo, damos la vuelta a la narrativa para esbozar las formas en que la labor de enfermería y de prestación de cuidados puede ser la base sobre la que construyamos nuestra mejor sociedad: un futuro próspero, robusto, seguro, equitativo y medioambientalmente sostenible.

El Consejo sobre la Economía de la Salud para Todos de la OMS hace un llamamiento a replantear nuestras economías locales, regionales, nacionales y mundiales para apoyar la salud humana y planetaria en lugar de socavarla (OMS, 2023b). Cada vez se están rediseñando más las políticas socioeconómicas para promover el bienestar humano y ecológico al mismo tiempo que se abordan cuestiones sociales clave en materia de economía de igualdad (Wellbeing Economy Alliance, 2022). Dado que, como profesión de prestación de cuidados, la enfermería se encuentra en la encrucijada de objetivos sociales que se solapan, nuestras políticas y prácticas con respecto a la profesión deben estar en una posición única para poder hacer realidad, de forma simultánea, eficaz y rentable, el tipo de futuro óptimo que queremos construir. En otras palabras, en lugar de paralizarnos, el reconocimiento de los retos actuales de la sanidad y los cuidados debería impulsarnos aún más a actuar con determinación para lograr nuestros objetivos.

La labor de enfermería respalda objetivos sociales críticos cuyo núcleo es la salud de las personas y el planeta. Como muchas otras formas de trabajo sanitario y asistencial, la enfermería se ejerce en hogares, comunidades e instituciones, y puede ser remunerada o no. Apreciar las distintas formas en que se realiza el trabajo de enfermería nos permite tener una visión más completa de su valor para la sociedad.

Figura 6



La enfermería apoya la salud

Sin personal de enfermería, sería difícil que se llevaran a cabo la mayoría, si no todas, las funciones básicas de los sistemas de salud. Los sistemas sanitarios contribuyen a mejorar la salud y la productividad de la población, así como la prosperidad y la diversificación económicas (OMS, 2017), la seguridad mundial, la cohesión social y la innovación social (Commission on a Global Health Risk Framework for the Future and National Academy of Medicine, Secretariat, 2016).

A escala mundial, existe una asociación significativa entre la densidad de profesionales de enfermería y partería y la mejora de los resultados de salud, en particular una reducción de la mortalidad materna, la mortalidad de menores de cinco años, la mortalidad infantil, la mortalidad neonatal, el exceso de muertes por COVID-19 y la esperanza de vida (Figura 7) (Lui & Eggleston, 2022). El personal de enfermería y la cobertura sanitaria universal también van de la mano: existe una correlación positiva entre la densidad de profesionales de enfermería y partería y los servicios de cobertura sanitaria universal (figura 8).

Figura 7: Relación entre la densidad de profesionales de enfermería y partería y la esperanza de vida al nacer

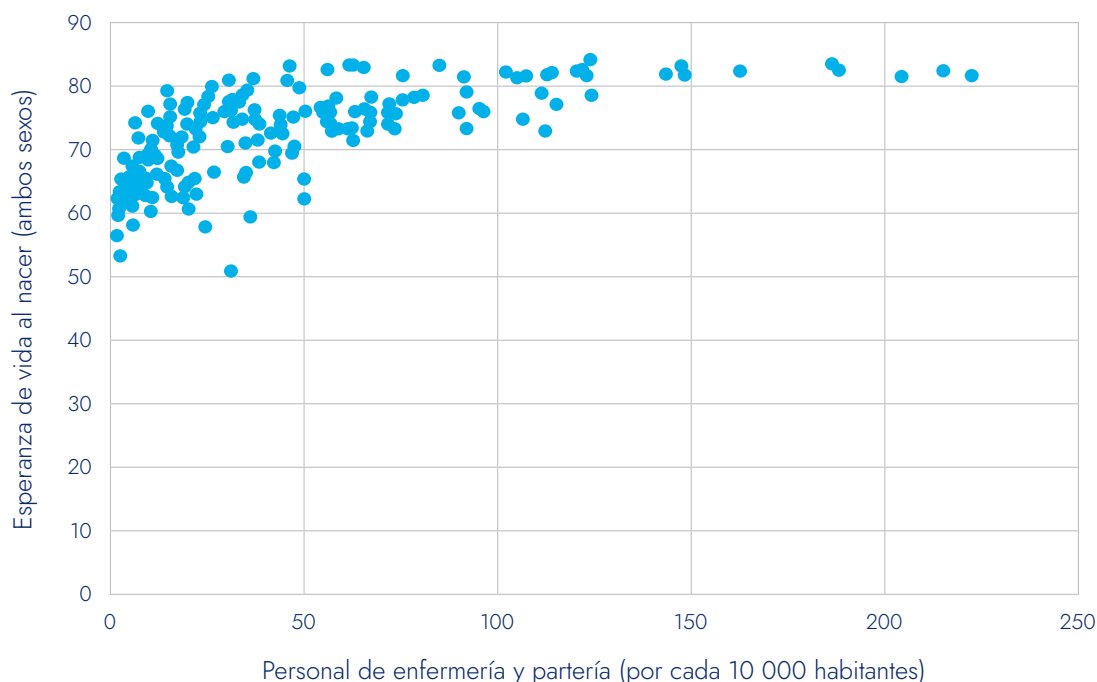
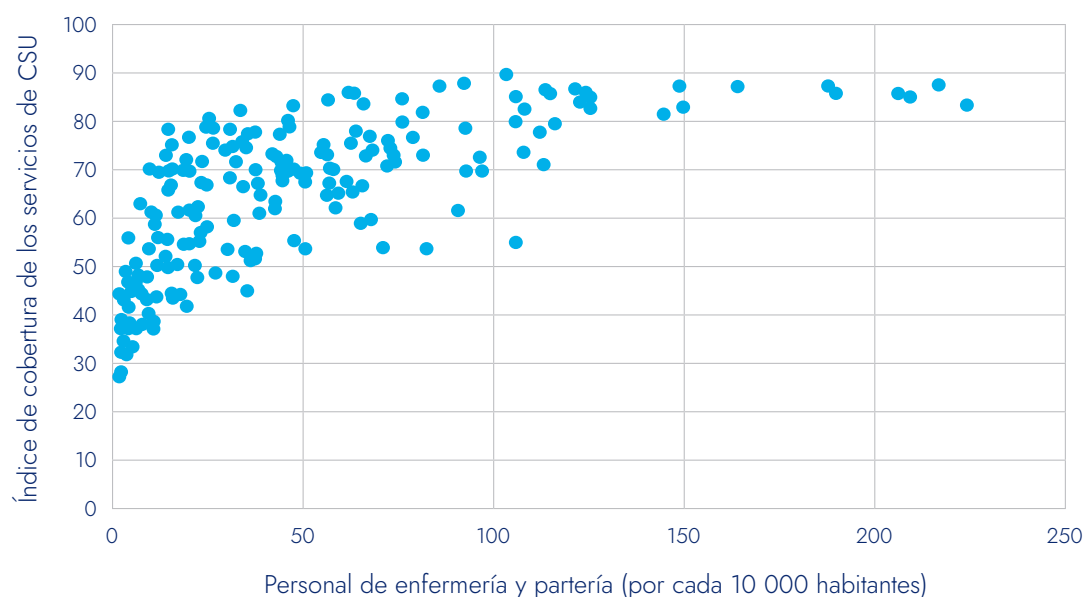


Figura 8: Relación entre la densidad nacional de profesionales de enfermería y partería y los servicios de cobertura sanitaria universal



La enfermería favorece la prosperidad económica

El personal de enfermería apoya la prosperidad económica que se produce cuando una población está sana y es productiva. Si bien el término crecimiento económico se ha utilizado muy a menudo para reflejar los objetivos económicos de la sociedad, es necesario ir más allá del producto interior bruto como medida de progreso. Las contribuciones de los profesionales de enfermería van más allá del crecimiento y tienen el potencial de apoyar la prosperidad económica inclusiva y una amplia gama de objetivos sociales.

Dicho esto, el personal de enfermería tiene un impacto mensurable en la productividad de la fuerza laboral en términos de mercado. Según un análisis no publicado realizado por United Health Futures para el Departamento de Personal Sanitario de la OMS, una mayor densidad de

profesionales de enfermería se asocia a un crecimiento más rápido del valor añadido en sectores de gran intensidad de fuerza laboral como el sector manufacturero. Curiosamente, esta asociación no se encontró en el caso de los médicos. Cabe señalar que el diferencial positivo de productividad generado por el personal de enfermería se vio mitigado en los países que obtienen malos resultados en términos de igualdad de género, lo que sugiere, como era de esperar, que la desigualdad de género obstaculiza el crecimiento económico.

La enfermería apoya la igualdad de género

Como profesión mayoritariamente femenina, los retos a los que se enfrentan las enfermeras en materia de igualdad de género reflejan y pueden amplificar los problemas más amplios en este ámbito a los que se enfrenta el personal de salud (Morgan, et al., 2016), en particular segregación ocupacional por género (OMS, 2019), brechas salariales de género (OMS, 2022b), violencia de género y otros riesgos laborales (Addati, et al., 2018). En consecuencia, la enfermería también ofrece una vía de gran repercusión para alcanzar los objetivos de igualdad de género tanto en el sistema sanitario como fuera de él.

Dentro del sistema sanitario, el equilibrio de género del personal de enfermería puede ser un factor influyente en los resultados de salud de la población. Por ejemplo, un análisis transversal realizado para la OMS para el informe Fair Share in Health and Care (Participación Justa en la Salud y los Cuidados) publicado recientemente (OMS, 2024) sugiere que, a nivel nacional, una mayor proporción de mujeres profesionales de enfermería está correlacionada con mejores resultados de salud de la población como una mayor esperanza de vida y una reducción de la mortalidad infantil y materna.

Más allá del sistema sanitario, el personal de enfermería apoya objetivos más amplios de equidad social. En primer lugar, al ser una de las profesiones más importantes del mundo, el empleo de enfermería es una de las principales fuentes de trabajo digno. Por trabajo digno se entiende un empleo de calidad, seguro, que se remunera justamente y respeta la dignidad y los derechos de las personas implicadas (OIT, 2024). En segundo lugar, el empleo de enfermería puede ofrecer oportunidades de entrada y progresión profesional preferentemente a las mujeres y a quienes proceden de entornos rurales y marginados por otros motivos (OMS, 2017a). En tercer lugar, cuando las trabajadoras sanitarias reciben una remuneración justa, los datos sugieren que reinvertirán su salario en sus familias y comunidades, apoyando así la igualdad intergeneracional y una cohesión comunitaria más amplia (Clinton Global Initiative, s.f.). En cuarto lugar, la labor de enfermería puede aliviar el trabajo de cuidados no remunerado, que recae en gran medida sobre las mujeres y es uno de los principales obstáculos para la participación equitativa de género en la población activa a escala mundial.

Un trabajo de próxima publicación realizado para la OMS sugiere que las mejoras en la disponibilidad y las condiciones salariales de los profesionales de la salud y los cuidados están correlacionadas con una reducción general de los cuidados no remunerados prestados por mujeres, y con un mejor equilibrio de género en los cuidados no remunerados entre mujeres y hombres. En la sociedad en general, la eliminación de las barreras de género a la participación en la fuerza laboral, como el cuidado no remunerado, y la consecución de la igualdad de género en el mercado laboral, tienen el potencial de desbloquear hasta 28 billones de dólares estadounidenses de valor para la sociedad al año (Woetzel, et al., 2015).

La enfermería apoya la paz

Aunque el personal de enfermería que se encuentra en primera línea en conflictos experimenta desafíos enormes, la labor de enfermería puede construir la paz alimentando «relaciones que valoran el valor inherente y la dignidad de los demás» (Srof, Lagerwey & Liechty, 2023) y defendiendo un contrato social que se extiende a toda la humanidad (Lazenby, 2020). Se ha afirmado que «la profesión de enfermería, en su tratamiento radicalmente igualitario de todas las personas, elimina fronteras. De este modo, la enfermería llama a las personas a un contrato social sin límites» (Lazenby, 2020). Con patrones cada vez más intrincados de migración interna e internacional a través del empleo de enfermería, las «cadenas de cuidados» globales y las remesas del personal de enfermería se extienden por todo el planeta (Orozco, 2009).

Aunque el trabajo de enfermería se ha realizado durante milenios, la profesión de enfermería tal y como la conocemos actualmente se fundó en primera línea de conflicto: los esfuerzos de Florence Nightingale por sistematizar las mejores prácticas en la atención sanitaria a los soldados heridos durante la Guerra de Crimea sirvieron de modelo para la práctica de la enfermería institucional moderna (Wooton & Davidson, 2023).

Los profesionales de enfermería siguen estando en primera línea en conflictos en todo el mundo (Wooton y Davidson, 2023). Los conflictos tienen un doble significado para gran cantidad de personal de enfermería que responde profesionalmente y a menudo se ven afectado personalmente. Por ejemplo, los profesionales de enfermería y otros trabajadores sanitarios durante la guerra de Yemen (2014-actualidad) asumieron la doble carga de prestar asistencia sanitaria (Elnakib, et al., 2021), que fue blanco de varios ataques (McKernan, 2020), al mismo tiempo que se enfrentaban al reto de vivir su vida personal en una zona de crisis. En la guerra de Ucrania, el personal de enfermería se ha visto desplazado de sus hogares pero ha seguido prestando atención de salud vital a los afectados por las hostilidades (OMS, 2023c). En Gaza, entre el 7 de octubre y el 19 de noviembre de 2023 murieron 229 trabajadores sanitarios, entre ellos 73 profesionales de enfermería y partería, en el ejercicio de su profesión (Healthcare Worker Watch-Palestine, 2023). Durante los conflictos, grupos internacionales de profesionales de enfermería se movilizan dentro de la red de respuesta humanitaria directa e indirectamente, y utilizan la defensa política y otras formas de movilización para manifestarse en contra del conflicto.

ESTUDIO DE CASO

ALIANZA DIRIGIDA POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN FAVOR DE LOS NIÑOS VÍCTIMAS DE TRATA: UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA PARA COMBATIR LA TRATA DE PERSONAS



La Alianza contra la Trata Infantil (ACT por sus siglas en inglés), iniciada por los Socios para los Jóvenes Vulnerables de la Asociación Nacional de Enfermeras de Atención Directa (NAPNAP por sus siglas en inglés), aborda la trata mundial de seres humanos con un modelo de cuidados dirigido por enfermeras. Al pasar de un enfoque de justicia penal a otro de salud pública, esta Alianza pretende mejorar la labor de concienciación e identificación en los sistemas de atención de salud. Actuando en el establecimiento de estándares, la reproducción y la difusión, colabora con 23 organizaciones formando a más de 10 000 profesionales clínicos y contribuye a las directrices federales de EE.UU. sobre la respuesta a la trata. A pesar de las lagunas históricas en la formación profesional, la Alianza forma a los profesionales sanitarios en materia de identificación y apoyo a las víctimas de trata. Entre los retos se encuentran las perspectivas limitadas de la enfermería en los foros nacionales y la resistencia de la atención de salud si bien la confianza en la profesión de enfermería contribuye a la aceptación del programa. Esta iniciativa pone de relieve el papel fundamental de las organizaciones de enfermería a la hora de hacer frente a las amenazas de salud pública y subraya la necesidad permanente de abogar por cuestiones complejas como la trata de seres humanos y comprometerse con la formulación de políticas al respecto.

La enfermería apoya la salud planetaria

La destrucción humana de los entornos naturales, combinada con la crisis climática, significa que los sistemas que sustentan la vida en el planeta son cada vez más precarios, lo que repercute en la salud humana. El trabajo de enfermería puede responder directamente a las repercusiones del cambio climático y la degradación medioambiental sobre la salud, al tiempo que aboga por la salud del planeta (European Federation of Nurses Associations, 2022). Además, se ha argumentado que el personal de enfermería, a través de su ética de los cuidados, tiene la obligación moral de respetar y cuidar la Tierra como un ser vivo (Lazenby, 2020).

El Código Deontológico del CIE reconoce el papel del personal de enfermería en la salud planetaria al pedirle que «colabore y ejerza para preservar, sostener y proteger el entorno natural y [sea] consciente de las consecuencias para la salud de la degradación del medio ambiente, por ejemplo, el cambio climático» (CIE, 2021c).

Las formas prácticas en que la enfermería apoya la salud planetaria abarcan el avance de la investigación en salud planetaria, la defensa de la política y la acción en salud planetaria, el liderazgo del cambio en la comunidad y en la práctica clínica, y la educación para la salud planetaria (Glauberman et al., 2023). A nivel de los centros de salud, el personal de enfermería puede apoyar directamente la iniciativa Hospitales saludables, planeta saludable, personas saludables mediante un enfoque basado en los sistemas para promover entornos de cuidados más ecológicos (OMS, 2009).



TRANSFORMAR LOS RESIDUOS SANITARIOS EN RECURSOS VITALES



La enfermera Claire Lane fundó Save Our Supplies Australia para hacer frente al problema de los residuos médicos en los hospitales. Tras darse cuenta de que se desechan suministros limpios y sin usar por razones triviales, redirige estos artículos a comunidades necesitadas evitando así que los residuos aprovechables llenen los vertederos. La organización ha entregado suministros por valor de 5 millones de dólares australianos a países como Papúa Nueva Guinea, Islas Salomón, Camboya y Fiji. En particular, ha contribuido a la creación de una unidad de maternidad en Papúa Nueva Guinea y ha distribuido 10 000 botellas de desinfectante de manos durante la crisis de la COVID-19 en Fiji. El ahorro anual de 20 toneladas de residuos médicos beneficia tanto al medio ambiente como a las comunidades. En Australia, esta entidad apoya a organizaciones benéficas dedicadas a la protección de la fauna y la flora silvestres, proporciona artículos de primera necesidad a entidades benéficas de atención sanitaria para personas sin hogar y ayuda a la formación en simulación clínica en las universidades. En asociación con los principales hospitales de Brisbane, Save Our Supplies demuestra su éxito en la reutilización de recursos médicos para diversas necesidades repercutiendo positivamente en la salud mundial, el medio ambiente y la economía.

Entonces, ¿quién se preocupa de los cuidadores?

Resulta preocupante que el contrato social de cuidados incondicionales sobre el que el personal de enfermería ha construido su profesión se vea continuamente socavado por decisiones políticas, por privatización, por «modelos de negocio» insostenibles y por falta de financiación adecuada. Este círculo vicioso culmina en una crisis de los cuidados: cuando las personas y las organizaciones que prestan cuidados se ven socavadas y debilitadas, al tiempo que se agravan las condiciones en las que se requieren cuidados, como en el caso de las poblaciones en fase de crecimiento y envejecimiento, y se enfrentan a polícrisis que se entrecruzan (ONU Mujeres,

2021). El fundamento moral de la profesión se ve así explotado por factores sistémicos que dependen del trabajo de enfermería y lo dan por sentado al mismo tiempo que crean condiciones insostenibles.

Dar la vuelta a esta situación no solo es posible, sino que es fundamental para el futuro de nuestro planeta y sus habitantes. Cuidar de los cuidadores es también fundamentalmente garantizar la prestación de los mejores cuidados posibles. El personal de salud debe estar en las mejores condiciones mentales y físicas para garantizar cuidados seguros y eficaces. Entre las medidas políticas para apoyar el trabajo de enfermería de alta calidad y preocuparse por los cuidadores figuran:

- Mayor inversión en infraestructuras sociosanitarias, en particular mediante la movilización de recursos nacionales centrándose en la cobertura sanitaria universal, la atención primaria y los recursos humanos para la salud.
- Garantizar un trabajo digno para todos los trabajadores sanitarios y asistenciales mediante un trabajo seguro, condiciones salariales adecuadas, prevención de la violencia y el acoso en el lugar de trabajo, acuerdos contractuales apropiados, representación adecuada de los trabajadores, negociación colectiva, oportunidades de empleo, seguridad social y conciliación de la vida familiar y personal (OMS, 2022c).
- Entornos de trabajo seguros, empoderadores y satisfactorios con disponibilidad de apoyo en salud mental y ausencia de estigma para buscar servicios.
- Cerrar la brecha salarial a través de la legislación, la transparencia salarial, la libertad de asociación y la negociación colectiva, así como la diversidad y la inclusión en el lugar de trabajo.
- Eliminar los obstáculos a la participación de la fuerza laboral, por ejemplo, reconociendo, reduciendo y redistribuyendo el trabajo de cuidados no remunerado, reforzando los derechos laborales y las leyes antidiscriminatorias, proporcionando permisos familiares adecuados y equilibrados en función del género, garantizando una planificación familiar segura y gratuita y mejorando el liderazgo de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones.
- Apoyar datos mejores y más inclusivos sobre el trabajo de enfermería en todas sus formas y en todos los contextos.

CAPÍTULO

7

Invertir en el personal de enfermería y protegerle: un lugar de trabajo saludable es importante



Amanda McCLELLAND,

Máster en Salud Pública y Medicina Tropical, BNRN, vicepresidenta Senior, Resolve to Save Lives

Dr. Mickey CHOPRA,

MD, MPH, PhD, director de Soluciones Globales para la Prestación de Servicios en la Práctica Global de Nutrición para la Salud y Población, Banco Mundial

Nuestras enfermeras.

Nuestro futuro.

El poder económico de los cuidados



*Estado de Rakhine, Pauk Taw, Myanmar.
Los trabajadores de la salud no deberían
tener que elegir entre cuidarse a sí mismos
y atender a los pacientes.*

En todo el mundo, la seguridad en el lugar de trabajo es una prioridad número uno por lo que numerosas industrias de alto riesgo han implantado medidas para que el desempeño de un trabajo no le cueste la vida a nadie, pero no es así en el ámbito de la salud, donde, en cambio, se espera que el personal de enfermería y otros trabajadores sanitarios sean altruistas y arriesguen su vida para proteger a sus pacientes y a las comunidades a las que atienden. Se trata de elección falsa: los trabajadores sanitarios no deberían tener que elegir entre cuidar de sí mismos y cuidar de los pacientes, y cualquier situación que les obligue a tomar esa decisión en 2024 sencillamente es inaceptable.

En ningún otro momento se hace más patente esta elección que durante los brotes de enfermedades infecciosas, y todos conocemos los numerosos y desgarradores ejemplos de los últimos años. La epidemia del virus del Ébola en África Occidental se cobró la vida de cientos de trabajadores sanitarios que luchaban por contener la propagación del virus. La pandemia de COVID-19 se cobró la vida de más de 100 000 trabajadores sanitarios solo en su primer año, y casi la mitad eran profesionales de enfermería. En estos y otros casos, tras el gran entusiasmo inicial por «celebrar a los héroes en primera línea», las cosas regresaron rápidamente a la normalidad y se volvió a esperar que los trabajadores sanitarios siguieran con su trabajo en condiciones peligrosas.

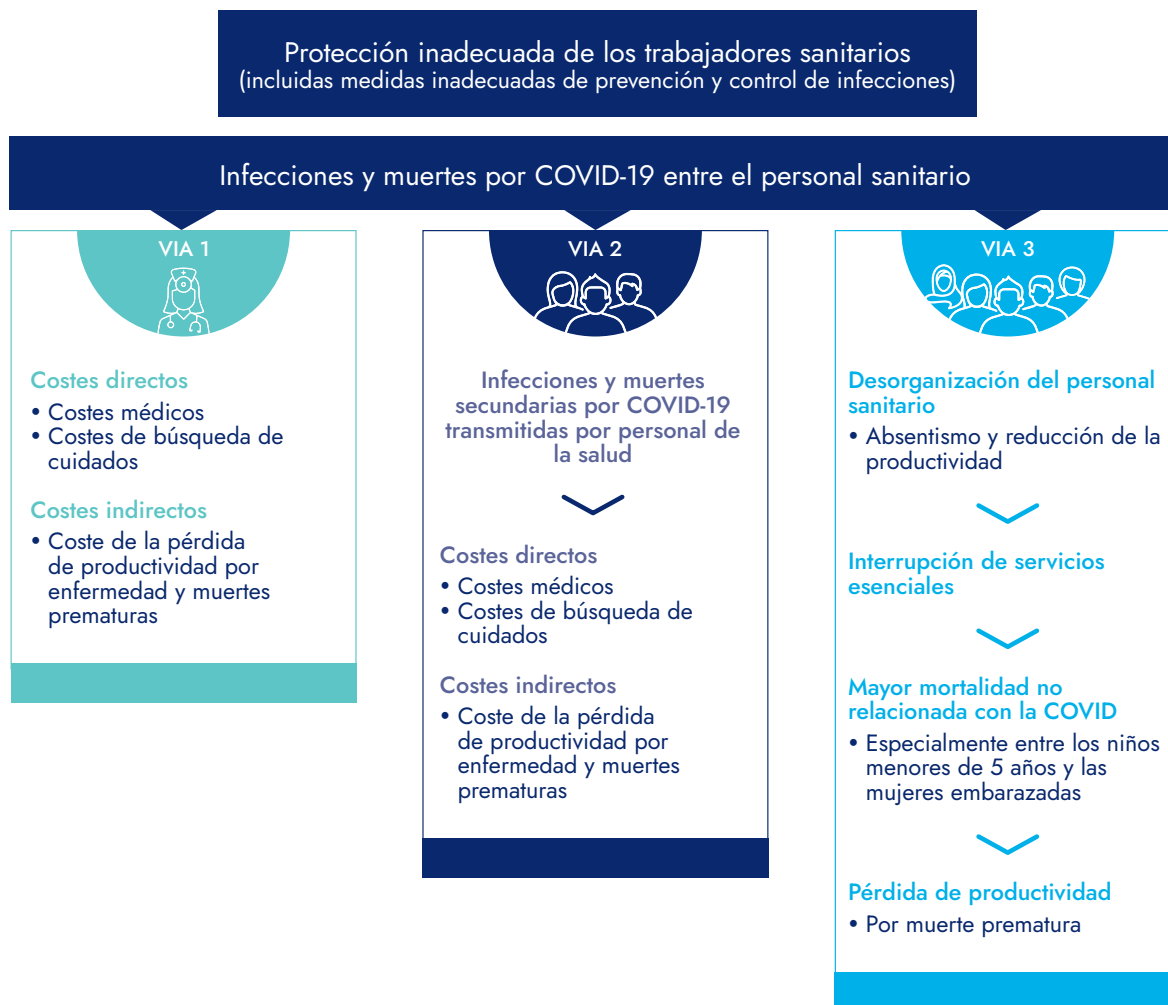
Estas situaciones son trágicas para los trabajadores de la salud y sus familias, además de suponer una carga financiera para el sistema sanitario, que afecta tanto a los cuidados que se prestan a los pacientes como a la contratación. Por primera vez, el estudio conjunto del Banco Mundial y «Resolve to Save Lives» (Wang et al, 2023) ha calculado el coste de las infecciones y muertes de trabajadores sanitarios utilizando datos del primer año de la pandemia de COVID-19.

El asombroso coste de las infecciones del personal de la salud

Nuestro informe, La carga económica de la infección por SRAS-CoV-2 entre los trabajadores de la salud durante el primer año de la pandemia en Kenia, Colombia, Eswatini y Sudáfrica calcula los costes económicos asociados a la COVID-19 en trabajadores de la salud en cinco lugares de estudio: tres países (Colombia, Eswatini y Kenia) y dos provincias de Sudáfrica (Cabo Occidental y KwaZulu-Natal). A la hora de estimar los costes económicos reales es importante mirar más allá del coste individual y considerar la repercusión en el sistema de salud y en la sociedad en general.

Estimamos el coste económico total de la infección por COVID-19 considerando tres áreas: 1) los costes asociados a las infecciones primarias y las muertes de trabajadores de la salud; 2) los costes de las infecciones secundarias y las muertes en la población general causadas por la transmisión de trabajadores de la salud infectados; y 3) los costes del exceso de muertes materno-infantil no causadas por la COVID-19 relacionadas con las interrupciones en la prestación de servicios de salud (Figura 9).

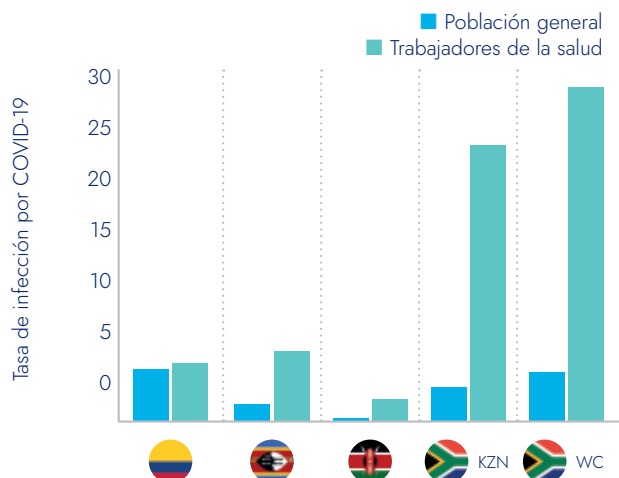
Figura 9: Vías (Wang et al., 2023)



Nuestro estudio mostró que la incidencia de la COVID-19 en los trabajadores de la salud era hasta 10 veces superior a la de la población general. Las tasas de mortalidad fueron superiores en los trabajadores en cuatro de los enclaves del estudio. Y en todos ellos la mortalidad por COVID-19 entre los contactos era de cinco a 15 veces superior a la de los propios trabajadores de la salud.

Figura 10: Tasa de infección (Wang et al., 2023)

La tasa de infección por COVID-19 entre los trabajadores sanitarios era hasta **9 veces superior** a la de la población general.



Todos los enclaves experimentaron costes millonarios, que en ocasiones ascendieron a cientos de millones. El coste total en las tres zonas superó los 30 000 dólares estadounidenses por trabajador de la salud, excepto en Colombia, donde su sistema de salud relativamente más sólido se tradujo en un menor riesgo de que los trabajadores sanitarios contagiaran la COVID-19 a sus contactos cercanos. La carga económica total como proporción del gasto sanitario total anual osciló entre alrededor del 2% en Colombia y alrededor del 8% en Sudáfrica-Cabo Occidental.

Figura 11: Coste por infección (Wang et al., 2023)

	Coste por infección del personal de salud*	Relación entre el coste por infección del personal sanitario y el PIB per cápita en 2020	Pérdida económica total
Colombia	\$10,105	1.54x \$6,549 GDP	\$423.86 MILLION
Eswatini	\$35,659	9.05x \$3,941 GDP	\$16.19 MILLION
Kenia	\$33,619	17.98x \$1,870 GDP	\$113.20 MILLION
Sudáfrica, KwaZulu Natal	\$34,226	5.77x \$5,931 GDP	\$544.64 MILLION
Sudáfrica, Cabo Occidental	\$33,781	5.70x \$5,931 GDP	\$337.91 MILLION

* Todas las cifras en USD

Aunque estas muertes son tragedias, comprender estos asombrosos costes económicos aumenta la concienciación sobre el verdadero impacto de la COVID-19 y puede ayudar a priorizar las intervenciones. En última instancia, esperamos que estos datos impulsen a los responsables de la toma de decisiones nacionales y a la comunidad sanitaria mundial a superar los ciclos de pánico y negligencia - más allá de celebrar a los trabajadores sanitarios como «héroes» para luego olvidarse rápidamente de ellos — y a construir un personal de salud resiliente y protegido adecuadamente.

Los contagios de personal sanitario por COVID-19 ocasionaron enormes costes sociales exigiendo así un aumento tanto de las medidas de prevención y control de infecciones como de la resiliencia de los sistemas de salud en general. Los países tienen ahora la oportunidad de empezar a invertir en la resiliencia de los sistemas de salud y darles prioridad, especialmente en los países de renta más baja, que pueden tener una menor capacidad de base.

Aunque el coste de las infecciones primarias y las muertes de trabajadores sanitarios es significativo, los costes relacionados con los contagios posteriores y la interrupción de los servicios de salud materno-infantil son mucho mayores. El exceso de muertes de madres y niños echa por tierra décadas de trabajo para mejorar las tasas de mortalidad y básicamente socava la relación profesional de enfermería-paciente. Es fundamental establecer medidas para salvaguardar la salud de las madres y los niños, una población de alto riesgo en las emergencias de salud pública.

Cabe señalar que es probable que estos costes estén subestimados puesto que a menudo no se notifican los contagios y los fallecimientos, lo cual ha planteado problemas durante la COVID-19. Las infecciones y muertes de personal sanitario pueden tener repercusiones a más largo plazo, en particular la pérdida de fuerza laboral. Considerar el exceso de fallecimientos por otras causas aumentaría sustancialmente los costes económicos, lo cual demuestra la necesidad de vigilar de cerca las infecciones y muertes de trabajadores sanitarios durante los brotes y evaluar los costes económicos de su contagio más allá de los costes para ellos mismos.

Cómo mantener la seguridad de los trabajadores en primera línea

En general, nuestro estudio muestra que los costes económicos asociados a las infecciones y muertes evitables de trabajadores de la salud son demasiado elevados. Para proteger a este personal hacen falta medidas de prevención y control de infecciones (PCI), así como abordar la cuestión de la remuneración, mejorar los cuidados dirigidos al personal sanitario y replantear el papel de los profesionales de enfermería en nuestros sistemas de salud global.

La PCI es un planteamiento rentable y basado en la evidencia (OMS, 2022d, OMS, 2022e) que salva vidas tanto durante los brotes como fuera de ellos (Luangasanatip et al., 2018). Por lo tanto, es fundamental que cada país establezca y mantenga un programa nacional integral de PCI para incorporar esta práctica en todos los niveles del sistema de salud.

La remuneración, por su parte, es uno de los principales factores que impulsan la emigración de personal de enfermería de los lugares donde más se le necesita, incluso hacia otras profesiones. Durante algunos de los brotes más sonados de la última década, muchos profesionales de enfermería se han pasado meses sin cobrar, una realidad inexcusable que tiene sus raíces en el género (Raven et al., 2018). Además, los trabajadores sanitarios necesitan apoyo psicológico continuo, que rara vez se les proporciona o nunca.

Nuestro análisis económico demuestra que el personal de enfermería no es prescindible: es el eje de nuestros sistemas de salud global. Su papel esencial en todos los niveles de estos sistemas — desde los cuidados a pie de cama hasta la gestión hospitalaria, pasando por la formulación de políticas — debe ser reconocido y apoyado, de modo que podamos exigir los cambios necesarios para proteger la profesión. Para cuando llegue el próximo Día Internacional de la Enfermera, esperamos que la conversación haya pasado de defender la necesidad de proteger al personal de enfermería y otros trabajadores sanitarios a garantizar que su seguridad siga siendo una prioridad en países de todo el mundo a través de programas e intervenciones.

 ESTUDIO
DE CASO**LA RESILIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
EN LA CRISIS DE MYANMAR**

Tras el golpe militar del 1 de febrero de 2022 en Myanmar, el personal de enfermería del Movimiento de Desobediencia Civil (MDC) se enfrentó a graves problemas. A pesar de la amenaza constante de detención, tortura y muerte, más de un centenar de profesionales de enfermería y médicos lo sacrificaron todo para seguir prestando cuidados en medio del caos.

Una enfermera declaró: «No somos políticos, soldados ni pilotos de combate; somos enfermeras y lo único que queremos es cuidar a nuestros pacientes». Trágicamente, los soldados de la Junta acusaron a una enfermera de cometer actividades delictivas, lo cual condujo a su detención, tortura y, en última instancia, a ser quemada viva en junio de 2022. Ahora muchos profesionales de enfermería están huyendo en busca de refugio en países vecinos. La interrupción de los servicios de salud por parte de los militares tiene consecuencias nefastas: los niños sucumben ante enfermedades fácilmente tratables y se descuidan los esfuerzos de inmunización.

A pesar de estos retos, el personal de enfermería de Myanmar es un ejemplo de resiliencia, lo cual pone de relieve la necesidad crítica de apoyo internacional para proteger a los trabajadores sanitarios, especialmente los que se encuentran en las situaciones más extremas y calamitosas.

CAPÍTULO

8

Repercusiones económicas y no económicas de la rotación del personal de enfermería en los hospitales: una perspectiva mundial

Nuestras enfermeras.

Nuestro futuro.



David STEWART,

MHM, BNRN, enfermero jefe adjunto, Consejo Internacional de Enfermeras

El poder económico de los cuidados



Introducción

A mediados de 2024, se realizó una amplia encuesta entre el personal de enfermería de Finlandia para evaluar su bienestar, su carga de trabajo y su propensión a cambiar de profesión (Helsinki Times, 2023). Cada mes, el 42% de los participantes afirmaba estar pensando en abandonar el campo de la enfermería, y un alarmante 82% de los jefes de servicio de enfermería consideraba la posibilidad de abandonar la profesión. Las principales razones identificadas fueron una remuneración insuficiente, una carga de trabajo elevada constantemente y cambios frecuentes en su entorno laboral.

El problema de la rotación del personal de enfermería, que se manifiesta en el abandono de sus funciones o de la profesión, sigue siendo un reto fundamental en todo el mundo. Estudios recientes de Winter et al. (2020), Tang & Hudson (2019) y el CIE (2019) subrayan su ubicuidad y la repercusión sustancial que tiene en los sistemas de salud. Es importante reconocer que, en algunos contextos, la rotación de profesionales de enfermería puede introducir nuevas perspectivas e innovaciones en un equipo y conducir a mejoras tanto en términos de cuidados al paciente como de eficiencia operativa. Sin embargo, también existen retos sustanciales que repercuten significativamente en los costes económicos asociados a la contratación y formación de sustitutos, así como a la pérdida de valiosos conocimientos especializados y productividad.

La rotación de personal abarca tanto los movimientos voluntarios como involuntarios de los profesionales de enfermería tanto dentro como fuera de los hospitales (Park et al., 2014). Las tasas anuales de rotación varían considerablemente de un país a otro: 15,1% en Australia (Roche et al., 2015), 25% en Egipto (CIE, 2021a), 27,65% en EE.UU. (Nelson-Brantley et al., 2018), 36% en el Reino Unido (CIE, 2021a) y 23% en Israel (Kerzman, et al., 2020).

Económicamente, las repercusiones de la rotación del personal de enfermería son profundas debido a los costes directos e indirectos. Los costes directos incluyen los gastos relacionados con la contratación, orientación y formación de nuevo personal. Y los costes indirectos tienen el mismo impacto ya que abarcan la pérdida de productividad durante el periodo vacante y el tiempo que tardan los profesionales de enfermería recién contratados en alcanzar la plena competencia. La rotación de personal cuesta millones de dólares, lo que supone una carga económica universal para los sistemas de salud.

La pérdida de profesionales de enfermería experimentados también conlleva un agotamiento del capital intelectual puesto que poseen un conocimiento tácito inestimable sobre los cuidados al paciente, los protocolos hospitalarios y los procesos de trabajo eficientes. Su marcha no solo supone una pérdida de habilidades sino también de capacidad de mentorazgo. Esta erosión de los conocimientos puede provocar una disminución de la calidad general de los cuidados y un aumento de la probabilidad de que se produzcan incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

En una escala más amplia, índices elevados de rotación pueden provocar escasez de personal, lo que supone una presión adicional para los profesionales restantes y puede conducir a un círculo vicioso de agotamiento y aumento de la rotación de personal. Esto no solo incrementa la carga de trabajo del personal existente, sino que también afecta a su moral y satisfacción laboral, contribuyendo a deteriorar el entorno de trabajo.

Aunque son más difíciles de cuantificar, las repercusiones no económicas de una rotación de personal elevada son igualmente significativas. Los índices de rotación elevados alteran los procesos de los grupos de trabajo, lo que provoca falta de cohesión y continuidad en los equipos. Cuando se incorporan nuevos miembros a un equipo, a menudo es necesario que el personal existente se adapte a la nueva dinámica y actúe como mentor de los profesionales entrantes. El impacto psicológico en el personal de enfermería restante es notable: puede experimentar un aumento de las exigencias y la presión en el trabajo, lo cual provoca agotamiento, disminución de la satisfacción laboral y problemas de salud mental, así como una reducción del bienestar, todo lo cual puede dar lugar a nuevos aumentos de términos de rotación de personal.

Desde la perspectiva del paciente, las consecuencias son igualmente preocupantes. La elevada rotación de personal de enfermería se ha relacionado con una menor satisfacción de los pacientes, un aumento de las caídas de pacientes y de los errores médicos. La continuidad de los cuidados se interrumpe y la relación terapéutica entre paciente y enfermera suele verse comprometida. Según un nuevo estudio sobre el efecto de la intención del personal de enfermería de abandonar la profesión y la carga de trabajo enfermera-paciente en la mortalidad de los pacientes hospitalizados en Italia, «un aumento del 10 % en la intención de abandonar y un aumento de una unidad en la carga de trabajo enfermera-paciente aumentaron la probabilidad de mortalidad de los pacientes hospitalizados en un 14 % (cociente de probabilidades 1,14; 1,02-1,27 IC 95 %) y un 3,4 % (cociente de probabilidades 1,03; 1,00-1,06 IC 95 %), respectivamente». (Catania, et al., 2024)

A la luz de estas considerables repercusiones, está claro que abordar la contratación y la retención no es solo una cuestión organizativa, sino un componente fundamental de la política y la práctica de la atención de salud. Las estrategias para aumentar la contratación y mitigar tasas de rotación elevadas suelen centrarse en mejorar el entorno laboral, ofrecer una remuneración competitiva, brindar oportunidades de desarrollo profesional y apoyar la salud mental y el bienestar del personal de enfermería. La investigación futura debería explorar estas estrategias en detalle y proporcionar una hoja de ruta para que las instituciones sanitarias y los responsables políticos aborden este reto global.



CRISIS DE ROTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN FIJI: RETOS E IMPERATIVOS ESTRATÉGICOS

**(Alisi Talatoka Vudiniabola, presidenta
de la Asociación de Enfermería de Fiji)**



Fiji, como muchos países insulares del Pacífico (PIC), se enfrenta a un grave reto sanitario: la elevada rotación del personal de enfermería agravada por el agotamiento de los trabajadores sanitarios y la búsqueda de oportunidades en el extranjero. Más de un tercio de los profesionales de enfermería del principal hospital de referencia de Fiji ha dimitido, lo cual refleja una tendencia en toda la región. Solo en 2022 dimitieron 800 profesionales de enfermería, lo que redujo la plantilla en más de una quinta parte. En 2024, el número de profesionales de enfermería en primera línea será de 2 003, lo que dejará unos 1 650 puestos de enfermería vacantes. De hecho, muchos hospitales cuentan con menos del 40% de sus puestos de enfermera registrada establecidos, lo cual supone una amenaza para la estabilidad y la calidad de los servicios sanitarios ya que los profesionales de enfermería constituyen el 74% de los servicios de atención primaria de salud (APS) en los PIC [105]. Es necesario tomar medidas urgentes para hacer frente a esta crisis. Aunque el Código Mundial de la OMS desaconseja la contratación activa en los países que sufren escasez, es crucial aplicar estrategias específicas. Unas trayectorias profesionales transparentes, la mejora de las condiciones laborales y unos incentivos competitivos pueden ayudar a retener al personal sanitario. Sin una intervención rápida, el sistema sanitario de Fiji y otros PIP similares se enfrentan a un futuro precario, que repercutirá en el bienestar de sus poblaciones.

Para mejorar la retención del personal de enfermería, las estrategias de inversión pueden alinearse con varias categorías clave. Cada una de ellas contiene elementos cruciales para el bienestar y la satisfacción de los profesionales de enfermería, y las inversiones estratégicas en estas áreas pueden conducir a la mejora de las tasas de retención.

- **Conciliación de la vida laboral y familiar:** las estrategias incluyen horarios de trabajo flexibles, políticas adecuadas de vacaciones y permisos, así como apoyo a las necesidades familiares. La inversión en estas áreas puede mejorar el equilibrio entre la vida profesional y personal, algo muy valorado por el personal de enfermería. Los centros que ofrecen guarderías, turnos flexibles y permisos generosos para emergencias familiares suelen tener éxito a la hora de retener al personal. La rentabilidad de estas inversiones se refleja en una reducción del absentismo y en una plantilla más comprometida y productiva.
- **Entorno laboral:** factores como, un liderazgo receptivo, la satisfacción laboral, carga de trabajo, autonomía, interrupciones mínimas, dotación de personal adecuada, atención al paciente de alta calidad y acceso a recursos de calidad son cruciales. Las inversiones podrían abarcar la mejora de los ratios de personal, la oferta de equipamiento de mejor calidad y la creación de un entorno de apoyo que minimice el estrés, incluyendo acceso a servicios de salud mental. El retorno de la inversión es polifacético: mejora de los resultados de los pacientes, mayor satisfacción laboral y menores costes de rotación.
- **Contexto laboral:** abarca la remuneración, cultura organizativa, calidad de la gestión y liderazgo, además de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo. Las inversiones para mejorar los paquetes de remuneración y cultivar una cultura organizativa de apoyo pueden ser especialmente eficaces. La rentabilidad derivada de la mejora del contexto laboral se refleja en unas tasas de retención más elevadas, que permiten ahorrar costes de contratación y formación, y en una fuerza laboral más estable, que puede mejorar los resultados en materia de salud.

- **Contexto profesional:** la imagen pública de la enfermería, las condiciones del mercado laboral, la seguridad del empleo, la satisfacción personal, las oportunidades de formación y desarrollo profesional y las posibilidades de promoción son factores clave. Invertir en el desarrollo profesional continuo y en itinerarios profesionales claros puede ayudar a retener a los profesionales de enfermería. El retorno de la inversión incluye una mejor atención al paciente, más innovación y mejora de los procesos, además de una reputación de excelencia que atrae a personal de alta calidad.
- **Datos demográficos:** conocer los datos demográficos, como el sexo, edad, situación familiar y nivel de estudios de los profesionales de enfermería ayuda a adaptar las estrategias de retención. Por ejemplo, ofrecer puestos a tiempo parcial o excedencias en la carrera profesional puede resultar atractivo para quienes tienen familias jóvenes o cursan estudios superiores. El retorno de la inversión en estrategias demográficas específicas se traduce en una fuerza laboral más diversa y flexible que puede satisfacer mejor las demandas cambiantes de la atención de salud (Almalki et al., 2012).

Invertir en estas estrategias no solo mejora la retención del personal de enfermería, sino que también contribuye a un sistema de salud más eficiente y eficaz. El retorno de la inversión no es solo económico, sino que también ofrece beneficios intangibles, como el aumento de la moral del personal, la mejora de los resultados y la satisfacción de los pacientes y una mayor calidad general de la atención.

ESTUDIO DE CASO

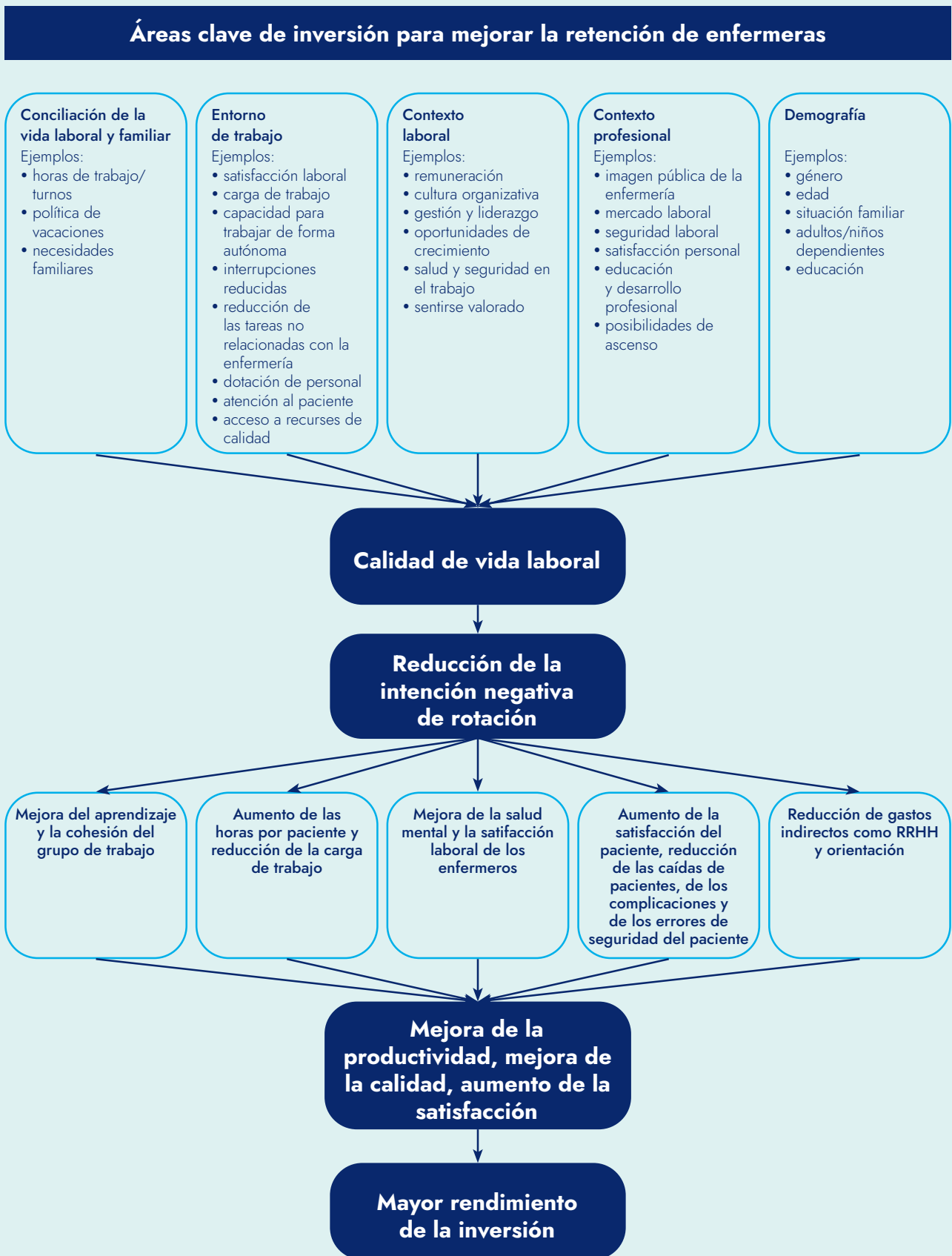
INVERTIR EN ENFERMERAS GESTORAS: UNA ESTRATEGIA DE AHORRO EN SALUD



Press Ganey emprendió un estudio (Warshawsky, 2023) sobre el desarrollo de profesionales de enfermería líderes, en particular enfermeras gestoras. Descubrió que las organizaciones sanitarias se enfrentan con frecuencia a una elevada rotación de profesionales de enfermería, sobre todo cuando estos son ascendidos a puestos directivos sin la formación adecuada. Este vacío deja a numerosas enfermeras gestoras, que suelen tener menos de cuatro años de experiencia en liderazgo, sin preparación para sus nuevas responsabilidades. La falta de capacidad de gestión de estas personas, que son cruciales para dirigir al personal de enfermería de primera línea, puede reducir el rendimiento y la satisfacción del equipo.

Sin embargo, la inversión en enfermeras gestoras puede mejorar significativamente los resultados tanto para el personal como para los pacientes. Las enfermeras gestoras de alto rendimiento no solo fomentan una mayor intención de permanencia en la plantilla, reduciendo la rotación, sino que también mejoran la calidad general de los cuidados. Esta mejora se refleja en un menor número de caídas, infecciones del torrente sanguíneo e infecciones del tracto urinario en sus unidades. Económicamente, el ahorro es sustancial. Para una unidad de 50 enfermeras registradas, la gestión eficaz del personal de enfermería puede suponer un ahorro estimado de 837 000 dólares estadounidenses, además de una reducción considerable de los costes por complicaciones en la atención al paciente. Este caso ilustra la imperiosa necesidad de que las organizaciones sanitarias den prioridad e inviertan en una formación integral en liderazgo para las enfermeras gestoras y ponga de relieve que tales inversiones no solo son beneficiosas, sino esenciales tanto para la calidad de los cuidados al paciente como para la sostenibilidad financiera.

Figura 12: Áreas clave de inversión para mejorar la retención de enfermeras



CAPÍTULO

9

Obtener beneficios económicos en los cuidados a largo plazo mediante la inversión estratégica en enfermería

Nuestras enfermeras.

Nuestro futuro.



Joanne Spetz,

PhD, FAAN, Profesora, Instituto de Estudios de Política Sanitaria, Universidad de California, San Francisco

Roy A. Thompson,

PhD, MSN, RN, Becario postdoctoral, Universidad de Missouri

Laura M. Wagner,

PhD, RN, FAAN, Profesora, Escuela de Enfermería, Universidad de California, San Francisco

El poder económico de los cuidados



Las intervenciones dirigidas por enfermeras en centros de cuidados paliativos pueden mejorar la gestión de enfermedades como la diabetes y la demencia, lo que mejora la calidad de vida de los residentes y reduce los costes del centro.

El rápido envejecimiento de la población está ejerciendo una presión significativa sobre los sistemas de cuidados a largo plazo en todo el mundo. A medida que aumenta la esperanza de vida y disminuyen las tasas de natalidad, una mayor parte de la población mundial entra en la tercera edad (OMS, 2015). Se calcula que 142 millones de adultos mayores necesitarán asistencia para cubrir sus necesidades básicas en 2022 (OMS, 2022f) y se prevé que el número de personas que necesiten ayuda aumente en 100 millones entre 2015 y 2030 (OIT, 2019). Habrá variaciones en la tasa de crecimiento entre las naciones, y los países que están experimentando mayores mejoras en la esperanza de vida también se enfrentarán a un aumento más rápido de su población de edad avanzada, en particular China (OCDE, 2023a) y las naciones de América Latina y el Caribe (OPS, 2019). Si bien la familia, los vecinos y los amigos brindan apoyo a las personas mayores en todo el mundo, el envejecimiento de la población está generando una creciente demanda de cuidados a largo plazo de calidad. Esta creciente demanda pondrá a prueba los sistemas de atención de salud en todo el mundo y los presupuestos correspondientes, además de requerir la contratación y capacitación de más profesionales de la salud para satisfacer las necesidades únicas de los adultos mayores.

El personal de enfermería es indispensable y esencial para los sistemas de cuidados a largo plazo. Los profesionales de estos centros proporcionan cuidados de enfermería esenciales, apoyo emocional y defensa de los residentes o pacientes con problemas de salud complejos. Su enfoque compasivo es fundamental para mejorar el bienestar y la dignidad de las personas ingresadas.

Los modelos de enfermería innovadores que fomentan el liderazgo y la colaboración contribuyen a mejorar los resultados de salud. Las intervenciones dirigidas por profesionales de enfermería en centros de cuidados a largo plazo pueden mejorar la gestión de enfermedades como la diabetes y la demencia, lo que mejora la calidad de vida de los residentes y reduce los costes del centro. Los programas e intervenciones de cuidados dirigidos por profesionales de enfermería tienen beneficios económicos y clínicos positivos, en gran medida porque evitan los costes de hospitalización (Grabowski, O'Malley & Barhydt, 2007). Un estudio de una intervención dirigida por personal de enfermería, INTERCARE, redujo las hospitalizaciones y mejoró los resultados de los cuidados de los residentes de residencias de mayores en Suiza (Bartakova et al., 2022) mediante la formación de profesionales de enfermería líderes que implementaron el programa. Estas mejoras de la calidad generaron beneficios económicos positivos para el

sistema de salud en su conjunto. Además, la mejora de la formación del personal de enfermería registrados y auxiliares en los centros de cuidados puede generar beneficios económicos. Un programa de formación en Nueva York que se centró en la reducción de los riesgos de caídas informó de disminuciones significativas de las mismas y de ahorros netos de costes (Teresi et al., 2013).

Es crucial contar con un número adecuado de profesionales de enfermería registrados en los centros de cuidados a largo plazo. Numerosos estudios han documentado que una mejor dotación de personal de enfermería en los centros de cuidados a largo plazo repercute en los resultados de los pacientes, lo que en última instancia se traduce en un ahorro de costes en la prestación de cuidados a los residentes. Un mayor número de horas de personal por día de residente se asocia con una mejor calidad de los cuidados para el personal de enfermería y los auxiliares de enfermería a nivel internacional, en particular en Canadá (Boscart et al., 2018), Corea del Sur (Shin & Hyun, 2015), China (Kwong et al., 2009) y Estados Unidos (Shin & Bae, 2012). Una mejor dotación de personal en los centros de cuidados a largo plazo conlleva menos caídas, menos agresiones y menos deterioro de la amplitud de movimiento entre los residentes. Una mayor dotación de enfermeras registradas confiere beneficios a los residentes, como menores tasas de lesiones por presión, infecciones y dolor (Jutkowitz et al., 2023, Perruchoud et al., 2021). Por otro lado, la inestabilidad del personal contribuye a aumentar las tasas de visitas a los servicios de urgencias, además de empeorar la movilidad de los residentes y aumentar el apoyo necesario para las actividades de la vida cotidiana. (Mukamel et al., 2023). El ahorro de costes asociado a la mejora de los resultados de los residentes es significativo; un análisis económico centrado en los costes del tratamiento de las lesiones por presión, las hospitalizaciones y las infecciones del tracto urinario alcanzó la conclusión de que una mayor dedicación de tiempo de una enfermera registrada por día de residente suponía un beneficio financiero neto para la sociedad (Horn, 2008, Dorr et al., 2005). Al optimizar la dotación de personal de enfermería y sus conocimientos en los centros de atención a largo plazo, este puede lograr una mayor rentabilidad y, al mismo tiempo, prestar una atención de mayor calidad, lo que beneficia tanto a los pacientes como a los sistemas de atención de salud.

El personal de enfermería contribuye a mejorar la salud y reducir los costes al cuidar de los adultos mayores en las comunidades en lugar de trasladarlos a centros de cuidados a largo plazo y hospitales (Tappenden et al., 2012). Los profesionales de enfermería del programa de «cuidados de proximidad» de Buurtzorg, en Países Bajos, cuestan más por hora que los métodos de cuidados tradicionales; sin embargo, los análisis demuestran que se necesitan menos horas con estos profesionales expertos, lo que permite ahorrar dinero. Los adultos mayores atendidos en este modelo, que ahora se ha adaptado a escala mundial, están muy satisfechos y es menos probable que recurran a los servicios hospitalarios de urgencia. Del mismo modo, el personal de enfermería que trabaja en el programa CAPABLE, con sede en Estados Unidos, desarrollan intervenciones centradas en la persona para mantener a los pacientes en casa estableciendo objetivos relacionados con el dolor, la medicación, la depresión y la función física, lo que supone un ahorro económico gracias a la reducción de los ingresos en hospitales y en residencias de mayores (Szanton et al., 2021).

La inversión directa en el personal de enfermería en los centros de cuidados a largo plazo mediante salarios más elevados se asocia a una mejor calidad de servicios de cuidados y, paradójicamente, genera un beneficio económico. Las investigaciones establecen una asociación positiva entre el aumento del salario por hora del personal auxiliar y las puntuaciones de calidad de las residencias de adultos mayores (Allan & Vadean, 2023), así como una menor rotación del personal auxiliar de enfermería (Sharma & Xu, 2022). Las políticas que apoyan salarios más elevados para el personal, como los salarios mínimos, se asocian a un mayor número de horas diarias de auxiliar de enfermería por residente, probablemente debido a que el aumento salarial atrae a más personas a los puestos de cuidados de larga duración (McHenry & Mellor, 2022, Sharma & Xu, 2022). Los análisis de rentabilidad indican que una mayor permanencia media de las enfermeras registradas en las residencias de mayores se traduce en menores gastos netos si se tiene en cuenta el ahorro de costes derivado de las menores tasas de hospitalizaciones y fallecimientos (Uchida-Nakakoji et al., 2016).

Muchas naciones del África subsahariana están experimentando un crecimiento más rápido de sus poblaciones de edad avanzada que la tasa media de crecimiento mundial y, aunque están surgiendo algunos modelos de atención comunitaria y residencial, los servicios son limitados (OMS, 2017b). Es necesario invertir en el desarrollo de la fuerza laboral, en particular en personal de enfermería y servicios de cuidados, para apoyar a las familias que se enfrentan a cargas financieras por cuidar a los adultos mayores (Essuman et al., 2018).

Invertir en enfermería no solo es bueno para la dignidad de la profesión sino también una decisión económica acertada. Los profesionales de enfermería son cuidadores esenciales y agentes clave en la sostenibilidad financiera y la eficiencia de los sistemas de salud en todo el mundo. Estas inversiones son esenciales porque:

- **Aumentan los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre gerontología y dependencia.** La formación del personal de enfermería en el desarrollo y la aplicación de intervenciones que favorezcan la salud óptima de los adultos mayores beneficia a las personas atendidas y al sistema de salud, que logra tener menores costes derivados. Los gobiernos y los sistemas de salud deberían aumentar la financiación de la formación en enfermería gerontológica.
- **Mejoran la dotación de personal de enfermería en los centros de atención a largo plazo.** Numerosos estudios demuestran la importancia de contar con una plantilla adecuada y estable de enfermeras registradas y auxiliares, así como una proporción óptima de profesionales de enfermería por paciente. Esto mejorará la calidad de los cuidados y aumentará el ahorro económico al reducir los eventos adversos, los reingresos hospitalarios, la duración de la estancia y la dignidad de los residentes de centros de cuidados a largo plazo (Oosterveld-Vlug et al., 2013).
- **Apoyan el liderazgo y la investigación en enfermería.** La inversión en programas de desarrollo del liderazgo de la profesión puede capacitar a los profesionales de enfermería para liderar cambios en la práctica que mejoren la calidad de los cuidados a largo plazo y apoyen el desarrollo de modelos de cuidados innovadores, rentables y centrados en el paciente.
- **Aumentan los salarios del personal de enfermería en los centros de cuidados a largo plazo.** En todo el mundo, el sueldo del personal de enfermería que trabaja en residencias es inferior al del que trabaja en hospitales, lo cual resulta perjudicial tanto para los profesionales enfermería como para los pacientes y genera costes más elevados para hacer frente a la rotación desenfrenada y a las deficiencias en la calidad de los cuidados.
- **Desarrollan y amplían los modelos de cuidados interdisciplinarios dirigidos por profesionales de enfermería.** Fomentar la colaboración interdisciplinaria con el personal de enfermería mejora tanto la coordinación de los cuidados como los resultados de los pacientes, además de evitar gastos innecesarios asociados a la fragmentación de los cuidados.

Para garantizar la sostenibilidad y la eficiencia de los sistemas de cuidados a largo plazo, es imprescindible que los responsables políticos, los administradores sanitarios y las partes interesadas tengan en cuenta las implicaciones de largo alcance de las inversiones en enfermería, que allanarán el camino hacia un futuro en el que los cuidados a largo plazo de alta calidad estén vinculados inextricablemente al beneficio económico y garanticen mejores perspectivas de salud para la población que envejece.

**ESTUDIO
DE CASO****RENTABILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN
SEIS CENTROS DE CUIDADOS A LARGO PLAZO DE QUEBEC**

A medida que aumenta la población mundial de adultos mayores, se produce una demanda sin precedentes de servicios de cuidados a largo plazo. Se prevé que la proporción de personas de 65 años o más se duplique de aquí a 2050, lo que afectará especialmente a las personas mayores de 75 años, el grupo demográfico de más rápido crecimiento con mayores necesidades de cuidados (OMS, 2015).

Ontario, Canadá, refleja esta tendencia al experimentar un aumento significativo de las necesidades de cuidados de las personas mayores para la vida diaria. Este cambio demográfico ha provocado una reevaluación de la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes en los centros de cuidados de larga duración. En

Quebec, un estudio pionero introdujo enfermeras profesionales en seis centros centrándose en el análisis del ahorro de costes ligado a la reducción de los sucesos sensibles a las enfermeras de atención directa (NPSEs, por sus siglas en inglés). Los resultados fueron sorprendentes: la presencia de enfermeras de atención directa redujo la incidencia de caídas, úlceras por presión, así como el tiempo de atención y la necesidad de traslados de corta duración, todo lo cual se tradujo en un ahorro de costes de entre 1,9 y 3,3 millones de dólares canadienses (Tchouaket, Kilpatrick y Jabbour, 2020). Estos resultados no solo mejoran la calidad de los cuidados, sino que también ponen de relieve la rentabilidad de ampliar el papel de la enfermería de atención directa en los cuidados de larga duración.

CAPÍTULO

10

Valoración de los servicios de enfermería hospitalaria

Nuestras enfermeras.

Nuestro futuro.



Jack NEEDLEMAN,

PhD FAAN, Departamento de Política y Gestión Sanitarias, Facultad Fielding de Salud Pública,
Universidad de California, Los Ángeles

El poder económico de los cuidados



Suiza: El servicio de enfermería es complejo y, en muchos hospitales, es el servicio más grande.

La atención de salud se presta a través de una compleja red de servicios, desde servicios primarios y preventivos a nivel de barrio hasta servicios terciarios altamente especializados en hospitales de tecnología compleja. Todos ellos requieren una fuerza laboral amplia y diversa, en particular médicos, personal de enfermería, además de otros proveedores y personal sanitario como tecnólogos, trabajadores de la salud comunitarios, curanderos tradicionales y otros. Los profesionales de enfermería son el personal básico en prácticamente todos los entornos sanitarios, especialmente en los hospitales puesto que evalúan a los pacientes, prestan los cuidados solicitados, coordinan y facilitan el acceso a los cuidados de otros proveedores y proporcionan formación y apoyo a los pacientes, entre otras actividades. Sin embargo, a menudo se infravalora su contribución y la trascendencia de los servicios que prestan.

Una de las razones de esta infravaloración es por considerar a los profesionales de enfermería como categoría de personal o centro de costes. Sin embargo, es mejor considerar la enfermería como un servicio básico de los hospitales. Los pacientes ingresan en los hospitales en lugar de ser tratados de forma ambulatoria porque necesitan servicios de enfermería y requieren cuidados durante la noche y a lo largo de varios días. Los hospitales están configurados para prestar servicios de enfermería.

El servicio de enfermería es complejo y, en muchos hospitales, es el servicio más considerable cuando se mide en términos de coste o personal. En la atención que se presta al paciente se incluye la administración de los fármacos y los cuidados solicitados, así como la evaluación y el seguimiento del estado del paciente y el inicio de las intervenciones adecuadas cuando sea necesario, el apoyo psicosocial a los pacientes y sus familias, la educación al paciente, la coordinación de los cuidados con otros servicios, además de los cuidados físicos y la asistencia para las actividades de la vida diaria, y la preparación del paciente y su familia para el alta hospitalaria (Kitson et al., 2014, Needleman et al., 2006). Los más complejos de estos servicios, los que requieren conocimientos, formación y capacitación sustanciales, son prestados por profesionales de enfermería y han de coordinarse con los cuidados de otras personas empleadas en la unidad, en particular con las enfermeras vocacionales tituladas, el personal de apoyo de enfermería y administrativo, además de con los médicos, farmacéuticos, terapeutas, dietistas y otro personal que atiende o presta otros servicios a los pacientes en las unidades de enfermería. Los profesionales de enfermería se ven sometidos a un nivel elevado de exigencia cognitiva y de gestión para prestar con éxito estos servicios (Ebright et al., 2003, Sitterding et al., 2012).

En numerosos países, se han realizado esfuerzos considerables para trasladar el tratamiento a entornos ambulatorios, a menudo empleando a profesionales de enfermería también en estos entornos, además de para reducir la duración de la estancia o trasladar los días de convalecencia del hospital. Estos esfuerzos tienen el efecto de aumentar la intensidad de enfermería de los pacientes que permanecen hospitalizados, que tienen una mayor necesidad de servicios de enfermería profesional y personal de enfermería.

En los países de renta baja y media, la escasez tanto de personal de enfermería como de médicos agrava las expectativas de los profesionales de enfermería en los entornos hospitalarios. La escasez de médicos ha dado lugar a un desplazamiento generalizado de tareas, a menudo hacia personal de enfermería, de las que normalmente se encargan los médicos, como el diagnóstico y la prescripción. Cada vez hay más literatura que sugiere que el desplazamiento de tareas puede ser eficaz al aumentar la capacidad efectiva de presupuestos limitados, y la OMS ha promulgado una serie de recomendaciones para garantizar la prestación eficaz y segura de los cuidados que se transfieren a los profesionales de enfermería y a otro personal no médico. (OMS, 2008). Este desplazamiento de tareas aumenta aún más el papel central del personal y el servicio de enfermería en la prestación de cuidados hospitalarios (Munga et al., 2012).

Enmarcar la enfermería como un servicio básico, en lugar de como una categoría de personal, puede aumentar el valor que se le atribuye, lo cual plantea la cuestión de cómo evaluar su valor y cómo debe influir esa valoración en los recursos destinados a los servicios de enfermería. En términos económicos, el valor suele medirse por el precio que los consumidores están dispuestos a pagar. En el caso de los cuidados hospitalarios y de los servicios de enfermería, puede que no sea una métrica útil, ya que muchos sistemas de pago ocultan los servicios que presta el personal de enfermería y su valor para los cuidados y los resultados de los pacientes.

En numerosos países, los hospitales se financian con presupuestos globales, a veces procedentes de fuentes públicas, a veces de consorcios de seguros. Estos presupuestos pueden negociarse en torno a medidas aproximadas de suficiencia para prestar servicios si bien a menudo el presupuesto «global» se prorroga de un año a otro con pequeños ajustes por inflación o cambios previstos en el volumen sin evaluarse la suficiencia del presupuesto para ningún servicio específico dentro del hospital.

En los países y sistemas en los que el seguro es el vehículo para adquirir servicios de salud, observamos dos enfoques básicos de pago distintos de los presupuestos globales. El primero es el pago por cada ingreso o día, a veces ajustado a la gravedad del paciente, pero que no proporciona financiación para servicios específicos. El sistema estadounidense Medicare de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) es un ejemplo de esta forma de pago. En este sistema no se produce la asignación o atribución del pago a servicios específicos, ya sean de enfermería, radiología, laboratorio o quirófano.

El segundo sistema es el pago por servicios o suministros individuales (medicamentos, servicios de laboratorio, tiempo en quirófanos, etc.). A menudo, los servicios de enfermería se han subsumido en una tarifa diaria por habitación que incluye comida, ropa de cama y limpieza, y que se etiqueta según el tipo de habitación o unidad (por ejemplo, médica, quirúrgica, posterior a los cuidados intensivos, unidad de cuidados críticos). Las diferencias entre estos tipos de habitaciones se deben no solo al tipo de pacientes y a la intensidad de sus necesidades de servicios, sino también al nivel de cuidados de enfermería necesarios para satisfacer esas necesidades. Sin embargo, estas etiquetas ocultan el hecho de que los tipos de habitación reflejan los niveles de dotación de personal de enfermería y la organización que los servicios de enfermería proporcionan a los pacientes de esas unidades. Subsumir la enfermería en una categoría de habitación que incluye tanto suministros como fuerza laboral sin formación es, en sí mismo, devaluar al profesional de enfermería y los servicios que presta.

En algunos países se ha debatido cómo hacer que los servicios de enfermería prestados en estas unidades sean más visibles y, por tanto, más valorados. En Estados Unidos, por ejemplo, una Comisión para el Reembolso de los Servicios de Enfermería (Commission for Nurse Reimbursement), organizada de forma privada, está trabajando para promover cambios en los sistemas de pago de los hospitales con el fin de mejorar el modelo actual de valoración y pago de los servicios de enfermería (Commission for Nurse Reimbursement, 2024). Entre las

opciones que está debatiendo se encuentra la división de los índices de pago de los grupos relacionados por el diagnóstico para separar el componente de enfermería de otros componentes de los cuidados. Y en los sistemas de pago de honorarios por servicio, la creación de cargos separados para los servicios de enfermería ya sea una media de los cargos a nivel de tipo de unidad, o cargos ajustados a la gravedad del paciente. Si bien estos y otras acciones similares pueden hacer que los servicios de enfermería sean más visibles, la presencia de financiación pública en los presupuestos y el reembolso de los seguros para los cuidados generales seguirán separando al consumidor de las decisiones sobre cuántos cuidados comprar o cuál sería un precio o valoración aceptable de los servicios de enfermería.

Si el precio o los niveles de pago no son parámetros útiles para evaluar el valor de los cuidados de enfermería, ¿cuáles son las alternativas? Un enfoque comenzaría con un modelo claro de lo que debe lograr el servicio de enfermería y cómo se debe medir su desempeño en relación con estas expectativas. Utilicemos como definición de un servicio de enfermería eficaz y de alto valor uno en el que los cuidados solicitados se prestan de manera oportuna, los pacientes y sus familias están adecuadamente preparados para el alta, los pacientes se mantienen a salvo de lesiones y errores ocurridos en el hospital, se inicia un tratamiento adecuado y oportuno para las complicaciones adversas, ya sean debidas a procesos normales de la enfermedad o a lapsus en los cuidados, y que los cuidados se prestan de manera eficiente, evitando retrasos y reduciendo así la duración de la estancia y el tiempo en el hospital. ¿A partir de esta definición es posible dar forma a una definición de valor, y es posible utilizarla para dar forma a la medición de la calidad de los cuidados y para evaluar si el servicio de enfermería está dotado de personal y organizado para garantizar cuidados seguros, adecuados y eficientes?

La literatura sobre la economía de la enfermería empieza a intentar evaluar esto a mitad de camino. Dado que los hospitales no pueden gestionar sus servicios de hospitalización o sus unidades de hospitalización sin personal de enfermería, nadie ha intentado evaluar el valor del servicio de enfermería partiendo de cero. En su lugar, la dirección de cada centro crea plantillas específicas para cada unidad basándose en su juicio profesional, en las previsiones de ingresos y presupuesto, en la disponibilidad de enfermeras profesionales y en el resto de personal que se contrate. El juicio profesional inicial puede incorporar evaluaciones de valor o juicios sobre lo que constituye una dotación de personal adecuada. Estos planes pueden modificarse en respuesta a mandatos regulatorios o de acreditación. La asequibilidad y la disponibilidad de fuerza laboral pueden modificar aún más las decisiones sobre los niveles de dotación de personal que se establecen. En los distintos hospitales, observamos variaciones sustanciales tanto en los juicios de valor como en los niveles de dotación de personal realmente observados.

Los economistas y otros investigadores han aprovechado las diferencias de dotación de personal entre centros para medir el valor en el margen y, en concreto, para tratar de responder a la pregunta: ¿Qué se ganaría aumentando la dotación de personal en los centros con escasa dotación de personal de enfermería? Las medidas utilizadas en esta investigación han sido muy amplias, y abarcan la mortalidad general de los pacientes o la mortalidad de pacientes con complicaciones evitables o adquiridas en el hospital (a menudo denominadas "failure to rescue" en inglés), las tasas de complicaciones por una amplia gama de infecciones, shock y parada cardíaca, los reingresos, la duración de la estancia y los costes globales por ingreso. Los análisis de la duración de la estancia han revelado que los días asociados al tratamiento de las complicaciones adquiridas en el hospital solo representan una parte de la mayor duración de la estancia, lo que sugiere que los retrasos en los cuidados o la preparación para el alta contribuyen sustancialmente a las variaciones entre hospitales en la duración de la estancia convirtiéndola así en una medida de la eficiencia de los cuidados, así como de la calidad.

En esta investigación, las variaciones en las tasas ajustadas al riesgo, la duración de la estancia o los costes se basan sobre un modelo de ajuste del riesgo a nivel del paciente que tiene en cuenta factores a este nivel que pueden contribuir al resultado, así como medidas institucionales como el estado de la enseñanza o el nivel de tecnología que podrían influir en los riesgos o el coste de los cuidados o la duración de la estancia, y medidas que describen el servicio de enfermería, en particular los niveles de dotación de personal y la combinación de habilidades. Las medidas utilizadas para caracterizar el servicio de enfermería varían de un estudio a otro, pero han incluido las horas de tiempo profesional/enfermera registrada por paciente, el total de horas prestadas por todo el personal de enfermería, incluidas las enfermeras profesionales

y el personal auxiliar de enfermería, la proporción de horas de enfermería proporcionadas por enfermeras profesionales, el número medio de pacientes asignados a cada enfermera y las desviaciones de las horas objetivo por paciente para las enfermeras profesionales y el personal auxiliar. En ocasiones, las horas previstas proceden de sistemas formales que toman los datos de cada paciente y utilizan un sistema propio para generar una estimación de las horas de cuidados que necesita ese paciente, o que clasifican a un paciente basándose en una evaluación holística de su necesidad de cuidados de enfermería, o que utilizan la media o la mediana de horas en la unidad como estándar informal. La investigación se ha llevado a cabo en todo el mundo, incluidos Estados Unidos, Europa, Tailandia y Australia, entre otros países.

En toda la gama de resultados y entornos estudiados, así como en todo el amplio abanico de medidas de dotación de personal de enfermería y organización de las unidades, los resultados de esta investigación han sido coherentes y las conclusiones deben considerarse sólidas (Dall et al., 2009). Entre estos hallazgos destaca que los acontecimientos adversos y la duración de la estancia son mayores en los hospitales con menos horas de enfermería, menos horas de enfermeras profesionales por paciente y menor proporción de personal de enfermería compuesto por enfermeras profesionales/registradas.

Estas conclusiones llevan implícito que, independientemente de que los niveles de dotación de personal en los hospitales con mayor plantilla sean adecuados para garantizar unos cuidados de enfermería seguros, fiables y eficientes, hay un número considerable de hospitales en los que la seguridad, la fiabilidad y la eficiencia mejorarían aumentando las horas de enfermería profesional por paciente.

La cuestión del valor es si los costes adicionales de aumentar las horas de enfermería profesional están justificados por el ahorro de costes asociado a la reducción de acontecimientos adversos y de ingresos, y ofrecen el valor adicional para los pacientes de una mejor atención. Hay una serie de estudios bien diseñados y aplicados que utilizan varios métodos diferentes que abordan la cuestión del ahorro de costes (Needleman et al., 2006, Dall et al., 2009, Martsolf et al., 2014, Griffiths et al., 2016). Otros estudios que evalúan el coste y la rentabilidad de la mejora de la dotación de personal se resumen en una revisión sistemática de Griffiths y sus colegas (Griffiths et al., 2021).

Las conclusiones sobre el ahorro de costes o las compensaciones asociadas a los esfuerzos por utilizar personal de enfermería auxiliar o menos formado como reemplazo de enfermeras profesionales o enfermeras registradas, reduciendo la combinación de habilidades, son claras. Estas estrategias de dotación de personal y organización reducen los costes, si bien el coste del aumento de la duración de la estancia y de los acontecimientos adversos es superior al ahorro obtenido. Los hospitales pierden dinero cuando reducen la plantilla.

Por lo que respecta a las horas de enfermería por paciente, en particular las horas de enfermeras profesionales o registradas, su aumento reduce los acontecimientos adversos y la duración de la estancia. El ahorro de costes compensatorio derivado de estos eventos y costes evitados varía ampliamente, ya que algunos estudios constatan un ahorro neto de costes y otros constatan solo una recuperación parcial de los costes a niveles de aproximadamente la mitad o dos tercios del coste de las horas adicionales.

Considerar únicamente el coste neto para los hospitales no capta el valor que tiene para los pacientes la reducción del riesgo de muerte, lesiones o prolongación de la estancia. La revisión de Griffiths y sus colegas sobre costes y rentabilidad utiliza los datos de nueve estudios para estimar el coste neto por vida salvada en el caso de los estudios que no encuentran una recuperación total de los costes (Griffiths et al., 2023). Las estimaciones varían ampliamente, pero la estimación media es de 21 016 dólares estadounidenses por vida salvada, muy dentro del rango estándar de costes aceptables para los estudios de rentabilidad. Centrarse en la mortalidad también subestima el valor de los cuidados de enfermería, ya que ignora el valor adicional que los pacientes atribuirían a evitar infecciones y a recibir el alta hospitalaria a tiempo.

De los diversos estudios se desprende que la dotación de personal en los servicios de enfermería a niveles que garantice cuidados seguros, fiables y eficientes aporta a los pacientes un valor equivalente o superior a su coste. Así las cosas, ¿cómo fijar los niveles adecuados de dotación de personal y cómo alcanzarlos en el día a día?

El primer reto consiste en establecer una dotación de personal de referencia para el número previsto de futuros pacientes, así como la gravedad media de los pacientes de cada unidad hospitalaria que permita dispensar cuidados seguros, fiables y eficientes. Para ello existen varios mecanismos. Los niveles y modelos de dotación de personal de los hospitales mejor dotados y con mejores resultados pueden servir de referencia para una dotación de personal adecuada.

Existen marcos y programas comerciales o públicos de dotación de personal que ya se han utilizado. La Agencia Irlandesa de Financiación de la Sanidad ha adoptado un Marco para la Dotación Segura de Personal de Enfermería y la Combinación de Habilidades, que se describe como «un enfoque sistemático, triangulado y basado en la evidencia para determinar la dotación de personal de enfermería (en particular, las funciones de enfermera y de auxiliar de atención sanitaria) y la combinación de habilidades, sobre la base de la gravedad y la dependencia de los pacientes» (Gobierno de Irlanda, 2024). El modelo de dotación de personal se basa en una versión adaptada de un sistema comercial de proyección de la dotación de personal, TrendCare, que aplica información a nivel de paciente para generar estimaciones ponderadas de la intensidad de enfermería de las horas necesarias en una unidad y un turno determinados.

Otros sistemas que se han adoptado utilizan una rúbrica explícita para clasificar manualmente a los pacientes y, seguidamente, recurren a una estimación estandarizada de las horas de personal de enfermería necesarias para los pacientes de cada clasificación con el fin de proporcionar una estimación de las horas necesarias en una unidad y un turno determinados. La herramienta de cuidados de enfermería más seguros del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido es un ejemplo de este tipo de sistema. La adopción de este tipo de sistemas suele requerir ajustes para adaptarlos a los modelos de enfermería locales. Dado que se centran en la gravedad de los pacientes para estimar las horas, puede ser necesario ajustar más los niveles de dotación de personal de un turno a otro para reflejar las variaciones en los niveles profesionales de formación y experiencia del personal de enfermería, que pueden influir en el número de pacientes que se puede esperar que atienda un profesional de enfermería con menos experiencia en un turno.

Es necesario monitorizar los estándares de dotación de personal que se adopten de manera que alcancen el objetivo de unos cuidados seguros, fiables y eficientes, es decir, garantizar que el servicio de enfermería ofrece el valor que los pacientes deben esperar. Los sistemas de monitorización deben evaluar los datos casi en tiempo real para examinar la adecuación de la dotación de personal por turnos, y también deben funcionar durante un periodo de tiempo más largo para evaluar si el modelo de dotación de personal subyacente es suficiente. Entre las medidas que se han propuesto para este modelo se encuentran la duración de la estancia y los retrasos en las altas, así como los acontecimientos adversos, en particular los acontecimientos de alerta roja, como la falta de administración de analgésicos necesarios en un plazo de 30 minutos, y los informes del personal de enfermería de turno sobre cuidados perdidos o retrasados, o los niveles inusualmente altos de esfuerzo requeridos para cubrir las necesidades de los pacientes en un turno. El diseño inicial de los sistemas basados en la gravedad, así como su ajuste a los modelos locales de carga de trabajo y de enfermería y la aplicación de los regímenes de monitorización requieren la experiencia y el juicio profesional de enfermeras profesionales.

Hay dos retos adicionales a la hora de garantizar que la dotación de personal se ajusta a los niveles necesarios para aportar valor a los pacientes y garantizar unos cuidados seguros, fiables y eficientes. Uno de ellos es desarrollar sistemas que permitan flexibilizar, es decir, incorporar profesionales de enfermería adicionales para hacer frente a aumentos del censo, así como a una necesidad de enfermería inusualmente alta entre los pacientes de una unidad o a ausencias del personal programado. Existen varios modelos para conseguirlo. Uno consiste en presupuestar personal en niveles superiores al objetivo previsto, creando esencialmente un colchón que pueda absorber los aumentos de turno en la carga de trabajo (Griffiths et al., 2021). La segunda es crear un grupo de profesionales de enfermería a los que se pueda recurrir con poca antelación, ya sean de otra unidad que hayan recibido formación cruzada para varias unidades y puedan ser desplazados según varíe el censo, o un grupo de profesionales de enfermería empleados por el hospital que esté de guardia para los turnos que sean necesarios, o relaciones permanentes con agencias externas que puedan proporcionar personal de enfermería de guardia. La elección entre estas opciones dependerá del presupuesto y de la capacidad de gestión, así como de la disponibilidad de personal de enfermería en las comunidades para asumir cualquiera de estas funciones.

Un tercer reto para garantizar que el servicio de enfermería presta cuidados seguros, fiables y eficientes es la asignación equitativa de pacientes al personal de enfermería. Sistemas como TrendCare o la Herramienta de Cuidados de Enfermería más Seguros del NHS ponen de relieve que la gravedad de cada paciente respecto a los cuidados de enfermería en una unidad y turno determinados puede variar. Dado que el modelo dominante de cuidados de enfermería es un modelo de enfermería primaria con un panel de pacientes asignados a un profesional de enfermería en cada turno, para que el personal de enfermería disponga del tiempo adecuado para atender las necesidades de los pacientes que se le han asignado, las asignaciones deben tener en cuenta tanto la necesidad de enfermería del paciente como la experiencia del profesional de enfermería. Una asignación equitativa que iguale la carga de trabajo puede dar lugar a que a un profesional de enfermería se le asignen dos o tres pacientes de mayor gravedad, mientras que a otro se le asignen cinco o seis pacientes de poca gravedad. Algunos modelos de enfermería se están alejando de un modelo estricto de enfermería primaria mediante el uso de profesionales de enfermería virtuales en un turno, personal de enfermería flotante sin asignación fija de pacientes y otros modelos de cuidados. Es necesario experimentar y probar adecuadamente estos modelos para garantizar que son igual de eficaces a la hora de prestar cuidados de calidad y de alto valor, y es preciso revisar los sistemas de organización de los servicios de enfermería y de estimación de las horas necesarias para dar cabida a estos modelos alternativos.

El servicio de enfermería es el mayor servicio de los hospitales, con cargas de trabajo complejas y grandes exigencias cognitivas y de gestión para cada miembro del personal de enfermería. La investigación demuestra que para que estos servicios se presten de forma segura, fiable y eficiente, es decir, para que los pacientes reciban todo el valor que deben esperar cuando están hospitalizados, los profesionales de enfermería que prestan los cuidados necesitan disponer del tiempo, la formación y el apoyo adecuados para llevar a cabo esta labor. Es necesario que los presupuestos respalden el nivel apropiado de dotación de personal, que las organizaciones adopten estrategias de gestión de los servicios de enfermería que asignen estos recursos de forma eficaz y que permitan flexibilizarlos para adaptarse a las variaciones diarias y entre turnos del censo, la gravedad y las ausencias de personal. También deben supervisar la atención prestada por el servicio de enfermería para identificar cuándo los cuidados prestados no están a la altura de los cuidados a los que tienen derecho los pacientes.

CAPÍTULO

11

Medición de los beneficios económicos de los modelos de atención primaria intensiva en enfermería

Nuestras enfermeras.

Nuestro futuro.



Damien CONTANDRIOPOULOS,
MSc PhD, Profesor, Universidad de Victoria

Katherine BERTONI,
MN, NP-F, CDE, PhD(c), Profesora Asociada de Enseñanza, Universidad de Victoria

El poder económico de los cuidados



Davao Oriental, municipio de Baganga, Filipinas, tras el paso del tifón Bopha. La incorporación de servicios de atención primaria a cargo de enfermeras mejora la accesibilidad y satisface las necesidades de atención no cubiertas.

Introducción

En la década de 1960, la previsión de una inminente escasez de médicos ensombreció Norteamérica. El temor a una inminente crisis de la atención de salud fue el punto de partida de una profunda transformación del panorama de la atención primaria en todo el mundo: se crearon los primeros programas de enfermeras de atención directa, nuevas clínicas dirigidas por profesionales de enfermería abrieron sus puertas y, de forma más general, el personal de enfermería reclamaba su posición central en la primera línea de la prestación de atención primaria (OMS, 2020). En la década de 1970, un flujo constante de publicaciones científicas (Flynn, 1974, Chambers et al., 1977) describían y evaluaban el papel fundamental que podía desempeñar el personal de enfermería en la prestación de atención primaria.

En las dos últimas décadas, la atención primaria se ha convertido en el pilar de los sistemas sanitarios (Starfield et al., 2005) y se ha transformado en un esfuerzo basado en el trabajo en equipo. En el seno de los nuevos equipos de atención primaria, el personal de enfermería es el grupo de profesionales con un papel más central. Utilizamos el término «intensivo en enfermería» para describir los modelos de prestación de atención primaria en los que el personal de enfermería desempeña un papel central, lo cual abarca modelos en los que los profesionales de enfermería forman parte de equipos multidisciplinares dirigidos por médicos (Delamaire & Lafortune, 2010, Loussouarn et al., 2019) así como dirigidos por enfermeras (Laurant et al., 2009, Martínez-González et al., 2014).

En 2020, la provincia canadiense de Columbia Británica introdujo un nuevo modelo de clínicas de atención primaria dirigidas por profesionales de enfermería. Nuestra propia investigación demostró la mejora sustancial que este modelo ha supuesto para la experiencia de cuidados de los pacientes, así como el impacto positivo que ha tenido en su salud física (Contandriopoulos et al., 2023a). También reveló que el modelo era ligeramente más rentable en comparación con la prestación tradicional de cuidados similares por parte de los médicos (Contandriopoulos et al., 2023b).

A lo largo de todo este tiempo, también ha habido llamamientos constantes para que la investigación futura se centre en la rentabilidad y la eficiencia de estos nuevos modelos con el fin de seguir apoyando el aumento de los modelos intensivos en enfermería. A lo largo de los años, la solidez de la evidencia que respalda la seguridad, la calidad y la conveniencia de los modelos de atención primaria intensivos en enfermería se ha hecho indiscutible (Bonsall & Cheater, 2008, Horrocks et al., 2002, Laurant et al., 2009, Laurant et al., 2018, Martínez-González et al., 2014, McMenamin et al., 2023, Morilla-Herrera et al., 2016, Newhouse et al., 2011, Randall et al., 2017). Por otra parte, en comparación, el impacto económico de la atención primaria dirigida por profesionales de enfermería se sigue explorando poco (Checa et al., 2022, Laurant et al., 2009, Martínez-González et al., 2015, Randall et al., 2017, Tsiachristas et al., 2015, McMenamin et al., 2023).

Medir el ahorro: una tarea difícil

En su informe de 2020 sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo, la OMS (2020) hizo un llamamiento a los gobiernos y a los órganos reguladores para reforzar y ampliar el papel de los profesionales de enfermería en la prestación de atención primaria. Este llamamiento coincide con la literatura internacional (Delamaire & Lafortune, 2010, National Academies of Sciences et al., 2021) que demuestra que aumentar el número de profesionales de enfermería en la atención primaria y ampliar su ámbito de actuación puede mejorar la accesibilidad, mejorar la calidad de los cuidados, aumentar la satisfacción de los pacientes y reducir los costes, ya sea directamente o disminuyendo la demanda en el sector de los cuidados intensivos (Newhouse et al., 2011, Randall et al., 2017).

Sin embargo, medir los beneficios económicos de los modelos de atención primaria intensivos en enfermería conlleva numerosos y complejos retos conceptuales y metodológicos. Para empezar, la implicación de más profesionales de enfermería en la atención primaria, junto con la ampliación de sus responsabilidades, puede adoptar dos formas. Una es la sustitución de otros profesionales por enfermeras, a lo que a menudo se hace referencia como «desplazamiento de tareas» (Martínez-González et al., 2015) u optimización de la «combinación de habilidades» (Kernick & Scott, 2002). La otra es el aumento del volumen global de cuidados o la introducción de nuevos servicios.

Los profesionales de enfermería pueden sustituir a los médicos en determinadas situaciones como en el caso de los modelos de cuidados dirigidos por enfermeras. Añadir servicios de atención primaria a cargo de personal de enfermería mejora la accesibilidad y satisface las necesidades de cuidados que no están cubiertas. Entre los ejemplos bien documentados de la incorporación de nuevos servicios se incluyen los primeros experimentos del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido que introdujeron consultas telefónicas con profesionales de enfermería el mismo día (Campbell et al., 2014) o el establecimiento de enfermeras gestoras de casos en los equipos de atención primaria para atender a los pacientes con enfermedades crónicas (Checa et al., 2022, Crowe et al., 2019).

Los analistas económicos deben determinar si la sustitución o la adición determinan la repercusión de los modelos de atención primaria intensivos en enfermería sobre la eficiencia. Sin embargo, en realidad, la distinción entre sustitución y adición suele ser borrosa. Por ejemplo, una clínica de atención primaria dirigida por profesionales de enfermería que acaba de abrir y que acoge a nuevos pacientes puede considerarse tanto una sustitución (el personal de enfermería asume servicios que antes solo ofrecían los médicos) como una adición (el personal de enfermería introduce nuevos servicios para atender necesidades de atención al paciente que antes no estaban cubiertas) (Contandriopoulos et al., 2023a). Del mismo modo, una clínica de este tipo puede mejorar simultáneamente la accesibilidad al ofrecer servicios adicionales y reducir las visitas a urgencias, lo que constituiría una forma de sustitución (Chambers et al., 1977, National Academies of Sciences et al., 2021). Esta mezcla de sustitución y adición es especialmente pronunciada e intrincada en el contexto de las clínicas médicas establecidas que evolucionan hacia modelos interprofesionales (Loussouarn et al., 2019).

Costes, productos y resultados

Evaluar los costes y beneficios de los nuevos modelos de atención primaria intensiva en enfermería es un reto a causa de los complejos vínculos entre los modelos y sus resultados.

Existen algunos estudios muy sólidos que comparan el coste de los cuidados prestados por profesionales de enfermería — generalmente de atención directa — con el de los prestados por médicos. En general, esta literatura informa de costes de los servicios dirigidos por personal de enfermería (Delamaire & Lafortune, 2010, Liu et al., 2020, Hollinghurst et al., 2006, Venning et al., 2000) similares o ligeramente inferiores (Dierick-van Daele et al., 2010, Fall et al., 1997, Anthony et al., 2019, Perloff et al., 2016, Roblin et al., 2004). Lamentablemente, la mayor parte de este ahorro de costes se debe a que los salarios de enfermería son inferiores a los de sus homólogos médicos. Compensar en exceso a los médicos y en defecto al personal de enfermería no es una solución viable.

En el contexto de la sustitución, otro reto consiste en evaluar hasta qué punto los cuidados prestados por el personal de enfermería son comparables a los que anteriormente prestaban los médicos. En resumen, se ha constatado sistemáticamente que los resultados clínicos medibles son equivalentes (Clarke et al., 2004, Dierick-van Daele et al., 2009, Fall et al., 1997, Horrocks et al., 2002, Kinnersley et al., 2000, Laurant et al., 2018, Bonsall & Cheater, 2008, McMenamin et al.) aunque la satisfacción de los pacientes tiende a ser mayor en los servicios prestados por profesionales de enfermería (Clarke et al., 2004, Fall et al., 1997, Horrocks et al., 2002, Kinnersley et al., 2000, Laurant et al., 2018, Martínez González et al., 2014, Randall et al., 2017, Shum et al., 2000, Venning et al., 2000). El reto aquí es que las comparaciones directas de costes solo tienen sentido para servicios razonablemente sustituibles, cuando los cuidados prestados siguen siendo diferentes. Retomando el proverbial dicho, el precio de las naranjas es de poca ayuda a la hora de determinar cuántas manzanas comprar.

La introducción de nuevos servicios invariablemente aumenta los costes a corto plazo (Chambers et al., 1977) si bien es probable que se compensen con ganancias a largo plazo en salud y bienestar. No obstante, sigue siendo habitual centrar las evaluaciones económicas exclusivamente en los costes directos (Chambers et al., 1977, Fall et al., 1997). Lo ideal sería que las acciones de evaluación abarcaran los costes directos como la remuneración del personal de enfermería y los indirectos, en particular los gastos relacionados con las estancias hospitalarias, los diagnósticos, las recetas, las derivaciones, etcétera. Los estudios también deberían adoptar una perspectiva de rendimiento de la inversión para tener en cuenta el ahorro a largo plazo que puede suponer la oferta de cuidados preventivos, que en última instancia evita el uso de servicios más costosos en el futuro (Chambers et al., 1977, Benmarhnia et al., 2017, Brousselle et al., 2016). Pero el reto más difícil consiste en tener en cuenta elementos difíciles de medir como el bienestar y la salud individual y comunitaria. Se han diseñado varios indicadores, como los años de vida ajustados por calidad, para ofrecer medidas más exhaustivas del impacto de las intervenciones sanitarias. Algunos estudios en este campo se han basado en esas métricas para evaluar los modelos de cuidados intensivos de enfermería (Checa et al., 2022, Ndosí et al., 2014) con resultados desiguales.

Necesidad de medidas políticas

Un reto importante a la hora de evaluar los beneficios económicos de la atención primaria dirigida por profesionales de enfermería tiene que ver con la evaluación de los resultados finales (Marmot, 2007, Brousselle et al., 2016). Gran parte de la investigación se ha centrado en los productos, como los costes medios por visita, por paciente o por episodio, prestando escasa atención a cuáles podrían ser los resultados finales (Evans et al., 2010, Kernick & Scott, 2002). En nuestra opinión, el objetivo debería ser diseñar modelos de atención primaria que produzcan los mejores resultados alcanzables para las personas y sus comunidades, y no simplemente buscar la opción más económica para prestar servicios a corto plazo (Benmarhnia et al., 2017, Brousselle et al., 2016).

Retrasar la adopción generalizada de estos modelos hasta que se disponga de más evidencia no es una medida acertada. Los datos disponibles indican claramente que el aumento de la enfermería de atención primaria es una vía sólida y rentable. Sin embargo, la magnitud del ahorro potencial o del aumento de la eficiencia dependerá en gran medida de toda una serie de factores interrelacionados, así como de la eficacia de un modelo concreto y de su diseño.

Nuestra revisión de la evidencia sobre los beneficios económicos de contar con más modelos de atención primaria intensivos en enfermería se alinea con el llamamiento de la OMS (OMS, 2020) a las partes interesadas para que actúen centrándose en la accesibilidad y la calidad en pro de personas y comunidades más sanas.

- La evidencia existente demuestra que disponer de más profesionales de enfermería que preste una gama más amplia de servicios de atención primaria es una forma eficaz y eficiente de mejorar el acceso a cuidados de alta calidad.
- Los modelos intensivos en enfermería pueden diseñarse para ser más rentables que los modelos puramente médicos.
- Los análisis del retorno de la inversión derivada de la implantación de modelos de atención primaria intensivos en enfermería deben contemplar repercusiones a más largo plazo como las enfermedades evitadas y la mejora del bienestar.

ESTUDIO DE CASO

PIONEROS EN LA TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD: LOS PROGRESOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN DIRECTA EN ISRAEL

(Dra. Shoshy Goldberg, Dra. Hilla Fighel, Dra. Rivka Hazan-Hazoref)



El sistema de salud israelí ha emprendido un viaje transformador con la integración de la enfermería de atención directa en su entramado, impulsado por la acuciante necesidad de atender a una población que envejece y a un aumento de las enfermedades crónicas. El Ministerio de Salud ha reconocido que el personal de enfermería es un recurso de calidad que puede utilizarse de forma más significativa en el sistema de salud si se le concede un mayor abanico de autoridad y actuaciones, lo cual ha llevado a ampliar el ámbito de práctica reconociendo las capacidades únicas de las enfermeras de atención directa para prestar cuidados especializados y de alta calidad. Este movimiento estratégico reconoce sus extraordinarias contribuciones a la prestación de atención especializada, la mejora de la disponibilidad de servicios y la respuesta a las necesidades de los pacientes con enfoques de cuidados personalizados.

La reciente modificación de la Ordenanza de Farmacéuticos, que faculta al personal de enfermería de atención directa para prescribir medicamentos iniciales, ha cambiado las reglas del juego al posicionarlos como profesionales clínicos independientes y aligerar la carga del sistema de salud. Con este cambio, que entrará oficialmente en vigor en agosto de 2024, unas 700 enfermeras de atención directa de todo Israel están preparadas para asumir un papel más amplio con esfuerzos continuos para aumentar su práctica en consonancia con el progreso tecnológico y las exigencias de la atención de salud. Esta iniciativa refleja la dedicación de Israel a un modelo de atención sanitaria centrado en el paciente y constituye un ejemplo mundial de cómo la planificación estratégica y el apoyo legislativo pueden integrar con éxito al personal de enfermería de atención directa en el sistema nacional de atención de salud.

CAPÍTULO

12

Aumentar el atractivo de la profesión de enfermería es clave para reforzar los sistemas de salud

Nuestras enfermeras.

Nuestro futuro.



Gaetan LAFORTUNE,
Economista Principal de la División de Salud de la OCDE

El poder económico de los cuidados



*Beirut, hospital universitario Rafik Hariri.
Para atraer a un número suficiente de
nuevos reclutas en enfermería y retener
a los enfermeros existentes en la profesión,
deben ser suficientemente recompensados.*

Resumen

La pandemia de COVID-19 y el aumento de la inflación y la crisis del coste de la vida han llamado aún más la atención sobre los ingresos del personal de enfermería suscitando la preocupación de que la remuneración podría no ser suficiente para atraerlo y retenerlo en hospitales, residencias de adultos mayores o en la comunidad. El informe *Health at a Glance 2023* mostró que, de media en los países de la OCDE, su remuneración en los hospitales en 2021 era un 20% superior al salario medio de todos los empleados a tiempo completo si bien existen grandes variaciones entre países. Mientras que en algunos los profesionales de enfermería ganan un 50% más que el trabajador medio, en otros sus ingresos eran inferiores a la media del conjunto de la economía. Mientras que la remuneración del personal de enfermería en términos reales ha aumentado significativamente durante la última década en algunos países de la OCDE, en otros se ha estancado o incluso ha disminuido (OCDE, 2023a). Garantizar que el crecimiento salarial del personal de enfermería siga al menos el ritmo de la inflación y de los salarios de otros trabajadores en profesiones con niveles similares de formación y capacitación es fundamental para mantener el atractivo de la profesión de enfermería.

Introducción

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto graves problemas en el personal de salud de muchos países de la OCDE, revelando que carecía de suficientes profesionales, estaba sometido a presiones y estaba infravalorado. La escasez de personal de salud fue la mayor limitación en la capacidad de los países para responder eficazmente a la pandemia, incluso más que la disponibilidad de equipos o camas de hospital. Fue uno de los factores que determinaron el alcance de los cierres y las interrupciones de las actividades económicas y sociales, ya que los sistemas sanitarios y de cuidados de larga duración se saturaron rápidamente. Los profesionales de enfermería y otros trabajadores sanitarios y de cuidados de larga duración mostraron una notable entrega y resiliencia durante la pandemia prestando servicios de primera línea en hospitales y residencias de mayores si bien muchos de ellos han salido de la pandemia agotados y desmotivados. Valorar al personal sanitario de primera línea — especialmente a los profesionales de enfermería y a los auxiliares sanitarios — es fundamental para evitar un gran éxodo tras la pandemia.

Tal y como se señala en el informe de la OCDE «¿Preparados para la próxima crisis? Invertir en la resiliencia del sistema de salud», se necesitan mayores inversiones para reforzar la capacidad y la flexibilidad del personal de salud al objeto de estar mejor preparados para afrontar otras crisis sanitarias de magnitud similar. Los cálculos de la OCDE han sugerido que sus países miembros necesitarían, de media, movilizar fondos adicionales equivalentes a alrededor del 1,4% de su PIB para inversiones específicas destinadas a reforzar los sistemas sanitarios en comparación con los niveles previos a la pandemia (2019). Al menos la mitad de estas inversiones deberían destinarse a formación, contratación y mejora de las condiciones de trabajo del personal para responder a las repercusiones y tensiones derivadas del envejecimiento de la población (OCDE, 2023b).

Aunque varios aspectos de las condiciones de trabajo influyen en la contratación y la retención de los profesionales de enfermería como la flexibilidad del horario laboral y la carga de trabajo, la remuneración es un componente clave para determinar el atractivo de la profesión. La retribución puede influir en la decisión de los jóvenes de matricularse en programas de formación de enfermería, así como de buscar trabajo después de graduarse y permanecer en la profesión más adelante. Sin embargo, en conjunto, los salarios del personal de enfermería también representan un coste importante para los hospitales y otros centros sanitarios puesto que se trata de la categoría más numerosa de trabajadores sanitarios en casi todos los países de la OCDE. Por lo tanto, es necesario lograr un equilibrio adecuado entre garantizar un atractivo financiero suficiente de la profesión para evitar situaciones de escasez y mantener unos costes asequibles para no poner en peligro la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

En este capítulo se presentan las principales conclusiones de la última recopilación de datos de la OCDE sobre la remuneración de los profesionales de enfermería. Es importante tener en cuenta que la recogida de datos comparables sobre la remuneración del personal de enfermería en todos los países es un reto por toda una serie de razones, en particular porque las fuentes de datos disponibles pueden no cubrir a todos los tipos de profesionales de enfermería (por ejemplo, pueden cubrir únicamente a los que trabajan en hospitales públicos), pueden no cubrir todas las fuentes de ingresos (por ejemplo, puede faltar cualquier pago de bonificación por la COVID-19 en 2020 y 2021) y pueden incluir tanto a los trabajadores a tiempo completo como a tiempo parcial. El Recuadro 1 resume el enfoque de recopilación de datos de la OCDE y algunas de las principales limitaciones de comparabilidad de los datos.

Recuadro 1. Definiciones y limitaciones en la comparabilidad de datos sobre la remuneración de los profesionales de enfermería

La OCDE recoge datos sobre la remuneración del personal de enfermería basados en la media anual de ingresos brutos, incluidas las cotizaciones a la seguridad social y los impuestos sobre la renta que debe pagar el empleado. En la mayoría de los países, los datos se refieren específicamente a los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales, aunque en algunos países (por ejemplo, Canadá) los datos abarcan a los que trabajan en otros entornos. En algunos países (por ejemplo, Portugal), los datos se refieren únicamente a los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales públicos. Por lo general, no se incluye el personal de enfermería autónomo.

En varios países (por ejemplo, Canadá, Chile, Irlanda y Estados Unidos), los datos solo cubren a las enfermeras registradas, pero en otros (por ejemplo, Australia, Nueva Zelanda y Suiza) los datos también cubren a las enfermeras de nivel inferior (lo que da lugar a una subestimación en comparación con otros países).

Los datos de la mayoría de los países se refieren a profesionales de enfermería que trabajan a tiempo completo, aunque la definición de trabajadores a tiempo completo puede variar de un país a otro.

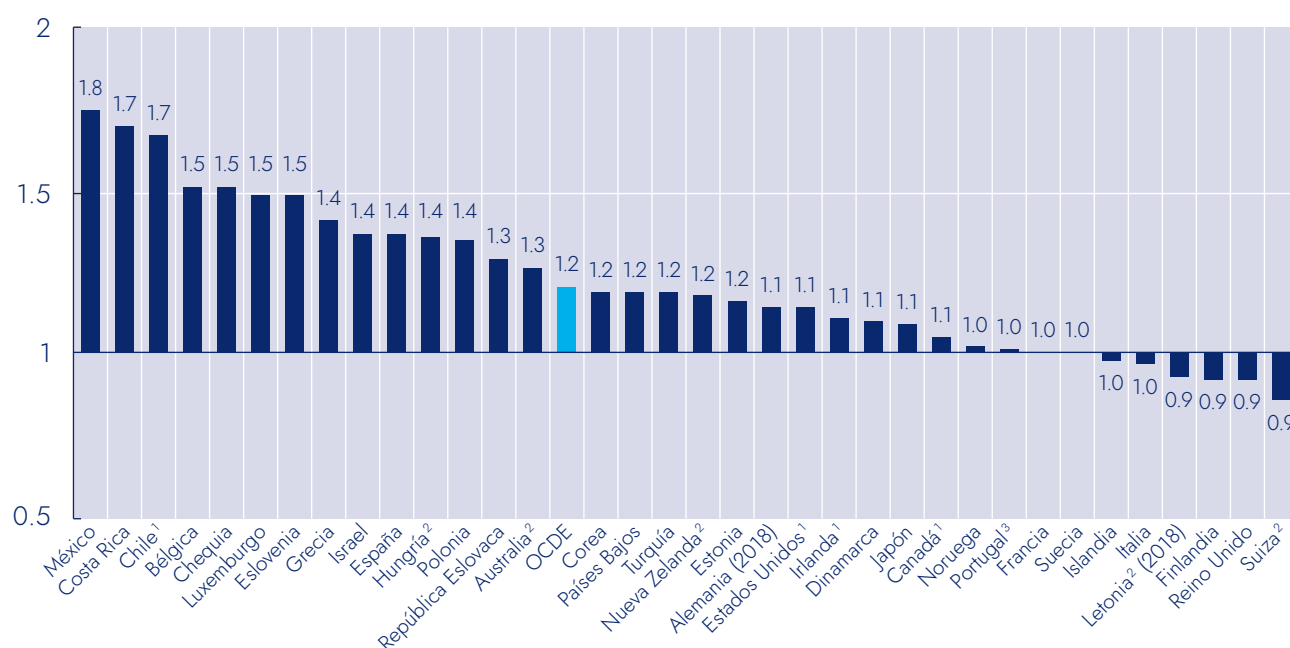
Los datos de algunos países no incluyen ingresos adicionales como el pago de horas extraordinarias, y en casi todos los países (con algunas excepciones) no incluyen las primas relativas a la COVID-19 durante la pandemia. Los pagos informales, que pueden representar una parte significativa de los ingresos totales en algunos países, no se recogen.

Los profesionales de enfermería ganan alrededor de un 20% más que el trabajador medio en los países de la OCDE si bien hay grandes variaciones entre países

De media en los países de la OCDE, la remuneración de las enfermeras de hospital en 2021 era un 20% superior al salario medio de todos los empleados de la economía. Sin embargo, existen enormes variaciones entre países. En México, Costa Rica, Chile, República Checa, Bélgica, Eslovenia y Luxemburgo, los ingresos del personal de enfermería de hospital en 2021 eran al menos un 50 % superiores a la media del conjunto de la economía. En Eslovenia, esto se debió en parte a la inclusión de las primas COVID-19 durante el segundo año de la pandemia. En cambio, en Suiza, Reino Unido, Finlandia y Letonia, los profesionales de enfermería ganaban menos que el trabajador medio (Figura 13).

Figura 13: Remuneración del personal de enfermería hospitalaria en los países de la OCDE, relación con el salario medio, 2021 (o año más próximo) (OCDE, 2023c)

Relación con el salario medio de cada país



1. Los datos se refieren únicamente a enfermeras registradas en Estados Unidos, Canadá, Irlanda y Chile (lo que da lugar a una sobreestimación).
2. Los datos de Australia, Hungría, Letonia, Nueva Zelanda y Suiza incluyen a las enfermeras «profesionales asociadas», que tienen menos cualificaciones e ingresos.
3. Los datos de Portugal solo incluyen a los profesionales de enfermería hospitalaria que trabajan en el Servicio Nacional de Salud (sector público).

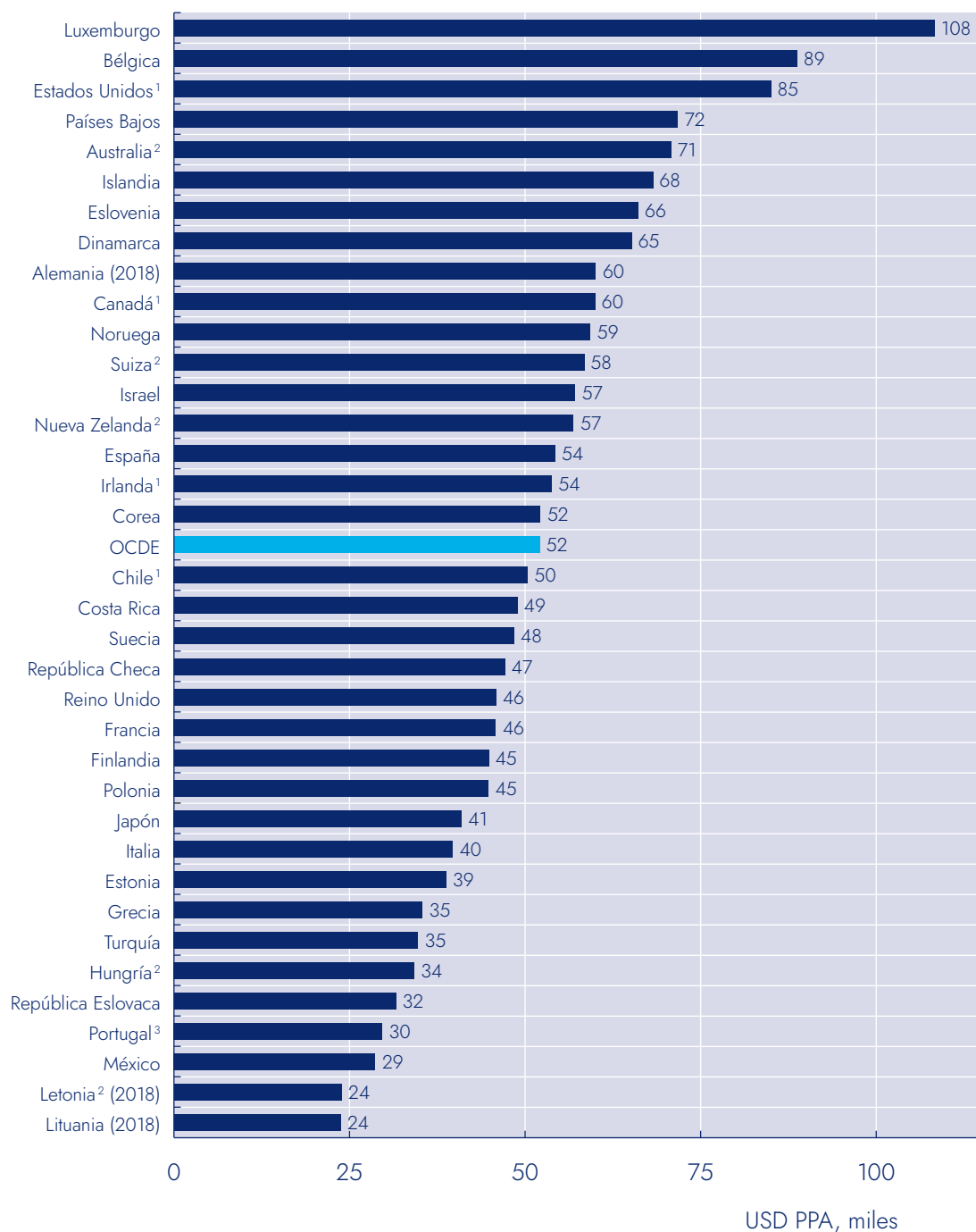
Si el salario de un profesional de enfermería en un país es de 0,9 en relación con el salario medio del conjunto de trabajadores, sería necesario un aumento del 11% del índice salarial para alcanzar el sueldo medio de todos los trabajadores (suponiendo que la media de todos los trabajadores se mantenga constante) y un aumento del 33% para alcanzar la media de la OCDE de 1,2 en 2021, basándose en los datos de 35 países.

La remuneración de los profesionales de enfermería se multiplica por cuatro en los países de la OCDE, incluso teniendo en cuenta las diferencias en el coste de la vida.

El informe La Salud de un Vistazo 2023 también compara la remuneración de los profesionales de enfermería en los distintos países basándose en una moneda común (el dólar estadounidense) y ajustándose a las diferencias de poder adquisitivo para ofrecer una indicación del bienestar económico relativo del personal de enfermería en los distintos países y ver si existen incentivos financieros para considerar la posibilidad de trasladarse a otro país de la OCDE con el fin de obtener un salario más alto. La Figura 14 muestra que, en 2021, los ingresos de los

profesionales de enfermería de Luxemburgo eran al menos cuatro veces superiores a los de los que trabajaban en Lituania y Letonia (aunque los últimos datos de estos dos países se refieren solo a 2018). En general, el personal de enfermería de los países de Europa Central y Oriental tenía los niveles de remuneración más bajos de todos los países de la OCDE, lo que explica, al menos en parte, por qué numerosos profesionales optan por emigrar a otros países de la UE. En muchos de estos países se han tomado medidas para aumentar la remuneración del personal de enfermería en la última década.

Figura 14: Remuneración del personal de enfermería hospitalaria, PPA en dólares estadounidenses, 2021 (o año más próximo) (OCDE, 2023c)



1. Los datos se refieren únicamente a enfermeras registradas en Estados Unidos, Canadá, Irlanda y Chile (lo que da lugar a una sobreestimación).
2. Los datos de Australia, Hungría, Letonia, Nueva Zelanda y Suiza abarcan a las enfermeras «profesionales asociadas», que tienen menos cualificaciones e ingresos.
3. Los datos de Portugal solo incluyen a los profesionales de enfermería hospitalaria que trabajan en el Servicio Nacional de Salud (sector público).

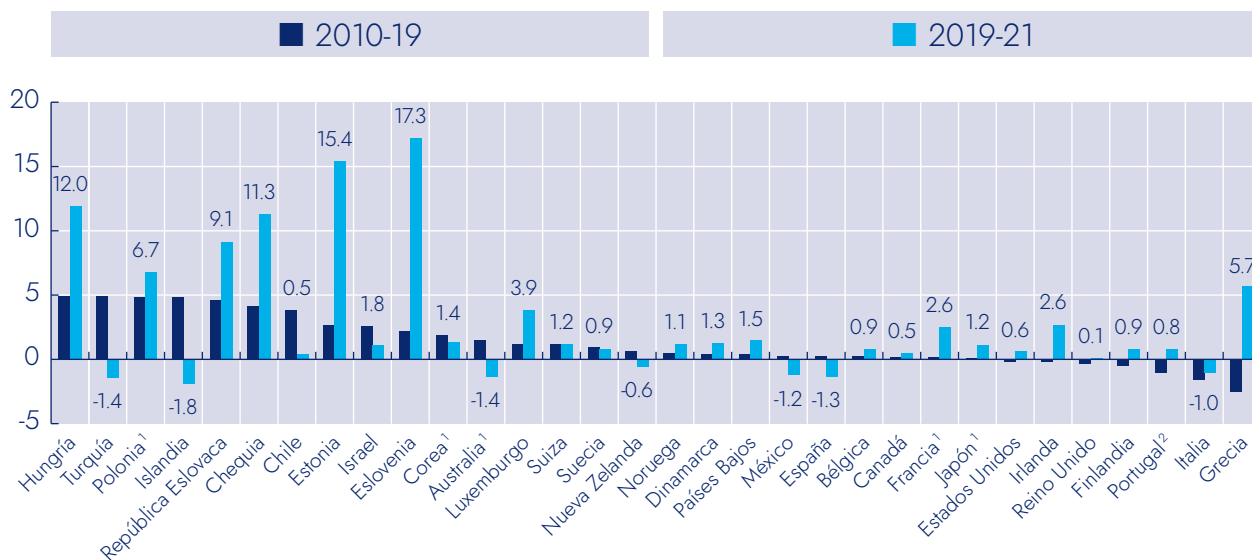
La remuneración de los profesionales de enfermería ha aumentado considerablemente en la última década en algunos países de la OCDE, pero no en otros

En la década anterior a la pandemia, la remuneración de los profesionales de enfermería aumentó en términos reales en la mayoría de los países de la OCDE, al igual que ocurrió con todos los trabajadores. La tasa de crecimiento de la remuneración del personal de enfermería fue especialmente elevada en numerosos países de Europa Central y Oriental (como Hungría, Polonia, República Eslovaca y Chequia), donde obtuvo aumentos salariales de una media del 4-5% anual en términos reales entre 2010 y 2019, reduciendo así la diferencia con otros países de la UE. Los profesionales de enfermería de Turquía, Islandia y Chile también obtuvieron aumentos salariales sustanciales entre 2010 y 2019 (Figura 15).

Por el contrario, la remuneración del personal de enfermería disminuyó en términos reales entre 2010 y 2019 en varios países del sur de Europa (por ejemplo, Grecia, Italia y Portugal), Finlandia y Reino Unido, país en el que los ingresos de los profesionales de enfermería aumentaron en términos nominales, pero cayeron más de un 3% en términos reales entre 2010 y 2019 debido principalmente a las políticas salariales del sector público aplicadas entre 2011/12 y 2017/18.

En un intento de valorar mejor los esfuerzos de los trabajadores sanitarios de primera línea durante los dos primeros años de la pandemia, los profesionales de enfermería de algunos países obtuvieron aumentos salariales sustanciales en términos reales en 2020 y 2021, sobre todo en Eslovenia, Estonia, Hungría, Chequia y República Eslovaca, con lo que se siguió reduciendo la diferencia con otros países de la UE. También en Grecia, la remuneración del personal de enfermería aumentó sustancialmente en términos reales, compensando al menos en parte la reducción de los diez años anteriores. Sin embargo, el crecimiento salarial real de los profesionales de enfermería se estancó o incluso disminuyó en algunos países en 2020 y 2021 porque la elevada y creciente inflación erosionó el crecimiento salarial. El personal de enfermería no fue la única categoría de trabajadores afectada por este fenómeno. En numerosos países, los salarios medios reales de todos los trabajadores no pudieron seguir el ritmo de la inflación en 2021. Los datos preliminares para 2022 indican que el crecimiento de los sueldos reales de los trabajadores del sector sanitario disminuyó más que los salarios medios de todos los sectores en 2022 en 24 países de la OCDE si bien estos resultados no se refieren específicamente a los profesionales de enfermería (OCDE, 2023d).

Figura 15: Crecimiento medio anual de la remuneración del personal de enfermería hospitalaria (en términos reales), 2010-19 y 2019-21 (o años más próximos)
(OCDE, 2023c)



1. La última tasa de crecimiento solo abarca 2019-20.
2. Los datos solo abarcan a los profesionales de enfermería hospitalaria que trabajan en el sector público.

Conclusiones

Invertir en el personal sanitario en general, y en el de enfermería en particular, es fundamental para mejorar la resiliencia de los sistemas de salud ante futuras perturbaciones y responder a las tensiones actuales relacionadas con el envejecimiento de la población. Para atraer a un número suficiente de nuevos profesionales de enfermería y retener en la profesión a los ya existentes, es preciso recompensarlos suficientemente.

Algunos países de la OCDE han tomado medidas antes de la pandemia y después de ella para aumentar los salarios de los profesionales de enfermería si bien el crecimiento real de sus sueldos en varios países se ha estancado o incluso ha disminuido después de la pandemia, principalmente debido al aumento de la inflación. Obviamente, el personal de enfermería no fue la única categoría de trabajadores cuyo poder adquisitivo se estancó o disminuyó en los años posteriores a la pandemia. El crecimiento de los salarios nominales de todos los empleados por término medio en los países de la OCDE fue por debajo de la inflación en 2022, lo que se tradujo en una reducción de los sueldos reales. Aunque siguen existiendo considerables incertidumbres sobre la tasa de inflación en 2024 y 2025, se esperaba que esta disminuyera gradualmente en la mayoría de los países de la OCDE según las Perspectivas Económicas de la OCDE de noviembre de 2023 (OCDE, 2023e). Esto debería ayudar a restablecer cierto crecimiento de los salarios reales del personal de enfermería, aunque puede que no sea suficiente para aumentar el atractivo de la profesión en comparación con otras. Unas mejores condiciones salariales y laborales son cruciales para atraer y retener a los profesionales de enfermería.

Descargo de responsabilidad: Las opiniones expresadas en este capítulo son las del autor y no reflejan necesariamente las de la OCDE o sus países miembro. El autor asume toda la responsabilidad por cualquier error.

Conclusión y llamamiento a la acción del CIE



Al reflexionar sobre las ideas de los economistas y otros expertos en este informe, es evidente que el papel de la enfermería va mucho más amplio. El personal de enfermería es fundamental para impulsar los resultados de salud y la estabilidad económica de las sociedades en todo el mundo. Ha llegado el momento de que se reconozca mundialmente a la enfermería no solo como profesión sino como una inversión esencial en nuestro futuro colectivo. Este informe subraya el innegable impacto de la profesión tanto en los sistemas de salud como en las economías y en el mundo pacífico en el que todos queremos vivir. Sin embargo, reconocer este impacto es solo el primer paso. Lo que se necesita ahora es un compromiso mundial con un cambio factible para apoyar y ampliar el personal de enfermería.

La enfermería es la columna vertebral de los sistemas de cuidados de la salud en todo el mundo y contribuye a mejorar los resultados de salud, así como a ahorrar costes y a crear sociedades más estables. El llamamiento a una nueva valoración de la enfermería es oportuno y urgente. A medida que nos enfrentamos a los retos de salud global como el envejecimiento de la población, enfermedades crónicas, aumento del número de conflictos violentos y pandemias, el papel del personal de enfermería nunca ha sido más crítico. Para garantizar un futuro más saludable, debemos invertir en el personal de enfermería y en su formación, ofrecer una remuneración competitiva, garantizar mejores condiciones de trabajo y reconocer su contribución a todos los niveles de la atención de salud y la formulación de políticas.

Los beneficios económicos de la enfermería, destacados a través de la mejora de los resultados de los pacientes, la reducción de los tiempos de hospitalización y el ahorro global en atención de salud, son un testimonio del valor de esta profesión. Los profesionales de enfermería no son solo proveedores de atención sanitaria sino también educadores, líderes y defensores de la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. El futuro de la asistencia de salud está intrínsecamente ligado al futuro de la enfermería. Por ello, apoyar al personal de enfermería no es opcional, sino indispensable.

Llamamiento del CIE a la acción para los dirigentes y responsables políticos de la salud global

- **Capacitar a los profesionales de enfermería:** apoyar políticas integrales que permitan que el personal de enfermería ejerza plenamente con arreglo a su formación y capacitación. Fomentar un mayor desarrollo de las funciones de liderazgo y la participación en la elaboración de políticas.
- **Invertir en la formación y el desarrollo de los recursos humanos:** aumentar la financiación de la formación en enfermería y crear más oportunidades de promoción profesional dentro de la profesión.
- **Mejorar las condiciones de trabajo:** poner en marcha medidas para mejorar el entorno de trabajo de los profesionales de enfermería, en particular niveles adecuados de dotación de personal, acceso a recursos, entornos de trabajo seguros y apoyo a la salud mental y el bienestar.
- **Reconocer y compensar justamente:** garantizar que el personal de enfermería recibe salarios competitivos que reflejen sus habilidades, responsabilidades y la naturaleza crítica de su trabajo.

- **Promover el papel de la enfermería en la sociedad:** destacar la contribución del personal de enfermería a la salud y el bienestar mediante campañas de concienciación pública y su inclusión en los procesos de toma de decisiones.

Al transformar en acción estas recomendaciones los profesionales de enfermería pueden reforzar los sistemas de atención de salud, impulsar el crecimiento económico, contribuir a la paz mundial y mejorar la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Ha llegado el momento de actuar. Invirtamos en enfermería y, por extensión, en la salud y la prosperidad de nuestra comunidad global.

Referencias



- Addati, L., Cattaneo, U., Esquivel, V. y Valarino, I. (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Aiken, L. H., et al. (2021a). Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *Lancet Glob Health*, 9, e1145-e1153.
- Aiken, L. H., et al. (2021b). Value of nurse practitioner inpatient hospital staffing. *Med Care*, 59, 857-863.
- Allan, S. & Vadean, F. (2023). The Impact of wages on care home quality in England. *The Gerontologist*.
- Almalki, M. J., Fitzgerald, G. & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*, 12, 314.
- Anthony, B. F., et al. (2019). General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *British journal of general practice*, 69, E304-E313.
- Asamani J. A., et al. (2022). Investing in the health workforce: fiscal space analysis of 20 countries in East and Southern Africa, 2021-2026. *BMJ Glob Health*. Junio de 2022; 7(Suppl 1):e008416. doi: 10.1136/bmjgh-2021-008416. PMID: 35772807; PMCID: PMC9247660.
- Australian Medical Association (2021). *Putting health care back into aged care* [En línea]. AMA. Disponible en: <https://ama.com.au/sites/default/files/2021-04/130421%20-%20Report%20-%20Putting%20health%20care%20back%20into%20aged%20care.pdf> [Último acceso 1 de febrero de 2024].
- Bakhshi, M., et al. (2023). The economics of nurse migration: tracking the costs and contributions of immigrant nurses in the United States. Informe En línea. Disponible en: www.cgfn.org/eonm23.
- Bartakova, J., et al. (2022). Health economic evaluation of a nurse-led care model from the nursing home perspective focusing on residents' hospitalisations. *Bmc Geriatrics*, 22, 496.
- Benmarhnia, T., et al. (2017). Investing in a healthy lifestyle strategy: is it worth it? *International Journal of Public Health*, 62, 3-13.
- Bloomfield, A. (2023). Closing Address at Healthcare Leadership Symposium: Inform, Inspire and Feel Valued. Healthcare Leadership Symposium, 2023 Auckland, Nueva Zelanda.
- Boniol, M., et al. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Glob Health*, 7.
- Bonsall, K. y Cheater, F. M. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1090-1102.
- Boscart, V. M., et al. (2018). The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Services Research*, 18, 1-7.
- Brousselle, A., Benmarhnia, T. y Benhadj, L. (2016). What are the benefits and risks of using return on investment to defend public health programs? *Preventive Medicine Reports*, 3, 135-138.
- Buchan, J. y Catton, H. (2023). Recuperarse para Reconstruir. Invertir en la fuerza laboral de enfermería para la eficacia del sistema de salud. Consejo internacional de enfermeras. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-09/ICN_Recover-to-Rebuild_report_SP.pdf. [Consultado: 26 de marzo 2024].

Budde, H., et al. (2021). The role of patient navigators in ambulatory care: overview of systematic reviews. *BMC health services research*, 21, 1-1166.

Burton, R. A. (2016). Health policy brief: improving care transitions.

Caird, J., et al. (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews. London: EPPI Centre, Institute of Education.

California Lifting Children and Families out of Poverty Task Force (2018). *The Lifting Children and Families Out of Poverty Task Force Report* [En línea]. Disponible en: <https://www.endchildpovertyca.org/wp-content/uploads/2018/11/AB1520-Child-Poverty-Task-Force-Report-and-Recommendations-FINAL.pdf> [Consultado el 1 de febrero de 2024].

Campbell, J. L. P., et al. (2014). Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *The Lancet (edición británica)*, 384, 1859-1868.

Catania, G., et al. (2024). Nurses' intention to leave, nurse workload and in-hospital patient mortality in Italy: A descriptive and regression study. *Health Policy*, Vol. 143, mayo 2024, 105032. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024000423#bib0013>. [Consultado: 27 de marzo 2024].

Chambers, L. W., et al. (1977). A Controlled trial of the impact of the family practice nurse on volume, quality, and cost of rural health services. *Medical care*, 15, 971-981.

Chan, R. J., et al. (2018). Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 61-80.

Checa, C., et al. (2022). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Case Management in Advanced Heart Failure Patients Attended in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19, 13823.

Clarke, A., et al. (2004). Randomised controlled trial comparing cost-effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. En: Fulop, N., Allen, P., Clarke, A. & Black, N. (eds.) *Studying the Organisation and Delivery of Health Services*. Routledge.

Clinton Global Initiative (sin fecha). Empowering girls & women. Global Clinton Initiative. Disponible en: <https://www.un.org/en/ecosoc/phlntrpy/notes/clinton.pdf>. [Consultado el 16 de febrero de 2024].

Commission for Nurse Reimbursement (2024). *Commission for Nurse Reimbursement: Home* [En línea]. Disponible en: <https://commissionfornursereimbursement.com/> [Consultado el 16 de febrero de 2024].

Commission on a Global Health Risk Framework for the Future & National Academy of Medicine, Secretariat (2016). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. Washington (DC): National Academies Press (EE.UU.).

Consejo Internacional de Enfermeras (2019). *El Foro internacional del CIE de Recursos Humanos insta a los gobiernos a actuar urgentemente para abordar la escasez mundial de enfermería* [En línea]. Ginebra: CIE. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-foro-internacional-del-cie-de-recursos-humanos-insta-los-gobiernos-actuar-urgentemente> [Consultado el 8 de enero de 2024].

Consejo Internacional de Enfermeras (2021a). *Escasez mundial de enfermería y retención de enfermeras* [En línea]. Ginebra: CIE. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_SP.pdf [Consultado el 21 de noviembre de 2021].

Consejo Internacional de Enfermeras (2021b). La pandemia de COVID-19 un año después: El CIE advierte de que el éxodo de enfermeras experimentadas agrava las escaseces actuales. [Comunicado de prensa] Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/pandemia-de-covid-19-un-ano-despues-el-cie-advierde-de-que-el-exodo-de-enfermeras> [Consultado el 4 de marzo de 2024].

Consejo Internacional de Enfermeras (2021c). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. CIE: Ginebra, Suiza.

- Contandriopoulos, D., et al. (2023a). Pre-post analysis of the impact of British Columbia nurse practitioner primary care clinics on patient health and care experience. *BMJ-Open*, 13, e072812.
- Contandriopoulos, D., et al. (2023b). Economic Evaluation of BC's Nurse-Practitioner Primary Care Clinics. Victoria (Canadá): Research report prepared for the British Columbia Ministry of Health.
- Contandriopoulos, D., et al. (2018). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être.*, Montreal, https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/05/2015_d.contandriopoulos_remun-med_resume.pdf.
- Crowe, M., et al. (2019). The clinical effectiveness of nursing models of diabetes care: A synthesis of the evidence. *International journal of nursing studies*, 93, 119-128.
- Dall, T. M., et al. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical care* 97-104.
- Davis, K. M., et al. (2021). Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *Int J Nurs Stud*, 121, 103986.
- Delamaire, M.-L. & Lafortune, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé No. 54*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Dierick-Van Daele, A. T. M., et al. (2010). Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. *Br J Gen Pract*, 60, e28-35.
- Dierick-Van Daele, A. T. M., et al. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 391-401.
- Dorr, D. A., Horn, S. D. & Smout, R. J. (2005). Cost analysis of nursing home registered nurse staffing times. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 840-845.
- Duckett, S. (2005). Interventions to facilitate health workforce restructure. *ANZ Health Policy*, 2, Disponible en: www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/14.
- Duckett, S., Breadon, P. y Farmer, J. (2014). *Unlocking skills in hospitals: better jobs, more care*, Melbourne, Vic., Grattan Institute.
- Duckett, S., Breadon, P. y Ginnivan, L. (2013). *Access all areas: new solutions for GP shortages in rural Australia*, Melbourne, Vic., Grattan Institute.
- Dyvik, E. (2024). *Impact of the coronavirus pandemic on the global economy - Statistics & Facts* [En línea]. Statista. Disponible en: <https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/#topicOverview> [Consultado el 8 de febrero de 2024].
- Ebright, P. R., et al. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33, 630-638.
- Elnakib, S., et al. (2021). Providing care under extreme adversity: the impact of the Yemen conflict on the personal and professional lives of health workers. *Social Science & Medicine*, 272, 113751.
- Essuman, A., Agyemang, F. A. & Mate-Kole, C. C. (2018). Long-term care for older adults in Africa: Whither now? *Journal of the American Medical Directors Association*, 19, 728-730.
- Evans, R. G., Barer, M. L. & Schneider, D. G. (2010). Pharaoh and the prospects for productivity in HHR. *Health Policy*, 5, 17-26.
- Fall, M., et al. (1997). An evaluation of a nurse-led ear care service in primary care: benefits and costs. *British journal of general practice*, 47, 699-703.

- European Federation of Nurses Associations (2022). Nursing Planetary Health. EFN.
- Flor, L. S., et al. (2022). Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *The Lancet*, 399, 2381-2397.
- Flynn, B. C. (1974). The effectiveness of nurse clinicians' service delivery. *American journal of public health*, 64, 604-611.
- Georgieva, K., Sayeh, A.M., & Sahay, R. (2022). How to Close Gender Gaps and Grow the Global Economy. IMF Blog. 8 September 2022. International Monetary Fund. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/09/08/how-to-close-gender-gaps-and-grow-the-global-economy>. [Consultado el 26 de marzo de 2024].
- Glauber, G., Bray, M. & Freeman, K. (2023). Planetary health and nursing: a call to action. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 82, 120.
- Gobierno de Irlanda (2024). *Framework for Safe Nurse Staffing and Skill Mix* [En línea]. Irlanda: Gobierno de Irlanda. Disponible en: <https://www.gov.ie/en/campaigns/25860-framework-for-safe-nurse-staffing-and-skill-mix/> [Consultado el 16 de febrero de 2024].
- Goryakin, Y., Griffiths, P. y Maben, J. (2011). Economic evaluation of nurse staffing and nurse substitution in health care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 501-512.
- Grabowski, D. C., O'Malley, A. J. & Barhydt, N. R. (2007). The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations. *Health affairs*, 26, 1753-1761.
- Griffiths, P. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development *Int J Nurs Stud*, 63, 213-225.
- Griffiths, P., et al. (2023). Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill mix in acute hospitals: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 104601.
- Griffiths, P., et al. (2021). Beyond ratios-flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103901.
- Haakenstad, A., et al. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 399, 2129-2154.
- Hansen-Turton, T., Ritter, A. y Torgan, R. (2008). Insurers' contracting policies on nurse practitioners as primary care providers: two years later. *Policy, politics & nursing practice*, 9, 241-248.
- Healthcare Worker Watch -Palestina (2023) [X]. 20 de noviembre. Disponible en: Healthcare Workers Watch - Palestina (@HCWWatch) / X (twitter.com).
- Helsinki Times (2023). *Tehy survey: L Nursing leadership experiencing high turnover due to staffing shortage, workload, and low pay* [En línea]. Helsinki: Helsinki Times. Disponible en: <https://www.helsinkitimes.fi/finland/finland-news/domestic/23556-tehy-survey-nursing-leadership-experiencing-high-turnover-due-to-staffing-shortage-workload-and-low-pay.html> [Consultado el 4 de enero de 2024].
- Hollinghurst, S., et al. (2006). Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *British Journal of General Practice*, 56, 530-535.
- Horn, S. D. (2008). The business case for nursing in long-term care. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 9, 88-93.
- Horrocks, S., Anderson, E. y Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324, 819-823.

- Htay, M. & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100034.
- Jones, C. B. (2005). The costs of nurse turnover, part 2: application of the nursing turnover cost calculation methodology. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35, 41-49.
- Jones, R. (2020). Las mujeres están en la primera línea de la respuesta a la COVID-19. National Geographic.
- Jutkowitz, E., et al. (2023). Effects of nurse staffing on resident outcomes in nursing homes: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24, 75-81. e11.
- Kennedy, A. (2019). *Consejo Internacional de Enfermeras: por qué las enfermeras son tan importantes para la CSU*. CSU 2030. Disponible en:
- Kernick, D. & Scott, A. (2002). Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *British Journal of General Practice*, 52, 42-6.
- Kerzman, H., et al. (2020). Professional characteristics and work attitudes of hospital nurses who leave compared with those who stay. *Journal of Nursing Management*, 28, 1364-1371.
- Kim, M. (2016). Nurse turnover costs: A medium-sized hospital case. *AJMAHS*, 6, 41-49.
- Kinnersley, P., et al. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting «same day» consultations in primary care. *BMJ*, 320, 1043.
- Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å. & Conroy, T. (2014). Anything but basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 331-339.
- Klazinga, N. (2022). *The economics of patient safety: safety in the workplace* [En línea]. Pares: OCDE. Disponible: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/wps-d/2021globalconference/niekl-1.pdf?sfvrsn=1b6716e0_13 [Consultado el 2 de febrero de 2024].
- Kruk, M. E., et al. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 392, 2203-2212.
- Kuriakose, R., et al. (2020). Patient safety in primary and outpatient health care. *J Family Med Prim Care*, 9, 7-11.
- Kwong, E. W. Y., et al. (2009). Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *Journal of advanced nursing*, 65, 2608-2620.
- Lasater, K. B., et al. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open*, 11, e052899.
- Laurant, M., et al. (2009). The impact of nonphysician clinicians do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Medical care research and review*, 66, 36S-89S.
- Laurant, M., et al. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Art. N°: CD001271.
- Lazenby, M. (2020). *Toward a Better World: The Social Significance of Nursing* Oxford University Press.
- Lewis, C., et al. (2023). Value-based care: What is it, and why it's needed. Explainer. Commonwealth Fund, 7 de febrero 2023. Disponible: <https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/feb/value-based-care-what-it-is-why-its-needed>. [Consultado el 26 de marzo de 2024].
- Liu, C. F., et al. (2020). Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care. *Health Serv Res*, 55, 178-189.

- Liu, J. & Eggleston, K. (2022a). The association between health workforce and health outcomes: a cross-country econometric study. *Soc Indic Res*, 163, 609-632.
- Lopatina, E., et al. (2017). Economic evaluation of nurse practitioner and clinical nurse specialist roles: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 72, 71-82.
- Loussouarn, C., et al. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'économie politique*, 129, 489-524.
- Luangasanatip, N., et al. (2018). Cost-effectiveness of interventions to improve hand hygiene in healthcare workers in middle-income hospital settings: a model-based analysis. *Journal of Hospital Infection*, 100, 165-175.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, 1153-1163.
- Marshall, D. A., et al. (2015). Assessing the quality of economic evaluations of clinical nurse specialists and nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *NursingPlus Open*, 1, 11-17.
- Martínez-González, N. A., et al. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 14, 214-214.
- Martínez-González, N. A., et al. (2015). Task-Shifting from physicians to nurses in primary care and its impact on resource utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*, 72, 395-418.
- Martolf, G. R., et al. (2014). Examining the value of inpatient nurse staffing: an assessment of quality and patient care costs. *Medical care*, 52, 982-988.
- McGregor, W., et al. (2008). Impact of the 2004 GMS contract on practice nurses: a qualitative study. *British journal of general practice*, 58, 711-719.
- McHenry, P. & Mellor, J. M. (2022). The impact of recent state and local minimum wage increases on nursing facility employment. *Journal of Labor Research*, 43, 345-368.
- McHugh, M. D., et al. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397, 1905-1913.
- McKernan, B. 2020. Health workers targeted at least 120 times in Yemen conflict - report. *The Guardian*.
- McMenamin, A., et al. (2023). A systematic review of outcomes related to nurse practitioner-delivered primary care for multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*.
- Michel, P., et al. (2017). Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. *PLoS One*, 12, e0165455.
- Morgan, R., et al. (2016). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health policy and planning*, 31, 1069-1078.
- Morilla-Herrera, J.C., et al. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International journal of nursing studies*, 53, 290-307.
- Mukamel, D. B., et al. (2023). Association of staffing instability with quality of nursing home care. *JAMA Network Open*, 6, e2250389-e2250389.
- Mundinger, M. O., et al. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*, 283, 59-68.
- Munga, M. A., et al. (2012). Experiences, opportunities and challenges of implementing task shifting in underserved remote settings: the case of Kongwa district, central Tanzania. *BMC international health and human rights*, 12, 1-12.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine Committee on the Future of Nursing 2020-2030; (2021). The role of nurses in improving health care access and quality'. The Future of Nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity. Washington, D.C. National Academies Press (EE.UU.).

Ndosi, M., et al. (2014). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Annals of the rheumatic diseases*, 73, 1975.

Needleman, J., et al. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25, 204-211.

Nelson-Brantley, H. V., Park, S. H. & Bergquist-Beringer, S. (2018). Characteristics of the nursing practice environment associated with lower unit-level RN turnover. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48, 31-37.

Newhouse, R. P., et al. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*, 29, 230-50; quiz 251.

NHS England (2018). Introduction of a new Nurse Angiographer role to reduce Catheter Laboratory waits. Disponible en: https://www.england.nhs.uk/atlas_case_study/introduction-of-a-new-nurse-angiographer-role-to-reduce-catheter-laboratory-waits/. [Consultado el 6 de marzo de 2024].

North, N., et al. (2013). Nurse turnover in New Zealand: costs and relationships with staffing practices and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 21, 419-428.

Nurse-Family Partnerships (2014). *Maternal and child health outcomes* [En línea]. Colorado. Disponible en: <https://www.nursefamilypartnership.org/wp-content/uploads/2020/03/NFP-Maternal-and-Child-Health-Outcomes.pdf> [Consultado el 2 de febrero de 2024].

OCDE (ed.) 2018. *Feasibility study on health workforce skills assessment: Supporting health workers achieve person-centred care*, París: OCDE.

OCDE (2019a). *Realising the Full Potential of Primary Health Care* [En línea]. París: OCDE. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf> [Consultado el 18 de octubre de 2023].

OCDE (2019b). *The economic burden of patient safety in primary and ambulatory care, Flying blind*, OCDE.

OCDE (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Health Policy Studies, Ediciones de la OCDE, París.

OCDE (2021). *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*.

OCDE (2023a). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Disponible: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>.

OCDE (2023b). *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París. Disponible en: <https://www.oecd.org/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience-1e53cf80-en.htm>.

OCDE (2023c). *OECD Health Statistics 2023*. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. [Consultado el 5 de marzo de 2024].

OCDE (2023d). *OECD Employment Outlook 2023*. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-employment-outlook-2023_08785bba-en. [Consultado el 5 de marzo de 2024].

OCDE (2023e). *OECD Economic Outlook, noviembre de 2023*. Disponible en: <https://www.oecd.org/economic-outlook/november-2023/>. [Consultado el 5 de marzo de 2024].

ONU Mujeres (2013). *Managing labour migration in ASEAN: concerns for women migrant workers*. Bangkok: ONU Mujeres. Disponible en: <https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2013/1/managing-labour-migration-in-asean-concerns-for-women-migrant-workers>.

ONU Mujeres (2021). *Beyond COVID-19: A feminist plan for sustainability and social justice*. Nueva York: ONU Mujeres.

Organización Internacional del Trabajo (2019). *New job opportunities in an ageing society*. 1st Meeting of the G20 Employment Working Group, Tokio, Japón, 2019.

Organización Internacional del Trabajo (2023). *Enfermeras y matronas: ¿sobrecargadas de trabajo, mal pagadas e infravaloradas?* [En línea]. Ginebra: OIT. Disponible en: <https://ilostat.ilo.org/es/nurses-and-midwives-overworked-underpaid-undervalued/> [Consultado el 8 de febrero de 2024].

Organización Internacional del Trabajo (2024). *Trabajo decente*. Organización Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global Recommendations and Guidelines*, Ginebra, OMS.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Healthy hospitals, healthy people. Addressing climate change in health care settings*. Borrador de debate de la OMS. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2017a). *Health employment and economic growth: an evidence base*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2017b). *Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa: WHO series on long-term care*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2020a). *Servicios Sanitarios de Calidad*. [Consultado el 2 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.

Organización Mundial de la Salud (2020b). *Situación de la Enfermería en el Mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2022a). *Atención de enfermería y partería*.

Organización Mundial de la Salud (2022b). *La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial e tiempos de COVID-19*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2022c). *Global health and care workers compact: final draft for Member State review*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2022d). *Global report on infection prevention and control*, Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2022e). *Cobertura sanitaria universal*. Sitio web de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2022f). *Long-term care Q&A*.

Organización Mundial de la Salud (2023a). *Universal health coverage* [Consultado del 22 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>.

Organización Mundial de la Salud (2023b). *Health for all: transforming economies to deliver what matters: final report of the WHO Council on the Economics of Health for All*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2023c). *"The most important is to stay human": the story of a Ukrainian nurse from Kharkiv caring for patients amid the war*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2024). *Fair share for health and care: gender and the undervaluation of health and care work*. Geneva: WHO. Disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240082854>. [Consultado el 25 de marzo de 2024].

- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra: OMS.
- Orozco, A. P. (2009). Global Care Chains. Gender, Migration and Development Series. Working Paper 2. United Nations International Research and Training.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS* [Comunicado de prensa] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-1-2019-numero-adultos-mayores-con-necesidades-cuidado-largo-plazo-se-triplicara-para> [Consultado el 5 de marzo de 2024].
- Osterveld-Vlug, M. G., et al. (2013). Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC health services research*, 13, 1-9.
- Panagioti, M., et al. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 366, l4185.
- Park, S. H., et al. (2014). Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Investigación en servicios de salud*, 49, 1205-1225.
- Pennings, S. (2020). The Utilization-Adjusted Human Capital Index. Policy Research Working Paper; No. 9375. Banco Mundial, Washington, DC.
- Perloff, J., Desroches, C. M. y Buerhaus, P. (2016). Comparing the Cost of Care Provided to Medicare Beneficiaries Assigned to Primary Care Nurse Practitioners and Physicians. *Health services research*, 51, 1407-1423.
- Perruchoud, E., et al. (2021). The Impact of Nursing Staffs' Working Conditions on the Quality of Care Received by Older Adults in Long-Term Residential Care Facilities: A Systematic Review of Interventional and Observational Studies. *Geriatrics*, 7, 6.
- Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18, 29-41.
- Randall, S., et al. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 73, 24-33.
- Raven, J., Wurie, H. & Witter, S. (2018). Health workers' experiences of coping with the Ebola epidemic in Sierra Leone's health system: a qualitative study. *BMC health services research*, 18, 1-9.
- Remes, J., et al. (2020). Prioritizing health: A prescription for prosperity. Instituto Global McKinsey.
- Ridhwan, M. M., et al. (2022). The effect of health on economic growth: A meta-regression analysis. *Empirical economics*, 63, 3211-3251.
- Roblin, D. W., et al. (2004). Use of midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an MCO. *Health services research*, 39, 607-626.
- Roche, M. A., et al. (2015). The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian*, 22, 353-358.
- Rodgers, Y., et al. (2020). Migrant women & remittances: exploring the data from selected countries. ONU Mujeres.
- Ruiz, P. B. D. O., Perroca, M. G. & Jericó, M. D. C. (2016). Cost of nursing turnover in a Teaching Hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 101-108.
- Saikia, D. (2018). *Wārasān prachākōn læ sangkhom = Journal of population and social studies*, 26, 101-118.
- Schoenstein, M., Ono, T. y Lafortune, G. (2016). Skills use and skills mismatch in the health sector: What do we know and what can be done? Disponible en: OCDE (ed.) *Health Workforce Policies in OECD Countries*. París: OCDE.

- Sharma, H. & Xu, L. (2022). Association between wages and nursing staff turnover in lowa nursing homes. *Innovation in Aging*, 6, igac004.
- Shin, J. H. & Bae, S.-H. (2012). Nurse staffing, quality of care, and quality of life in US nursing homes, 1996–2011: an integrative review. *Journal of gerontological nursing*, 38, 46-53.
- Shin, J. H. & Hyun, T. K. (2015). L Nurse staffing and quality of care of nursing home residents in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 555-564.
- Shum, C., et al. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*, 320, 1038-1043.
- Sitterding, M. C., et al. (2012). Understanding situation awareness in nursing work: A hybrid concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 35, 77-92.
- Slawomirski, L. & Klazinga, N. (2022). The economics of patient safety: From analysis to action. París: OCDE.
- Srof, B. J., Lagerwey, M. & Liechty, J. (2023). Nurses' lived experience of peacebuilding. *Nursing inquiry*, 30, e12591.
- Starfield, B., Yushi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83, 457-502.
- Stevanin, S., et al. (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. 74, 1245-1263.
- Sutton, C., et al. (2023). Strategic workforce planning in health and social care - an international perspective: A scoping review. *Health Policy*, 132, 104827.
- Szanton, S. L., et al. (2021). CAPABLE program improves disability in multiple randomized trials. *Journal of the American Geriatrics Society* 69, 3631-3640.
- Tang, J. H. y Hudson, P. (2019). Evidence-based practice guideline: Nurse retention for nurse managers. *Journal of gerontological nursing* 45, 11-19.
- Tappenden, P., et al. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, Inglaterra)*, 16, 1.
- Tchouaket, E., Kilpatrick, K. & Jabbour, M. (2020). E Effectiveness for introducing nurse practitioners in six long-term care facilities in Québec, Canada: A cost-savings analysis. *Nursing Outlook*, Vo. 68, Issue 5, P611-625.
- Teresi, J. A., et al. (2013). Comparative effectiveness of implementing evidence-based education and best practices in nursing homes: *International Journal of Nursing Studies*, 50, 448-463.
- Tsiachristas, A., et al. (2015). Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health policy (Amsterdam)*, 119, 1176-1187.
- Uchida-Nakakoji, M., et al. (2016). Economic evaluation of registered nurse tenure on nursing home resident outcomes. *Applied Nursing Research*, 29, 89-95.
- Venning, P., et al. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *Bmj*, 320, 1048-53.
- Wang, H. et al. (2023). The Economic Burden of SARS-CoV-2 Infection Amongst Health Care Workers in the First Year of the Pandemic in Kenya, Colombia, Eswatini, and South Africa. Washington, DC: Banco Mundial.
- Warshawsky, N. (2023). Investing in nurse leader development: Enhancing efficiency, quality, and financial performance.
- Wellbeing Economy Alliance (2022). For an economy in service of life. Wellbeing Economy Alliance.

- Wenham, C. (2020). The gendered impact of the COVID-19 crisis and post-crisis period.
- Weston, M. J. (2022). Strategic Planning for a Very Different Nursing Workforce. *Nurse Leader*, 20, 152-160.
- Winter, V., Schreyögg, J. & Thiel, A. (2020). Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implications for patient satisfaction. *Health Policy*, 124, 380-388.
- Wodon, Q., et al. (2018). *Missed opportunities: the high cost of not educating girls* [En línea]. Washington, DC: Banco Mundial. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10986/29956> [Consultado el 7 de febrero de 2023].
- Woetzel, J., et al. (2015). How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth. McKinsey Global Institute.
- Wootton, M. y Davidson, L. (2023). Responding to global emergencies: what has the role of nurses been and what can it be in the future? *Clinics in Integrated Care*, 20, 100166.
- Zangaro, G. (2019). *Task Shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global Recommendations and Guidelines*. Ginebra: OMS.



Consejo Internacional de Enfermeras

3, Place Jean-Marteau
1201 Ginebra, Suiza
+41229080100
icn@icn.ch
www.icn.ch