

ENFERMERÍA
UNA VOZ PARA LIDERAR
LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO



LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO
ACCESO, INVERSIÓN Y
CRECIMIENTO ECONÓMICO

DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA
RECURSOS Y EVIDENCIAS

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS



ÍNDICE

Mensaje de la Presidenta del CIE	3
Parte uno: la salud es un derecho humano	4
El reto al que nos enfrentamos	4
El derecho a la salud y el enfoque del CIE para el año	5
Elementos clave en un planteamiento de derechos respecto al sistema de salud	6
Los seis elementos centrales de un sistema sanitario eficaz basado en el derecho a la salud	8
¿Por qué deben estar interesadas las enfermeras en el enfoque del derecho a la salud respecto a la atención sanitaria?	9
Parte dos: desentrañando la complejidad del acceso a la atención de salud	10
La visión única e íntima de la enfermera	10
Acceso a la atención de salud: concienciando e identificando necesidades sin cubrir	12
Acceso a la atención de salud: cubriendo necesidades diversas	15
Acceso a la atención de salud: disponibilidad y servicios de fácil acceso	18
Acceso a la atención de salud: asequibilidad de los cuidados	22
Acceso a la atención de salud: cuidados seguros y de calidad	25
Acceso a la atención de salud: acceso en el momento oportuno	28
Acceso a la atención de salud: cuidados centrados en las personas	31
Parte tres: inversión y crecimiento económico	33
Cobertura sanitaria universal	35
Cuidados centrados en las personas	38
Recursos humanos para la salud	42
Parte cuatro: de la política a la práctica – de la práctica a la política	47
La última palabra	53
Referencias	54

Patrocinador del proyecto: Howard Catton

Autores: David Stewart, Erica Burton, Profesora Jill White (Parte cuatro)

Formato y edición: Lindsey Williamson, Julie Clerget, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo

Asesores especiales: Profesor Sridhar Venkatapuram, Profesora Anne Marie Rafferty, Profesora Marla Salmon, Profesor Thomas Kearns

Comité director: Simon Hlungwani, Dra. Kwua-Yun Wang, Sra. Paola Pontoni Zuniga

Diseño: ACW www.acw.uk.com

Reservados todos los derechos, incluidos los de traducción a otras lenguas. Ninguna parte de esta publicación se podrá reproducir de forma impresa, por medios fotostáticos o de cualquier otra manera, ni podrá ser almacenada en un sistema de recuperación, ni transmitida de ninguna forma, o vendida sin permiso expreso por escrito del Consejo internacional de enfermeras. Sin embargo, está permitido reproducir fragmentos breves (por debajo de 300 palabras) sin autorización a condición de que se indique la fuente.

Copyright © 2018 por el CII – Consejo Internacional de Enfermeras,

3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN : 978-92-95099-50-0

MENSAJE DE LA PRESIDENTA DEL CIE

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) cree que la salud es un derecho humano y está a la vanguardia en la defensa del acceso a la salud dado el papel clave que desempeñan las enfermeras en su consecución. En todo el mundo, hay personas y comunidades que sufren víctimas de enfermedades por carecer atención de salud accesible y asequible. Sin embargo, ¡hemos de recordar que el derecho a la salud también se aplica a las enfermeras! Sabemos que una mejor calidad y seguridad para los pacientes depende de los entornos de trabajo positivos para el personal, lo cual implica el derecho a un entorno de trabajo seguro, remuneración adecuada y acceso a recursos y educación, ¡sin olvidar el derecho a ser escuchados y tener voz en la toma de decisiones y en la implementación de las políticas desarrolladas!

En calidad de la voz global de la enfermería, el CIE seguirá hablando alto y claro, tal y como ya está haciendo en 2018 con más fuerza que nunca. Al hilo del tema del DIE 2018 – Enfermeras: una voz para liderar, la salud es un derecho humano – esta carpeta presenta evidencia convincente sobre cómo las inversiones en enfermería producen crecimiento económico y sobre cómo la mejora de las condiciones de vida de las personas promueve la existencia de sociedades cohesionadas y economías productivas.

Para las enfermeras, el concepto de que la salud es un derecho humano significa que todos los seres humanos tienen derecho a acceder a atención de salud asequible y de calidad cuando más falta les hace. ¡En este preciso instante, hay enfermeras trabajando en entornos sanitarios de uso cotidiano, así como en puestos influyentes en los que se toman decisiones!

En este Día internacional de la enfermera, unámonos para saber cómo las enfermeras están mejorando la atención sanitaria y los sistemas de salud de manera que nadie se quede atrás. Juntemos nuestras voces para ser una voz para liderar, sosteniendo un planteamiento de cuidados centrados en las personas y los sistemas sanitarios a la par que garantizando que nuestras voces se escuchan con el fin de influenciar las políticas de salud y su correspondiente planificación y realización.

En nombre de todos nosotros desde el CIE, ¡feliz Día internacional de la enfermera!



Annette Kennedy

Presidenta

Consejo internacional de enfermeras



PARTE UNO: LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO



En mi opinión, la clave de la cobertura sanitaria universal es de carácter ético. ¿Queremos que nuestros conciudadanos mueran por el mero hecho de ser pobres? ¿Queremos que haya millones de familias empobrecidas por tener que hacer frente a gastos sanitarios catastróficos por no haberse podido proteger ante este riesgo financiero? La cobertura sanitaria universal es un derecho humano.”

–Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Director general, OMS)¹

El reto al que nos enfrentamos

En junio de 2017, Dainius Puras, Relator especial de Naciones Unidas³, presentó su informe sobre el derecho de todas las personas a disfrutar del máximo estándar de salud física y mental alcanzable ante el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas.² El informe en cuestión se centraba en la salud mental sobre la cual el relator concluía afirmando que *“nada que no sea un ‘cambio radical’ pondrá fin a años de abandono de la atención de salud mental.”*³ El informe ponía de manifiesto décadas de abandono, abusos y violencia contra colectivos socialmente desfavorecidos, en particular personas con discapacidades intelectuales, cognitivas y psicosociales por falta de atención y apoyo o por haber recibido cuidados ineficaces y perjudiciales.

Dicho Relator también afirmó que “en los lugares donde hay sistemas de salud mental, estos se encuentran segregados de otros tipos de atención de salud y se basan en prácticas anticuadas contrarias a los derechos humanos.”

Asimismo, señaló que “las políticas y los servicios de salud mental están en crisis, pero no una crisis provocada por desequilibrios químicos sino por desequilibrios de poder” y solicitó compromisos políticos valientes, así como respuestas políticas urgentes y acciones inmediatas para remediar la situación.

Asimismo, cree que una de las causas es el predominio de modelos biomédicos en los que se depende de la medicación y no se logra respetar, proteger y ejercer el derecho a la salud. Los tratamientos se centran únicamente en la patología a costa del bienestar de la persona en el terreno más amplio de su vida personal, social, política y económica.

¹El actual Relator especial de Naciones Unidas es Dainius Puras, psiquiatra de Lituania. El Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas con sede en Ginebra designa a los relatores especiales y a los expertos independientes para examinar y seguidamente informar sobre un tema específico de derechos humanos o la situación de un país. Los puestos son de carácter honorífico y los expertos no son personal de la ONU ni se les abona su trabajo.

El informe en cuestión llega a resaltar que las políticas públicas descuidan la importancia de las condiciones previas a una mala salud mental como, por ejemplo, violencia, desempoderamiento, exclusión y aislamiento social, además de comunidades desestructuradas, desventajas socioeconómicas del sistema y condiciones perjudiciales en el trabajo y las escuelas. El informe concluye que los planteamientos que no logran proteger el entorno social, económico y cultural no solo están fallando a las personas con discapacidad, sino que también están fracasando en la promoción de la salud mental y el bienestar en todo el ciclo vital.

A través del ejemplo de la salud mental, el Dr. Puras apunta claramente a que el principal problema que limita nuestra capacidad de alcanzar la salud para todos es la falta de un planteamiento centrado en las personas. En el ámbito de la salud, en particular en relación con la capacidad de acceder a los cuidados como derecho humano, hemos de ir más allá de la visión biológica y patológica de la salud puesto que es posible llevar a cabo acciones políticas, sociales, económicas, científicas y culturales capaces de promover un buen estado de salud para todos. Para gozar de buena salud, hay que tener acceso a agua potable y segura, además de una buena nutrición, saneamiento adecuado, educación, extendiendo asimismo la igualdad y la libertad en la sociedad junto con otros determinantes subyacentes a la salud.

Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen tienen un efecto predominante en la carga de la enfermedad y la pérdida prematura de la vida. Es ahí donde la enfermería puede tener un profundo efecto a la hora de promover la perspectiva de los derechos humanos respecto a la salud. Históricamente, la base filosófica de la práctica de la enfermería es un planteamiento centrado en las personas respecto a la salud.

Hay una crisis moral en el tratamiento de la salud mental. Hemos fallado en los derechos humanos en los hospitales de numerosos países.”

–Prof. Vikram Patel

El derecho a la salud y el enfoque del CIE para el año

¿Por qué el CIE se está centrando en la salud como derecho humano? Este amplio enfoque permite que las enfermeras entiendan la base filosófica de toda nuestra práctica, ya sea en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o traumas o en los tratamientos agudos y crónicos. Nos permite localizar los efectos saludables de los determinantes sociales de la salud, como, en particular, saneamiento, alimentación adecuada, vivienda decente, buenas condiciones laborales, formación, igualdad y un entorno limpio.⁴ El papel de la enfermería en el abordaje de desigualdades, prácticas discriminatorias y relaciones de poder injustas en relación con los determinantes sociales de la salud fue el enfoque del Día internacional de la enfermera (DIE) 2017 (‘Enfermeras: una voz para liderar – Alcanzando los Objetivos de Desarrollo Sostenible’). De este modo, podemos comprender el sistema de salud desde una perspectiva centrada en las personas y la comunidad. El DIE de este año se basa en los mensajes del DIE 2017 explorando ahora cuestiones como el **acceso** a la atención de salud y la repercusión de los problemas de acceso en los resultados de salud.

El tratamiento de una enfermedad puede ser totalmente impersonal; el cuidado de un paciente ha de ser totalmente personal.”

–Francis W. Peabody⁵

Los sistemas de salud son un elemento esencial de cualquier sociedad saludable y equitativa. Cuando la salud se ve como un derecho humano, se nos plantea la exigencia de actuar y asumir la responsabilidad de posibilitar el acceso al sistema de salud. Esta creencia debe ser la piedra angular de un sistema eficaz cuyos beneficios, en última instancia, se dirigirán a las distintas comunidades y países. El derecho a la salud es más que un eslogan para los trabajadores sanitarios, los grupos de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales. Se trata de un esfuerzo para llevar a cabo un cambio positivo en el mundo. En la mayoría de los casos, el derecho a la salud es un instrumento legal al que se puede recurrir para que los gobiernos y la comunidad internacional tengan que rendir cuentas. Asimismo, puede y debe utilizarse como herramienta constructiva para que el sector de la salud dispense los mejores cuidados a las personas, las comunidades y las poblaciones.⁶

La CSU y su modalidad de aplicación en los distintos países es una cuestión que, en gran medida, depende de cada contexto. Fundamentalmente, a nadie se le debe negar el acceso a un estándar adecuado de atención de salud en su país a causa de su situación financiera, puesto que los cuidados recibidos no deben agravar su pobreza. Una perspectiva de derechos humanos respecto a la salud implica que cualquier persona pueda recibir la atención sanitaria que necesite para cubrir sus necesidades de salud, independientemente de su lugar de residencia.



En septiembre de 2015, **193 PAÍSES APROBARON FORMALMENTE UN NUEVO PLAN RECTOR PARA EL MUNDO QUE QUEREMOS**, incluyendo la CSU, el derecho a la salud sin dificultades financieras.⁷



AL MENOS 400 MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO CARECEN DE ACCESO a uno o más servicios esenciales de salud.



CADA AÑO, 100 MILLONES DE PERSONAS CAEN EN LA POBREZA al pagar servicios fundamentales de salud.⁷



Como media, aproximadamente el **32% DEL GASTO EN SALUD DE CADA PAÍS** proviene de pagos del propio bolsillo.⁷

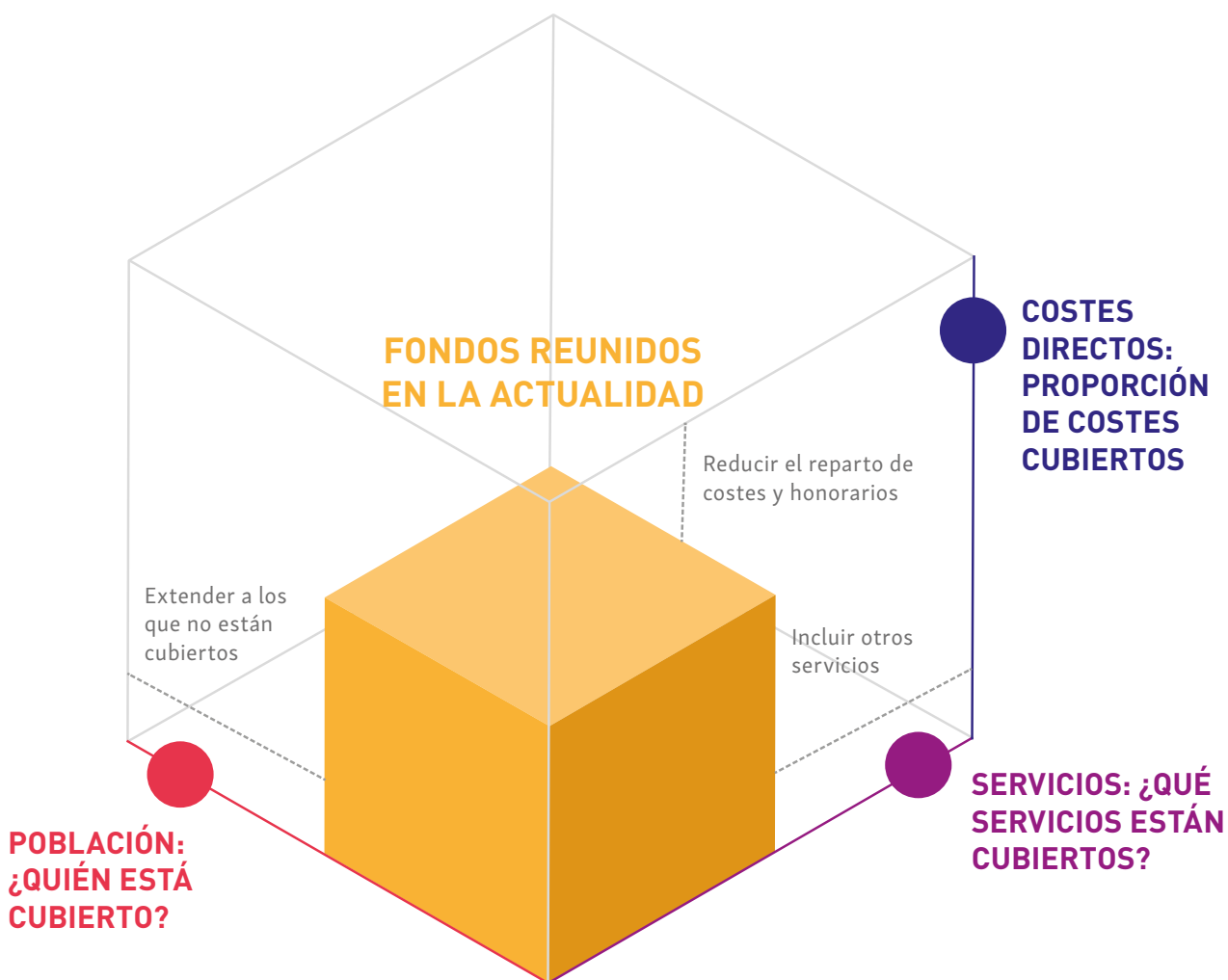


EL 40% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL carece de protección social.⁸



HACEN FALTA COMO MÍNIMO 44 USD \$ POR PERSONA y año para prestar servicios básicos que salvan la vida: 26 Estados miembros de la OMS gastaron menos en 2011.⁸

Figura 1: Tres dimensiones a considerar al avanzar hacia la cobertura universal⁹



Elementos clave en un planteamiento de derechos humanos respecto al sistema de salud

Una de las piedras angulares del derecho a la salud y la aspiración al máximo estándar de salud alcanzable es un sistema sanitario eficaz e integrado que considere la atención sanitaria en relación con los determinantes de la salud. Asimismo, el sistema sanitario ha de dar respuesta a las prioridades tanto locales como nacionales y ser accesible para todos. Una vez logrado, los cimientos para una sociedad saludable y equitativa están en su sitio.

Figura 2: Los principios generales de un sistema de salud basado en el derecho a la salud¹⁰



RESULTADOS Y PROCESOS

En relación con cómo funciona el sistema de salud (por ej. transparente, participativo y sin discriminación).



CULTURALMENTE APROPIADO

Un sistema de salud debe ser respetuoso con las diferencias culturales.



REALIZACIÓN PROGRESIVA

El derecho al estándar más elevado alcanzable de salud está sujeto a una realización progresiva y a la disponibilidad de recursos. En otras palabras, un sistema completo e integrado no se puede construir de la noche a la mañana. Sin embargo, debe haber progreso y este se debe medir en función de puntos de referencia.



EQUIDAD, IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

Un sistema de salud debe ser accesible a todos sin discriminación, incluyendo a quienes viven en la pobreza, minorías, poblaciones indígenas, mujeres, niños, personas con discapacidad, ancianos, etc.



DETERMINANTES DE LA SALUD

La salud de las personas y las comunidades requiere más que cuidados médicos. En particular, requiere abordar los determinantes de la salud.



CALIDAD

El servicio de salud ha de ser de buena calidad con acceso a medicamentos esenciales. La calidad también se extiende a cómo son tratados los pacientes en el sistema de salud.

ENFOQUE HOLÍSTICO CENTRADO EN LAS PERSONAS



CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Ha de haber una combinación apropiada de servicios primarios, secundarios y terciarios que ofrezcan una continuidad en materia de prevención y cuidados, incluyendo procesos de derivación adecuados.



COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Se requiere cooperación para el ‘bien público global’, en particular para el control de las enfermedades infecciosas, la difusión de la investigación en materia de salud y las iniciativas regulatorias internacionales. Esto se puede ampliar a no perjudicar a los países vecinos y apoyar a los de renta baja.



MONITORIZACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Los derechos implican deberes y requieren rendición de cuentas. En la rendición de cuentas se incluye la monitorización de la conducta, el desempeño y los resultados.



COORDINACIÓN

Un sistema de salud eficaz requiere coordinación entre varios sectores y ministerios como sanidad, medio ambiente, agua, transporte, etc. La labor de coordinación ha de extenderse desde la formulación de políticas hasta la prestación efectiva de servicios.



LOGRAR EQUILIBRIOS

En ocasiones hay competencia entre distintas necesidades. Estas se deben considerar en su contexto. No siempre hay una respuesta clara a preguntas difíciles, en particular en un entorno con restricciones de recursos.



OBLIGACIONES LEGALES

El derecho al estándar más elevado alcanzable de salud da lugar a obligaciones legalmente vinculantes como las mencionadas aquí.

En 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹ esbozó un planteamiento general sobre el derecho a la salud mediante el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. En el diagrama a continuación se indican seis elementos centrales de un sistema de salud que funciona.

Figura 3: Las seis piedras angulares de un sistema de salud que funciona





¿Por qué deben estar interesadas las enfermeras en el enfoque del derecho a la salud respecto a la atención sanitaria?

Está basado en la evidencia: el planteamiento del derecho a la salud respecto a los sistemas sanitarios está basado en la evidencia y es una forma importante y demostrada de mejorar la salud y la equidad en una población. Dicho enfoque es fundamental para proporcionar estructura y disciplina a la formulación de políticas de salud en un país y posibilita que los gobiernos tengan que rendir cuentas.¹²

Cada persona tiene valor intrínseco y es una expresión de humanidad: muchos sistemas de salud tienen el enfoque histórico de estar dirigidos “desde arriba hacia abajo” cuando se pretende lograr eficiencias económicas. Otros planteamientos se han basado en la enfermedad en lugar de mirar a la persona en su conjunto considerando que su cuerpo y su mente están entrelazados y que merece ser tratada con dignidad y respeto. Históricamente, las enfermeras han adoptado una visión holística de la persona y de su condición como tal en la comunidad. Las enfermeras pueden liderar sosteniendo un enfoque centrado en las personas respecto a los cuidados y el sistema de salud, situando así el bienestar de las personas, las comunidades y las poblaciones en el centro del sistema sanitario, que no puede ser tecnocrático y alejarse de aquellos a quienes se supone que tiene que atender.¹³

Obligación legal: existen numerosas obligaciones jurídicamente vinculantes en relación con el derecho al máximo estándar de salud alcanzable, lo cual significa que los gobiernos y los sistemas de salud tienen la responsabilidad de proporcionar un determinado estándar de cuidados a las comunidades y las poblaciones.

Las enfermeras han de realizar una contribución fundamental: se han elaborado leyes para sostener el derecho al máximo estándar de salud alcanzable pero numerosas organizaciones, instituciones y gobiernos aún están explorando sus implicaciones y su puesta en práctica. El derecho a la salud no es algo estático, sino que sigue evolucionando a medida que se progresa en el campo de la ciencia y la tecnología. Las enfermeras han de realizar una contribución decisiva a este proceso puesto que poseen el razonamiento científico y las bases filosóficas necesarias, además de estar cerca del paciente, la familia y la comunidad.

El éxito de la CSU mediante la atención centrada en las personas depende de que la profesión de enfermería adopte un planteamiento que transforme la conceptualización de la salud y la modalidad de prestación de atención sanitaria, en particular formando y promoviendo alianzas con personas y comunidades, legisladores, gobiernos y otros profesionales de la salud con el fin de modificar los efectos de los determinantes sociales de la salud; generar el concepto de proveedores sanitarios inclusivos de la comunidad; y desarrollar y ampliar modelos innovadores de prestación de servicios sanitarios.

Un enfoque centrado en las personas, un sistema de salud que sea funcional y la disponibilidad de una fuerza laboral con el nivel de cualificación apropiado y que aborde las dificultades de acceso son las piedras angulares fundamentales para la consecución de la cobertura sanitaria universal. La Parte dos a continuación trata con más detalle las cuestiones relativas al acceso.

PARTE DOS: DESENTRAÑANDO LA COMPLEJIDAD DEL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD



Si no involucramos a los consumidores, los pacientes y los familiares en el proceso de atención de salud, no seremos eficaces a la hora de eliminar las desigualdades y mejorar la salud para todos.”

–Kalahn Talyor–Clark¹⁴

La visión única e íntima de la enfermera

No hay ninguna otra profesión que atienda las necesidades de las personas en sus épocas más vulnerables que la enfermería. La relación entre el cliente y la enfermera ofrece una visión única e íntima de la vida de una persona. Cabe destacar a modo de ejemplo las siguientes historias de pacientes reales relatadas por enfermeras.

Con un diagnóstico de cáncer de mama reciente, la verdadera tragedia de Amelia había sido perder a su marido solo dos meses antes, el cual, cuando solo le quedaba un año para jubilarse, se había negado a ir al hospital para consultar por qué le dolía el pecho. Dijo que no era más que una indigestión y se volvió a la cama para no despertarse nunca más. El dolor de Amelia se debe más a la pérdida de su marido que a su cáncer.

Hospitalizado con el fin de recibir un tratamiento de tres meses para una enfermedad hematológica, Yusuf recibió, sin su consentimiento, una inyección que estaba dirigida a otro paciente, lo cual puso en peligro la eficacia de su tratamiento y retrasó su alta hospitalaria un mes más. Yusuf está enfadado tanto por la forma que tuvo el hospital de abordar el problema como por la manera en que le notificaron el error.

José siempre se está riendo, pero tras su risa oculta terribles miedos. A pesar de no haber fumado nunca, padece cáncer de pulmón en estadio cuatro en remisión. Sin embargo, José sigue necesitando un ciclo mensual de quimioterapia de una semana de duración. Tres días antes de cada régimen de quimioterapia, sufre unos ataques de pánico terribles. Incluso mientras la quimioterapia entra en su cuerpo, José no desea más que arrancarse la vía y marcharse a casa puesto que ya sabe cómo va a pasar la siguiente semana una vez que su cuerpo haya quedado envenenado por la quimioterapia.

Resulta obvio que Beatrice ha perdido mucho peso y, por tanto, cada vez es más frágil. Había sido cantante antes de quedarse sin fuerza en la voz. Hace muchos meses que ve sangre en sus heces y está en lista de espera para hacerse una colonoscopia. La lista es tan larga que el hospital le recomienda que se la haga por lo privado pero, como no se puede permitir esta opción, sigue esperando. Pasados dos años, le realizan la colonoscopia y el médico, en el transcurso de una visita a sus pacientes para enseñar a estudiantes de medicina, estando a los pies de la cama de Beatrice, le comunica que tiene cáncer de intestino en estadio 4. “Hablaban como si yo ni siquiera estuviera en la habitación,” cuenta Beatrice. “No era más que un ‘especimen’ en la cama.”

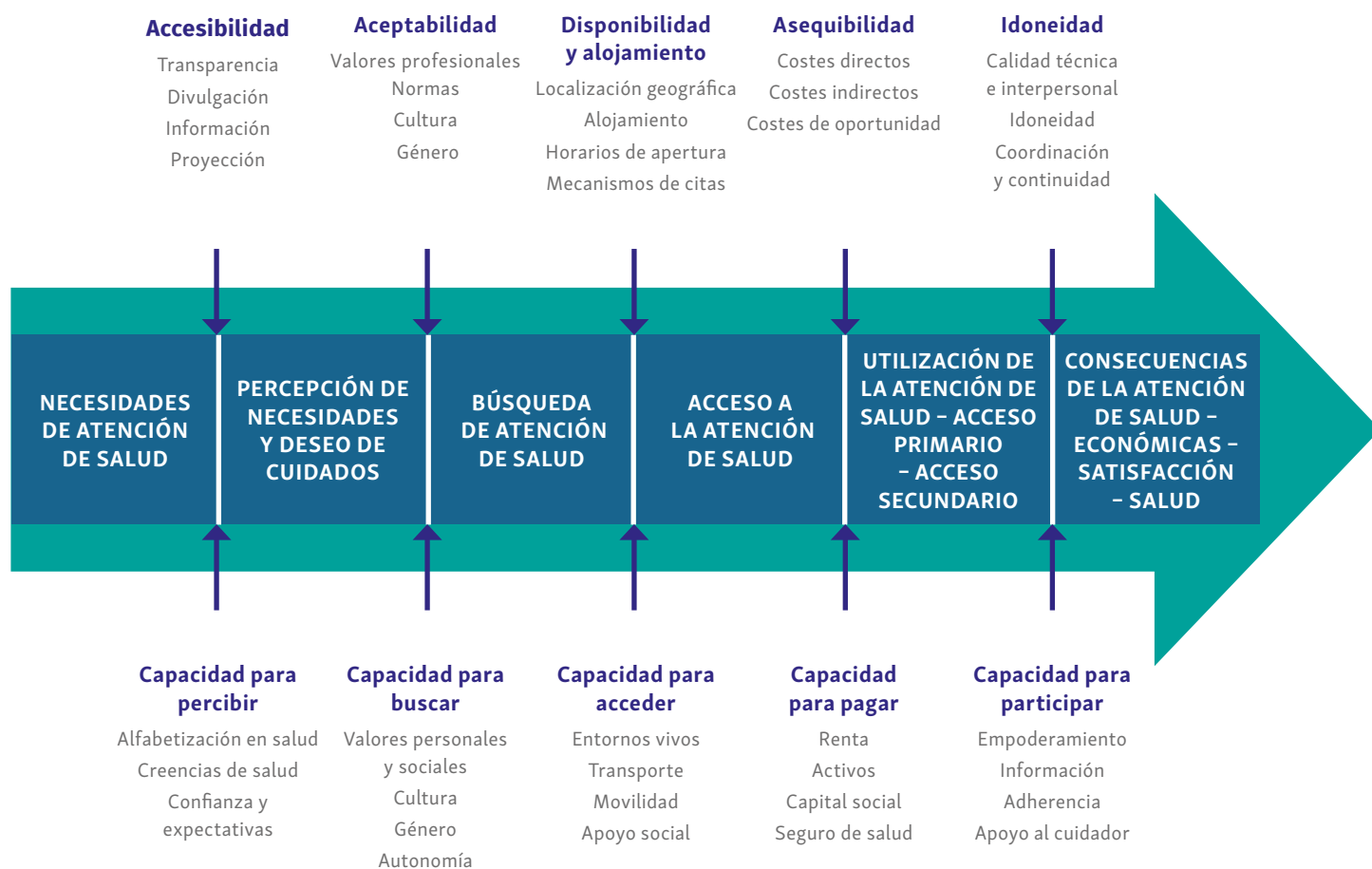
Más que cualquier otra especialidad de la salud, las enfermeras son las que más tiempo pasan con los pacientes y sus familias, de manera que conocen de primera mano las historias que influyen en su salud y en su bienestar. Todo el mundo tiene una historia y cada historia alberga el potencial de mejorar el sistema de salud y que las personas y las comunidades disfruten del máximo estándar de salud alcanzable. Son estas perspectivas las que tienen el poder del cambio. Los políticos están lejos de los requisitos de un sistema de salud eficaz y centrado en las personas puesto que para ellos es algo secundario. Para las enfermeras, en cambio, es su vida cotidiana. El derecho al máximo estándar de salud alcanzable requiere la perspectiva de la enfermería para cuestionar el funcionamiento del sistema y ver cómo mejorarlo (asunto expuesto con más detalle en la Parte cuatro).

El acceso a la atención de salud es un determinante clave de hasta qué punto el sistema sanitario está cubriendo correctamente las necesidades de salud de las personas y las comunidades. Es un factor central en la creencia de que la salud es un derecho humano, además de ser la piedra angular de la CSU y los cuidados centrados en las personas.

En relación con esta publicación para el DIE, 'acceso' se define como "la oportunidad de llegar y obtener servicios de atención de salud apropiados en situaciones en las que se percibe la necesidad de recibir cuidados."¹⁵ El acceso ha de permitir que las personas den los pasos adecuados para poder entrar en contacto u obtener atención de salud según sus necesidades, de manera que estas queden cubiertas. Esta visión representa una comprensión holística del 'acceso' puesto que incorpora tanto los factores relativos al usuario como al proveedor de servicios de salud en lugar de ver el acceso como una mera cuestión de asequibilidad.

Esta sección tratará las distintas dimensiones y determinantes del acceso y cómo interactúan entre sí mediante la utilización de un marco dinámico (Figura 4) desarrollado por Lesvesque, Harris y Russell¹⁵ que considera el acceso como el resultado de una acumulación de experiencias y resistencias a las que se enfrentan las personas. La intención es cultivar una mejor comprensión de las complejidades que conforman el acceso tanto para informar la práctica de la enfermería sobre el terreno como para que la comunidad de enfermería pueda informar eficazmente las políticas dirigidas a la CSU.

Figura 4: Un marco conceptual de acceso a la atención de salud¹⁵



ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD: Concienciando e identificando necesidades sin cubrir

En 2014, 422 millones de personas padecían diabetes en el mundo, lo cual provocó más de 1,6 millones de muertes directas.¹⁶ La diabetes es una enfermedad crónica complicada y costosa que afecta a casi 1 de cada 11 personas en todo el mundo con un gasto global de 673.000 millones de dólares estadounidenses (el 12% del gasto global en salud).¹⁷ Su prevalencia a nivel mundial se ha disparado y el número de adultos diagnosticados con la enfermedad está aumentando rápidamente. Sin embargo, no se conoce por completo la envergadura del problema puesto que muchas personas ni siquiera saben que la padecen y que necesitan tratamiento.

En Sudáfrica, los investigadores creen que más del 53% de la población desconoce que padece diabetes. De aquellos que han sido diagnosticados, más del 80% no tienen sus niveles de azúcar en sangre bajo control y tienen una gran necesidad de cuidados aún sin cubrir.¹⁸ Este problema no es exclusivo de Sudáfrica puesto que se aprecia en todo el mundo. Existen varias causas para explicar esta elevada tasa de necesidades sin satisfacer que, sobre todo, están relacionadas por un lado con la comprensión de los signos y los síntomas de la enfermedad por parte de las personas para que soliciten cuidados clínicos y por otro lado con la capacidad de los sistemas de salud de ofrecer los servicios y la información necesaria sobre la diabetes.

La comprensión y el conocimiento de la diabetes por parte de la persona afectada influye en la actitud respecto al tratamiento, las opciones de estilo de vida y la capacidad de autogestionar su enfermedad. Cuando la alfabetización en salud es baja, se produce una mayor incidencia de otras enfermedades crónicas, un peor estado de salud y una calidad de vida mermada. Una inadecuada alfabetización en salud es uno de los factores que contribuyen a la carga desproporcionada de problemas relacionados con la diabetes entre las poblaciones desfavorecidas.¹⁹

El sistema de salud también ha de hacer frente a una serie de retos. Numerosas organizaciones, tanto públicas como privadas, están intentando implementar estrategias para mejorar la detección y el tratamiento de la diabetes, aunque muchas de ellas, aparte de fracasar, son costosas. Las que se han considerado exitosas tienen varias características similares por ejemplo que acercan los cuidados al consumidor^b; mejoran la relación de colaboración con la persona y la comunidad con el fin de incrementar el conocimiento y la comprensión de la diabetes y los tipos de servicios a disposición; y se centran en alinear las necesidades holísticas del consumidor con los profesionales sanitarios apropiados.²⁰ El principal factor que impulsa todo ello es la mejora del acceso a la atención de salud y el tratamiento de la diabetes como enfermedad crónica con grandes implicaciones en relación con el estilo de vida.

Para que los servicios de salud sean accesibles, la población ha de ser consciente de su existencia, además de entender cómo se accede a los mismos y desear hacerlo. El primer paso para acceder a la atención de salud es saber que se necesita. El segundo es que los servicios de salud se presten de forma que se contribuya al empoderamiento del usuario para que este identifique necesidades de salud y acceda a los servicios sanitarios adecuados.

^bNo hay suficientes especialistas para cubrir las exigencias de la diabetes de manera que los centros de excelencia han derivado al 80-90% de los pacientes diabéticos a los servicios de atención primaria o comunitaria.



ESTUDIO DE CASO: Servicios integrados y promoción de la salud para las personas mayores con enfermedades no transmisibles

Autor: Baithesda, Wenda Oroh

País: Indonesia

El Centro de salud de la comunidad situado en el subdistrito de Ranomut, Indonesia, es uno de distintos centros de salud de la comunidad encargados por el Gobierno para abordar problemas de salud pública en la ciudad de Manado. En la actualidad, hay 1.214 personas mayores registradas en este Centro que presta servicios sanitarios integrados y de promoción de la salud en relación con las enfermedades no transmisibles entre la población



anciana. Estos centros utilizan el 'Posbindu PTM', es decir, un marco de trabajo para las acciones de promoción y prevención en materia de salud comunitaria. El objetivo de Posbindu PTM es incrementar la participación pública en las labores de prevención y detección temprana de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Para las personas en riesgo o con ENT, el programa pretende lograr y mantener un estado de salud óptimo.

Los servicios que se ofrecen con arreglo a este marco incluyen asesoramiento e intercambio de experiencias y conocimientos; detección temprana de ENT examinando el estado de salud mental y el estado nutricional mediante la medición del peso y la altura, la presión arterial, los niveles de hemoglobina y realizando análisis de orina. Dependiendo de las necesidades locales, los centros también pueden ofrecer alimentación suplementaria y actividades deportivas. Las acciones de Posbindu PTM son propiedad de la comunidad y esta se encarga de su completa implementación para la comunidad con el apoyo de enfermeras y otros profesionales de la salud.

El Centro de Ranomut pretende incrementar el alcance de los servicios de salud para llegar a las personas mayores de la comunidad. El programa está diseñado para satisfacer las necesidades locales e incrementar la participación. Asimismo, pretende mejorar la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las personas mayores y, en particular, de las más pobres y vulnerables, centrándose no solo en la salud de la persona sino en la de la comunidad.

El programa se ha desarrollado como respuesta a la creciente demanda de servicios de salud a causa de las ENT y la oferta limitada de trabajadores de la salud. En 2014 había aproximadamente 892.000 trabajadores sanitarios para una población de 250 millones de personas. Aparte de la escasez de trabajadores de la salud, su distribución es desigual puesto que aproximadamente la mitad de los trabajadores sanitarios de Indonesia se concentran en Bali y Java.

Este programa ha tenido éxito a la hora de mejorar el envejecimiento saludable. Ha sido beneficioso gracias a la participación de la comunidad, apoyada por pares, que ha contribuido a cambiar la forma de ver la propia salud. Las enfermeras que trabajan en este servicio han dirigido la participación y el contacto con la comunidad, además de cuestionar la percepción de una vida saludable por parte de las comunidades y empoderar a las personas para que asuman un mayor control sobre su propia salud y bienestar.

ESTUDIO DE CASO: Prestación de servicios de salud en el corazón de la comunidad: Hospital Nacional de Sri Lanka

Autor: K.M. Sriyani Padmalatha

País: Sri Lanka

En el seno del equipo multidisciplinar, las enfermeras del Hospital Nacional de Sri Lanka prestan servicios sobre el terreno para mejorar el acceso a servicios esenciales de salud más cerca del lugar de residencia de las personas, en particular a domicilio, así como en escuelas, entornos de trabajo y centros de la comunidad. Utilizando una clínica móvil, logran llegar a la comunidad, determinar sus necesidades de salud y facilitar el acceso a los servicios de salud que corresponda.



Se ofrecen, entre otros, los siguientes servicios: evaluación física, monitorización de la tensión sanguínea, pruebas de azúcar en sangre, medición de la altura y el peso, análisis de sangre y de orina; planificación familiar y tratamientos de fertilidad; apoyo nutricional; clínica oftalmológica; clínica de otorrinolaringología; educación en salud para la prevención y detección temprana de enfermedades; asesoramiento sobre estilos de vida saludables; ejercicio y control del peso; sueño y salud; salud mental y meditación.

Uno de los principales retos históricos de Sri Lanka es la disponibilidad limitada de recursos en los servicios de la comunidad para realizar diagnósticos, investigación y exploraciones en la comunidad puesto que los hospitales están llenos y gran cantidad de sus hospitalizaciones son evitables. Asimismo, buena parte de la comunidad desconoce su estado de salud y la cifra de enfermedades no transmisibles sin diagnosticar es elevada.

Como resultado de este servicio, cada día se realizan más de 350 consultas de manera gratuita. En los últimos tres años, más de 300.000 personas han acudido a consulta en estas clínicas prestandose así servicios a personas que, de lo contrario, no recibirían atención de salud y, por tanto, se trata de una actividad muy respetada y apreciada en la comunidad. La clave del servicio es la participación y colaboración de la comunidad en relación con la modalidad de prestación de los cuidados.

Como el servicio se ofrece gratuitamente, todo el personal es voluntario. Numerosas enfermeras dedican sus vacaciones personales a apoyar a estas clínicas. En la actualidad se está realizando una revisión para analizar los beneficios del servicio, que se presentará al Ministerio de Sanidad con el fin de sostener el proyecto en el futuro.

ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD:

Cubriendo necesidades diversas

Las poblaciones indígenas en todo el mundo, en general, tienen peores resultados de salud que las no indígenas. La brecha en cuanto a la esperanza de vida entre las poblaciones indígenas y las no indígenas se calcula que asciende a 21,5 años en Camerún, 13,1 años en Kenia, 12,5 en Canadá y 10 años en Australia.²¹ Estas disparidades en salud son motivo de gran preocupación y, por tanto, es necesario comprender la relación entre el acceso a la atención sanitaria y estos resultados.

Las personas indígenas recurren con menos frecuencia a servicios de salud preventiva y, cuando se manifiestan los primeros síntomas, también es menos probable que realicen una intervención temprana, incrementándose así el riesgo de hospitalización y mortalidad. Se han realizado numerosos estudios para cerciorarse de las razones por las que los pueblos indígenas no se dirigen o acceden a los servicios de salud en la misma medida que sus homólogos no indígenas. Los estudios realizados establecen varios factores clave al respecto como, por ejemplo, la falta de servicios de salud adecuados; comportamientos racistas o discriminatorios por parte del personal sanitario; el coste inasequible de recurrir a la atención sanitaria y la incapacidad de acudir a las citas.^{21,22}

Tal y como se indica anteriormente, uno de los principales motivos para retrasar los cuidados, o no solicitarlos, es la falta de confianza en los servicios de salud de carácter generalista. Un líder indígena de la comunidad ofrece la siguiente reflexión al respecto:

“...Mucha gente no quería ir allí [el servicio de salud local de tipo generalista] porque pensaba que el lugar era hostil, que el personal no les trababa bien y que había todo tipo de actitudes, la gente se sentía discriminada y el sitio era como muy estéril... No era un ambiente cómodo... No hablaban como nosotros... Era todo como muy ruidoso y abrupto, y la comunicación tampoco era buena, ya sabe. En realidad es que no entendían cómo hablamos nosotros, el tono que se usa con los indígenas... Y eso es lo que pasaba... Probablemente el personal desconocía nuestra cultura... Había como discriminación, racismo, o bueno, ya sabe, quizá solo fuera ignorancia, falta de sensibilidad y comprensión de los problemas de salud de los indígenas...”²³

Se han utilizado varias estrategias para abordar estas diferencias culturales. Una de ellas ha consistido en mejorar la idoneidad cultural de los servicios sanitarios para garantizar la ausencia de situaciones de racismo y discriminación. La responsabilidad de mejorar la seguridad cultural es del proveedor de salud, y no del paciente, para asegurar servicios personalizados y culturalmente aceptables para cada paciente.²³

La aceptabilidad de los servicios de salud va más allá de la simple concienciación cultural. Abarca otros componentes como el género, la religión y otros factores sociales. Por ejemplo, las mujeres pueden estar menos interesadas en recurrir a atención de salud si los proveedores son sobre todo hombres (y viceversa). Tal y como afirman Levesque et al.⁵⁶, “la capacidad de solicitar atención de salud guarda relación con los conceptos de autonomía personal y la decisión de solicitarla, así como con el conocimiento de las opciones al respecto y los derechos de cada uno. Todo ello determina la manifestación de la intención de recibir atención de salud.”

En un planteamiento de derechos humanos respecto a la salud, los sistemas sanitarios han de dispensar cuidados sobre la base de la no discriminación. La OMS afirma que el principio de no discriminación pretende “...garantizar que los derechos humanos se ejercen sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, lengua, religión, políticos u otras opiniones, origen nacional o social, pobreza, nacimiento o cualquier otra situación como discapacidad, edad, situación conyugal y familiar, orientación sexual e identidad de género, condición de salud, lugar de residencia, situación económica y social”.²⁵

La competencia cultural requiere más que concienciarse desde el punto de vista cultural o practicar la tolerancia. Es la capacidad de identificar y cuestionar los supuestos, los valores y las creencias culturales de cada uno y comprometerse a comunicar en la interfaz cultural.”

–Secretariado nacional de cuidado infantil aborígen e isleño²⁴

ESTUDIO DE CASO: Right to Care: Ampliación del acceso a la atención de salud para prestar servicios complementarios a las pruebas de VIH

Autor: Letsatsi Paul Potsane

País: Sudáfrica

Right to Care (Derecho a recibir cuidados) está a la vanguardia en el apoyo y la prestación de servicios de prevención, atención de salud y tratamiento para el VIH, la tuberculosis y otras enfermedades asociadas. Ubicado en la Región A del acceso norte a Johannesburgo, el servicio de Right to Care cuenta con una plantilla formada por dos enfermeras registradas y ocho consultores de VIH. Trabajando de cerca con la comunidad, el equipo proporciona un servicio completo para la realización de pruebas de VIH incluyendo asesoramiento y acceso e iniciación a la terapia antirretroviral. Asimismo, realiza las pruebas necesarias para la detección de tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y enfermedades no transmisibles (ENT), además de efectuar pruebas de embarazo y derivaciones para circuncisión médica. La posibilidad de efectuar exámenes de ENT contribuye a la realización de las pruebas del VIH y reducir así el estigma y la discriminación. Todas las campañas para la realización de pruebas del VIH sobre el terreno se dirigen a poblaciones a las que es difícil llegar en áreas que disponen de pocos servicios y, para ello, se utilizan clínicas móviles.



Esta organización trabaja en alianza con el gobierno y las comunidades para encontrar soluciones pioneras con el fin de construir y fortalecer la sanidad pública. Sus áreas de conocimientos y experiencia abarcan los cuidados y el tratamiento del VIH y la tuberculosis, la automatización de la farmacia, la circuncisión médica masculina y el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical.

En la Región A se entremezcla la vida urbana con la rural. En esta región hay una serie de asentamientos informales y es el hogar de más de 250.000 personas. La pobreza y el desempleo son sus principales problemas. Por ejemplo, en un asentamiento de 56.000 personas, la tasa de desempleo supera el 50% y más del 70% de los residentes viven por debajo del umbral de la pobreza. La población tiene un escaso nivel de formación y es relativamente joven puesto que el 24% tiene edades comprendidas entre los 20 y los 29 años.

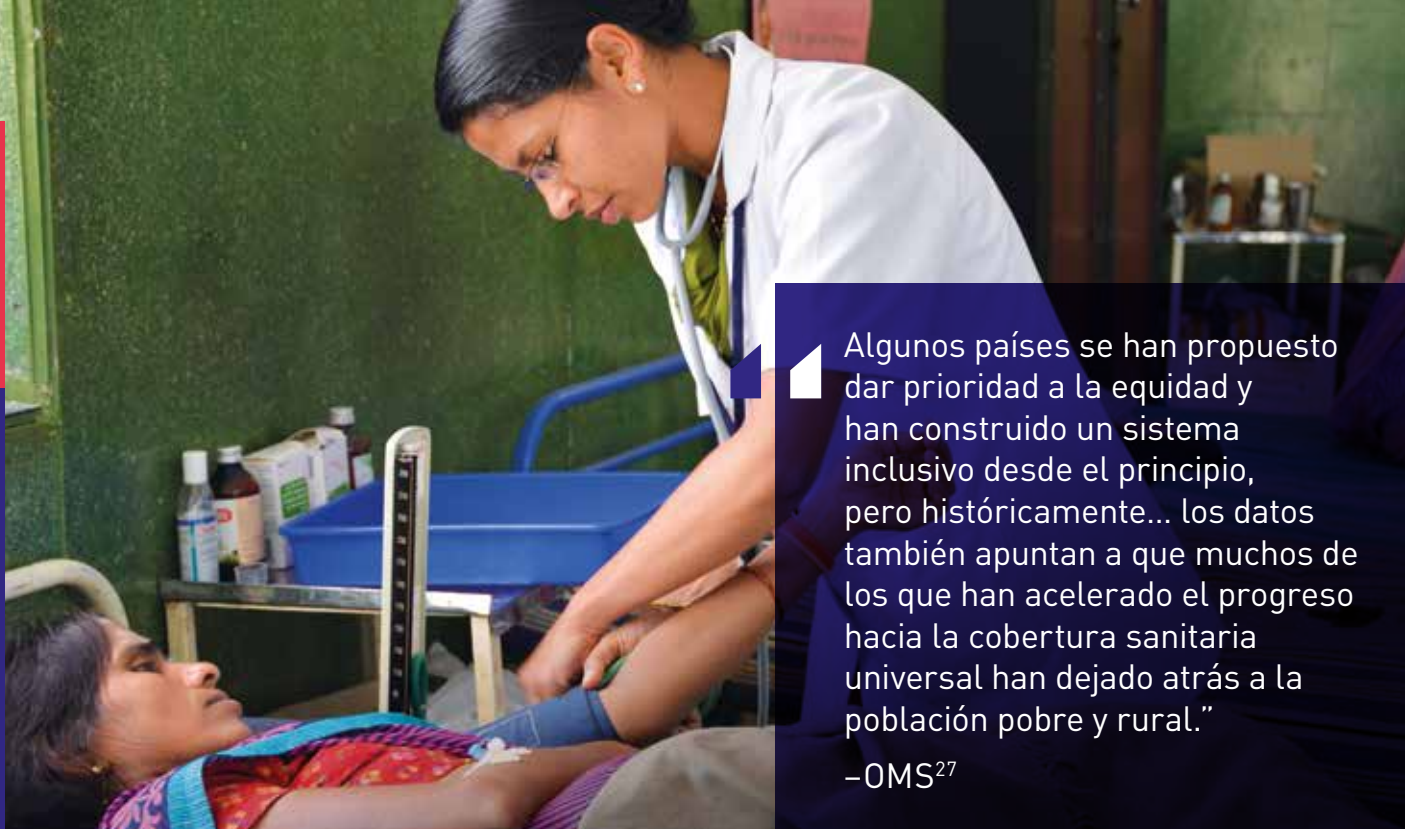
Como resultado de estas circunstancias, existe una elevada carga de enfermedad, en particular del VIH. Los modelos tradicionales de cuidados han demostrado tener dificultades para satisfacer las necesidades de la comunidad por cuestiones de capacidad y recursos. Existe un bajo índice de adopción del asesoramiento y las pruebas iniciados por el proveedor y una mala coordinación de los datos, además de escasez de consultores y espacios para la realización de estas actividades. Otro problema es que los centros de salud tienen un horario de apertura limitado y los niños en edad escolar no pueden acceder a sus servicios. Los trabajadores sexuales también tienen dificultades para acceder a los servicios de salud.

Las repercusiones de estos problemas son devastadoras. Existe un elevado número de huérfanos y niños con situaciones difíciles a causa del SIDA. Asimismo, hay un mayor número de clientes que requieren hospitalización a causa de las enfermedades relacionadas con el VIH por recibir tratamiento tarde, además de por el elevado coste de los cuidados y la escasez de profesionales de la medicina, la enfermería y otras profesiones de la salud.

En colaboración con el gobierno y otras organizaciones no gubernamentales, Right to Care ofrece información de manera culturalmente apropiada sobre cómo se transmite y sobre cómo no se transmite el VIH. Gracias a su colaboración con trabajadores sexuales y sus gestores, Right to Health realiza derivaciones en los ámbitos del VIH, las ETS y la profilaxis preexposición y valora los riesgos que se afrontan a nivel personal. Al considerar la diversidad de jóvenes y sus necesidades, el servicio promueve también una campaña de participación para llegar a la juventud; se centra en la salud sexual de los jóvenes; promueve una mayor concienciación sobre los derechos sexuales y reproductivos; proporciona oportunidades para abordar las cuestiones de género; mejora el acceso a formación básica y oportuna sobre sexo y VIH; y facilita el acceso a servicios de asesoramiento y realización de pruebas de VIH.

Asimismo, el personal de enfermería de Right to Care proporciona a sus clientes un servicio puerta a puerta para las intervenciones en materia de VIH con el fin de mitigar las consecuencias de la escasez de consultores en los centros. El servicio llega hasta las personas que habitualmente tienen dificultades para acceder a los servicios de VIH. Asimismo, se ha logrado incrementar la demanda de estos servicios junto con la distribución de preservativos y la formación. En este sentido, los trabajadores sobre el terreno logran movilizar a más de una persona del núcleo familiar para acceder a los servicios de VIH e introducir equipos de prestación directa de servicios con el fin de mejorar el nivel de desempeño y los resultados.

Como consecuencia de esta labor, el número de personas que reciben cuidados se ha duplicado con creces. Por primera vez, los miembros de la comunidad pueden acceder a servicios comunitarios de forma oportuna y asequible.



Algunos países se han propuesto dar prioridad a la equidad y han construido un sistema inclusivo desde el principio, pero históricamente... los datos también apuntan a que muchos de los que han acelerado el progreso hacia la cobertura sanitaria universal han dejado atrás a la población pobre y rural.”

–OMS²⁷

ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD: Disponibilidad y servicios de fácil acceso

En la mayoría de los países del mundo, los índices de suicidio son muy superiores para quienes viven en áreas rurales. De hecho, es alarmante considerar que el riesgo de suicidio se duplica si se reside en una zona rural en lugar de en un área metropolitana.²⁶

Es poco probable que solo haya una explicación a que las tasas de suicidio sean más elevadas en las poblaciones rurales puesto que el suicidio es un fenómeno multidimensional que parece estar provocado por un conjunto de factores contextuales de carácter social, cultural y económico, además de por factores individuales.²⁸ Uno de los factores combinados está formado por las diferencias en el acceso y la adopción de tratamientos y servicios eficaces. A menudo existen diferencias significativas entre las áreas rurales y las urbanas en relación con el acceso, la utilización de los servicios y el gasto en salud mental. Según la National Rural Health Alliance²⁸ “es más probable que el diagnóstico, tratamiento y manejo oportunos de un problema de salud mental en áreas rurales y alejadas se realice más tarde o no llegue nunca, lo cual a menudo redundará en más probabilidades de que la persona termine hospitalizada produciéndose así en ocasiones el más trágico de los resultados: el autolesionismo y el suicidio.”

Las personas que viven en áreas rurales a menudo gozan de peor salud general respecto a quienes viven en áreas metropolitanas a causa de las considerables diferencias existentes en los determinantes sociales de la salud.

Aunque estos determinantes sociales de la salud no tienen por qué ser exclusivos de las áreas rurales, lo cierto es que el aislamiento los puede exacerbar. Cabe destacar, entre otros, el acceso a comunicaciones (por ejemplo, cobertura para teléfono móvil e internet) y cambios en el entorno (por ejemplo, sequías e inundaciones que afecten al propio sustento).

El acceso en términos de disponibilidad de servicios sanitarios es un componente fundamental para la salud y el bienestar. La disponibilidad abarca la capacidad de acceder a recursos sanitarios en términos de infraestructuras o de recursos humanos y en cuanto a la formación, experiencia y capacidades adecuadas por parte de los profesionales de la salud para prestar los servicios necesarios. Es precisamente esta disponibilidad de recursos la que a menudo está distribuida de manera desigual entre las áreas metropolitanas, regionales y rurales. Se trata de algo especialmente cierto en las áreas de especialización como la salud mental.¹⁸ Vikram Patel, una autoridad internacional en materia de salud mental, ha afirmado que “hay más psiquiatras en California que en toda África... Existe una enorme brecha en cuanto a los tratamientos puesto que el 50% de quienes necesitan cuidados de salud mental no pueden acceder a ellos en los países de renta alta y el 90% se queda sin ellos en los de renta baja. En algunos países, como India o China sobre todo, sencillamente no hay tratamiento alguno.”²⁹

La accesibilidad o la capacidad de acceder a los servicios también se ven afectadas por otros factores como la movilidad y el uso de transporte accesible para llegar hasta ellos, lo cual afecta en particular a los más vulnerables de nuestra comunidad como las personas con necesidades especiales y los ancianos. Asimismo, afecta a las personas cuyas exigencias laborales inciden en su capacidad de acceder a servicios de salud durante su horario de funcionamiento.

ESTUDIO DE CASO: Bega Teen Clinic: Mejorando el acceso a los cuidados y la educación en salud para los jóvenes en poblaciones rurales

Autor: Jodie Meaker

País: Australia

La Bega Teen Clinic constituye un modelo de intervención temprana para que los adolescentes tengan acceso a atención de salud. Está dirigida por enfermeras y forma parte de las consultas existentes de carácter general prestando sus servicios a los jóvenes en poblaciones rurales sin necesidad de pedir cita. Ubicada en Bega, Nueva Gales del Sur, Australia, la finalidad del modelo de la Teen Clinic consiste en eliminar las barreras a las que se enfrentan los jóvenes para acceder a servicios de salud con fines de prevención. Las ventajas socio sanitarias a largo plazo de ser capaces de prevenir un embarazo no deseado o realizar intervenciones psicológicas antes de la aparición de tendencias suicidas pueden cambiar la vida de las personas atendidas.



La Teen Clinic nació de la necesidad. La ciudad de Bega es un área con grandes necesidades socioeconómicas y una escasa red de transporte público. Hace unos tres años se produjo una oleada de suicidios juveniles en esta pequeña localidad que tuvo un impacto significativo y duradero en la comunidad. La relación entre las escuelas locales, los jóvenes y el sistema de salud era escasa y estaba claro que las modalidades tradicionales de acceso a los cuidados como, por ejemplo, pidiendo cita al médico de familia, se veían como grandes barreras para los jóvenes. Los adolescentes pueden asustarse al comenzar a ir solos a la consulta del médico, con nuevas preocupaciones y problemas de salud, en lugar de acompañados por sus padres.

En la Teen Clinic hay una enfermera disponible dos tardes a la semana para consultas sin cita previa. Los adolescentes pueden acudir a ella para hacerse pruebas de detección de ETS, recibir asesoramiento sobre la contracepción, tratar inquietudes sobre sus relaciones, problemas de salud mental o de salud general y educación. El papel de la enfermera consiste en ser un punto de acceso suave para el triaje de los adolescentes, además de realizar exploraciones iniciales y/o impartir educación en salud y actuar como facilitadora para acceder a un médico generalista y a otros proveedores según sea necesario.

El modelo de Teen Clinic se sirve de la infraestructura existente, así como de profesionales clínicos y personal y es, por tanto, un modelo eficiente desde el punto de vista financiero y de los recursos para prestar servicios a los jóvenes en poblaciones rurales. Este modelo de cuidados basado en el trabajo en equipo cuenta con personal de recepción, personal de enfermería, psicólogos y médicos generalistas para las consultas pero también pretende promover la colaboración de la comunidad y las relaciones con otros servicios como los que prestan los profesores y consultores, los trabajadores de salud mental, los servicios de apoyo a las familias y las agencias de apoyo al empleo y la vivienda. La Teen Clinic ofrece un planteamiento comunitario completo con el fin de coordinar los cuidados para este grupo de riesgo.

Este modelo innovador de atención solo ha sido posible gracias a las enfermeras que trabajan en todo su ámbito de la práctica. Las enfermeras de Teen Clinic, trabajando para un alcance ampliado, proporcionan un vínculo de alta calidad en las comunicadas, apoyando a los jóvenes a convertirse en usuarios educados de la atención de salud.

ESTUDIO DE CASO: Colaborando con el sector educativo para la promoción de la salud mental y la prevención del comportamiento suicida

Autor: José Carlos Santos, Ordem dos Enfermeiros

País: Portugal

En Portugal se ha desarrollado un programa innovador para abordar los problemas de salud mental en las escuelas. Se trata de un programa enfocado a la colaboración con la comunidad educativa aplicando un planteamiento multinivel a la promoción de la salud mental y la prevención del comportamiento suicida. Interviniendo con los maestros y el personal auxiliar, así como



con los padres y los estudiantes, el objetivo del servicio consiste en promover el bienestar y la autoestima desarrollando al mismo tiempo estrategias de afrontamiento y combatiendo el estigma y la sintomatología depresiva. Está dirigido por profesionales de atención primaria que imparten sesiones educativas para el personal de las escuelas y los padres, además de sesiones socioterapéuticas para los estudiantes.

La carga de la enfermedad mental está aumentando entre los adolescentes. A pesar de ello, debido a una escasa alfabetización en salud mental, falta de acceso y estigma (sobre todo en relación con el comportamiento suicida), únicamente el 20% de las personas que necesitan a un profesional de salud mental piden ayuda. Asimismo, el suicidio es la tercera causa de muerte entre la población adolescente y se está produciendo un incremento de las autolesiones en este grupo de edad.

Como intervención comunitaria dirigida al área de la salud mental, que sufre carencias evidentes, el programa recurre a un planteamiento innovador – que ofrece dinámicas activas, juegos socioterapéuticos y de proximidad – así como a la colaboración de los servicios de salud locales. El éxito del programa se debe a la participación activa de varios socios de ámbito local y nacional y a las actividades que se realizan en las aulas, en toda la escuela, en la comunidad y en todo Portugal. El equipo de coordinación está formado exclusivamente por enfermeras (enfermeras de salud mental y de salud pública) y su fuerza motriz también está constituida, sobre todo, por enfermeras.

Asimismo, se han logrado mejoras significativas en el bienestar, la capacidad de afrontamiento y la autoestima, además de una reducción de los síntomas depresivos que llevan a comportamientos suicidas. Desde la puesta en marcha del programa, se ha producido un incremento en la aceptación de este planteamiento de salud mental y comportamientos suicidas en las escuelas. Al mismo tiempo, el programa ha permitido determinar la necesidad de dedicar más tiempo en las escuelas a los temas de la salud y la ciudadanía.



Los sistemas de salud en todo el mundo se esfuerzan por lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de sus poblaciones. Se trata de una cuestión especialmente cierta para los vulnerables, los desfavorecidos y los habitantes de las áreas rurales puesto que hay grandes dificultades para garantizar una fuerza laboral adecuada, con las habilidades adecuadas, en el lugar adecuado y en el momento adecuado para prestar servicios de salud eficaces y fiables para mejorar los resultados de salud.

Se calcula que la mitad de la población mundial vive en áreas rurales que, sin embargo, están servidas por menos del 38% del total de la fuerza laboral de enfermería.

La distribución de los trabajadores de la salud a menudo supone una grave limitación de cara a garantizar equidad de acceso a servicios esenciales de salud y lograr los objetivos de los sistemas sanitarios.

Figura 5: Distribución rural / urbana de médicos y enfermeras en el mundo³⁰





La pobreza no es solo falta de dinero; es no tener la capacidad de realizar tu pleno potencial como ser humano.”

–Amartya Sen³³

ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD: Asequibilidad de los cuidados

Mary tenía 60 años y vivía en un área rural cuando se le diagnosticó un cáncer de mama. El especialista le recomendó recurrir a la radioterapia, lo cual implicaba recibir tratamiento cada día durante cinco semanas. Al ser ella de un área rural, suponía abandonar a su familia y conducir más de cinco horas hasta un área metropolitana con instalaciones oncológicas adecuadas, de manera que Mary tenía que tomar una decisión difícil por el tiempo que debía pasar lejos de sus seres queridos y el coste del tratamiento. Aparte de los gastos de viaje, alojamiento y manutención, también estaba el coste del tratamiento en sí que ascendía a \$4.000. “No nos lo podemos permitir,” dijo Mary, “¿cómo voy a abonarlo, además de todos los recibos y facturas que ya tenemos que pagar?”

De media, en los países de la OCDE, el 19% de la atención de salud la pagan directamente los pacientes. En términos del presupuesto total de las familias, el gasto médico representa aproximadamente una media del 2,8% del gasto en bienes y servicios médicos. Las dos fuentes principales de gasto del propio bolsillo son los cuidados curativos y los productos farmacéuticos.³¹ Sin embargo, para recibir cuidados también hay que considerar el coste de los desplazamientos, el tiempo alejado del trabajo, el cuidado de los niños u otros preparativos familiares. Todos estos costes se ven exacerbados al solicitar cuidados fuera de horario.

Se trata de un coste sustancial que afecta drásticamente a los más vulnerables de nuestras comunidades. En un estudio sobre 37 países de renta baja y media realizado por la OMS, se estimó que entre el 6 y el 17% de las personas de estas poblaciones caen en la extrema pobreza como resultado de sus gastos médicos.³²

El creciente gasto hospitalario y del propio bolsillo representan una gran fuente de preocupación para el presupuesto de las personas. Existe evidencia en todo el mundo sobre que cuando los hogares tienen dificultades para abonar facturas médicas lo que hacen es retrasar o incluso renunciar a la atención de salud que necesitan. Algunos consideran que se ahorra dinero reduciendo consultas de salud innecesarias pero el coste para los pacientes, el sistema de salud y la economía en sentido más amplio es muy superior cuando problemas simples de salud se empiezan a complicar cada vez más.³⁴ Cuando los problemas de salud no se detectan o tratan pronto, a menudo empeoran provocando hospitalizaciones más largas o más tratamientos hospitalarios, provocando así costes que se hubieran podido evitar interviniendo antes en atención primaria.

Sin embargo, los costes van mucho más allá del sistema de salud. Cuanto más enferma está una persona menos probable es que pueda trabajar, pagar impuestos y participar activamente en la comunidad, lo cual perjudica la recaudación de impuestos por parte del gobierno y, en última instancia, los presupuestos nacionales.

El modelo basado en la capacidad de las personas de pagar la atención de salud se utiliza ampliamente en todo el mundo. Cuando ese es el modelo en vigor, es decir, si las personas tienen que pagar los servicios sanitarios, han de poder hacerlo sin consecuencias catastróficas en términos de los recursos requeridos para cubrir sus necesidades (por ejemplo, alimentos, alojamiento, transporte). La pobreza, el aislamiento social o el endeudamiento limitan la capacidad de las personas de pagar los servicios empujándolas aún más hacia la pobreza y reduciendo así su capacidad de romper la cadena de la pobreza.¹⁶

ESTUDIO DE CASO: La futura generación de atención de salud al por menor en EE.UU.

Autor: Tracey J. Kniess, DNP, CRNP, FNP-BC

País: EE.UU.

Las Walmart Care Clinics son clínicas de servicios que prestan atención primaria completa, accesible y asequible justo donde la necesitan las personas, es decir, en los centros de compras al por menor. Estas clínicas convenientemente ubicadas permiten acceder fácilmente a atención de salud no urgente sin necesidad de concertar una cita. Disponen de varias salas para efectuar exámenes y ofrecen servicios completos para realizar pruebas in situ o en otros lugares.



Ubicadas en áreas rurales con escasez de profesionales sanitarios, las Walmart Care Clinics ofrecen atención primaria a las comunidades a las que prestan servicios. El sesenta y tres por ciento de las clínicas están ubicadas en el área apalache u otras zonas con escasez de profesionales sanitarios.³⁵ Muchos de los pacientes no tienen un seguro o su póliza no les cubre lo suficiente y el coste de los cuidados en estas clínicas es asequible para la mayoría. Están dirigidas por enfermeras de atención directa y también dispensan atención primaria de alta calidad a los marginados de la sociedad.

Es importante que el mayor acceso a los servicios de atención primaria se vea acompañado de unos cuidados más eficaces y de alta calidad. Las enfermeras de atención directa de las Walmart Care Clinics dispensan cuidados basados en la evidencia en colaboración con médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención de salud. Una revisión sistemática de los resultados de estas enfermeras muestra que estos son similares a los de los cuidados dispensados solo por médicos. Los cuidados prestados en colaboración entre enfermeras de atención directa y médicos reflejan incluso mejores resultados.³⁶ Las clínicas de enfermeras de atención directa son cruciales a la hora de dispensar cuidados a aquellos que, de lo contrario, no los recibirían.

Las clínicas al por menor y los centros de cuidados urgentes pueden ser alternativas rentables que ahorran tiempo a los servicios de urgencias de los hospitales en el caso de cuidados no urgentes. Se calcula que el 13,7%–27,1% de las visitas a los servicios de urgencias se podrían realizar en una clínica al por menor o en un centro de cuidados urgentes con un ahorro potencial de costes de aproximadamente 4.400 millones de dólares estadounidenses al año para el sistema de salud³⁷.

Como el coste por visita a una clínica al por menor es bajo (\$79) en comparación con el coste de la consulta de un médico (\$160–\$230), el ahorro total en los pacientes de diabetes cubiertos por seguros comerciales, Medicare o Medicaid podría superar los 100 millones de dólares al año (\$7 por persona y año) siendo conservadores y hasta 2.700 millones de dólares estadounidenses (\$164 por persona y año) si la mitad de las consultas relacionadas con la diabetes se trataran en clínicas al por menor.³⁸

EN UN ESTUDIO REALIZADO EN 2016⁴¹



El **33%** de los encuestados en EE.UU. **SEÑALARON PROBLEMAS CON EL COSTE** de la atención médica.



El **15%** de los encuestados en Canadá habían **PAGADO DE SU PROPIO BOLSILLO MÁS DE 1.000 DÓLARES ESTADOUNIDENSES** el año anterior.



El **23%** de los encuestados en Francia **TENÍAN PROBLEMAS GRAVES PARA PAGAR** o no podían abonar sus facturas médicas.

CADA AÑO:



100 MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO son empujadas por debajo de la línea de la pobreza como resultado del gasto sanitario.⁷



En algunos países, el **2%** de la población **DEDICA MÁS DEL 40% DE SU GASTO FAMILIAR NO ALIMENTARIO** a la atención de salud.³⁹



150 MILLONES DE PERSONAS SON VÍCTIMAS DE UNA CATÁSTROFE FINANCIERA a causa del gasto al que tienen que hacer frente de propio bolsillo.⁷



Normalmente, **SE DESPERDICIA** entre el **20 Y EL 40% DEL GASTO** en salud.⁴⁰



ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD:

Cuidados seguros y de calidad

En noviembre de 2007, Bella Bailey falleció en el hospital de Stafford, Reino Unido, tras haber sido hospitalizada para someterse a cirugía por una hernia. Su muerte se produjo por numerosos errores que culminaron en el fallo final de no darle medicación vital. Según su hija y otros testigos, pasó las últimas semanas de su vida asustada y con dolor en el hospital. Seguidamente, su hija lideró una campaña para que se investigaran las causas que habían rodeado su fallecimiento. A principios de 2008, el organismo de control de la sanidad había recibido varias alertas en materia de seguridad del paciente y Robert Francis QC⁴² dirigió una investigación en la que se indagó por qué los responsables de supervisar el NHS – los Reguladores nacionales, la Autoridad local de salud y el Consejo del hospital – no habían logrado prevenir los terribles acontecimientos acaecidos en el hospital de Stafford, donde cientos de personas fallecieron innecesariamente por la mala atención recibida. Sir Ian Keened, Presidente de la Comisión de Sanidad, lo describió como “el peor escándalo de cuidados hospitalarios de los últimos tiempos.”⁴³

La investigación detectó que no se estaba prestando la necesaria atención a los elementos básicos de los cuidados. La medicación se administraba con retraso o no se facilitaba en absoluto; los pacientes permanecían hasta un mes sin lavarse y tenían miedo de estar en el hospital. El informe concluyó que la causa principal de estos cuidados por debajo del estándar era “una escasez crónica de personal, en especial personal de enfermería.”⁴³ Los demás problemas graves estaban relacionados con la intensidad de la carga de trabajo, una mala cultura, falta de liderazgo y recursos limitados.

La población de Stafford fue abandonada por su hospital local con un resultado terrible que ejemplifica lo que sucede cuando se prestan cuidados de mala calidad. Por desgracia, no se trata de un caso único. La seguridad del paciente es un principio fundamental en la atención de salud pero, tal y como indican numerosos estudios de todo el mundo, muchos pacientes sufren daños al recibirla, lo cual provoca lesiones permanentes, hospitalizaciones más largas o incluso la muerte. En EE.UU. se ha calculado que la tercera causa principal de muerte son los errores médicos. En Reino Unido, se denuncia un incidente con resultado de daños al paciente cada 35 segundos.⁴⁵

Resulta obvio que los servicios inseguros y de baja calidad desembocan en peores resultados de salud e incluso en daños a los pacientes. Levesque et al.¹⁵ creen que, junto con el acceso a los cuidados, también es necesario considerar la calidad. Si las personas y las comunidades únicamente tienen acceso a servicios de mala calidad estaríamos hablando de una restricción en el acceso a la atención de salud. El acceso no es solo una cuestión de disponibilidad y asequibilidad sino también de aceptabilidad y eficacia.

La importancia de recibir cuidados idóneos es más evidente en el ámbito de la salud mental que en cualquier otro. La idoneidad del tratamiento recibido marca claramente una diferencia significativa en términos de resultados, aislamiento social y defensa de los derechos de las personas. Según el Relator especial de Naciones Unidas para el Consejo de Derechos Humanos², “los tratamientos con coerción, medicalización y exclusión, es decir, vestigios de los cuidados psiquiátricos tradicionales”, desembocan en violaciones de los

derechos humanos, mientras que una comprensión moderna de la recuperación, los servicios basados en la evidencia, además de integrados y basados en la población, devuelven la dignidad y empoderan a la persona para que regrese como titular de derechos ante sus familias y comunidades. Los servicios cuya calidad es inherentemente variable no se pueden considerar adecuados.¹⁵

En 2001, como estrategia para mejorar la calidad de los cuidados, el Institute of Medicine (IOM) publicó un libro titulado ‘Crossing the Quality Chasm’⁴⁵ (Cruzando el precipicio de la calidad) en el que se trataban problemas que siguen de actualidad a día de hoy. “La atención de salud se caracteriza por ser un ámbito en el que siempre hay más que saber, más que gestionar, más que observar, más que hacer y más personas haciéndolo en cualquier momento de la historia”.⁴⁵ A causa de estas complejidades, las enfermeras a título individual (y otros profesionales clínicos) no son capaces recordar y aplicar todos los conocimientos necesarios para la prestación de cuidados seguros, de alta calidad, de ámbito familiar o comunitario.

Han pasado 16 años desde la publicación de este informe del IOM y en la actualidad hay evidencia firme sobre las estrategias con más probabilidades de alcanzar los objetivos establecidos. Se trata de evidencia que se ha adoptado a nivel internacional y es convincente para actuar, en particular sobre la mejora de la calidad, actuando en el terreno de la combinación de habilidades; la cultura; la educación; los niveles de dotación de personal; el liderazgo; los cuidados interdisciplinares; la investigación; y la informática.

A nivel mundial, el costo asociado con los errores de medicación se ha estimado en \$42 mil millones anuales o casi el 1% del gasto total para la salud a nivel mundial.⁴⁶

De cada 100 hospitalizaciones en un momento dado, siete en países desarrollados y 10 en países en desarrollo adquirirán infecciones asociadas a la atención de salud⁴⁴

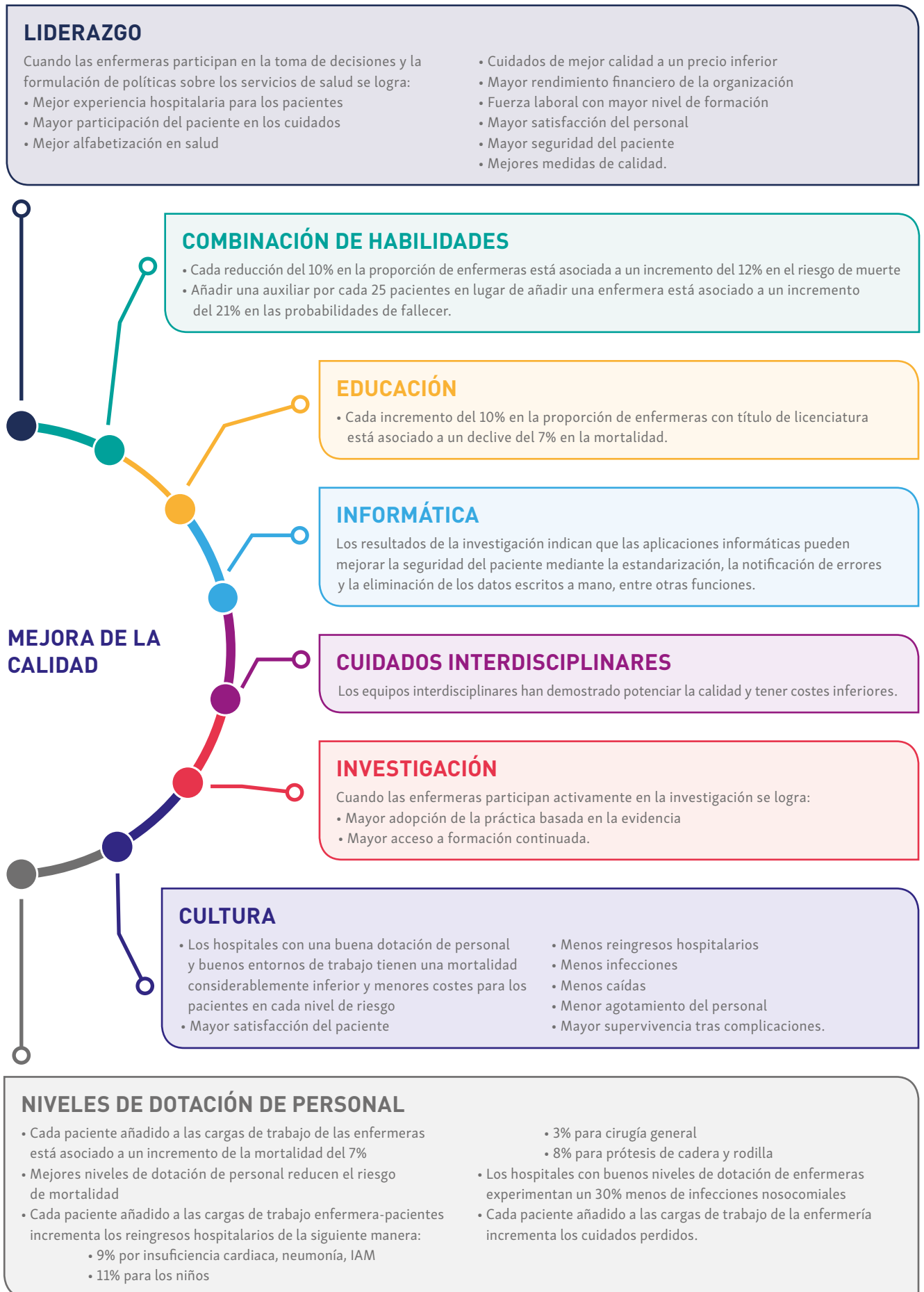
El 50% de las complicaciones quirúrgicas asociadas con la atención quirúrgica son evitables.⁴⁴

Se informa comúnmente que alrededor de 1 de cada 10 pacientes hospitalizados experimentan daño, con al menos el 50% de posibilidad de prevención.⁴⁴

Es un estudio sobre frecuencia y evitabilidad de eventos adversos, en 26 países de ingresos bajos y medianos, la tasa de eventos adversos fue de alrededor del 8%, de los cuales el 83% pudo haber sido prevenido y el 30% condujo a la muerte.⁴⁴

Se estima que 421 millones de hospitalizaciones ocurren en el mundo anualmente, y aproximadamente 42.7 millones de eventos adversos ocurren en pacientes durante esas hospitalizaciones.⁴⁴

Figura 6: Mejora de la calidad mediante la enfermería⁴⁷⁻⁶⁵



ESTUDIO DE CASO: Estableciendo el estándar en la prestación de cuidados de enfermería de calidad

Autor: Beth Matarasso, Sean Birgan, Veronica Casey

País: Australia

El Princess Alexandra Hospital (PAH) en Queensland, Australia, ha sido nombrado centro Magnet en tres ocasiones y es reputado por establecer el estándar en la prestación de cuidados de enfermería de calidad. Magnet es un reconocimiento que el American Nurses' Credentialing Centre (ANCC) concede a aquellos hospitales que cumplen con un conjunto de criterios diseñados para medir la fortaleza y la calidad de su enfermería.



En 2001, el centro se enfrentaba a numerosos retos y, en particular, a una de tasa de renovación del personal de enfermería del 28%, 12% de vacantes, 12% de camas cerradas y un uso sin precedentes de enfermeras provenientes de agencias obstaculizándose así la prestación de cuidados. Estos factores se reflejaban en una cultura de enfermería marcada por una mentalidad de culpa, así como en una menor satisfacción laboral y peores experiencias y resultados de los pacientes, lo cual ponía en tela de juicio el espíritu de la enfermería de velar por la prestación de cuidados compasivos y seguros aplicando criterios de defensa, calidad y holismo.

Con el fin de buscar soluciones a estos problemas complejos y persistentes, el PAH dirigió su mirada hacia el exterior para llegar al Programa de reconocimiento Magnet, el programa de excelencia en enfermería del ANCC que ofrece el marco necesario para guiar la transformación cultural y la práctica de la enfermería sobre la base de la innovación y la información proveniente de la investigación.

Hoy día, el liderazgo de enfermería en este hospital está definido por valores de la enfermería como la integridad, la rendición de cuentas y el profesionalismo. Las enfermeras trabajan en colaboración con colegas interprofesionales a la par que sostienen su compromiso de ofrecer cuidados y resultados seguros y eficaces para los pacientes.

El respeto interprofesional por los conocimientos y la práctica de la enfermería resulta evidente en numerosas iniciativas interprofesionales dirigidas por enfermeras que han provocado el cambio en todo el entorno de la práctica. De este modo, el orgullo junto con los conocimientos y la experiencia de la enfermería se ven fortalecidos, lo cual posibilita un firme liderazgo de la profesión en todos los niveles de la enfermería y en todos los contextos.

El PAH ha sido reconocido como empleador a elegir tanto por las preferencias de los graduados – entre las más elevadas del estado – como por su mejor retención de las enfermeras dado que en la actualidad su índice de renovación ronda el 10%. El equipo de enfermería del PAH quiere aprender más sobre las experiencias y el nivel de satisfacción de los pacientes y los consumidores en relación con los cuidados que reciben y su interacción con las enfermeras. En este sentido, se ha apreciado un incremento general del 9% en la experiencia y la satisfacción en cuanto a las hospitalizaciones y los cuidados ambulatorios.

Hay otros dos aspectos a considerar en cuanto a la idoneidad, es decir 'el momento oportuno' y la 'colaboración', que son suficientemente importantes como para analizarlos más detalladamente.

ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD: Acceso en el momento oportuno

Un hijo que cuidaba de su padre, al reflexionar sobre el recorrido que su padre había realizado por el sistema sanitario, comentó lo siguiente: *"En 2009, a mi padre se le diagnosticó un cáncer de páncreas. Desde el momento del diagnóstico hasta su último día de vida transcurrieron nueve semanas. En las primeras siete semanas, antes de la hospitalización y los cuidados paliativos, las visitas al centro ambulatorio se caracterizaban por largos periodos de espera. En ocasiones, esperábamos cinco horas en la clínica para ver al especialista cuya visita después duraba entre cinco y diez minutos. Al final del día mi padre estaba agonizando, cansado, y emocionalmente era incapaz de afrontar la situación. Al día siguiente volvíamos a esperar. Para patología y quimioterapia. Otras ocho horas que se esfumaban. Con el poco tiempo de vida que le quedaba a mi padre antes de fallecer, resulta trágico que la mayoría lo gastáramos en la sala de espera de una clínica."*

Por desgracia, esa es la experiencia de numerosos pacientes, algunos de los cuales han recorrido largas distancias para llegar a la clínica, otros muchos han tenido que renunciar a los ingresos de un día de trabajo para estar ahí y otros han tenido que buscar a alguien que les cuide de los niños mientras ellos esperan. Aunque las citas se programen, los pacientes pueden llegar a pasar una cantidad de tiempo considerable en las clínicas esperando a ser atendidos. El grado de satisfacción de los consumidores de servicios de salud con la atención recibida guarda una estrecha correlación con su experiencia en la sala de espera. En general, las experiencias positivas producen como resultado una mayor adherencia a los cuidados recomendados, una mejor atención clínica, un menor uso de la sanidad y una salud de mayor calidad.⁶⁶ Cuando los plazos de espera son prolongados, se pueden producir situaciones de frustración, inconveniencia, sufrimiento e insatisfacción con el sistema sanitario.

El IOM recomendó que el 90% de los pacientes pasen a consulta en los 30 minutos posteriores a su cita concertada.⁶⁶ Sin embargo, en países de todo el mundo no es inusual esperar entre dos y cuatro horas para hacerlo.⁶⁷ Los plazos de espera prolongados representan una barrera de cara al acceso a los servicios, además de una gran fuente de ansiedad y angustia para los pacientes y sus personas de apoyo.

El acceso en el momento oportuno también es fundamental para prevenir retrasos potencialmente dañinos en la prestación de la atención de salud. En muchos casos, cuanto antes se reciba el tratamiento mejor será el resultado de salud puesto que, en caso contrario, se incrementa la probabilidad de muerte preoperatoria y hospitalización imprevista de urgencia, además de empeorar los resultados de salud tanto a nivel físico como social. Los plazos de espera prolongados pueden empeorar los síntomas, deteriorar la condición del paciente y causar peores resultados clínicos.⁶⁸

Los plazos de espera prolongados se deben a la compleja interacción entre la oferta y la demanda. Esta última se ve afectada por cuestiones como la salud de la población, las preferencias de los pacientes, el gasto y los tipos de tratamientos médicos emergentes. La oferta, por otro lado, se ve afectada por temas relacionados con la fuerza laboral y las infraestructuras, así como con las políticas y los procedimientos. Sin embargo, los plazos de espera no dependen exclusivamente de la oferta puesto que hay muchos países con un nivel de gasto elevado y suficiente personal que, a pesar de todo, tienen largas listas de espera a causa de ineficiencias.

El Artículo 25 de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos afirma que "toda persona tiene derecho a asistencia médica... y derecho a los seguros en caso de... enfermedad e invalidez..." En este sentido, se han seguido desarrollando cartas para plasmar este derecho con el fin de recomendar que los Estados miembros proporcionen "acceso equitativo a atención de salud de calidad adecuada." Por acceso equitativo se entiende garantizar que no se le niega el acceso a nadie. Es una cuestión de escala y momento oportuno. Por calidad adecuada se entiende también que los servicios se han de prestar en el momento adecuado, que es uno de los aspectos de la idoneidad estrechamente relacionado con la eficacia de una intervención.⁶⁹

Las enfermeras registradas se encuentran en la primera línea de los cuidados y sus conocimientos, experiencia y liderazgo sostenido son fundamentales para transformar el sistema de salud. Las enfermeras registradas realizan el triaje en los servicios de urgencias, coordinan los cuidados y ayudan a los pacientes a moverse por el sistema; reducen la duración de los ingresos y aceleran el alta de los pacientes, de manera que su contribución es fundamental para prevenir hospitalizaciones, mejorar los plazos de espera y reducir ineficiencias al objeto de crear servicios de salud accesibles.

ESTUDIO DE CASO: Clínica Twin Bridges dirigida por enfermeras de atención directa

Autor: Valerie Winberg

País: Canadá

La Clínica Twin Bridges situada en Ontario, Canadá, es una clínica interdisciplinar de atención primaria que presta cuidados a 3.200 pacientes y forma parte de un modelo innovador de clínicas dirigidas por enfermeras de atención directa (CDEAD) al objeto de dispensar atención de salud completa mejorando el acceso a los cuidados para miles de personas y familias que, en la actualidad, no disponen de un proveedor de atención primaria.



Ontario lleva más de 10 años luchando contra la escasez de proveedores de atención primaria puesto que numerosas regiones padecen graves carencias en materia de servicios. Estas carencias han desembocado en comunidades con grandes cifras de pacientes “desapegados” o “huérfanos” (es decir, sin proveedor primario) cuyo único acceso a los cuidados eran los servicios locales de urgencias, que han terminado masificados y con largas listas de espera. Asimismo, la falta de acceso a cuidados preventivos y a una monitorización y mantenimiento periódicos de las enfermedades crónicas provoca que se recurra aún más a los hospitales.

Estas clínicas dirigidas por enfermeras prestan servicios a las personas a lo largo de todo su ciclo vital, en particular exámenes periódicos sobre su estado de salud, cuidados episódicos de enfermedades, inmunizaciones, prevención de lesiones, valoración avanzada de heridas y tratamiento de enfermedades crónicas. También ofrecen programas individuales y de grupo dirigidos al bienestar físico y mental como talleres de mindfulness, meditación, control de la ansiedad, mejora de la forma física mediante ejercicio y yoga, dejar de fumar, alimentación saludable y habilidades culinarias. Asimismo, la clínica tiene una alianza colaborativa con Aamjiwnaang First Nation para prestar servicios de atención primaria a personas de esta comunidad.

Como resultado de este servicio, Twin Bridges ha facilitado a los pacientes un nuevo punto de acceso a atención de salud y tiene puntuaciones muy elevadas, en cuanto a la satisfacción de los pacientes en las encuestas, que oscilan entre el 98 y el 100% en este tipo de clínicas dirigidas por enfermeras de atención directa. El proyecto ha reducido en gran medida el número de pacientes desapegados en la provincia de Ontario y ha proporcionado el acceso de los pacientes a servicios completos en una localización donde el circuito de cuidados es de fácil acceso. Ha posibilitado también que los servicios sigan siendo muy asequibles y ha empoderado a los pacientes para que se sientan escuchados y puedan interactuar abiertamente con el personal. Twin Bridges ha implementado un modelo de cuidados compartidos entre enfermeras de atención directa que permite acceder a citas en el mismo día garantizando que todos los pacientes tienen un proveedor de atención primaria y ha posibilitado una mejor experiencia en materia de cuidados compartidos para contribuir al cuidado de pacientes complejos.

El modelo de cuidados de la Clínica Twin Bridges constituye una innovación excepcional en su contexto. Uno de sus aspectos verdaderamente únicos es la incorporación del liderazgo de enfermería al equipo interprofesional. Como las enfermeras de atención directa se han asociado a las personas y las comunidades para mejorar su salud y bienestar, los pacientes ocupan un lugar central en los servicios que se prestan y participan plenamente en la labor del equipo de cuidadores.

El éxito de esta clínica ha llevado al Ministerio de Sanidad y Cuidados Prolongados a financiar 25 clínicas más distribuidas por toda la provincia de Ontario.

ESTUDIO DE CASO: Outcome Health: Prestando servicios de salud mental de emergencia

Autor: Kate Cogan **País:** Australia

Outcome Health (Resultado Salud), en el estado de Victoria, Australia, es un equipo de enfermeras de salud mental acreditadas que trabajan junto con el centro de llamadas de emergencia proporcionando apoyo especializado en materia de salud mental.



Ambulance Victoria da respuesta a las emergencias médicas y a las enfermedades que amenazan la vida, además se facilita transporte a servicios de emergencia en todo el estado, que cuenta con una población de aproximadamente 5,8 millones de personas.

En torno al 25% de las llamadas recibidas para recibir ayuda de emergencia están relacionadas con la salud mental. El personal que atiende las llamadas tiene algo de formación en salud mental, pero carece de las complejas habilidades necesarias para determinar con seguridad qué llamadas constituyen una verdadera emergencia. En este sentido, Outcome Health ofrece apoyo especializado en los servicios de emergencia para garantizar que se presta el apoyo adecuado donde más se necesita en la comunidad.

Este equipo de enfermeras de salud mental establece el nivel de necesidad para el envío del vehículo de emergencia con el fin de asignar los servicios de la manera más adecuada, además de mantener al teléfono a la persona que ha llamado hasta la llegada del vehículo de emergencia reduciendo el nivel de la crisis y encargándose de su gestión. Cuando se establecen acciones alternativas con la persona al otro lado del teléfono por una emergencia grave de salud mental se consigue mantener su seguridad hasta la llegada del apoyo de emergencia. De esta forma, también se reduce el número de vehículos asignados a situaciones que no son de emergencia.

Durante la evaluación telefónica, es crucial realizar una valoración del riesgo. Este difícil cometido se realiza con rapidez y las decisiones se negocian con la persona que llama. Gracias a la colaboración de la persona al otro lado de la línea, estas enfermeras valoran el riesgo de esperar a los equipos de emergencia y logran incluso desarmar a aquellas personas que, al otro lado del teléfono, amenazan con utilizar armas. Toda esta información se traslada en directo al resto de servicios para garantizar su seguridad al llegar al lugar de la escena. Interactuando con el equipo de enfermeras de salud mental acreditadas, las personas que llaman y sus familias aprenden cómo y cuándo solicitar un servicio de salud mental. Aunque la urgencia de los casos quizá no varíe, este rol de enfermería ha contribuido a que las familias y otras personas importantes puedan sostener y asistir a sus seres queridos. Asimismo, estas enfermeras también prestan apoyo al personal clínico de ambulancias y al personal que atiende las llamadas.

El éxito del programa ha llevado a la ampliación del servicio para ofrecer citas de emergencia en la comunidad de manera que una serie de proveedores consolidados puedan diseñar planes de cuidados y ofrecer apoyo de manera continuada.

Este importante servicio garantiza la prestación de un nivel adecuado de cuidados de emergencia cuando más falta hace, con ocasión de episodios críticos que amenazan la vida a la par que permiten ahorrar tiempo y dinero. El servicio es el primero en su género en todo el mundo.

SEGÚN UN ESTUDIO REALIZADO EN 2016:⁴¹



El **56%** de los encuestados en Francia la última vez que necesitaron cuidados médicos **PUDIERON VER A UN MÉDICO O UNA ENFERMERA EL MISMO DÍA O AL DÍA SIGUIENTE.**



El **50%** de los encuestados en Canadá que habían acudido a un servicio de urgencias **HABÍAN ESPERADO MÁS DE DOS HORAS PARA SER ATENDIDOS.**



El **64%** de los encuestados con necesidad de cuidados en Alemania **ENCONTRABAN QUE ERA DIFÍCIL RECIBIRLOS FUERA DE HORARIO.**

SEGÚN UN ESTUDIO SOBRE EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD:⁷¹



El **50%** de los encuestados en Suecia afirmaron que sus especialistas les habían informado sobre **SUS OPCIONES DE TRATAMIENTO Y LES HABÍAN INVOLUCRADO EN LAS DECISIONES SOBRE SUS CUIDADOS.**



El **5%** de los encuestados en Francia **TENÍAN UN PLAN POR ESCRITO EN EL QUE SE DESCRIBÍA EL TRATAMIENTO QUE QUERÍAN AL FINAL DE SU VIDA** (adultos mayores de 65 años).

ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD: Cuidados centrados en las personas



El cliente, y no la enfermera, es la figura de autoridad que toma las decisiones. El papel de la enfermera consiste en ayudar a las personas y a las familias a elegir las responsabilidades de cambiar el proceso de salud.”

–Rose Marie Risso Parse (Teórica de enfermería)⁶⁹

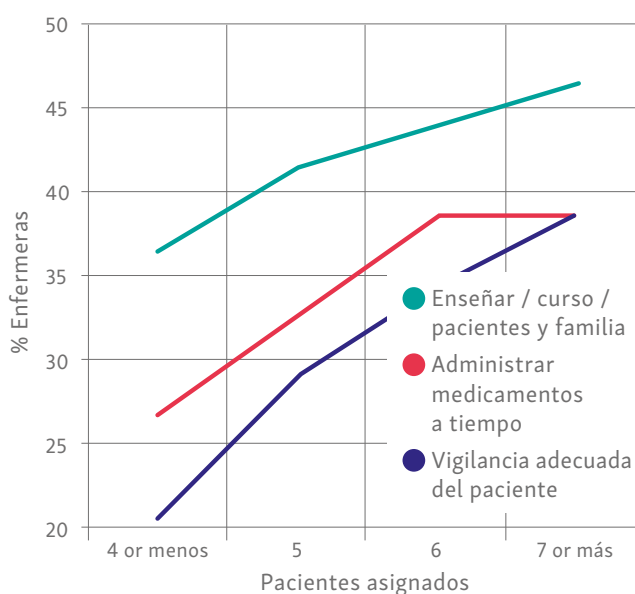
En 2015, se realizó una revisión sistemática⁷⁰ sobre los cuidados de enfermería perdidos. De los 42 estudios realizados en esta área, entre el 55 y el 98% de las enfermeras notificaron haber dejado de realizar una o más actuaciones durante el periodo objeto de evaluación. Los cometidos que se dejaban de realizar con mayor frecuencia estaban relacionados con las necesidades emocionales y psicológicas y no con las fisiológicas. La causa más común de no llevar a cabo determinadas actuaciones era la elevada carga de trabajo y la falta de suficiente personal de enfermería.

Al reflexionar sobre estos estudios, cuesta ver cómo estos servicios de salud pueden estar ofreciendo una atención centrada en las personas con colaboración y participación en la toma de decisiones y en las opciones de tratamiento. Se corre el riesgo de que, a causa de las elevadas cargas de trabajo asociadas, la enfermería vaya hacia un planteamiento de cuidados basados en patrones en lugar de centrados en las personas. En el primer caso se trata de realizar numerosas actuaciones en un plazo de tiempo determinado con el riesgo de que estas prevalezcan sobre la colaboración y la satisfacción de las necesidades holísticas del cliente.

Cuando caemos en la rutina o nos encontramos en un lugar de trabajo abarrotado, olvidamos la noción de la persona como un todo y perdemos de vista su carácter único, con el consiguiente riesgo de que pierda su capacidad y motivación para participar en sus cuidados y comprometerse a completar el tratamiento. Tal y como afirman Levesque et al.¹⁵, “el acceso a cuidados óptimos, en última instancia, requiere que la persona esté plenamente implicada en sus cuidados, es decir, que interactúe con la naturaleza del servicio que efectivamente se le está ofreciendo y prestando.”

La importancia participar en los cuidados está avalada por la evidencia, además de ser un derecho humano. En el Artículo 12 del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales se establece que las personas que requieren cuidados tienen derecho a una participación libre, informada, activa y significativa en las decisiones que afectan a sus vidas.⁷¹ El derecho a la participación va más allá de la recepción de cuidados puesto que también abarca la organización e implementación de servicios sanitarios.

Figura 7: Enfermeras que notifican cuidados perdidos en el último turno por carga de trabajo, RN4CAST2017⁷²



ESTUDIO DE CASO: Programa de transición de cuidados comunitarios

Autor: Jennifer Drago, Vicepresidenta ejecutiva de Salud de la población en Sun Health

País: Estados Unidos de América

Sun Health, una organización sin ánimo de lucro presente desde hace mucho tiempo en Arizona, EE.UU., ha desarrollado un modelo personalizado de cuidados para prestar mejor servicio a los pacientes ancianos en su comunidad. El proveedor de servicios de salud analiza los determinantes sociales de la salud – como la asequibilidad de la medicación, el transporte, la alfabetización en salud o el aislamiento social – y pone en contacto a los pacientes con los recursos apropiados.⁷³

Uno de los principales recursos es la provisión de enfermeras con funciones de coach para la transición de manera que el paciente que recibe el alta hospitalaria recibe la visita de una enfermera registrada que evalúa la situación, imparte formación al cliente, valora la medicación y realiza una evaluación del paciente considerando, en particular, el riesgo de que padezca depresión o sufra una caída.⁷⁴

Asimismo, las enfermeras registradas proporcionan asesoramiento al cliente sobre cómo responder a preguntas relativas a su salud y mejorar su comprensión y manejo de su enfermedad. Cuando la enfermera registrada encuentra que la naturaleza de la situación del cliente ha cambiado, puede realizar consultas de telemedicina con el profesional sanitario más adecuado.⁷⁴

En los Estados Unidos de América, el Centro para servicios de Medicare y Medicaid ha revelado que aproximadamente uno de cada cinco pacientes (17,8%) que reciben el alta hospitalaria vuelven al hospital en los primeros 30 días tras el ingreso inicial.⁷³ Estos reingresos a menudo son prevenibles y, con frecuencia, se deben a una falta de comprensión o concienciación sobre su situación y sus síntomas, confusión sobre la medicación y cómo tomarla; incertidumbre sobre a qué proveedor de salud consultar cuando se manifiestan síntomas y/o por no realizar un seguimiento con el profesional clínico de atención primaria siguiendo un calendario adecuado.

Como resultado de esta iniciativa, el 99% de los pacientes en el programa afirmaron que recomendarían el servicio a otros. La tasa de reingresos hospitalarios se ha reducido a menos de la mitad, cayendo del 17,8% al 7,8%.⁷⁴

PARTE TRES: INVERSIÓN Y CRECIMIENTO ECONÓMICO



El crecimiento económico sin inversión en desarrollo humano es insostenible, además de poco ético.”

–Amartya Sen³³

Una historia común en política es el debate sobre la asignación de recursos al preparar el presupuesto: el Ministro de Agricultura quizá diga, “si compramos tal cantidad de fertilizante y plantamos tal número de hectáreas podremos producir tanto. Y si el precio en el mercado mundial es tanto, nuestros ingresos ascenderán a tanto.” Y el Ministro de Transportes quizá conteste, “sin embargo, no podremos llevar nuestros productos al puerto porque las carreteras se encuentran en pésimo estado, pero si invertimos en ellas las ganancias de nuestras exportaciones ascenderán a tanto.” Seguidamente, el Ministro de Sanidad tomaría la palabra y diría, “la salud es un derecho humano.”⁷⁵ Sir George Alleyne,^c ex Enviado especial de la ONU para el VIH/SIDA en el Caribe cuenta esta historia como una conversación real con un ministro del gobierno argumentando la importante cuestión de que a los ministros de sanidad no se les da bien convencer a otros ministros de que la salud es una buena inversión y, en consecuencia, no logran apreciar la naturaleza inseparable de la salud como derecho humano y la salud como espina dorsal de la economía: sin salud, no hay trabajo, no hay riqueza.

En muchos países, la salud se ve como una carga en términos de costes para los recursos nacionales. En este sentido, a menudo el planteamiento principal ha considerado sobre todo las restricciones económicas en el sector sanitario y la eficiencia, a pesar del elevado valor que las personas conceden a la salud. En la mayor encuesta realizada en todo el mundo^d, los participantes valoraban la salud como su prioridad número uno, por encima de una vida familiar feliz, el empleo o incluso por encima de una vida en paz.

La relación entre la salud de la población y el crecimiento económico y la prosperidad está mal expresada. Invertir en salud salva vidas, previene enfermedades, cura, repara y rehabilita. En consecuencia, es una inversión en la economía en sentido más amplio. Un mal estado de salud menoscaba la productividad, obstaculiza las perspectivas laborales y tiene efectos adversos en el desarrollo humano.⁷⁶ Cabe considerar, por tanto, que el sistema sanitario es un factor que contribuye positivamente a la economía a través de una fuerza laboral saludable, un mayor PIB, innovación y exportaciones.

^cSir George Alleyne ejerció como Enviado especial de Naciones Unidas para el VIH/SIDA en la región del Caribe entre 2003 y 2010.

^dGallup International Millennium Survey, www.gallup-international.com/. En el cambio de milenio, se pidió a 50.000 personas en 60 países que puntuaran “las cosas más importantes en la vida” y “una buena salud” encabezaba la lista para el 44% de los encuestados, seguida de “una vida familiar feliz” (38%), “el empleo” (27%), y “vivir en un país sin guerras” (17%).



Se han realizado numerosos estudios en esta área que demuestran que la salud afecta positivamente a la economía. Por ejemplo, un incremento de 50 a 70 años en la esperanza de vida incrementa la tasa de crecimiento económico en un 1,4% anual. Una reducción del 10% en la malaria se asocia a un crecimiento anual del 0,3%.⁷⁶ Estos sólidos argumentos demuestran que invertir en salud puede satisfacer las crecientes expectativas de la población respecto al sistema de salud y los gobiernos, así como reducir las persistentes inequidades en cuanto al acceso y mejorar o sostener la rentabilidad económica.

Los legisladores y los funcionarios públicos han de tomar decisiones difíciles de cara a las inversiones en el ámbito de la salud. Se trata de decisiones que nunca se toman de manera

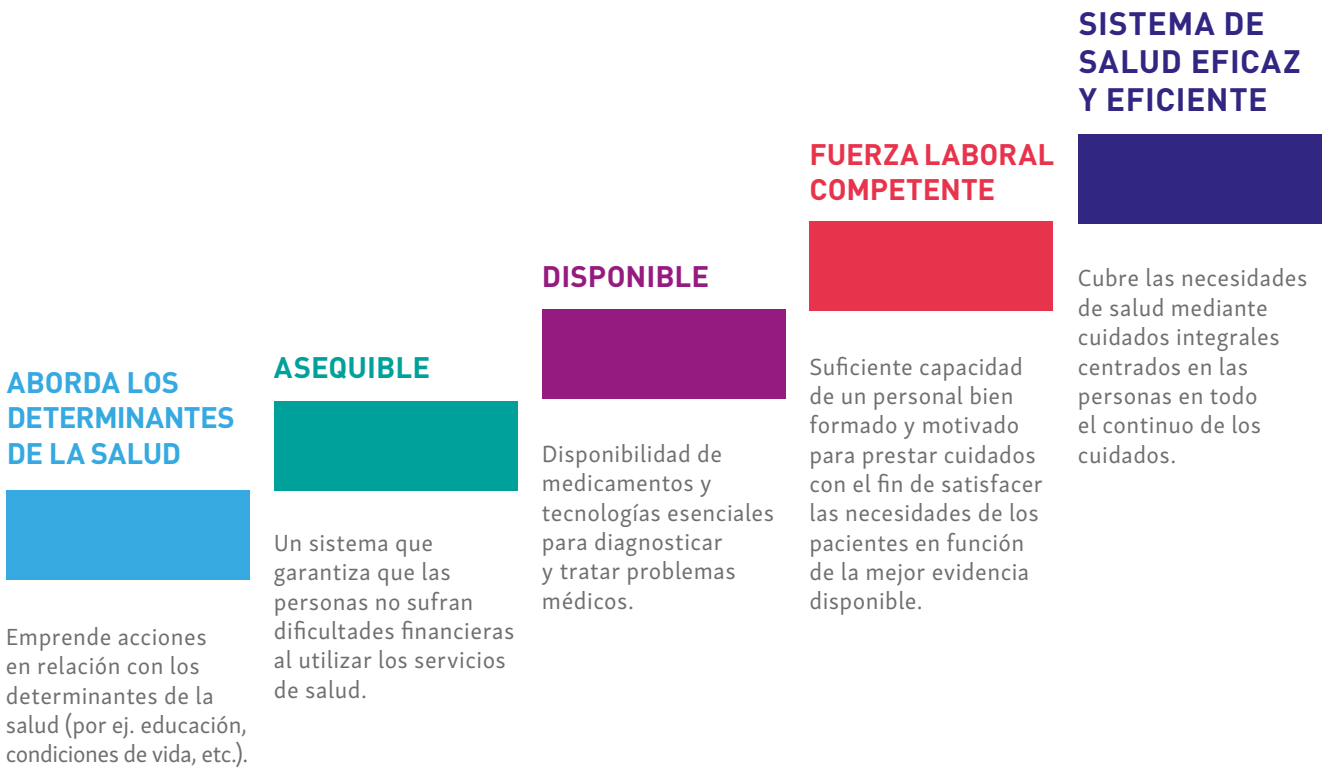
aislada dado lo limitado de los presupuestos y su profunda repercusión en los grupos de interés y en las políticas de otras áreas y, por tanto, siempre son objeto de polémica. El reto consiste en armonizar las políticas sanitarias y las de carácter económico para mejorar los resultados de salud minimizando al mismo tiempo los efectos negativos en los demás.⁷⁷ La salud y el bienestar de las personas deben ser la dimensión central de todas las políticas porque la salud de la población es lo que sostiene los demás sectores de la economía.

La siguiente sección aborda tres orientaciones políticas que posibilitan la salud como derecho humano, mejoran el acceso a los cuidados y son inversiones económicas, a saber: cobertura sanitaria universal, cuidados centrados en las personas y recursos humanos para la salud.

Figura 8: Datos del gasto sanitario⁴⁴

Gasto sanitario total para 2011:	6.900 BILLONES DE US\$
Importe medio gastado por persona en salud en países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE):	\$4.584
Porcentaje de la población mundial que vive en países de la OCDE: 18%	18%
Estimación de la OMS del gasto mínimo por persona y año necesario para prestar servicios básicos que salven la vida ¹ :	44 US\$
Número de Estados miembros de la OMS donde el gasto en salud – incluido el gasto del gobierno, familias y sector privado y fondos proporcionados por donantes externos – es inferior a 44 US\$ por persona y año:	26
Número de Estados miembros de la OMS donde el gasto en salud es inferior a 20 US\$ por persona y año:	6
Porcentaje de fondos destinados a la salud en la región africana de la OMS proporcionados por donantes:	9,4%

Figura 9: Factores requeridos para lograr la Cobertura Sanitaria Universal^{7,82}



Cobertura sanitaria universal

Cuando estamos enfermos, nos enfrentamos a gran cantidad de miedos, que se manifiestan en forma de incertidumbre y miedo al futuro; discapacidad; dolor o aislamiento; efectos secundarios de los tratamientos o la posibilidad de que estos nos hagan daño; la complejidad de movernos por el sistema de salud; o no poder trabajar y conseguir los recursos necesarios para la vida cotidiana. Además de todo esto, la atención de salud en numerosos lugares del mundo se está volviendo cada vez más costosa, lo cual provoca que buena parte de la población se pregunte si podrá permitirse el tratamiento en caso de que se les diagnostique alguna enfermedad grave.

Una vez implementada correctamente, la CSU garantiza el acceso a cuidados por parte de todos los ciudadanos independientemente de su capacidad de pago. Cabe destacar que se ha aplicado con éxito en alguna de sus modalidades en 60 de los 195 países del mundo, pero la OMS y el Banco Mundial calculan que 400 millones de personas no tienen acceso a servicios de salud esenciales y el 40% de la población mundial vive sin cobertura sanitaria.⁷⁸ Sin embargo, la CSU se ha incorporado como meta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de manera que todos los países miembros de la ONU intentarán tenerla implementada para 2030.

Se trata de una meta ambiciosa, que también tendrá un profundo efecto en la salud global y el bienestar. El acceso a la CSU permite que las personas, gracias a gozar de mejor salud y no verse forzadas a caer la pobreza por tener que pagar costes sanitarios, sean contribuyentes más productivos y activos para la familia y la comunidad. De este modo, los niños tienen más posibilidades de recibir formación y se protege a los más vulnerables frente a la posibilidad de seguir avanzando hasta la pobreza extrema.

La CSU es una política a la que pueden recurrir los países para que la salud sea un derecho humano, lo cual se puede lograr de muchas formas dado que por ejemplo:

- Mejora el acceso a servicios de salud de calidad para todas las personas independientemente de su situación social
- Promueve servicios sanitarios completos en contraposición a servicios para enfermedades o problemas específicos
- Pone fin a la discriminación provocada por dificultades de costes o de carácter financiero.
- Prioriza los servicios para los más vulnerables.¹²

La CSU cumple una serie de criterios para el derecho a la salud pero también es una buena inversión. En este sentido, se ha realizado un análisis económico y cualitativo sobre la introducción de un seguro nacional de salud⁶ en las Bahamas⁷⁹ señalando que, aparte de mejorar la salud y el bienestar, “esta política era [es] una inversión en la economía del país con unos beneficios capaces de superar con creces sus costes, además de favorecer el crecimiento económico.”⁷⁹ El informe en cuestión indicaba la probabilidad de que la economía de las Bahamas sea aproximadamente un 3,7% superior gracias a esta iniciativa (350 millones de dólares estadounidenses). Se estima que la cifra se incrementará hasta casi un 5% en 2040 sumándose así unos 500 millones de dólares estadounidenses a la economía.

Este análisis está en línea con los resultados de otros estudios como el realizado por la Lancet Commission⁸⁰ que encontró que el 11% del crecimiento económico en los países de renta baja y media entre 2000 y 2011 se debía a la reducción en la mortalidad. Al extrapolarlo a la renta nacional y a otros indicadores de prosperidad, el crecimiento económico ascendía al 24% sugiriendo así un retorno del gasto en salud de “9 a 1 en un plazo de 20 años.” La conclusión general de dicho informe apuntaba a “una **compensación enorme de la inversión en salud.**”

En un acontecimiento sin precedentes, 257 economistas⁸¹ de todo el mundo manifestaron su apoyo a la CSU suscribiendo las palabras de Amartya Sen sobre que la CSU es un “sueño asequible.” Los economistas creen que hay suficientes recursos para implementar la CSU a nivel global y que hacerlo ofrece todo un abanico de beneficios, en particular, la transformación de las vidas y las formas de vivir de la población; y la erradicación de la pobreza. En tiempos de crisis, la CSU mitiga sus efectos en las comunidades; en tiempos de calma, promueve sociedades más cohesionadas y economías productivas. En resumen, los economistas llegaron a la conclusión de que **los beneficios económicos de la inversión son casi 10 veces superiores a los costes.**

Estos ejemplos muestran la estrecha relación entre la inversión en salud y el desarrollo económico. Cuando los ciudadanos gozan de buena salud son capaces de obtener la formación y las habilidades que necesitan para prosperar en la economía global. La salud mejora la riqueza y, a su vez, las condiciones de la sociedad. La cobertura sanitaria universal es una inversión.

Ha llegado el momento de que el sector de la salud aproveche su capacidad colectiva y construya una fortaleza de CSU alrededor de nuestra población: cada director general, aseguradora, profesor, médico, enfermera, paciente y persona que vive en este país debe reflexionar sobre lo que puede hacer para contribuir a este objetivo, colaborando más y colocando su ladrillo en el muro.”

– Dra. Anuschka Coovadia⁷⁸

ACLARACIONES SOBRE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL⁸²



Cobertura sanitaria universal significa que las personas tengan acceso a atención de salud de calidad sin padecer por ello dificultades financieras.



No se trata solo de garantizar un paquete mínimo de servicios de salud, sino una expansión progresiva de la protección de la atención sanitaria y financiera.



Incluye servicios sanitarios en todo el continuo de los cuidados, en particular en la promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.



Incluye tratamientos individuales y servicios basados en la población.



No significa cobertura gratuita para todas las intervenciones de salud posibles sin considerar su coste.



La cobertura sanitaria universal aborda los determinantes de la salud mejorando la equidad, la inclusión social y la cohesión.

⁶En las Bahamas se ha implementado la fase de atención primaria del seguro nacional de salud. En fases sucesivas, se desarrollará un sistema de salud completo.

Figura 10: Los beneficios de la Cobertura Sanitaria Universal⁷⁹

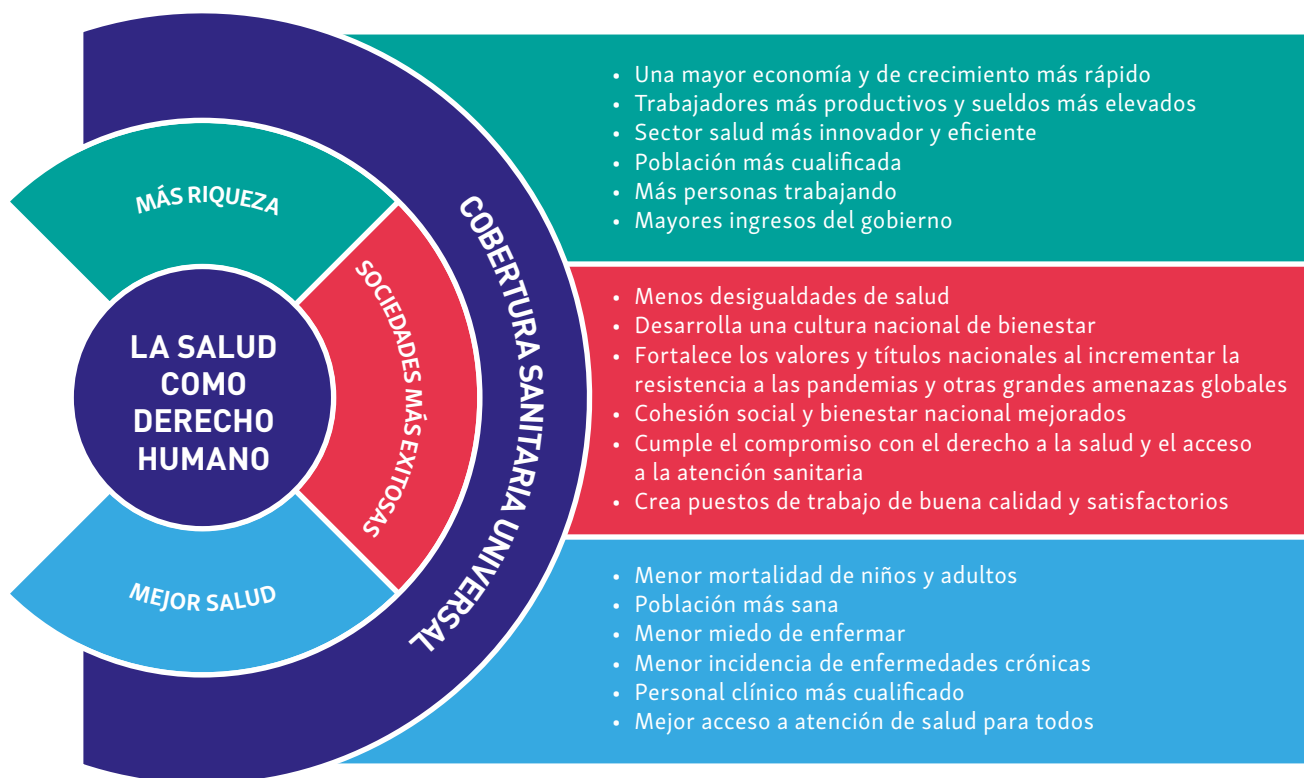
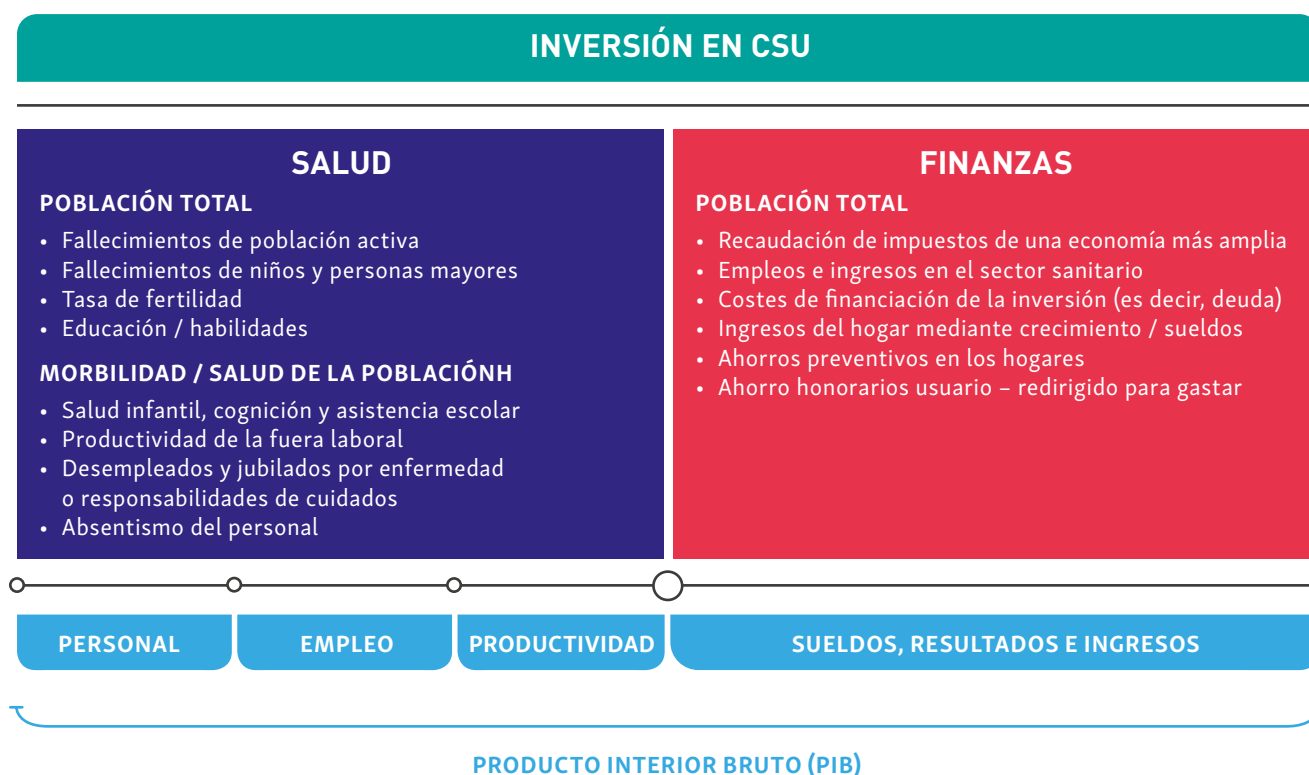


Figura 11: Marco completo de las repercusiones económicas de las inversiones en CSU (adaptado de KPMG)⁸³





“Cuando tratas una enfermedad o ganas o pierdes. Pero si tratas a una persona te garantizo que ganas, independientemente del resultado.”

–Patch Adams

Cuidados centrados en las personas

Los cuidados centrados en las personas se han convertido en la nueva expresión de moda de muchos servicios de salud. Sin embargo, tal y como señalan numerosos estudios, nos encontramos lejos de lograrlo. Muchos profesionales clínicos usan esta expresión a la ligera porque en la práctica se priorizan las necesidades profesionales y de la organización. Además, cuando se analiza el desempeño de los sistemas de salud es muy frecuente que se haga pensando en indicadores tangibles y fáciles de medir como el dinero que se gasta en camas y en personal en lugar de en los resultados y las experiencias de las personas que reciben los cuidados.

¿Por qué se produce esta situación y por qué está tan extendida en los sistemas de salud? No es por falta de investigación y evidencia puesto que se han realizado más de 750 revisiones sistemáticas (en inglés) en esta área entre 1998 y 2013. Gracias a ellas, hay datos consistentes sobre lo que los pacientes consideran buenos cuidados, en particular buena información y comunicación por parte de los profesionales de la salud; participación en las decisiones pero respetando las preferencias; apoyo emocional y empatía; continuidad y coordinación de los cuidados.⁸⁴

^fLos mecanismos de financiación de la salud a menudo promueven entre los proveedores determinados comportamientos como la brevedad de las consultas, la gestión inadecuada de los casos prestando servicios por debajo del estándar o incluso en exceso.

Una conclusión más lógica sobre por qué se practican los cuidados centrados en las personas de forma retórica y no de manera real es el predominio del modelo médico de tratamiento centrado en el proceso de enfermedad en el cual cuesta ver a la persona como un todo, situación que a menudo se ve fortalecida por modelos de financiación y control de costes^f en los que se priorizan claramente las transacciones por encima de la relación con la persona y sus necesidades holísticas. Esta es la conclusión a la que llegó el Relator especial de la ONU en su informe para la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas. De hecho, creía que el modelo biomédico de cuidados era tan perjudicial que se eliminaban los derechos y las libertades de quienes padecían enfermedades mentales.¹¹

Existe una forma diferente y mejor, una manera con más probabilidades de mejorar las experiencias de los pacientes, promover la salud pública y reducir las inequidades; mejorando el éxito de las intervenciones en salud y reduciendo el desperdicio de los recursos limitados a disposición. No hace falta innovación costosa sino un simple regreso a lo básico y a la evidencia de poner a las personas en el corazón de la atención de salud. Se trata de que las enfermeras sean fieles a lo que está en el corazón de la profesión de enfermería.

Los cuidados centrados en las personas están plasmados en los derechos humanos. Apoyan la dignidad, la no discriminación, la participación, el empoderamiento, el acceso, la equidad y una alianza entre iguales. Estos principios no solo forman parte del derecho internacional sino que también son la base de cómo nos gustaría que se nos tratara a nosotros y a nuestras familias.

Figura 12: Principales inversiones requeridas para construir un planteamiento de atención de salud centrado en las personas (adaptado del Marco de políticas de salud centradas en las personas)⁸⁵

CONSTRUYENDO UN ENFOQUE A LA ATENCIÓN DE SALUD CENTRADO EN LAS PERSONAS

INVIRTIENDO EN LAS PERSONAS, LAS FAMILIAS Y LAS COMUNIDADES

- Incrementando la alfabetización en salud
- Desarrollando estrategias para apoyar una participación significativa en la toma de decisiones
- Sosteniendo la capacidad de mejorar la autogestión
- Mayor capacidad en la comunidad para mejorar la participación en la planificación del servicio de salud

INVIRTIENDO EN ORGANIZACIONES SANITARIAS

- Creando entornos que sostengan a las personas que necesitan cuidados
- Sosteniendo los cuidados integrales y eficaces
- Fortaleciendo y promoviendo equipos multidisciplinares
- Fortaleciendo el planteamiento de alianza a los cuidados entre el paciente, la familia y los cuidadores
- Estableciendo estándares de cuidados para servicios de calidad y éticos

INVIRTIENDO EN EL PERSONAL SANITARIO

- Incrementar la capacidad y la aptitud para que la fuerza laboral dispense cuidados centrados en las personas
- Sosteniendo el compromiso con servicios de calidad, seguros y éticos

INVIRTIENDO EN EL SISTEMA DE SALUD

- Desarrollando incentivos financieros que potencien comportamientos positivos de los proveedores de salud
- Implementación de tecnología apropiada para apoyar el negocio
- Mejorando la monitorización y los informes sobre la calidad, los resultados y las experiencias de los pacientes en materia de atención de salud
- Fortaleciendo los estándares profesionales para la práctica y monitorizando su implementación
- Establecimiento de estándares para la utilización y la protección de la información del paciente

Como a los sistemas de salud les cuesta hacer frente a la demanda y contener los costes sanitarios, existe el riesgo de que se deje de invertir en el planteamiento de los cuidados centrados en las personas y se vaya hacia un modelo paternalista en el que los profesionales ‘hacen cosas a las personas’. Sin embargo, aparte de los muchos beneficios que aportan los cuidados centrados en las personas, hay un poderoso argumento económico a su favor puesto que la investigación muestra que los cuidados centrados en los pacientes⁸⁶ reducen los costes y contribuyen positivamente a la gestión de la demanda. Más concretamente, ofrecen:

- Hospitalizaciones más breves.⁸⁶
- Menor número de visitas a los servicios de urgencias de los hospitales y menos hospitalizaciones.^{86,87}
- Menos visitas para recibir cuidados especializados.⁸⁸
- Menos pruebas de laboratorio y procedimientos.⁸⁸
- Intervenciones más tempranas mediante un reconocimiento más precoz de las exacerbaciones de la enfermedad.⁸⁸
- Mejor iniciación de la terapia adecuada.⁸⁸
- Mayor autocuidado y comportamientos de autogestión.⁸⁸
- Reducción significativa de los costes médicos.⁸⁷
- Mayor cumplimiento de los planes de tratamiento y la adecuada administración de la medicación.⁸⁷

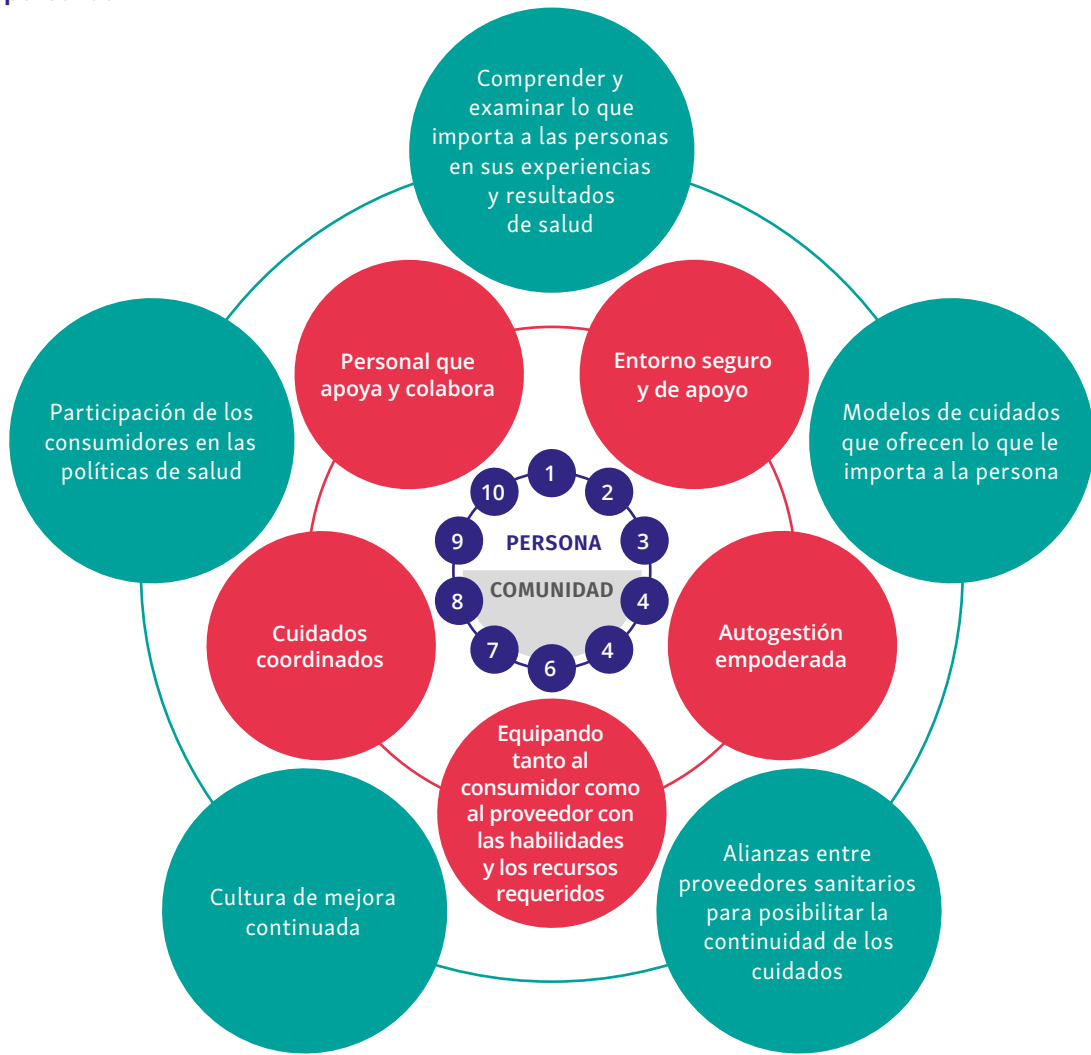
En relación con nuestros objetivos de mejorar la salud y el bienestar de la población, los cuidados centrados en las personas son la piedra angular de cara a la dispensación de atención de salud puesto que ofrece ventajas a las personas, los profesionales de la salud, el sistema sanitario y las poblaciones en su conjunto. Es el momento de reorientar los sistemas de salud hacia este planteamiento.

Centrarse en las personas significa tratar a las personas, los pacientes, sus seres queridos, los cuidadores y demás actores con compasión, dignidad y respeto. Significa involucrarles en la toma de decisiones sobre su salud y sus cuidados. Significa hacer cosas ‘con’ personas no ‘a’ personas. Significa que las personas colaboren en el diseño del sistema y en la formulación de políticas. Para construir los sistemas de salud centrados en las personas del día de mañana hemos de cambiar nuestra actual forma de dispensar cuidados y de medir los sistemas de salud.”

–Ángel Gurría, Secretario general de la OCDE⁸⁹

⁸⁵Un subelemento de los cuidados centrados en las personas.

Figura 13: Realineamiento requerido en el sistema de salud para enfocarlo a los cuidados centrados en las personas⁹⁰



- | | | |
|---|---|--|
| <p>1 Enfoque individualizado a los cuidados</p> <p>2 Ver a las personas como contribuidoras vitales para su salud</p> <p>3 Reconocimiento de las necesidades de salud de las personas que solicitan cuidados</p> <p>4 Transparencia en el enfoque</p> | <p>5 Posibilitando el acceso a información de calidad</p> <p>6 Conocer a la persona y reconocer la individualidad</p> <p>7 Respeto por los pacientes y sus decisiones</p> <p>8 Compartiendo poder y responsabilidad</p> | <p>9 Inclusivo con la familia y los cuidadores donde proceda</p> <p>10 Un enfoque holístico a los cuidados que considere lo físico, lo cultural y lo psicosocial</p> |
|---|---|--|

BENEFICIOS ECONÓMICOS



La Asociación Americana de Enfermeras señala que por cada dólar estadounidense invertido en la coordinación de los cuidados, el hospital obtenía una reducción de 8 dólares en los costes sanitarios. En colaboración con los pacientes, los coordinadores de los cuidados de enfermería dirigían un servicio que lograba un menor número de hospitalizaciones, así como estancias hospitalarias menos graves y más breves.⁹¹



Un estudio realizado por Basu et al. in 2015⁹² examinó la rentabilidad de los modelos de cuidados autogestionados. La rentabilidad media era de aproximadamente \$50.000 (EE.UU.) por cada año de vida ajustado por calidad (QALY).

ESTUDIO DE CASO: Modelos innovadores de cuidados paliativos en la India rural

Autor: Barbara Pesut, Brenda Hooper, Marnie Jacobsen, Barabra Nielsen, Miranda Falk, Brian P.O'Connor

País: India

Recientemente se ha implementado el pilotaje de un servicio de cuidados paliativos dirigido por enfermeras con el objetivo de abordar el reto de la dispensación de cuidados paliativos a personas de la India rural aplicando un planteamiento de capacitación de la comunidad. Las personas con enfermedades crónicas avanzadas han recibido visitas a domicilio por parte de una enfermera que las ayuda a navegar por el sistema de salud. La enfermera ha visitado a los pacientes cada semana o cada dos semanas prestando un abanico de servicios para toda una serie de problemas como conflictos familiares, aislamiento en la comunidad, dificultades financieras, síntomas preocupantes y problemas de movilidad. Estas enfermeras de apoyo han abordado los distintos problemas en el tiempo cubriendo así la brecha entre la atención de salud y la atención social.⁹³

Las intervenciones primarias de estas enfermeras han consistido en impartir formación sobre el tratamiento de los síntomas y en brindar apoyo psicosocial para superar los retos emocionales de vivir con una enfermedad en fase avanzada. Asimismo, han ayudado a las personas a comprender la información sanitaria que reciben, así como a tomar decisiones sobre posibles tratamientos para controlar los síntomas de su enfermedad. También han prestado sus cuidados de apoyo en ámbitos muy distintos como la gestión de enfermedades; el ámbito espiritual y de los cuidados físicos; la planificación de cuidados avanzados; el apoyo psicológico; y el apoyo social.⁹³

Se calcula que 34 millones de personas se beneficiarían de los cuidados paliativos en la India pero menos del 1% de estas personas tienen acceso a ellos.⁹⁴ Numerosas personas con enfermedades en fase tardía soportan una 'pesada' carga de síntomas y están en riesgo de que se incremente su aislamiento social. Los pacientes y sus familiares a menudo desconocen los servicios sociosanitarios que tienen a disposición en su comunidad. La falta de apoyo apropiado y adecuado a los cuidados paliativos tiene consecuencias terribles en las últimas fases de la vida de las personas. Además, el entorno rural añade una capa de complejidad adicional a esta difícil situación. Los servicios de salud de ámbito rural a menudo son limitados e inaccesibles a causa, sobre todo, de la escasez de personal cualificado.⁹³

Asimismo, se cree que, como resultado de este servicio, se reduce el uso de los servicios de urgencias, las hospitalizaciones y las consultas de médicos de atención primaria. La satisfacción del paciente es mayor y un número superior de personas pueden elegir morir en su hogar. El servicio también ha significado que estas enfermeras que ayudan a navegar por el sistema de salud han contribuido a que los clientes identifiquen beneficios y alternativas rentables a los cuidados a disposición generando así un ahorro de costes para la familia.⁹³

Ya sea que se implemente de forma independiente o se asocie con voluntarios, un servicio de navegación liderado por enfermeras puede satisfacer las necesidades únicas de las comunidades rurales mejorando el apoyo y el acceso frente a los recursos limitados de la atención de salud.⁹³



Un sector de enfermería fuerte es la piedra angular necesaria para un sector sanitario fuerte. Hay que animar a las enfermeras a que asuman puestos importantes de liderazgo en las políticas de salud, así como en su planificación e implementación."

–C.K. Mishra, Secretaria, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Gobierno de la India

Recursos humanos para la salud

Los sistemas de salud se encuentran bajo presión en todo el mundo para hacer frente al rápido crecimiento de la demanda, además de para satisfacer las crecientes expectativas del consumidor reduciendo el gasto creciente y obteniendo valor. En 2013, el incremento del gasto en salud global ascendía a 2,6%. A causa de los cambios en los estilos de vida, el mayor coste de los servicios, los tratamientos y las tecnologías, la demografía y las condiciones económicas, se espera que el crecimiento nominal del gasto sanitario se incremente a una media anual del 5,3% entre 2014 y 2018.⁹⁴ Se considera que estos factores, abordados en numerosos informes, constituyen la tormenta perfecta para una atención de salud inasequible e insostenible.

Entonces, ¿cómo se puede implementar la CSU y los cuidados centrados en las personas si los recursos humanos, lo verdaderamente necesario para ambas cosas, representan el mayor coste individual en cualquier sistema de salud? Como media, el 60-80% de la totalidad del gasto recurrente se asigna a los recursos humanos. Además del coste financiero, hay que considerar la oferta de trabajadores de la salud. Para 2030, se calcula que habrá que crear otros 40 millones de puestos de trabajo en el sector de la sanidad. Considerando las estrategias actuales, la escasez de personal prevista ascenderá aproximadamente a 18 millones de trabajadores.⁹⁵

Se ha establecido una Comisión de alto nivel de Naciones Unidas precisamente para examinar esta cuestión. En su informe sobre 'El empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico'⁹⁵ "desmantelaba la creencia vigente durante mucho tiempo de que las inversiones en el sector sanitario lastran la economía." Se argumentaba que las inversiones, junto con las acciones políticas adecuadas, podrían lograr mejoras drásticas en términos de beneficios socioeconómicos como la educación, la igualdad de género, el empleo y la salud. El informe concluía que las inversiones en el sector de la salud pueden "generar las condiciones para un crecimiento económico inclusivo y la creación de puestos de trabajo, además de una mayor estabilidad y seguridad económicas."

El personal sanitario es responsable de cuidar de la salud y el bienestar tanto de las personas como de las comunidades. Asimismo, desempeña un papel fundamental a la hora de proporcionar resiliencia a los sistemas de salud para responder a catástrofes derivadas de peligros naturales, medioambientales, tecnológicos o biológicos, que pueden dañar a largo plazo los intereses de la comunidad pero que, hasta cierto punto, también se pueden mitigar gracias al personal sanitario.

Tal y como se ha analizado a lo largo del presente informe, los sistemas de salud únicamente pueden funcionar correctamente con trabajadores sanitarios que hayan recibido la formación adecuada y estén disponibles. El derecho al máximo estándar de salud alcanzable depende de la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los sistemas de salud y las personas que trabajan en ellos.

Para lograrlo, es necesario abordar numerosos retos, en particular toda una serie de dificultades en materia de recursos humanos como la escasez de personal cualificado; la distribución desigual entre áreas urbanas y rurales, además de disparidades entre la atención primaria y los hospitales; desequilibrios en la combinación de habilidades; compensación y remuneración bajas; cargas de trabajo elevadas; incentivos financieros perversos; lugares de trabajo poco seguros y muchas otras. El planteamiento actual respecto al personal sanitario no podrá cumplir los requisitos de un sistema de salud universal que funcione bien con las personas en el centro puesto que es necesario afrontar estas dificultades a la par que un cambio en el actual enfoque a los cuidados. Hay que replantearse la forma de desplegar y motivar a la fuerza laboral considerando el papel central de la atención primaria; enfocándonos hacia el continuo de los cuidados y las necesidades holísticas de la persona; estratificando el riesgo y priorizando las necesidades de la población; poniendo énfasis en la prevención y la gestión de la salud; recurriendo al uso de equipos multidisciplinares; y con enlaces clave con los servicios comunitarios y sociales. Este es el tipo de transformación del personal de salud necesario para tener éxito de manera sostenible. La realización de inversiones en estas áreas del personal sanitario promoverá un mejor estado de salud y un mayor crecimiento económico.

En este sentido, las inversiones en el personal de enfermería ofrecerán grandes retornos. En análisis realizados sobre la calidad de los hospitales, se ha examinado de manera independiente el control de costes y los cuidados de enfermería. Es hora de cambiar. Estos debates han de estar entrelazados porque mejorar los resultados de salud y generar eficiencias al respecto requiere utilizar e invertir eficazmente en la fuerza laboral de enfermería.⁹⁶

La enfermería es el mayor colectivo de personal sanitario, además del actor principal para lograr cuidados de alta calidad, eficaces y eficientes. Las enfermeras son la espina dorsal del sistema de salud y, en el ámbito de los cuidados agudos, son los profesionales que dispensan cuidados y apoyo a los pacientes las 24 horas del día. Cuando otras profesiones de la salud se marchan el resto del día, las enfermeras siguen ahí dispensando cuidados y cubriendo las necesidades del paciente. En la comunidad, en las áreas rurales y remotas, a menudo son los únicos proveedores de salud, de manera que planifican y coordinan todas las actividades para el cuidado de los pacientes en un entorno complejo que cambia rápidamente y que, por tanto, requiere mayores competencias técnicas, además de ser objeto de cada vez más expectativas por parte de los clientes.

En 1996, el informe del IOM sobre 'Personal de enfermería en los hospitales y las residencias de mayores: ¿es adecuado?'⁹⁷ llegaba a la conclusión de que, aunque los servicios de enfermería ocupan un lugar central en la prestación de atención de salud, "hay poca evidencia empírica a disposición para sostener la información anecdótica y de carácter informal de que la calidad de los cuidados en el hospital se ve afectada negativamente por las reestructuraciones y los cambios en los patrones de dotación de personal [enfermeras]."

Desde entonces, se ha realizado una plétora de estudios e investigación que demuestran el valor añadido de la enfermería para la mejora de los resultados de salud.⁹⁸ La investigación muestra que la calidad de la enfermería, así como la cultura y las cargas de trabajo asociadas están relacionadas con los resultados de los pacientes, en particular la duración de las hospitalizaciones, la mortalidad, la morbilidad, la satisfacción del paciente y otras medidas de calidad.

A pesar del cuerpo de evidencia y la investigación, los ciudadanos y quienes formulan las políticas de salud no comprenden la naturaleza completa del trabajo de enfermería. Existe un estudio de la ciudadanía que apunta a que la mayoría de la población tiene confusión sobre la labor de las enfermeras, el tipo de formación y capacitación que reciben y lo que les distingue de otros tipos de personal con un nivel de formación inferior.⁹⁶

Se percibe con nitidez que el trabajo de enfermería puede ser exigente tanto física como emocionalmente. Por desgracia, también hay una percepción equivocada de que la enfermera se limita a actuar como 'criada' que sigue las órdenes de los médicos y que presta apoyo físico y emocional a los pacientes y a sus familias. Sin embargo, la labor de la enfermería va mucho más allá de todo eso puesto que es tanto un arte como una ciencia que requiere una considerable competencia tanto intelectual como clínica y organizativa. Las enfermeras en primera línea, además de desempeñar algunas actividades fundamentales, también dispensan cuidados holísticos en todo el continuo, además de evaluar y monitorizar a los pacientes y poner en marcha las intervenciones necesarias para mejorar los resultados de salud; abordar complicaciones o reducir riesgos; moverse por el sistema de salud y coordinar los cuidados dispensados por otros proveedores; impartir formación a pacientes, familias y cuidadores; empoderar y trabajar en asociación con los pacientes para mejorar los resultados de salud; y defender las necesidades de salud tanto de la persona como de la comunidad.

La comprensión del sistema de salud por parte de las enfermeras es única. Conocen sus fortalezas y sus debilidades y saben cómo superar los retos que plantean los sistemas desestructurados o disfuncionales. Como los sistemas de salud están intentando mejorar tanto el acceso como la asequibilidad, la calidad, la eficiencia, la equidad y el lugar central de las personas, hay que aprovechar eficazmente los conocimientos y el compromiso de la enfermería con la salud y el bienestar de las personas mediante labores de empoderamiento y movilización. Para lograrlo, es necesario que las perspectivas y opiniones de la enfermería estén representadas en los más altos niveles de liderazgo en el ámbito de la salud, así como integradas en la toma de decisiones. Es necesario diseñar mecanismos para colaborar con las enfermeras en todos los niveles con el fin de lograr un cambio duradero y que valga la pena.⁹⁹

El primer paso para conseguirlo es que las enfermeras comprendan mejor la naturaleza altamente compleja de la influencia política y la formulación de políticas, la cual se aborda en la Parte cuatro a continuación.



Figura 14: Estrategias para fortalecer el personal sanitario mundial⁹⁵**PLANIFICAR E INVERTIR**

- Desarrollar políticas y estrategias para cuantificar las necesidades, exigencias y oferta de personal sanitario
- Establecer registros nacionales de personal sanitario y normativas adecuadas para apoyar un mejor desempeño
- Promover la colaboración intersectorial
- Promover el avance del reconocimiento internacional de las cualificaciones de los profesionales sanitarios
- Recaudar financiación adecuada para invertir en las habilidades apropiadas, condiciones laborales decentes y un número adecuado de trabajadores de la salud
- Fortalecer la evidencia y la investigación sobre el personal sanitario

DESARROLLAR Y POSIBILITAR

- Estimular inversiones en la creación de puestos de trabajo decentes en el sector de la salud
- Maximizar la participación económica de las mujeres y promover el empoderamiento
- Oportunidades de educación y aprendizaje a lo largo de la vida ampliables, transformadoras y de alta calidad
- Desarrollar capacidad para gestionar emergencias o crisis humanitarias complejas
- Invertir en capacidad analítica y aptitudes para el personal sanitario y los datos del sistema de salud

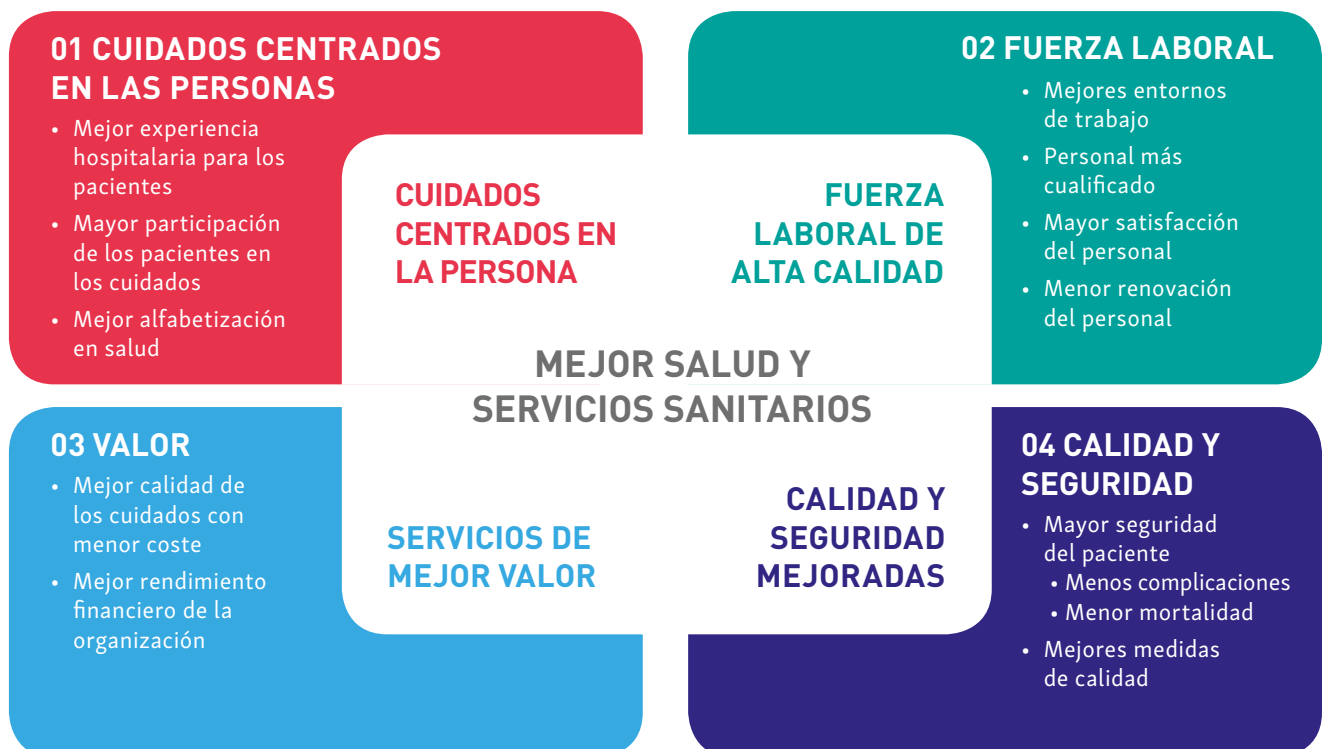
ESTRATEGIAS PARA FORTALECER AL PERSONAL SANITARIO GLOBAL**TRANSFORMAR Y EMPODERAR**

- Reformar los modelos de práctica centrados en los cuidados hospitalarios en lugar de en la prevención y la prestación de cuidados de alta calidad, asequibles, integrados, basados en la comunidad, centrados en las personas y de atención primaria y ambulatorios, dedicando especial atención a las áreas con escasos recursos
- Alinear el personal de salud con el de servicios sociales para abordar con eficacia los determinantes de la salud
- Aprovechar eficazmente las capacidades de liderazgo del personal sanitario

RETENER Y OPTIMIZAR

- Combinar las habilidades con las necesidades de salud de las poblaciones
- Aprovechar el poder de las tecnologías de la información y la comunicación rentables
- Garantizar la protección de todos los trabajadores de la salud y las instalaciones sanitarias en todos los entornos
- Promover e invertir en condiciones laborales decentes
- Optimizar la motivación, satisfacción, retención, distribución equitativa y desempeño de los trabajadores sanitarios
- Apoyar a los profesionales para que trabajen en todo su ámbito de la práctica
- Fortalecer el enfoque multidisciplinar y de competencia colectiva a la atención de salud
- Celebrar los éxitos

Figura 15: Beneficios obtenidos cuando las enfermeras ocupan puestos de liderazgo



ESTUDIO DE CASO: Realizando todo el potencial de la enfermería: Enfermera jefe de Gales

Autor: Profesora Jean White CBE, Enfermera jefe de Gales, Reino Unido

País: Gales

En noviembre de 2016, la Enfermera jefe de Gales estableció la meta estratégica nacional de: *“realizar todo el potencial de las profesiones de enfermería y obstetricia con el fin de satisfacer, en alianza con otros actores, las necesidades cambiantes de salud y bienestar de las personas que viven en Gales”*. La estrategia consta de ocho áreas prioritarias: profesionalismo; voz y liderazgo; fuerza laboral y educación; informática; investigación, desarrollo e innovación; promoción de la salud y el bienestar de la población; calidad y seguridad de los cuidados; y promoción de la integración de los cuidados (planteamiento centrado en las personas).¹⁰⁰

Las principales acciones se han desarrollado consultando a enfermeras y matronas de Gales y se han redactado de conformidad con sus cuatro principios.¹⁰¹

1. Lograr la salud y el bienestar considerando que el público, los pacientes y los profesionales son socios igualitarios y trabajando en coproducción.
2. Cuidar primero de las personas con mayores necesidades de salud, utilizando todas las habilidades y recursos de la manera más eficaz posible.
3. Hacer solo lo necesario, ni más ni menos; y no provocar ningún daño.
4. Reducir cualquier variación inadecuada recurriendo a prácticas basadas en la evidencia de forma consistente y transparente.

El primer principio para prestar atención de salud con prudencia consiste en centrarse en las personas, en particular en ajustar el poder dinámico que en la actualidad existe entre los profesionales de la salud y los pacientes de manera que estos últimos sean socios igualitarios a la hora de decidir qué se debe hacer.

En 2016, las enfermeras jefe de Reino Unido decidieron explorar el significado del profesionalismo en el caso de las enfermeras y las matronas para entender cómo instaurar en la práctica un planteamiento basado en las personas. En colaboración con el Nursing and Midwifery Council (órgano regulador profesional de Reino Unido) prepararon una orientación ¹⁰² para apoyar a los profesionales a la hora de aplicar el código deontológico en su práctica cotidiana. Establece las acciones a realizar por parte de los empleadores para que la práctica profesional prospere en las organizaciones.

La Ley de dotación de enfermeras (Gales) 2016, única en Europa, requiere que el Servicio Sanitario Nacional (NHS) considere si tiene suficientes enfermeras para cuidar de los pacientes, con sensibilidad, en todas las áreas y establece una metodología¹⁰³ para el cálculo del personal de enfermería asignado a áreas de servicio específicas. En el corazón de esta ley se encuentra el reconocimiento de la voz profesional de enfermeras sénior en primera línea para determinar el personal que necesitan para cuidar de sus pacientes.

Para sentirse seguras al elevar su voz profesional, las enfermeras y las matronas han de recibir una formación adecuada. En este sentido, Gales fue el primer país de Reino Unido en impartir formación a nivel de licenciatura para todas las enfermeras y matronas y desde 2010 tiene estándares para la práctica avanzada.¹⁰⁴ Como resultado, Gales ha tomado la delantera desarrollando roles especializados y avanzados, así como servicios liderados por enfermeras y matronas al objeto de mejorar los cuidados al paciente.

ESTUDIO DE CASO: Programa global de capacitación de enfermeras

Autor: Susan Michaels–Strasser

País: África subsahariana

El Programa global de capacitación de enfermeras (PGCE) – dirigido por el ICAP de la Escuela Mailman de salud pública de la Universidad de Columbia con financiación del PEPFAR a través de la Administración de recursos y servicios de salud de EE.UU. – pretende mejorar la salud de la población y combatir el VIH en el África subsahariana fortaleciendo tanto la cantidad como la calidad del personal de enfermería y obstetricia.

El PGCE emplea un modelo holístico con el fin de fortalecer la enfermería y la obstetricia desde la formación hasta la práctica mediante dos subproyectos: la Iniciativa de alianza para la formación de enfermería, que promueve la producción de una nueva fuerza laboral, y la Enfermería generalista, que sostiene el mantenimiento de una fuerza laboral cualificada.

El PGCE presta sus servicios en seis piedras angulares del desarrollo del personal de enfermería, a saber: 1) mejora de la infraestructura; 2) revisión de los currículos; 3) desarrollo del profesorado; 4) habilidades clínicas; 5) desarrollo profesional continuo; y 6) alianzas para las políticas y la reglamentación.

El PGCE proporciona la inyección de experiencia, conocimientos y recursos que ya venía haciendo mucha falta desde hace mucho tiempo, además de ofrecer valiosas lecciones como fuente de información para los esfuerzos dirigidos a potenciar la enfermería y la obstetricia en el África subsahariana. La formación combinada de enfermería y obstetricia y el rediseño de los currículos para que se basen en la evidencia son cambios fundamentales en el modo de impartir formación a las enfermeras. La formación previa a la práctica cada vez abarca más competencias centrales para el tratamiento del VIH, en particular el rol ampliado que las enfermeras desempeñan en el cuidado y tratamiento de esta enfermedad, mientras que innovaciones como la formación basada en la simulación y el aprendizaje electrónico han demostrado ser tanto aceptables como factibles en los entornos con pocos recursos.

El África subsahariana se enfrenta a una escasez crítica de personal sanitario, cual inhibe el acceso a atención de salud de calidad y contribuye de manera directa a la obtención de malos resultados de salud. La región se enfrenta a una carga de enfermedad significativa con muy poco personal sanitario a disposición. En 2006, la OMS denunció que el 25% de la carga global de la enfermedad se concentraba en el África subsahariana, es decir, entre solo el 11% de la población mundial. Además, la región representaba solo el 3% del total de personal sanitario mundial y únicamente el 1% del gasto sanitario global. Cada vez harán falta más categorías de enfermeras bien formadas en aquellos entornos que soportan una elevada carga de VIH con pocos recursos a disposición a medida que se aplican planteamientos para el tratamiento completo del VIH y más pacientes necesitan cuidados para comorbilidades y enfermedades crónicas concomitantes.

Hasta la fecha, el PGCE ha obtenido resultados impresionantes con la graduación de 13.146 estudiantes de enfermería y obstetricia de 22 escuelas y con la impartición de formación a 5.550 en la práctica. A través del PGCE, más de 4.000 profesores en 22 escuelas de enfermería en seis países han recibido formación continuada en habilidades clínicas, educación e investigación en los niveles de certificado de especialización, máster y doctorado. Asimismo, estas escuelas han sido objeto de mejoras en sus instalaciones y se han desarrollado o revisado los currículos acreditados a nivel nacional. El PGCE ha sostenido la mejora de las políticas y la reglamentación de la enfermería en cada país.



PARTE CUATRO: DE LA POLÍTICA A LA PRÁCTICA – DE LA PRÁCTICA A LA POLÍTICA

Tal y como se pone de manifiesto en la Parte dos, las enfermeras conocen bien los problemas de acceso, así que, ¿dónde está la responsabilidad de la enfermería de cara a garantizar que este conocimiento se incorpora a la formulación de las políticas e influye en ellas?

A menudo se dice que cada acción, o incluso inacción, es un acto político. La política, al fin y al cabo, no es más que ejercer influencia sobre la asignación de recursos escasos o, tal y como lo definen Mason et al, “el uso de relaciones y poder para ascender entre grupos de interés que compiten entre sí para influir en las políticas y en la asignación de recursos escasos”.¹⁰⁵ La política es el mecanismo mediante el cual se pone en marcha la asignación de recursos y, más formalmente, es “un curso de acción o inacción relativamente estable e intencional seguido por un actor o serie de actores para abordar un problema o cuestión preocupante”.¹⁰⁵ Las prioridades y preocupaciones que compiten entre sí, junto con la inevitablemente limitada naturaleza de los recursos, hacen que las políticas se formulen invariablemente en el contexto político.

Estas definiciones son realmente útiles para las enfermeras dado que, tal y como defendemos, precisamente porque “conocemos” las respuestas de los pacientes y las familias a las políticas sociosanitarias, debemos participar en la toma de decisiones sobre las políticas de salud.¹⁰⁶ Comprender estas definiciones nos ayuda a ver la compleja naturaleza de la formulación de políticas. Nos alerta sobre el hecho de que, a pesar de aparecer a menudo en los libros de texto como un simple proceso circular que no es diferente al proceso de enfermería (identificación del problema – establecimiento de la agenda – formulación de la política – evaluación), la realidad es mucho más complicada.

Como enfermeras, argumentamos que cuando se formulan las políticas “no tenemos un puesto en la mesa”. Lo que hemos de comprender es que para cuando una política llega a una “mesa” de consulta, la política en cuestión ya está prácticamente finalizada. En consecuencia, donde hemos de estar es en la primerísima fase, aquella en la que se identifica el problema y se plantea la solución. Es ahí donde se influye de verdad. Las enfermeras han de esforzarse más en comprender cómo se influye en la formulación de las políticas.

El proceso de formulación de políticas es enrevesado e impredecible. Para facilitar su comprensión, Walt y Gilson¹⁰⁷ introdujeron la idea de un triángulo de políticas de salud con el fin de simplificar sus enredadas interrelaciones (véase la Figura 16). Cualquier modelo simplifica procesos que normalmente están muy interconectados y son muy interactivos, tal y como sucede claramente en este caso.

Las enfermeras conocen el “contenido” (es decir, las respuestas de los pacientes y sus familias ante las políticas sociosanitarias), pero este es solo un componente político puesto que también hemos de tener en cuenta el “contexto”, el “proceso” y los “actores”, tanto a nivel individual como a nivel organizativo.

Contexto: ¿qué está sucediendo en este momento en el entorno y cómo puede influenciar cualquier conversación sobre las políticas? El contexto se puede ver como algo inclusivo de los factores situacionales (por ejemplo, guerra, sequía, terremotos); factores estructurales (por ejemplo, sistemas y ciclos políticos, tecnología, nueva investigación); factores culturales (por ejemplo, lengua, normas, religión, grupos minoritarios) o factores internacionales (por ejemplo, brotes de enfermedades infecciosas, cambios en los mercados como la crisis financiera global).¹⁰⁸ Cada uno de estos elementos puede atraer más atención hacia su motivo de preocupación o que este quede completamente fuera de la agenda. Es fundamental que cada uno elija su momento valorando el contexto para lograr influenciar las políticas.

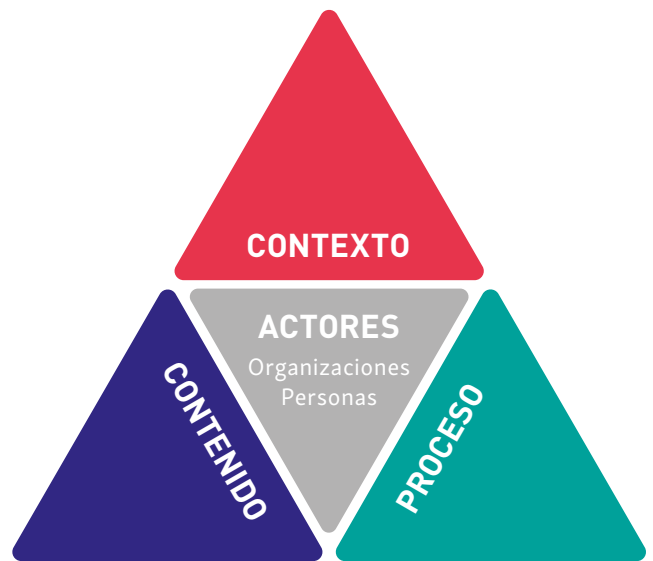


Proceso: ¿cómo se está tomando la decisión política en la práctica? ¿Cómo comenzó, se desarrolló, negoció, comunicó, implementó y evaluó (igual que en el sencillo círculo anterior)? ¿Quién tiene y ostenta el poder es una pregunta clave durante este proceso? Todo ello nos lleva a considerar los actores involucrados en el proceso.

Actores: ¿quiénes son las personas y cuáles son las organizaciones que pueden estar interesadas en el sujeto de la política? Tras determinar cuáles son los grupos de interés clave hay que reflexionar sobre su nivel de implicación, interés, influencia o poder, el impacto del resultado sobre ellos y cuál será su posición, ¿son aliados o rivales? Conocer a los participantes le permite elegir quién le puede ayudar, con quién formar una coalición y a quiénes hay que contrarrestarles su influencia y por qué.

El triángulo de la política de Walt y Gilson (Figura 16) lo construyeron Jeremy Shiffman y sus colegas¹²¹ para crear un nuevo modelo que explorara tres áreas principales: factores internos de la red y sus actores; el entorno de las políticas; y las características del problema en sí.

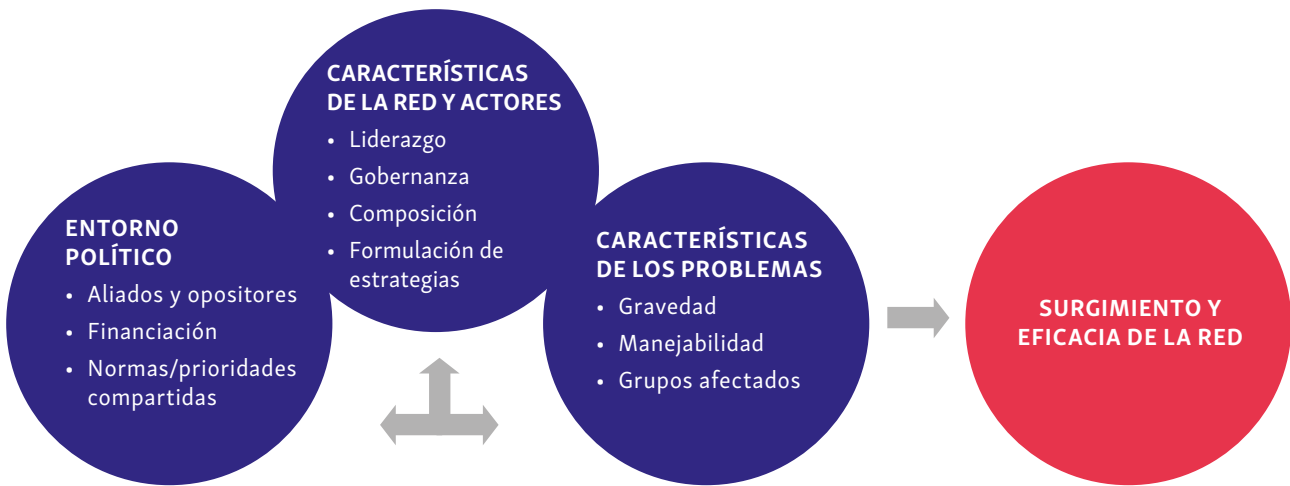
Figura 16: Triángulo de la política de Walt y Gibson¹⁰⁷



ACTIVIDAD:

Piense en una política nacional reciente en la que la enfermería tenga interés. Utilice el triángulo político para analizar a los actores, el proceso, el contexto y el contenido. ¿Le ayuda a comprender el resultado? ¿Cómo puede sugerir este análisis algo que pueda hacer usted de forma diferente la próxima vez?

Figura 17: Modelo de Shiffman de Redes de salud global eficaces¹¹⁰



En esos elementos hay dos áreas en las que la enfermería está considerablemente por detrás de otros grupos de influencia en el ámbito de la salud: la formulación de estrategias, interna y externamente, lo cual incluye el lenguaje utilizado; y la construcción de coaliciones.¹¹⁰ Es interesante destacar que estos elementos también los identificó un grupo de enfermeras estadounidenses hace 20 años al analizar el desarrollo político de la enfermería.¹¹¹

En consecuencia, si estamos intentando influenciar las políticas, hemos de comenzar con las características del problema. Tenemos que hacer nuestros deberes y comprender toda la evidencia relacionada con la cuestión que estamos intentando influenciar (su gravedad y manejabilidad. ¿Hay alguna solución que pueda ser eficaz?). También hemos de ver cómo hablamos de los colectivos afectados y hasta qué punto participarán otros. Un ejemplo es el VIH/SIDA. Cuando se expresó como enfermedad de hombres gay o de un país lejano había pocas oportunidades de conseguir fuerza política. Cuando se expresó como una amenaza para la humanidad y una enfermedad que se podía transmitir en el útero a los neonatos inmediatamente fue objeto de atención y acción.

Lo siguiente que tenemos que hacer es examinar la política del entorno político. ¿Estamos en sintonía con el ciclo de preparación de los presupuestos del gobierno? ¿Hemos realizado nuestro análisis de los grupos de interés? ¿Somos un grupo que destacará ante los demás en relación con esta cuestión o se verá como un tema de interés propio? ¿Hemos enmarcado nuestro interés, aportación y contribución de forma que los demás los escuchen como algo relevante e importante? ¿Quién más está interesado en la cuestión y tiene una posición y un sistema de valores compatible? ¿Podría ser socio en una coalición?

Quien, en el ámbito de la enfermería, goza de la posición más aventajada para plantear el asunto al mundo exterior: ¿es el sindicato, el regulador, líderes sénior del ámbito de la práctica o investigadores? ¿Tenemos un mensaje profesional unificado con el que todos se comprometerán sin provocar división de opiniones? Con otras palabras, ¿hemos cumplido con nuestro deber de trabajar en una posición de consenso a puerta cerrada?¹¹²



Figura 18: Las cuatro fases del desarrollo político de la enfermería¹¹¹

1 2 3 4

	CONVENCIMIENTO	INTERÉS PROPIO	SOFISTICACIÓN POLÍTICA	LIDERANDO EL CAMINO
NATURALEZA DE LA ACCIÓN	Reactiva, centrada en cuestiones de enfermería	Reactiva ante las cuestiones de enfermería (por ejemplo financiación para la formación de enfermería) y cuestiones más amplias (por ejemplo, cuidados a largo plazo e inmunización)	Proactiva en enfermería y otras cuestiones de salud (por ejemplo, la Agenda de enfermería para la reforma de la salud)	Proactiva en liderazgo y a la hora de convencer sobre la agenda abarcando un abanico más amplio de cuestiones de política sociosanitaria
LENGUAJE	Aprendizaje del lenguaje político	Uso de la jerga de las enfermeras (por ejemplo, cuidar, diagnóstico de enfermería)	Uso del lenguaje y la retórica habituales en las deliberaciones sobre las políticas de salud	Introducción de términos que reordenan el debate
CONSTRUCCIÓN DE COALICIONES	Sensibilización política: participación ocasional en coaliciones	Formación de coaliciones entre organizaciones de enfermería	Formación de coaliciones entre grupos de enfermería; participación activa y significativa en grupos más amplios del ámbito de la sanidad (por ejemplo, Grupo de trabajo Clinton sobre la reforma sanitaria)	Puesta en marcha de coaliciones más allá de la enfermería para abordar las preocupaciones sobre las políticas de salud en sentido más amplio
ENFERMERAS COMO MODELADORAS DE LAS POLÍTICAS	Casos aislados de enfermeras nombradas para puestos políticos, principalmente gracias a logros individuales	Las asociaciones profesionales introducen a las enfermeras en puestos relacionados con la enfermería	Las organizaciones profesionales logran que las enfermeras sean nombradas para ocupar puestos políticos relacionados con la salud (por ejemplo, puesto de enfermera en ProPAC)	Se busca a numerosas enfermeras para ocupar puestos políticos de enfermería y salud gracias al valor de la experiencia y los conocimientos de la profesión

ACTIVIDAD: DESARROLLO POLÍTICO

Explore las cuatro fases anteriores para ver dónde cree que se encuentra en su desarrollo político. ¿Dónde cree que se encuentra la enfermería en su país y dónde está la enfermería a nivel global en su desarrollo político? ¿En qué áreas es necesario mejorar? ¿Cómo podría conseguir esta experiencia/formación?

ESTUDIO DE CASO: Coaliciones y colaboraciones para abordar las ENT: La enfermería da un paso al frente para asociarse a una iniciativa de mejora de la salud en todo el país

País: Tonga

Las enfermedades no transmisibles (ENT), que representaron el 75% de todas las muertes en Tonga en 2008, se deben principalmente, según la OMS, a una mala alimentación, falta de ejercicio físico, tabaco y consumo de alcohol.¹¹³ Según el Hon. Dr. Saia Ma'u Piukala, Ministro de Sanidad, el "99% de la población adulta de Tonga se enfrenta a un riesgo entre medio y elevado de desarrollar una ENT.¹¹⁴

Tonga comenzó a centrarse en las ENT en 2003 diseñando entonces una estrategia completa al respecto (2004-2009), la primera en la zona del Pacífico. El entonces Ministro de Sanidad, Lord Viliani Tau' Tangi, ha sido un pilar en la lucha contra las ENT y siempre ha visto a la enfermería como una profesión con un papel central que desempeñar para detener y controlar este tipo de enfermedades. La evaluación de este primer plan reveló dificultades en la recopilación de datos precisos y en su implementación. La siguiente estrategia sobre las ENT (2010-2015) se centró en abordar de nuevo estas cuestiones y Lord Tangi reconoció el lugar clave que ocupan las enfermeras en la comunidad de Tonga así como en el sector de los cuidados agudos.

Varios años antes, las enfermeras de salud reproductiva habían recibido formación específica y habían sido ubicadas en los distintos centros de salud de la comunidad. Como resultado, se logró una reducción significativa en la mortalidad, la morbilidad y las tasas de inmunización de madres y niños. Así fue como se comenzó a creer que este modelo comunitario dirigido por enfermeras podría funcionar también con las ENT si se introdujera un rol que combinara las labores de promoción de la salud, detección temprana, prevención de la enfermedad, adherencia al tratamiento, rehabilitación y paliación, gestándose de este modo la idea de la enfermera comunitaria de ENT en Tonga.¹¹⁴

En 2012 se estableció un programa piloto en cinco centros de la comunidad y quedó clara la eficacia y la aceptación de esta propuesta para la comunidad. Se buscó financiación para desplegar el programa de enfermeras para las ENT en 20 centros de la comunidad y, a principios de 2014, se graduaron 20 enfermeras comunitarias experimentadas que habían sido elegidas expresamente tras obtener un diploma acreditado de enfermería avanzada en prevención, detección y tratamiento de enfermedades no transmisibles. Como demostración de la importancia de esta iniciativa de enfermería, a la ceremonia de graduación asistió Su Majestad, la Reina Nanasipau'u Tuku'aho, y el Ministro de Sanidad.¹¹³

Esta iniciativa dirigida por enfermeras ya ha mejorado la precisión en la recopilación de datos sobre las ENT; ha mejorado la monitorización y el tratamiento de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares; ha mejorado la participación de la comunidad en programas de ejercicio y nutrición; y ha reducido la necesidad de realizar amputaciones.

El último plan estratégico para las ENT (2015-2020) continúa abriéndose paso en Tonga poniendo énfasis ahora en los jóvenes y en un comienzo saludable en la vida. Las enfermeras comunitarias de salud reproductiva y las enfermeras de ENT seguirán desempeñando un gran papel junto con muchos otros sectores de la sociedad.¹¹⁴



Figura 19: Modelo para pasar del problema a la acción

CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA

¿Qué sabemos? ¿Cuál es la evidencia? (gravedad, manejabilidad, grupos afectados)

¿Cuáles son los documentos clave de referencia?

ENTORNO POLÍTICO

¿Quiénes son los principales grupos de interés que ya están en el área? – Ajenos a la enfermería y pertenecientes a la profesión, valorar su participación, intereses, posicionamiento filosófico, coaliciones existentes.

¿Por qué es asunto de la enfermería?

¿Quiénes son los portavoces clave existentes de la enfermería? ¿Quiénes son los investigadores clave de la enfermería?

RED INTERNA DE ENFERMERÍA

¿Con quién debería estar formando coaliciones potencialmente la enfermería?

¿Cuál es la contribución exclusiva que aporta la enfermería?

¿Cuál es la contribución/rol del CIE?

¿Cuál es el rol de las ANE?

¿Quién debe/puede dar un paso al frente como líder de la enfermería?

¿Cuál es el mensaje consensuado internamente de la enfermería?

FORMULACIÓN DE LOS RESULTADOS HACIA EL EXTERIOR

¿Qué formulación del mensaje hacia el exterior representa una aportación exclusiva y una justificación para la incorporación de una voz de enfermería?

¿Cuál es el resultado esperado?

¿Cuál es el calendario para presentar la información, cómo y quién?

La Figura 19 muestra cómo pueden avanzar las enfermeras de la práctica a la política o del problema a la acción tal y como ha ocurrido en Tonga (véase el estudio de caso). Las observaciones y los datos de la práctica sirven como fuente de información para las políticas, que son las que marcan el enfoque para nuevas iniciativas para la práctica, que a su vez informan nuevas políticas. El esfuerzo continuado

con énfasis y prioridades de implementación cambiantes pone de manifiesto la importancia fundamental de las enfermeras como recopiladores de datos precisos, analistas y portavoces de sus comunidades con el fin de garantizar la mejor implementación y evaluación de las políticas para, seguidamente, proporcionar el mejor asesoramiento para el establecimiento de nuevas políticas y agendas.

La última palabra

Las enfermeras son esenciales para transformar la atención sanitaria y los sistemas de salud de manera que ninguna persona se quede atrás. Pueden ser una voz para liderar mejorando el acceso a los cuidados; posibilitando un planteamiento a la salud centrado en las personas; y garantizando que su voz se escucha para influenciar las políticas de salud, así como su planificación y realización.

En 2018 ha llegado el momento de permanecer unidos y hablar con una sola voz. Hemos de hablar más alto. Tenemos que hablar más claro. Con los recursos que tenemos a disposición en la actualidad, ya no es aceptable negar el derecho a la salud a ningún ser humano. Convierta 2018 en su año para ser una voz para liderar a favor de la salud como derecho humano.

Las enfermeras tienen esa experiencia de primera mano, ese conocimiento, así como la autoridad y la legitimidad para ser capaces de hablar sobre la larga cadena de causas de las enfermedades de los pacientes pero también para defenderles y decir ‘Esto es lo que necesitamos en el programa de cobertura sanitaria universal en este país.’”

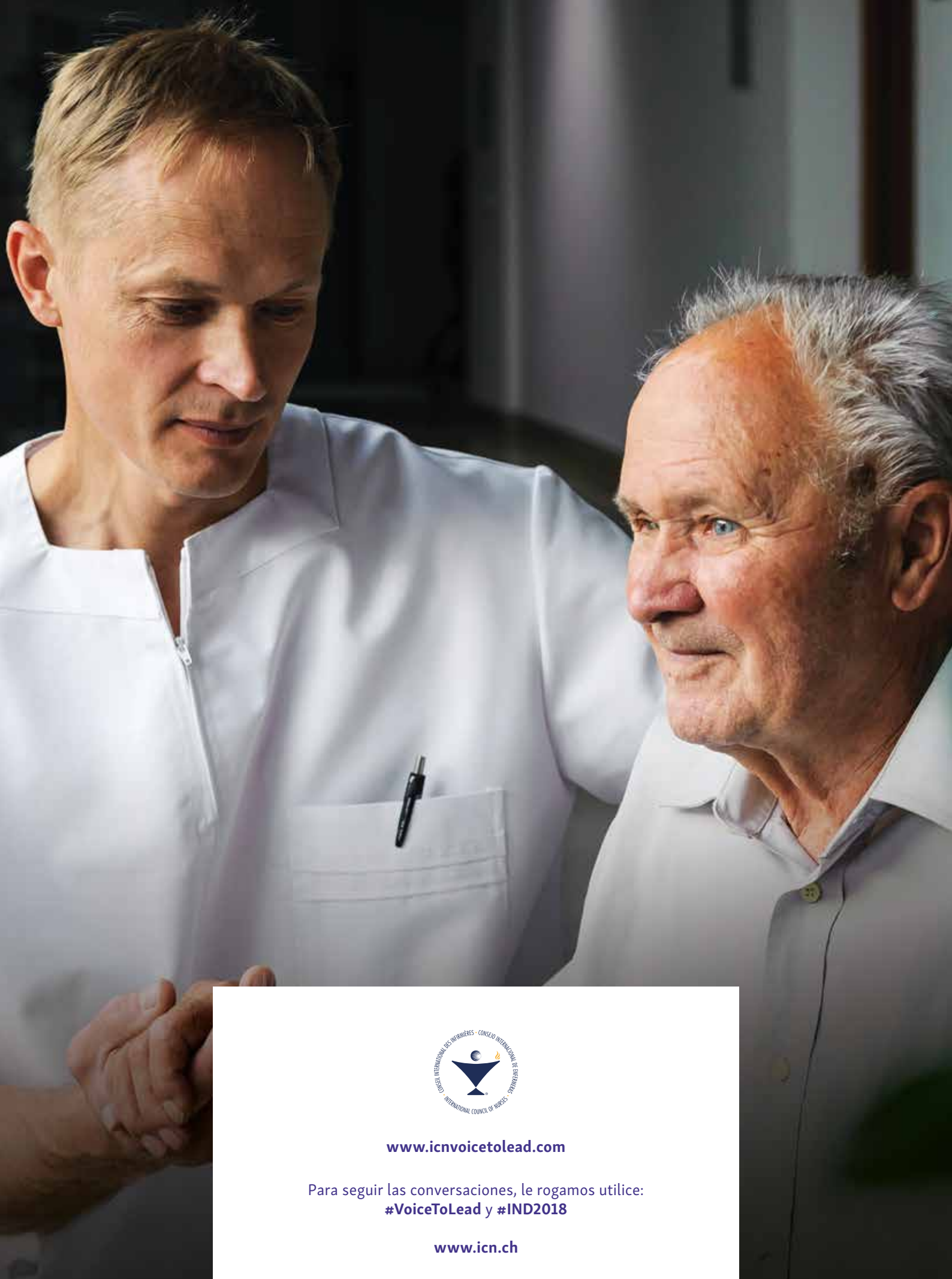
–Dr. Sridhar Venkatapuram, Profesor de Salud Global y Filosofía y Director fundador de MSc Global Health and Social Justice, King’s College, Londres. Social Justice, King’s College London



REFERENCIAS

1. World Health Organization. *Universal health coverage: a political choice*. 2017 [citado el 6 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/dg/speeches/2017/universal-health-coverage/es/>.
2. Special Rapporteur, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. 2017, United Nations: Geneva.
3. UN News Centre. *Nothing short of a 'sea change' will end years of gross neglect in mental health care - UN expert*. 2017 [citado el 29 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://www.un.org/apps/news/printnewsAr.asp?nid=56919>.
4. Sen, A., *Why and how is health a human right?* Lancet, 2008. 372(9655): p. 2010.
5. Peabody, F.W., *The Care of the Patient*. JAMA, 1927. 88(12): p. 877-882.
6. *The right to health: from rhetoric to reality*. Lancet, 2008. 372(9655): p. 2001.
7. World Health Organization. *Universal health coverage (UHC): Fact sheet*. 2016 [citado el 8 de diciembre de 2016]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>
8. Ghebreyesus, T.A. *All roads lead to universal health coverage*. 2017 [citado el 20 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/universal-health-coverage/es/>
9. World Health Organization. *Health financing for universal coverage*. 2017 [citado el 27 de noviembre de 2017]; Disponible en: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/.
10. Hunt, P. and G. Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*. Health and Human Rights, 2008. 10(1): p. 81-92.
11. World Health Organization, *'Everybody's Business': Strengthening Health Systems to improve health outcomes - WHO's Framework for Action*. 2007, WHO: Geneva.
12. Lee, E. and D. Johanne Horndrup. *The Right to Health: An Interview with Professor Paul Hunt*. 2004 [citado el 4 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://projects.essex.ac.uk/ehrr/V2N1/Hunt.pdf>.
13. Special Rapporteur, *Promotion and protection of all Human Rights, Civil, Political, economic, Social and Cultural: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt*. 2008, United Nations Human Rights Council: Geneva.
14. Taylor-Clark, K. *What's Engagement Now? Expert Kalahn Taylor-Clark Discusses Emerging Challenges*. 2012 [citado el 30 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.cfah.org/blog/2012/whats-engagement-now-expert-kalahn-taylor-clark-discusse-emerging-challenges>.
15. Levesque, J.F., M.F. Harris, and G. Russell, *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. Int J Equity Health, 2013. 12: p. 18.
16. World Health Organization. *Diabetes*. 2017 [citado el 1 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
17. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 2016 [citado el 1 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.idf.org/idf-diabetes-atlas-seventh-edition>.
18. Stokes, A., et al., *Prevalence and unmet need for diabetes care across the care continuum in a national sample of South African adults: Evidence from the SANHANES-1, 2011-2012*. PLoS One, 2017. 12(10): p. e0184264.
19. Protheroe, J., et al., *Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management*. J Diabetes Res, 2017. 2017: p. 1298315.
20. Deloitte, *Turning the tide on diabetes management How leaders in health care are using multi-faceted approaches*. 2017, Deloitte Centre for Health Solutions: Washington DC.
21. Anderson, I., et al., *Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study*. Lancet, 2016. 388(10040): p. 131-57.
22. Johnstone, M.J. and O. Kanitsaki, *The spectrum of 'new racism' and discrimination in hospital contexts: a reappraisal*. Collegian, 2009. 16(2): p. 63-9.
23. Askew, D., et al. *To your door: Factors that influence Aboriginal and Torres Strait Islander peoples seeking care*. [citado el 1 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.kvc.org.au/wp-content/uploads/2014/12/Paper-Mono-1-CD-20130624-v42-Submitted.pdf>
24. Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care. *Cultural Competence*. [citado el 1 de noviembre de 2017]; Disponible en: <https://i.pinimg.com/736x/28/37/5b/28375b8d01a949d0254c31bd15275190--cultural-competence-preschool-ideas.jpg>.
25. World Health Organization. *Health and human rights: Fact Sheet N323*. 2015 [citado el 1 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
26. Kölves, K., et al., *Suicide in rural and remote areas of Australia*. Australian Institute for Suicide Research and Prevention. 2012: Brisbane.
27. World Health Organization, *A universal truth: no health without a workforce*. 2014, WHO: Geneva.
28. National Rural Health Alliance. *Mental Health in Rural and Remote Australia*. 2017 [citado el 26 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-mentalhealth-factsheet-2017.pdf>.
29. Patel, V. *Mental Health Policy*. in *international Council of Nurses: Health Policy Summit 2017*. Philadelphia.
30. OECD, *Out-of-pocket medical expenditure: Health at a Glance*. 2015, OECD Publishing: Paris.
31. World Health Organization, *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations*. 2010, WHO: Geneva.
32. World Health Organization. *New report shows that 400 million do not have access to essential health services*. 2015 [citado el 25 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/es/>.
33. Sen, A. *Amartya Sen Quotes*. 2017 [citado el 30 de octubre de 2017]; Disponible en: http://www.azquotes.com/author/13314-Amartya_Sen.
34. Duckett, S. *Many Australians pay too much for health care - here's what the government needs to do*. 2016 [citado el 25 de septiembre de 2017]; Available from: <https://theconversation.com/many-australians-pay-too-much-for-health-care-heres-what-the-government-needs-to-do-61859>.
35. Health Resources & Services Administration. *HRSA Database*. 2017 [citado el 1 de noviembre de 2017]; Disponible en: <https://datawarehouse.hrsa.gov/tools/analyzers/hpsafind.aspx>.
36. Newhouse, R.P., et al., *Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review*. Nurs Econ, 2011. 29(5): p. 230-50; quiz 251.
37. Weinick, R.M., R.M. Burns, and A. Mehrotra, *Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics*. Health Aff (Millwood), 2010. 29(9): p. 1630-6.
38. Copeland, B., et al. *Beyond the acute episode: Can retail clinics create value in chronic care?* 2016 [citado el 1 de noviembre de 2017]; Disponible en: <https://dupress.deloitte.com/dup-us-en/industry/health-care/retail-clinics-chronic-care-management.html>.
39. Akazili, J., et al., *Assessing the impoverishment effects of out-of-pocket healthcare payments prior to the uptake of the national health insurance scheme in Ghana*. BMC Int Health Hum Rights, 2017. 17(1): p. 13.
40. World Health Organization, *WHO Global Health Expenditure Atlas*. 2014, WHO: Geneva.
41. Schneider, E et al, *Mirror, Mirror, 2017: International Comparisons Reflects Flaws and Opportunities for Better US Health Care*. 2017. The Commonwealth Fund.
42. Francis, R., *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. 2013: London.
43. Campbell, D. *Mid Staffs hospital scandal: the essential guide*. 2013 [citado el 13 de septiembre de 2017]; Disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide>.
44. World Health Organization, *Patient Safety: Making health care safer*. 2017, WHO: Geneva.
45. Committee on Quality of Health Care in America and Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century is report on health care quality in the United States*. 2001, Washington, DC:: National Academies Press.
46. World Health Organization, *WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. 2017, WHO: Geneva.
47. Stimpfel, A.W., et al., *Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients*. Health Serv Res, 2016. 51(3): p. 1120-34.
48. Flynn, L., et al., *Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes*. J Am Geriatr Soc, 2010. 58(12): p. 2401-6.
49. Brodaty, H., et al., *Successful ingredients in the SMILE study: resident, staff, and management factors influence the effects of humor therapy in residential aged care*. Am J Geriatr Psychiatry, 2014. 22(12): p. 1427-37.
50. Aiken, L.H., et al., *Nurses' reports on hospital care in five countries*. Health affairs, 2017.5
51. Aiken, L.H., et al., *Implications of the California nurse staffing mandate for other states*. Health Serv Res, 2010. 45(4): p. 904-21.
52. Twigg, D. and K. McCullough, *Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings*. Int J Nurs Stud, 2014. 51(1): p. 85-92.
53. Needleman, J. and S. Hassmiller, *The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results*. Health Aff (Millwood), 2009. 28(4): p. w625-33.

54. Goetz, K., M. Janney, and K. Ramsey, *When nursing takes ownership of financial outcomes: achieving exceptional financial performance through leadership, strategy, and execution*. Nurs Econ, 2011. 29(4): p. 173-82.
55. Kelly, L.A., M.D. McHugh, and L.H. Aiken, *Nurse outcomes in Magnet(R) and non-magnet hospitals*. J Nurs Adm, 2011. 41(10): p. 428-33.
56. Institute of Medicine, *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses 2004*, the National Academies Press: Washington D.C.
57. Stimpfel, A.W., J.E. Rosen, and M.D. McHugh, *Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet(R) and non-Magnet hospitals*. J Nurs Adm, 2014. 44(1): p. 10-6.
58. Jeon, Y.H., et al., *Policy options to improve leadership of middle managers in the Australian residential aged care setting: a narrative synthesis*. BMC Health Serv Res, 2010. 10: p. 190.
59. Jeon, Y.H. and H. Kendig, *Chapter 14 Care and Support for Older People*, in *Ageing in Australia: Challenges and Opportunities*, K. O'Loughlin, C. Browning, and H. Kendig, Editors. 2017, Springer: New York.
60. Forster, P., *Queensland Health Systems Review 2005*.
61. Francis, R., *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. 2013: London.
62. Rao, A.D., A. Kumar, and M. McHugh, *Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescure*. J Nurs Scholarsh, 2017. 49(1): p. 73-79.
63. McHugh, M.D., et al., *Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients*. Med Care, 2016. 54(1): p. 74-80.
64. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, *Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement*. Int J Qual Health Care, 2016. 28(2): p. 253-8.
65. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, *Reducing Hospital Readmission Disparities of Older Black and White Adults After Elective Joint Replacement: The Role of Nurse Staffing*. J Am Geriatr Soc, 2016. 64(12): p. 2593-2598.
66. IOM, *Transforming health care scheduling and access: getting to now*. 2015, IOM: Washington, DC.
67. Oche, M. and H. Adamu, *Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north Western Nigeria*. Ann Med Health Sci Res, 2013. 3(4): p. 588-92.
68. Siciliani, L., M. Borowitz, and V. Moran, *Waiting time policies in the healthsector: What works*. 2013.
69. Algosio, V. *Philosophical Views in Nursing*. 2014 [citado el 12 de octubre de 2017]; Disponible en: <https://www.slideshare.net/virgilioalagosio/philosophical-views-in-nursing>.
70. Jones, T.L., P. Hamilton, and N. Murry, *Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review*. Int J Nurs Stud, 2015. 52(6): p. 1121-37.
71. Special Rapporteur, *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health 2016*, WHO: Geneva.
72. Aiken, L.H., et al., *Nurses' reports on hospital care in five countries*. Health affairs, 2017.
73. Advisory Board. *This nurse-led approach cut hospital readmission rates by 56 percent*. 2017 [citado el 16 de noviembre de 2017]; Disponible en: <https://www.advisory.com/daily-briefing/2017/06/13/readmission-rates>.
74. Sun Health. *Sun Health Care Transitions*. 2017 [citado el 16 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.sunhealth.org/hospital-transition-plan/>.
75. Spence, M. and L. Lewis, *Health and Growth*. 2009, The World Bank: Washington.
76. Kapferer, S. *The importance of investing in health*. 2015 [citado el 6 de octubre de 2017]; Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2015/12/the-importance-of-investing-in-health/>.
77. Frenk, J. *Health and the economy: A vital relationship*. 2004 [citado el 6 de octubre de 2017]; Disponible en: http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html.
78. World Health Organization, *Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference does it make?* 2015, WHO: Geneva.
79. KPMG, *Investing in Health: An economic and qualitative analysis of the impacts of the primary care phase of NHI in The Bahamas*. 2017.
80. Jamison, D.T., et al., *Global health 2035: a world converging within a generation*. Lancet, 2013. 382(9908): p. 1898-955.
81. Summers, L.H. and signatories, *Economists' declaration on universal health coverage*. Lancet, 2015. 386(10008): p. 2112-2113.
82. World Health Organization. *Questions and Answers on Universal Health Coverage*. 2017 [citado el 9 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/contracting/documents/QandAUHC.pdf?ua=1>.
83. KPMG, *Universal Healthcare: One place, many paths*. 2016.
84. Taylor, J., *Five top tips on how to make person centred care really work, in theguardian*. 2014, theguardian.
85. World Health Organization, *People-Centred Health Care: Policy Framework*. 2007, WHO: Geneva.
86. Richards, M.K. and A.B. Goldin, *Patient-centered care and quality: Activating the system and the patient*. Semin Pediatr Surg, 2015. 24(6): p. 319-22.
87. Forsyth, L., E. Rawstron, and K. Hawkins. *Patient experience: recalibrating our ideas of success in healthcare*. 2017 [citado el 4 de octubre de 2017]; Disponible en: <https://home.kpmg.com/au/en/home/insights/2017/05/patient-experience-recalibrating-health-care-success.html>.
88. Bertakis, K.D. and R. Azari, *Patient-centered care is associated with decreased health care utilization*. J Am Board Fam Med, 2011. 24(3): p. 229-39.
89. Gurría, A. *People at the Centre: The Future of Health - opening remarks at 2017 OECD High-Level Policy Forum*. 2017 [citado el 20 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.oecd.org/about/secretary-general/people-at-the-centre-the-future-of-health-opening-remarks.htm>.
90. World Health Organization. *People at the centre of care*. 2017 [citado el 3 de abril de 2017]; Disponible en: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/definition/en/.
91. American Nurses Association, *The Value of Nursing Care Coordination: A White paper of the American Nurses Association*. 2012, ANA.
92. Basu, R., et al., *Cost-effectiveness of the chronic disease self-management program: implications for community-based organizations*. Front Public Health, 2015. 3: p. 27.
93. Pesut, B., et al., *Nurse-led navigation to provide early palliative care in rural areas: a pilot study*. BMC Palliat Care, 2017. 16(1): p. 37.
94. Ernst & Young. *Health reimaged: a new participatory health paradigm*. 2016 [citado el 20 de octubre de 2017]; Disponible en: [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_-_Health_reimagined:_a_new_participatory_health_paradigm/\\$FILE/ey-health-reimagined-2016.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_-_Health_reimagined:_a_new_participatory_health_paradigm/$FILE/ey-health-reimagined-2016.pdf).
95. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*. 2016.
96. Needleman, J. and S. Hassmiller, *The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results*. Health Aff (Millwood), 2009. 28(4): p. w625-33.
97. Institute of Medicine, *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* 1996, Washington, DC: The National Academies Press.
98. Kutney-Lee, A., et al., *Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition*. Med Care, 2015. 53(6): p. 550-7.
99. Ernst & Young, *Nursing reforms Paradigm shift for a bright future*. 2016.
100. Chief Nursing and Midwifery Officer, *W. Nursing and Midwifery in Wales*. 2016 [citado el 27 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/161222prioritiesen.pdf>.
101. Prudent Healthcare *Making prudent healthcare happen*. 2017 [citado el 27 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.prudenthealthcare.org.uk/>.
102. Commission of the four Chief Nursing Officers, *N. Enabling professionalism in nursing and midwifery practice*. 2015 [citado el 27 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/170508professionalismen.pdf>.
103. NHS Wales. *Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016*. 2016 [citado el 27 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://gov.wales/docs/phhs/publications/171102nurse-staffingen.pdf>.
104. NHS Wales. *Advanced Practice*. 2010 [citado el 27 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.weds.wales.nhs.uk/advanced-practice/>.
105. Mason, D., et al., *Policy and Politics in Nursing and Health Care*. 6th ed. 2016, St Louis: Elsevier.
106. White, J., *Through a socio-political lens: The relationship of practice, education, research, and policy to social justice, in Philosophies and practices of emancipatory nursing: social justice as praxis.*, P. Kagan, M. Smith, and P. Chinn, Editors. 2014, Routledge: New York. p. 298-308.
107. Walt, G. and L. Gilson, *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. Health Policy Plan, 1994. 9(4): p. 353-70.
108. Buse, K., N. Mays, and G. Walt, *Making Health Policy*. 2nd ed. 2012, Maidenhead, UK: McGraw Hill.
109. Shiffman, J., et al., *A framework on the emergence and effectiveness of global health networks*. Health Policy Plan, 2016. 31 Suppl 1: p. i3-16.
110. Shiffman, J., *Four Challenges That Global Health Networks Face*. Int J Health Policy Manag, 2017. 6(4): p. 183-189.
111. Cohen, S.S., et al., *Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go*. Nurs Outlook, 1996. 44(6): p. 259-66.
112. White, J., *The Magic Pudding: Comment on "Four challenges that global health networks face"*. International Journal of Health Policy Management, 2017. 6.
113. Secretariat of the Pacific Community. *Pacific in an crisis, leaders declare*. 2011 [citado el 1 de noviembre de 2017]; Disponible en: http://www.spc.int/hpl/index.php?option=com_content&task=view&id=124.
114. Department of Foreign Affairs and Trade, *Health for Development Strategy 2015-2020*. 2015, Australian Government.



www.icnvoicetolead.com

Para seguir las conversaciones, le rogamos utilice:
#VoiceToLead y **#IND2018**

www.icn.ch