ENFERMERÍA
UNA VOZ PARA LIDERAR
LA SALUD PARA TODOS

SALUD PARA TODOS
ENFERMERÍA, SALUD GLOBAL Y COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA DE 2019
RECURSOS Y EVIDENCIAS

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

Patrocinador del Proyecto: Howard Catton

Autores: David Stewart, Erica Burton, Profesora Jill White
Profesora Marla Salmon, Amanda McClelland

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

Comité de Dirección:
Sra. Elisabeth Madigan, Directora General, Sigma Theta Tau International
Sr. Kawaldip Sehmi, Director General, Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO) Dr. Walter De Caro, Consociación Nacional de Asociaciones de Enfermeras, Sr. T. Dileep Kumar, Presidente, Consejo de Enfermería de la India Sra. Ellen Ku, Presidenta, Colegio de Enfermería de Hong Kong Sr. Michael Larui, Director Nacional de enfermería de las Islas Salomón y Presidente, Secretaría del Foro de Enfermeras del Pacífico

Diseño: Artifex Creative Webnet Ltd.

Reservados todos los derechos, incluidos los de traducción a otras lenguas. Queda prohibida la reproducción total o parcial de la presente publicación por medios impresos, fotostáticos o de cualquier otra forma, así como su almacenamiento en un sistema de recuperación de información, su transmisión en cualquier modalidad o su venta sin permiso expreso por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Sin embargo, está permitida la reproducción de fragmentos breves (menos de 300 palabras) sin autorización previa con la condición de citar la fuente.

Derechos de autor © 2019 CIE–CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, 3, place Jean–Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN : 978-92-95099-62-3

CÓMO UTILIZAR EL CONTENIDO INTERACTIVO

A lo largo de esta publicación, encontrará marcadores similares a los anteriores. Con la camera de su dispositivo móvil, escanee los marcadores y reproduzca automáticamente el contenido de vídeo.

Para ver el contenido, descargue cualquiera de los lectores de códigos QR disponibles en su App Store.

ÍNDICE

MENSAJE DE LA PRESIDENTA DEL CIE 4

PARTE UNO Salud para Todos 5

El reto al que nos enfrentamos 5

¿Qué significa Salud para Todos? 7

De la Salud para Todos a la Cobertura Sanitaria Universal 9

¿Por qué deben tener interés las enfermeras en los retos de salud global que afectan a la 'Salud para Todos'? 11

PARTE DOS Retos de salud global que afectan a la Salud para Todos 14

Salud para Todos y el enfoque del CIE para el año 14

Reto de salud global 1: las enfermedades que conocemos y las que no: epidemias/pandemias 16

Reto de salud global 2: producto del estilo de vida y el entorno – enfermedades no transmisibles 22

Reto de salud global 3: consecución de resultados de salud importantes para los pacientes a un precio que los países se puedan permitir 27

Reto de salud global 4: un mundo en movimiento 34

Reto de salud global 5: nuestra salud mental y bienestar 40

Reto de salud global 6: los efectos de la violencia en la atención de salud y en todos nosotros 46

PARTE TRES Liderazgo (con un toque especial) 52

Las raíces del liderazgo de la enfermería 52

Avances innovadores en la Salud para Todos: la labor de las enfermeras y la enfermería 54

Autor de la Foto – Ministry of Health Taiwan

MENSAJE DE LA PRESIDENTA DEL CIE

Cada año, el Consejo Internacional de Enfermeras elige un tema para el Día Internacional de la Enfermera, que se celebra el 12 de mayo conmemorando el nacimiento de Florence Nightingale. En los últimos dos años hemos celebrado la voz de la enfermería a través del tema Enfermeras: una voz para liderar. En 2017, debatimos el papel de la voz de la enfermería en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en 2018 analizamos el derecho humano a la salud. Este año, vamos a examinar la voz de la enfermería desde el punto de vista de la Salud para Todos.

Las enfermeras en todo el mundo defienden la Salud para Todos cada día en las circunstancias más difíciles y con recursos limitados para prestar atención de salud a quienes más la necesitan. Un ejemplo de ello es Uganda (pág. 21) donde personal de enfermería recorre las aldeas para enseñar consejos básicos de salud especialmente relacionados con la higiene y el saneamiento tanto de las personas como de los hogares. Las enfermeras construyen así una estrecha relación con la comunidad y colaboran con el trabajador sanitario de la aldea. Otro ejemplo es EE.UU. (pág. 6), donde las enfermeras colaboran con los trabajadores sociales para entablar una relación cercana con la comunidad y promover así la adquisición de conocimientos y experiencia para dispensar atención de salud de alta calidad y servicios coordinados a las personas sin techo, con adicciones y en transición tras cumplir condena en la cárcel.

Las enfermeras -que son quienes más cerca se encuentran de los pacientes- también están contribuyendo a que su voz llegue hasta la mesa donde se formulan las políticas.
La primera reunión en absoluto de alto nivel de Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal se celebrará durante la Asamblea General de Naciones Unidas en 2019. Se trata de una oportunidad para que la enfermería haga escuchar su voz. Hemos de estar preparados y, por tanto, el presente documento con recursos y evidencia ayudará a las enfermeras de todo el mundo a comprender los distintos aspectos de la cobertura sanitaria universal junto con el papel que desempeñan.

El CIE cree que las enfermeras, en el seno de equipos multidisciplinares, pueden crear sistemas sanitarios que tengan en cuenta los determinantes sociales, económicos y culturales de la salud. Podemos afrontar las desigualdades de salud y, tanto mediante un nuevo enfoque en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como recurriendo a un planteamiento basado en la salud de la población, podemos mejorar la salud de cada persona en cada lugar.

Por último, creemos que ha llegado el momento de que las enfermeras reivindiquen su liderazgo. Al ser la mayor profesión sanitaria del mundo y trabajar en todas las áreas de los cuidados, la enfermería tiene un gran potencial y valor que, si se aprovechan correctamente, permitirán finalmente la consecución de la Salud para Todos.

Annette Kennedy
Presidenta, Consejo Internacional de Enfermeras

PARTE UNO

SALUD PARA TODOS

> **"No hay ningún producto en el mundo más valioso que la salud." – Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS[1]**

El 12 de septiembre de 1978, 134 países se reunieron en Alma Ata, Kazakstán (ahora conocido como Almaty) con ocasión de la primera conferencia internacional de atención primaria. Este acontecimiento fue un punto de inflexión en la historia de la salud pública y el primero en su género capaz de lograr un compromiso por parte de los gobiernos, los trabajadores de los ámbitos de la salud y el desarrollo y la comunidad internacional para proteger y promover la salud de la población mundial mediante un planteamiento de atención primaria.[2]

La declaración contenía mensajes profundos de apoyo a los líderes de la comunidad en su labor de planificación de la atención de salud y reducción del elitismo de la medicina moderna, además de abordar las desigualdades sociales en aras de mejores resultados de salud.[3] Fue en esta ocasión cuando se formuló por primera vez el concepto de 'Salud para Todos' junto con directrices y acciones.

En el corazón de 'la Declaración de Alma Ata' se afirma que la salud únicamente se puede mejorar combinando la ciencia de la salud, economías y políticas sólidas y acciones para combatir las injusticias sociales. En ella se señala audazmente que la 'Salud es un Derecho Humano.' Mientras haya inequidades e injusticias, no se logrará la 'Salud para Todos.'

Cuarenta años después, los mensajes contenidos en la Declaración de Alma Ata siguen siendo pertinentes. A pesar del progreso realizado en algunas áreas desde 1978, hemos visto cómo ha ido variando la amplitud de las vulnerabilidades en el ámbito de la salud. Los cambios que se han producido en los estilos de vida y en el medio ambiente han traído consigo nuevos retos en materia de salud: las enfermedades crónicas ahora matan a más personas que las enfermedades infecciosas. Se han exacerbado las desigualdades en materia de riqueza y exclusión social, lo cual ha provocado también una mayor brecha entre ricos y pobres. A nivel mundial, cada vez estamos más conectados a causa de los viajes que realizamos, así como por las actividades comerciales y los intercambios culturales y, por tanto, han surgido nuevos intereses en relación con la alimentación, el alcohol y el tabaco que a menudo menoscaban los esfuerzos de los países y complican sus respuestas para reducir las tasas de enfermedades no transmisibles. La Salud para Todos como tal no es un punto de destino sino un llamamiento a la acción en el área de la justicia social para que todos los países y la comunidad internacional trabajen en aras del principio central de mejorar la salud de las personas.

EL RETO AL QUE NOS ENFRENTAMOS

Es cierto que se han alcanzado logros importantes en relación con los avances médicos y tecnológicos en todo el mundo, pero cada vez hay más disparidades entre países y dentro de los mismos en cuanto a las mejoras de salud. Los planteamientos biomédicos y tecnológicos respecto a la salud tienen limitaciones a la hora de mejorar el estado de salud, especialmente cuando se considera en su conjunto como "bienestar físico, mental y social completo."[4] De hecho, cabría argumentar que el planteamiento de modelo biomédico en relación con la salud ha llevado a descuidar los demás determinantes de ésta.

Es lo que ha puesto de manifiesto la reciente Comisión de Alto Nivel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las Enfermedades no Transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, al informar de que, si el statu quo permanece, no se logrará el ODS de reducir en un 30% las muertes prematuras por ENT en 2030. Asimismo, esta Comisión ha señalado que el motivo principal que impedirá su consecución es que "no se están implementando numerosos compromisos políticos y los países no están donde deberían estar para lograr el objetivo. Las acciones de los países son desiguales en el mejor de los casos. Lamentablemente, las inversiones nacionales siguen siendo reducidas y no se están movilizando suficientes fondos a nivel internacional."[5] El planteamiento que hace falta para reducir la mortalidad prematura es el de la 'salud en todas las políticas', en todo el gobierno y en toda la sociedad para abordar así los determinantes sociales de la salud, en particular el estilo de vida y el entorno. Sin embargo, el informe apunta a una "falta de voluntad política, así como de compromiso, capacidad y acción en materia de ENT." El informe concluye que para lograr este objetivo es necesario ver las actividades bajo la óptica de los derechos humanos.

El reto no es sólo en materia de ENT puesto que los datos demuestran que en el siglo XX (Fig. 4) la salud y el bienestar se ven afectados por catástrofes, pobreza, enfermedades infecciosas, guerras y otros factores humanitarios.

Para que los gobiernos y los servicios de salud saquen el máximo partido de los recursos limitados que tienen a disposición, será necesario tomar decisiones difíciles. Las enfermeras se encuentran en una posición ideal para liderar e informar la toma de decisiones de los servicios de salud y la formulación de políticas gracias a su función como defensores de los pacientes, así como por su habilidad para razonar, su número y el abanico de cuidados que prestan en todo el ciclo de la vida y el continuo de los cuidados.

Estudio de Caso

Autor de la Foto – Cyrus Batheja

ESTUDIO DE CASO: DISPENSANDO CUIDADOS A USUARIOS FRECUENTES SIN TECHO, CON ADICCIONES Y EN TRANSICIÓN TRAS UN ENCARCELAMIENTO

– Dr. Cyrus Batheja, EE. UU.

La paradoja de la atención médica en Estados Unidos de "gastar más y obtener menos" está bien documentada. La ausencia de la inversión necesaria en los servicios sociales y una mala coordinación de los servicios de apoyo subyace a un sistema fragmentado que no logra resultados aceptables para los pacientes. Las repercusiones tanto financieras como de otra índole de la ineficacia de la atención sanitaria para las personas con problemas más complejos afectan a las comunidades tanto a nivel estatal como a nivel local en todos los lugares.
Los determinantes sociales de la salud tienen un gran impacto en los resultados de salud y aumentando el costo de la atención sanitaria. Para que las personas en situaciones más complejas logren los mejores resultados hay que abordar los problemas sociales como base de una buena salud. Asimismo, hacen falta modelos de cuidados especializados para sostener a los pacientes tradicionalmente marginados.

UnitedHealthcare ha reconocido los problemas a los que se enfrentan miles de estadounidenses y ha diseñado una solución de ámbito local conocida como myConnections para ayudar a los que visitan con frecuencia las salas de urgencias de los hospitales y carecen de vivienda, tienen adicciones o están en transición tras un encarcelamiento. Recurriendo a una solución biopsicosocial, basada en la evidencia, e integrando la atención sanitaria y los servicios sociales para transformar las vidas de las personas, los equipos trabajan con agentes de la comunidad para ofrecer viviendas y servicios de alta calidad, basados en la evidencia e informados sobre los traumas al objeto de mejorar los resultados y reducir el uso ineficiente de la atención sanitaria para los pacientes de alto riesgo y coste. Gracias a su enfoque en los determinantes sociales de la salud, myConnections entabla una estrecha relación con la comunidad ofreciendo asimismo conocimientos y experiencia para dispensar una atención de salud de alta calidad y cuidados coordinados a las personas con situaciones más complejas.

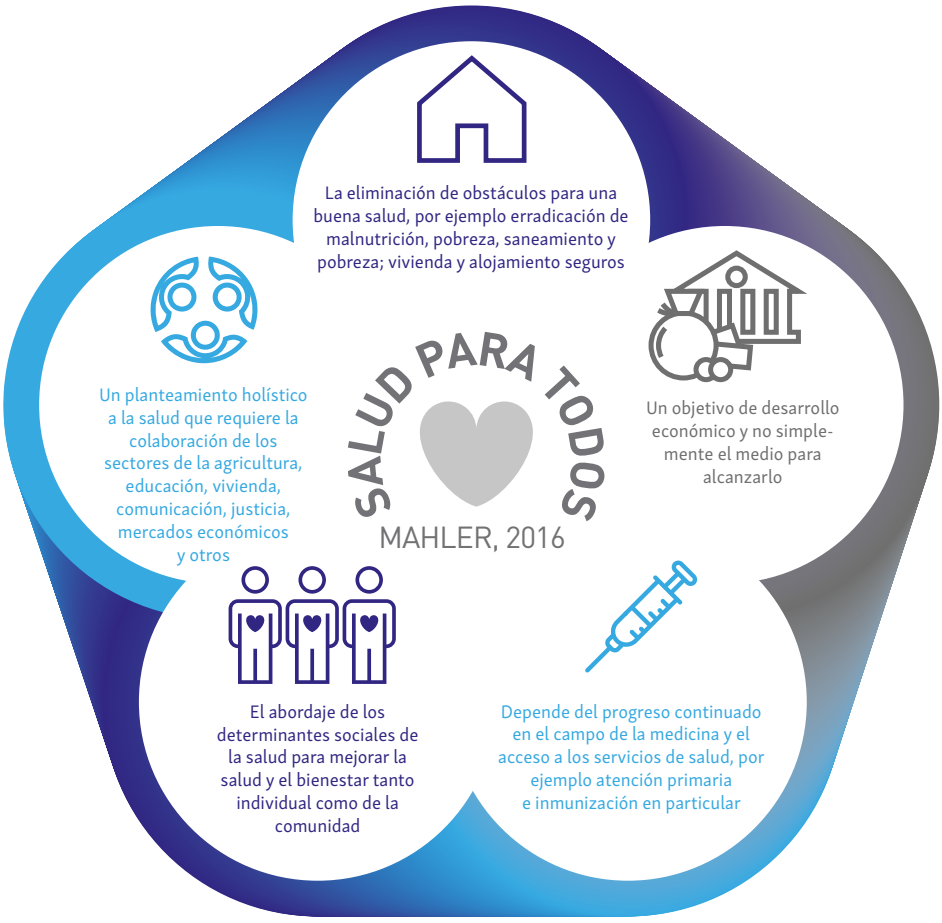
Utilizando los datos internos de las solicitudes médicas, myConnections ha diseñado una técnica basada en el uso de los datos para identificar "los puntos críticos", es decir subgrupos formados por aquellos pacientes/miembros de mayor complejidad del país. De este modo, myConnections ha identificado a más de 25.000 pacientes sin techo y está concentrándose en el 10% de mayor complejidad.

El modelo de cuidados de myConnections implica una doble alianza entre los trabajadores sociales y las enfermeras que están en contacto con los pacientes y ofrece un programa personalizado que se basa en sus fortalezas y deseos.
Esta alianza trabaja de cerca con ellos para completar el proceso que los llevará a tener un hogar seguro a coste cero o reducido durante un plazo de tiempo que oscila entre los 12 y los 24 meses. También los acompaña para que reciban servicios de salud conductual de élite como por ejemplo terapia dialéctica conductual, terapia asistida por medicación y atención primaria informada sobre los traumas. Asimismo, la alianza les ayuda a realizar los procedimientos necesarios para conseguir prestaciones sociales como ingresos de la seguridad social, además de bonos de comida y vivienda para lograr su autosuficiencia a largo plazo.

¿QUÉ SIGNIFICA SALUD PARA TODOS?

"Salud para Todos significa poner la salud al alcance de cada persona en un determinado país." La salud en este contexto implica no sólo la disponibilidad de servicios sanitarios sino el estado completo de salud física y mental que permite que la persona lleve una vida social y económicamente productiva.[6]

Figura 1: 'Salud para todos' es (Mahler, 2016)[6]



Es precisamente en este marco en el que la salud se ve como un derecho humano donde el desarrollo social y los factores económicos están predeterminados en la Salud para Todos. Se pone énfasis en la protección y la promoción de la salud, lo cual implica la eliminación de la exclusión social y las disparidades en este ámbito. Ello, a su vez, tiene efectos positivos tanto en el desarrollo económico y social como en la paz mundial. La Comisión Lancet ha publicado evidencia al respecto señalando que por cada dólar estadounidense invertido entre ahora y 2035 ofrecería un retorno de entre 9 y 20 USD.[7]

Las enfermeras están en primera línea en la promoción de los derechos de los consumidores puesto que creen que se trata de un derecho humano y que las personas tienen el deber de, colectiva o individualmente, participar en la planificación y dispensación de sus cuidados. El Código Deontológico del CIE establece que "Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratados con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad, además de coordinar sus servicios con los de los grupos relacionados. La necesidad de enfermería es universal."[8]

Los ideales y los elementos centrales de la 'Salud para Todos' anunciados en 1978 aún no se han alcanzado a pesar de haberse progresado considerablemente en su consecución. Gracias al acuerdo de los países sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se está actuando en la dirección correcta para abordar los azotes de nuestros tiempos.

Autor de la Foto – Kartika Kurnisari

Estudio de Caso

RACHEL HOUSE: DISPENSANDO CUIDADOS PALIATIVOS EN LA COMUNIDAD – Indonesia

En Indonesia hay 1 200 nuevos casos de cáncer en pacientes menores de 18 años y un número elevado de niños con VIH/SIDA, lo cual pone de manifiesto la enorme necesidad de cuidados pediátricos paliativos.[9]

Con el deseo de abordar la falta de servicios de atención pediátrica paliativa como motivación y con la visión de una Indonesia en la que ningún niño tenga que vivir o fallecer con dolor, se fundó Rachel House, el primer servicio de cuidados pediátricos paliativos de Indonesia. La mayoría de sus pacientes pediátricos proviene de comunidades marginadas en las que la media de ingresos de sus padres oscila entre 3 y 5 USD, lo cual supone que, si los niños permanecieran hospitalizados en lugar de estar en casa, toda la familia se quedaría sin comer. Como respuesta a esta cruda realidad, las enfermeras han cambiado sus uniformes por cascos y chaquetas de motorista para viajar por las abarrotadas calles de Jakarta con el fin de proporcionar cuidados paliativos basados en la comunidad.

Por tanto, han sido las enfermeras quienes han dirigido el diseño de este servicio de vital importancia. Además de su alto nivel de cualificación y formación para realizar valoraciones tanto físicas y físicosociales de los pacientes, pasan tiempo con los niños y sus familias para comprender sus historias y circunstancias sociales antes y después de la enfermedad con la intención de comprender al niño como ser humano en primer lugar en vez de como paciente con síntomas. De este modo, se ha generado una enorme compasión entre las enfermeras junto con una dedicación cada vez mayor a las personas a las que atienden.

Asimismo, se ha establecido un equipo multidisciplinar para prestar cuidados a los niños. Las enfermeras son el corazón del mismo y se esfuerzan para construir redes de apoyo alrededor de los hogares de los niños y concentrar el apoyo de los voluntarios sanitarios de la comunidad local formados en Rachel House, así como para contactar a los responsables de atención primaria a nivel local con el fin de prepararles, garantizar la disponibilidad de la medicación necesaria en la farmacia local y trabajar con ONG asociadas para ofrecerle al niño apoyo nutricional y en otros ámbitos sociales.
El equipo también forma a las comunidades para mejorar la concienciación sobre los cuidados paliativos entre la población y los profesionales de la salud, además de para incrementar la capacidad de controlar el dolor y los síntomas.

Tras 12 años de funcionamiento, Rachel House ha cuidado casi 3 000 niños y sus familias. Consideradas líderes nacionales en cuidados pediátricos paliativos a domicilio, estas enfermeras a menudo reciben invitaciones para compartir sus conocimientos con personal hospitalario de toda Indonesia. Asimismo, Rachel House ahora ofrece formación de nivel internacional en cuidados paliativos a enfermeras y sostiene a los hospitales que desean diseñar servicios de cuidados paliativos integrados. Rachel House está comprometida con la creación de un ecosistema de cuidados paliativos en toda Indonesia para que todo el mundo tenga acceso a servicios para el control del dolor y los síntomas al objeto de prevenir y aliviar el sufrimiento.[10]

DE LA SALUD PARA TODOS A LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

"Somos conscientes de que, cuando se logre la cobertura sanitaria universal, se reducirá la pobreza, se generarán puestos de trabajo, las economías crecerán y las comunidades estarán protegidas contra brotes de enfermedades. Sin embargo, también sabemos que mejorarán las oportunidades económicas de las mujeres y la salud y el desarrollo de sus hijos seguirán por ese camino."

Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus.[11]

La cobertura sanitaria universal (CSU) afronta la visión de la Salud para Todos en mayor medida que la Declaración de Alma Ata original, sobre todo porque ofrece un planteamiento más completo respecto a los servicios esenciales de salud (más que únicamente atención primaria) y también considera los aspectos financieros correspondientes. Sin embargo, una de las actuales carencias en materia de CSU en comparación con la declaración original de Alma Ata es la falta de un enfoque hacia la participación de la familia y la comunidad en las decisiones sobre la atención de salud. Los siguientes pasos y el reto para lograr la CSU en los próximos años implican el empoderamiento de las personas y las comunidades para que participen en la toma de decisiones al objeto de crear un servicio de salud más humano, Independiente y menos oneroso desde el punto de vista financiero.[12]

Cobertura Sanitaria Universal

"Cobertura sanitaria universal (CSU) significa que todas las personas y comunidades pueden recurrir a los servicios de salud preventivos, curativos, rehabilitadores y paliativos que necesiten y que estos han de ser de suficiente calidad como para ser eficaces, garantizando al mismo tiempo que su utilización no expone al usuario a dificultades financieras."[13]

A pesar de que en el año 2000 la Declaración de Salud para Todos de 1978 ya estaba firmada con el apoyo masivo de los gobiernos, el auge del momento enseguida se diluyó. Tuvieron que pasar más de 20 años desde esta declaración inicial para que el movimiento se pusiera en marcha de nuevo gracias a la influencia de retos de salud global como el VIH/SIDA y la tuberculosis. Seguidamente, en 2005, los países se comprometieron para reformar los mecanismos financieros con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud. Este compromiso se cumplió ocho años después en la 67ª Asamblea General de Naciones Unidas con una resolución para aprobar la cobertura sanitaria universal.[12]

Autor de la Foto – Kithsiri Mahasen Mulleriyawa

Autor de la Foto – Rita Meliforwu

Figura 2: Tres objetivos relacionados con la CSU

La calidad de los servicios de salud debe ser suficientemente buena como para mejorar la salud de quienes reciben servicios

Equidad en el acceso a los servicios de salud – Todas las personas que los necesiten deben recibirlos y no únicamente quienes los pueden pagar

Las personas han de estar protegidas frente a riesgos financieros con garantías de que el coste de uso de los servicios no les pone en peligro de sufrir perjuicios financieros

Figura 3: Beneficios de la CSU

¿POR QUÉ DEBEN TENER INTERÉS LAS ENFERMERAS EN LOS RETOS DE SALUD GLOBAL QUE AFECTAN A LA 'SALUD PARA TODOS'?

Según su ámbito de la práctica, las enfermeras prestan cuidados apropiados, accesibles y basados en la evidencia. Asimismo, trabajan de forma independiente, en el seno de equipos multidisciplinares y participan en relaciones intersectoriales para:

- dar prioridad a los más necesitados y abordar las desigualdades en materia de salud;
- maximizar la Independencia tanto de la comunidad como Individual junto con la participación y el control;
- garantizar la colaboración y el establecimiento de alianzas con otros sectores para promover y maximizar la salud.

Defensores y proveedores de cuidados para personas y comunidades.

Las enfermeras responden a las necesidades de salud de las personas, las comunidades y el mundo. Uno de los factores de esta ecuación es la cercanía existente entre el papel de la enfermería y la persona. Las enfermeras pueden trabajar y trabajan con personas y comunidades y se encuentran en la mejor posición para desarrollar sistemas de salud mejor equipados para satisfacer las necesidades de salud de la población.

Profesionales cualificados con el potencial de mejorar la Salud para Todos.

La enfermería ha sido la profesión que ha promovido la salud pública; defendido los derechos de todos, en particular los de las personas más vulnerables del mundo; prestando cuidados a lo largo de todo el ciclo vital; y formando a la comunidad para lograr un mejor estado de salud y bienestar. Al ser la mayor profesión sanitaria del mundo y trabajar en todas las áreas en las que se prestan cuidados, la enfermería tiene el gran potencial y valor necesarios, si se aprovechan adecuadamente, para lograr finalmente la visión de la 'Salud para Todos'.

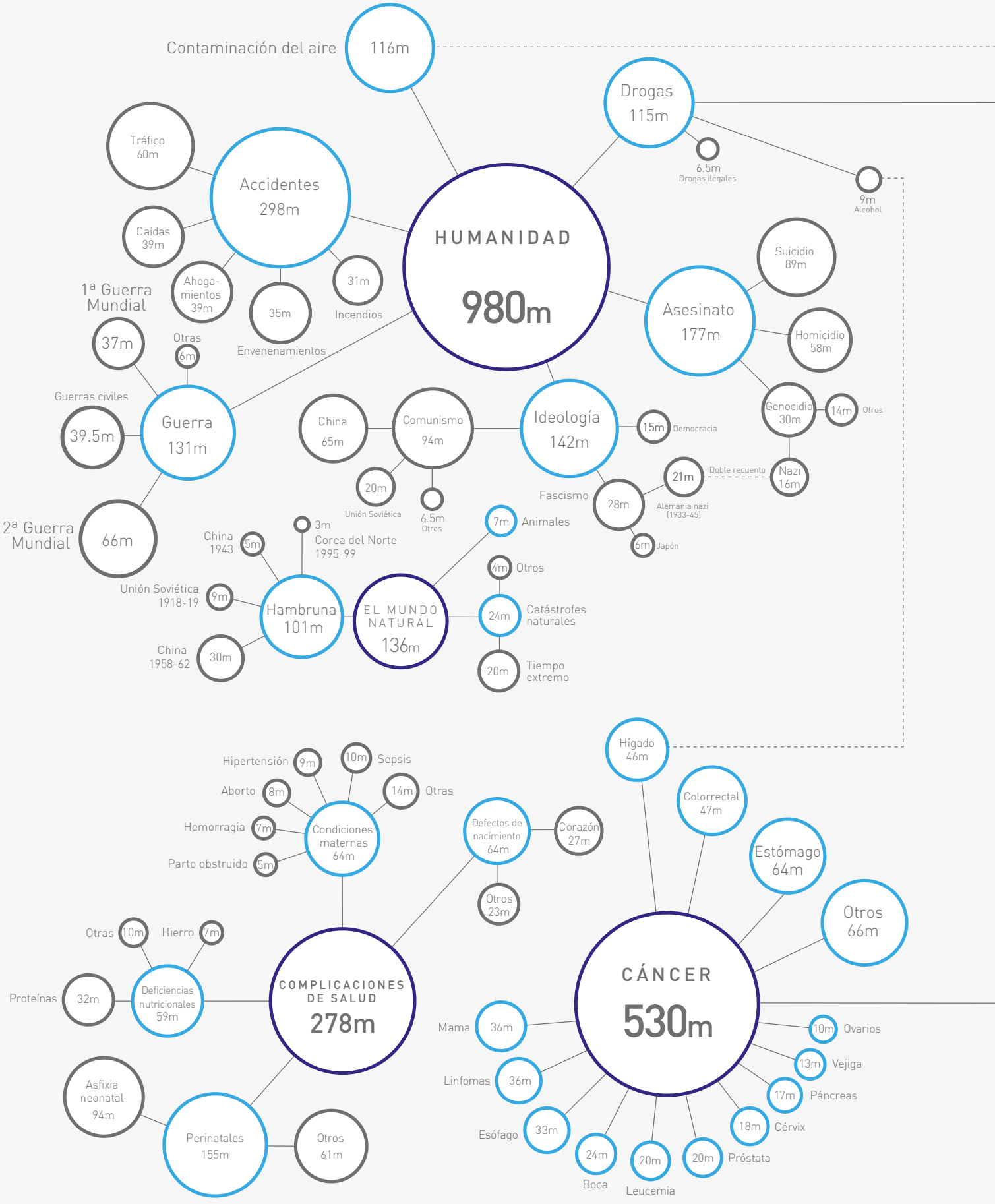
El mundo está buscando fórmulas para alcanzar la Salud para Todos.

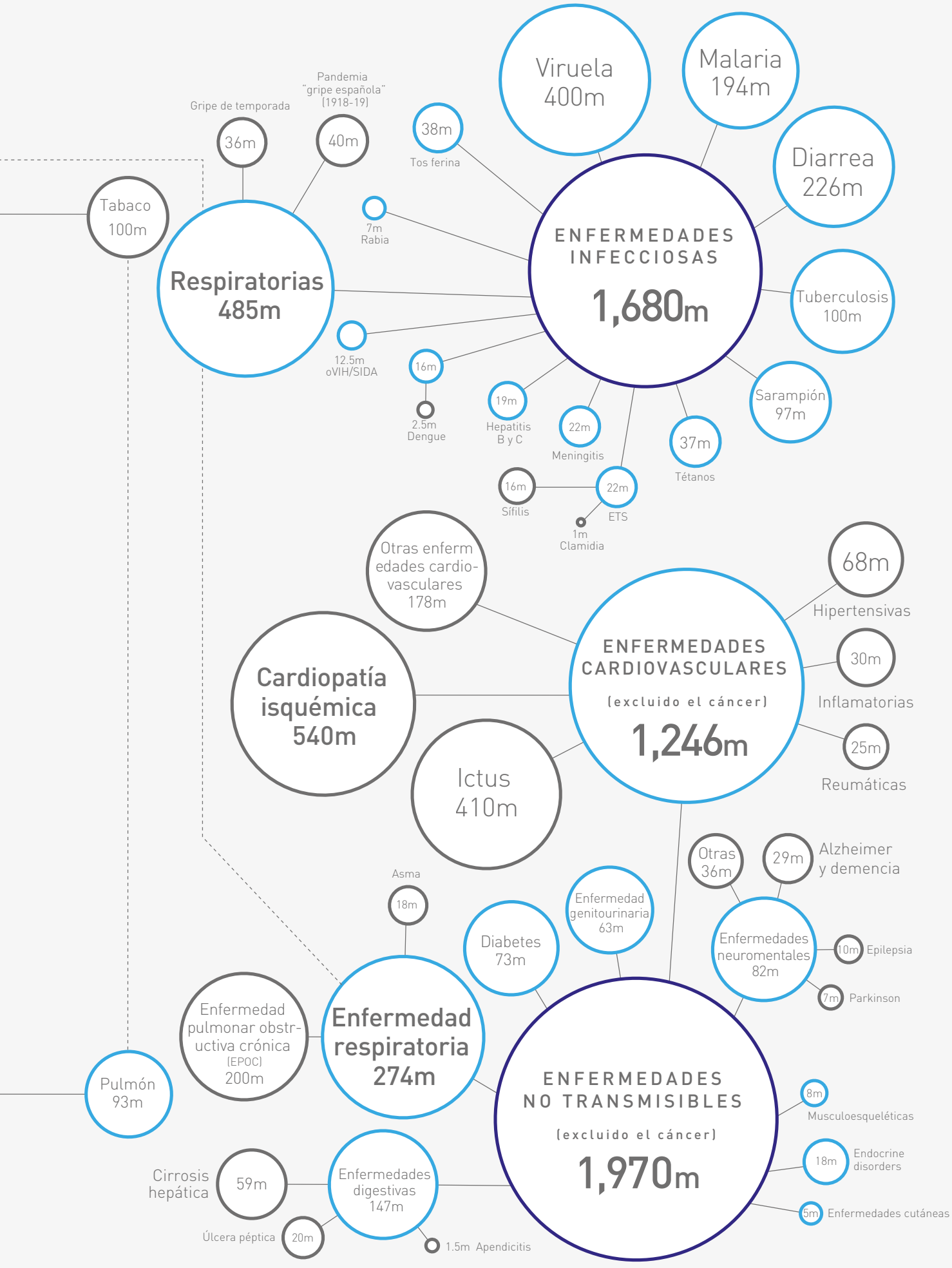
La Declaración de Alma Ata ha fracasado en su intento de proporcionar 'Salud para Todos'. 40 años después, la mitad de la población mundial no tiene acceso a servicios esenciales de salud.[14] El predominio de un 'planteamiento de salud como ausencia de enfermedad' y la prominencia del modelo médico significan que la 'Salud para Todos' no se logrará nunca. El envejecimiento de las poblaciones y los patrones cambiantes de enfermedad requieren un enfoque diferente a la salud para considerar un modelo holístico centrado en las personas. Este marco de trabajo se encuentra en el corazón de la enfermería y está vinculado con el creciente cuerpo de doctrina científica y ámbito de la práctica de la profesión (potencial para prescribir, realización de procedimientos y derivaciones, etc.).

La enfermería forma parte de un equipo multidisciplinar, intersectorial y colaborativo por lo que puede crear un sistema sanitario que tenga en cuenta los determinantes sociales, económicos, culturales y políticos de la salud, las desigualdades sanitarias, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y el cuidado de los enfermos, el desarrollo de la comunidad, la labor de defensa, la rehabilitación, la acción intersectorial y los planteamientos de salud de la población.[15]

Figura 4: Causas de mortalidad en el s. XX[16]

La información es preciosa (2012)




Viruela 400m
Malaria 194m
Diarrea 226m
Tuberculosis 100m
Sarampión 97m
ENFERMEDADES INFECCIOSAS
1,680m
38m
Tos ferina
7m
Rabia
12.5m
oVIH/SIDA
16m
2.5m
Dengue
19m
Hepatitis B y C
22m
Meningitis
37m
Tétanos
16m
Sífilis
22m
ETS
1m
Clamidia
Respiratorias 485m
Gripe de temporada
36m
Pandemia "gripe española" (1918-19)
40m
Tabaco 100m
Pulmón 93m
Otras enfermedades cardiovasculares 178m
Cardiopatía isquémica 540m
Ictus 410m
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
(excluido el cáncer)
1,246m
68m
Hipertensivas
30m
Inflamatorias
25m
Reumáticas
Enfermedad respiratoria 274m
Asma
18m
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
200m
Diabetes 73m
Enfermedad genitourinaria 63m
Otras 36m
29m
Alzheimer y demencia
Enfermedades neuromentales 82m
10m
Epilepsia
7m
Parkinson
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
(excluido el cáncer)
1,970m
8m
Musculoesqueléticas
18m
Endocrine disorders
5m
Enfermedades cutáneas
Enfermedades digestivas 147m
Cirrosis hepática
59m
Úlcera péptica
20m
1.5m
Apendicitis

PARTE DOS

RETOS DE SALUD GLOBAL QUE AFECTAN A LA SALUD PARA TODOS

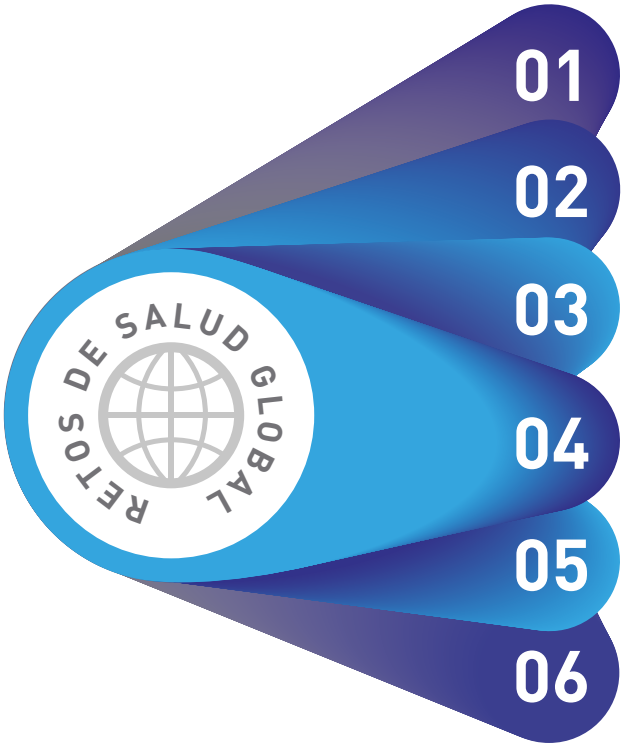
> "La mayor riqueza es la salud." – Virgilio

SALUD PARA TODOS Y EL ENFOQUE DEL CIE PARA EL AÑO

La Declaración de Alma Ata preveía una nueva forma de sostener la salud. Asimismo, en relación con el acceso a servicios sanitarios de calidad reconocía la importancia de los factores sociales, económicos y medioambientales que afectan a la salud de las personas y las poblaciones. Asimismo, afirmaba que todos los países tienen el derecho fundamental a la salud y que los gobiernos tienen la responsabilidad de defenderlo.[17]

En la serie de publicaciones del Día Internacional de la Enfermera 'Enfermeras: una voz para liderar' nos hemos centrado en ambos elementos: los determinantes sociales de la salud (Alcanzando los Objetivos de Desarrollo Sostenible – 2017) y el acceso a servicios sanitarios (la salud como derecho humano – 2018). Al ser esta la última parte de una serie de tres, consideramos ambos elementos en relación con algunos de los principales retos de salud de nuestro tiempo y demostramos el importante papel que desempeña la enfermería de cara a mejorar la salud y el bienestar de las personas, las comunidades y el mundo.

Figura 5: Retos de salud global que afectan a la Salud para Todos



01 Las enfermedades que conocemos y las que no – Epidemias / pandemias

02 Producto del estilo de vida y el entorno – Enfermedades no transmisibles

03 Consecución de resultados de salud importantes para los pacientes a un precio que los países se puedan permitir – Atención de salud basada en la creación de valor

04 Un mundo en movimiento – Salud de los migrantes

05 Nuestra salud mental y bienestar

06 Los efectos de la violencia en la atención de salud y en todos nosotros

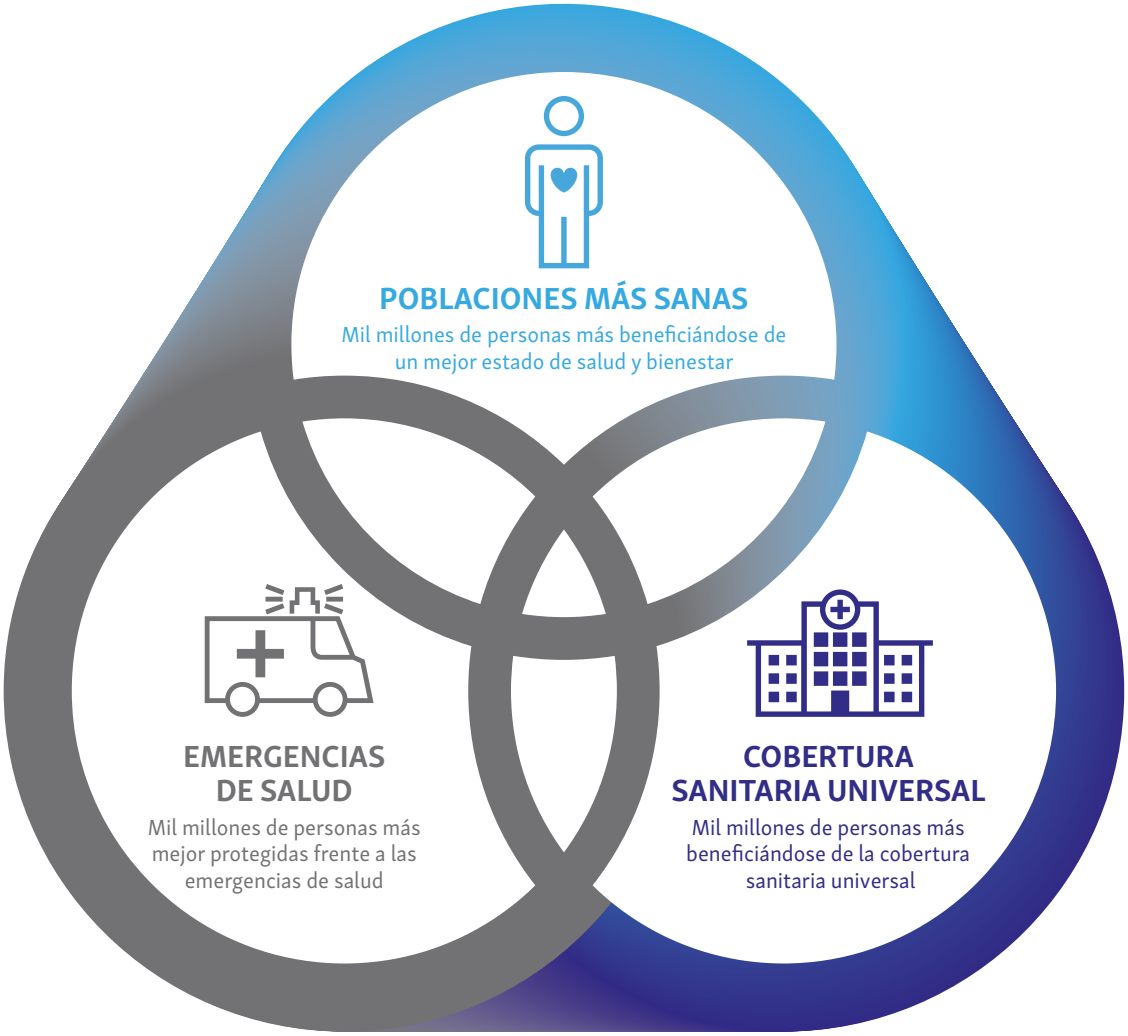
Los ODS proporcionan un enfoque estratégico y una coherencia a la seguridad de la salud global, la cobertura sanitaria universal y la salud de la población. Asimismo, ponen de manifiesto la importancia de perseguir las prioridades de manera integrada puesto que están interrelacionadas. En este sentido, el plan de trabajo de la OMS para los próximos años tiene tres prioridades estratégicas que también se conocen como los objetivos de los tres mil millones:

1. mil millones de personas más beneficiándose de la cobertura sanitaria universal;

2. mil millones de personas mejor protegidas frente a las emergencias de salud;

3. mil millones de personas disfrutando de un mejor estado de salud y bienestar.

Figura 6: Conjunto de prioridades y objetivos estratégicos interconectados del Programa General de Trabajo de la OMS 2019–2023 para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades[11]



RETO DE SALUD GLOBAL 1

LAS ENFERMEDADES QUE CONOCEMOS Y LAS QUE NO: EPIDEMIAS/PANDEMIAS

"Las epidemias al otro lado del mundo representan una amenaza para todos nosotros. Ninguna epidemia es sólo local."

Profesor Peter Pilot, Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical. Codescubridor del Ébola en 1976.

Entre las distintas emergencias de salud pública a gran escala, un brote de enfermedad infecciosa es una de las amenazas más inminentes a las que se enfrenta el público en general.[18] La frecuencia con la que se han producido brotes de enfermedad y epidemias demuestra la amenaza de salud pública para las comunidades y la necesidad de tener sistemas de salud fuertes y resilientes. Las enfermedades infecciosas pueden irrumpir en cualquier momento y lugar, pero su potencia es mayor en presencia de sistemas de salud debilitados y sin la preparación necesaria. En los últimos años, se han producido brotes de enfermedades infecciosas en todo el mundo sin previo aviso, como el virus del Ébola en África Occidental, el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) en Corea, el cólera en Yemen, la peste bubónica en Madagascar.[19]

Estos brotes no son nuevos. 2018 ha marcado el centenario del comienzo de la gran pandemia de gripe de 1918 (comúnmente conocida como la gripe española). Aunque los cálculos varían, las muertes atribuidas directamente a esta gripe oscilan entre los 50 y los 100 millones de personas, es decir, el 5% de la población mundial de aquella época. 500 millones de personas resultaron infectadas (1/3 de la población mundial).[20]

"Si usted me preguntara las tres cosas que más necesita Filadelfia para superar la epidemia, le diría 'enfermeras, enfermeras y más enfermeras aún."

Responsable en Filadelfia, 1918. [21]

La pandemia de gripe tuvo lugar durante la primera guerra mundial cuando los sistemas de salud se encontraban en su momento más débil. El personal de enfermería y médico había abandonado los sistemas de salud en todo el mundo puesto que los trabajadores sanitarios más cualificados estaban dedicados a sostener el esfuerzo de la guerra en Europa (por ej. el 80% de las enfermeras de la Costa Este de EE. UU.).[21] Esta situación provocó una gran escasez de enfermeras. Cuando la gripe fue extendiéndose con efectos devastadores, las enfermeras cuidaban de entre 50 y 60 pacientes cada día. Los vecinos e incluso los familiares de los enfermos a menudo eran reacios a ayudarles por miedo a resultar infectados. Al final fueron las enfermeras las que permanecieron en la primera línea hasta el final.

En el ámbito de la respuesta a la escasez de personal de salud en esa época, en numerosos lugares del mundo se pusieron en marcha distintos programas para formar a los profesionales de la salud.

Las enfermeras registradas fueron suplementadas con enfermeras prácticas, que recibían un curso de formación más breve, de seis meses. La evidencia parece Indicar que los trabajadores y los voluntarios con menor nivel de formación provocaron un incremento en las tasas de infección y peores resultados para los pacientes.[22]

> La evidencia apunta claramente a que los cuidados de enfermería tuvieron una importancia crucial y fueron el predictor más claro de supervivencia. [21]

A medida que aumenta la globalización del mundo y sus economías, en particular los viajes y el comercio a nivel internacional, hemos de considerar la salud en un contexto mundial. La gripe española tardó 18 meses en viajar por todo el mundo. Hoy en día una infección tiene el potencial de viajar desde una aldea remota de cualquier lugar del mundo a cualquier gran ciudad en 36 horas.[23] Un brote puede comenzar en un lugar donde el sistema de salud es débil y los recursos son limitados pero el agente patógeno puede difundirse rápidamente y representar una amenaza para cualquier país.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) afirma que "Aunque no se pueda predecir con exactitud cuándo o dónde comenzará la próxima epidemia o pandemia, sabemos que está llegando una." [23] Con frecuencia surgen historias nuevas sobre la aparición o reaparición de una enfermedad infecciosa en algún lugar del mundo. El informe sobre la salud en el mundo titulado "Un porvenir más seguro: protección de la salud pública mundial en el siglo XXI" [24] afirma que "desde los años setenta del s. XX se han detectado nuevas enfermedades emergentes al ritmo sin precedentes de una o más al año."

> **El 80%**
> de los países evaluados no está preparado para una epidemia.[25]

Existe un gran riesgo de que se produzcan brotes que se propaguen con gran rapidez dentro de los países y cruzando fronteras por los siguientes motivos:

- mayor riesgo de agentes patógenos infecciosos "que salten" de los animales a los humanos;
- desarrollo de la resistencia a los antimicrobianos;
- difusión de enfermedades infecciosas a causa de los viajes y el comercio a nivel internacional;
- actos de bioterrorismo;
- infraestructuras de salud pública débiles.[23]

La prevención de la próxima epidemia y pandemia requiere:

- **sistemas de vigilancia** para detectar y notificar los casos rápidamente;
- **redes de laboratorios** para determinar la causa de la enfermedad con precisión;
- **una fuerza laboral cualificada y competente** para identificar, rastrear, gestionar y contener los brotes;
- sistemas de **gestión de emergencias** para coordinar una respuesta eficaz;
- **acceso** a medicamentos seguros, eficaces y asequibles.

6 mil millones de dólares estadounidenses

Las estimaciones muestran que es probable que las pandemias cuesten más de 6 mil millones de dólares estadounidenses el próximo siglo, además de una pérdida anualizada prevista de más de 60 mil millones de USD por posibles pandemias. Sin embargo, una inversión de 4 500 millones de USD al año en capacitación a nivel global podría evitar estos costes catastróficos.[23]

Seguridad de la salud global: cada enfermera tiene un papel que desempeñar

Cuando se produjo el azote del SARS hace 15 años, los trabajadores sanitarios en primera línea -especialmente las enfermeras- estaban en el centro de la epidemia. El elevado número de enfermeras que contrajo el SARS y falleció como consecuencia de este síndrome fue por su posición como proveedores de salud más cercanos a los pacientes infectados, a menudo sin las medidas adecuadas en materia de control de infecciones para prevenir la difusión de lo que terminó siendo un nuevo virus altamente infeccioso y de fácil transmisión.

La primera vez que se comprendió la importancia del control de infecciones en el ámbito sanitario data de 1858 cuando Florence Nightingale abogó por la necesidad de 'no hacer ningún daño a los enfermos.' Desde entonces, el conocimiento y la práctica de las medidas para el control de infecciones han mejorado a pasos agigantados, pero sigue habiendo lagunas sustanciales especialmente en las primeras líneas de la atención de salud. Cuando se produjo la epidemia de Ébola en África Occidental en 2014, el coste para las enfermeras y otros trabajadores sanitarios en primera línea fue desproporcionadamente elevado. Más de 500 fallecieron a causa de este virus durante el brote.[26] Las lecciones aprendidas del SARS y de incontables epidemias previas aún no se habían aplicado por completo, en especial en entornos de escasos recursos, produciéndose así el mismo resultado trágico para los trabajadores de la salud.

En parte catalizado por la enorme pérdida de vidas a causa de la epidemia de Ébola, se ha producido un nuevo auge en el mundo para mejorar las capacidades de los países de encontrar, detener y prevenir brotes de enfermedades infecciosas. Con la detección de un nuevo agente patógeno cada año como media, no es cuestión de 'si' se va a producir una nueva epidemia sino de 'cuándo' va a tener lugar." Una pandemia mundial podría matar a millones de personas, costar más de 600 mil millones de dólares en atención sanitaria, causar pérdidas económicas y requerir años para que el mundo se recupere por completo.[27] Está claro que hemos de estar mejor preparados, en particular en las primeras líneas, que es donde cualquier brote de enfermedad infecciosa golpeará primero y con mayor dureza.

Dado que una amenaza de enfermedad en cualquier lugar es una amenaza en todas partes, la seguridad de la salud global reconoce que el mundo es responsable de ayudar a los países a fortalecer su capacidad de detectar, detener y prevenir cualquier amenaza derivada de una enfermedad infecciosa. Por eso, hasta la fecha, 86 países han completado la Evaluación Externa Conjunta (JEE), es decir, un proceso voluntario, colaborativo y multisectorial que valora la capacidad de cada país participante para detectar, detener y prevenir riesgos de salud pública. Dicha evaluación ayuda a los países a determinar las lagunas más graves en sus sistemas de salud con el fin de fortalecer su capacidad de prepararse para afrontar amenazas de salud y responder ante ellas. La gran mayoría de esos 86 países no está preparada para un abordaje completo de las amenazas de enfermedades infecciosas.[28]

Es fundamental cubrir estas brechas en la preparación y, para llevar a cabo este esfuerzo, el personal sanitario en primera línea ocupará un lugar central no sólo en términos de preparación para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas sino también para garantizar que los servicios de salud siguen funcionando durante una crisis. Las enfermeras a menudo constituyen el núcleo tanto de los equipos de respuesta como de los sistemas de salud centrales. Durante la epidemia del Ébola en África Occidental, la falta de acceso a servicios sanitarios seguros como maternidad, programas de vacunación y tratamiento contra la malaria ocasionó un número significativo de fallecimientos y perjuicios al sistema de salud, que tardó años en recuperarse. El impacto de las epidemias se deja sentir en el sistema sanitario en su totalidad.

Garantizar la seguridad de las enfermeras mediante la adopción de inmunización, prácticas adecuadas en tema de control de infecciones y acceso a recursos apropiados como equipos de protección Individual, es fundamental para la seguridad del personal y puede limitar la propagación de infecciones nosocomiales.

Las infecciones contraídas en el hospital pueden ser una gran causa de brotes, además de provocar conjuntos significativos de casos y repercutir en la difusión y el control de éstos. Garantizar un entorno seguro para la plantilla y los pacientes garantiza la confianza del personal y la comunidad en el sistema de salud y sostiene la capacidad de lograr cuidados eficaces para todos.

Cinco acciones específicas que Ud. puede realizar como enfermera:

1. **Garantizar la implementación de prácticas y procedimientos de calidad en materia de control de infecciones en todo momento.** Los trabajadores sanitarios en primera línea a menudo están entre las primeras víctimas de cualquier nuevo brote de enfermedad infecciosa y, en consecuencia, pueden actuar como súper difusores a la familia, los amigos y los colegas. Estar inmunizado y realizar un adecuado control de infecciones le garantiza a Ud. y a sus pacientes protección ante infecciones evitables;
2. **Realizar una evaluación externa conjunta (JEE)** y abogar por la participación. Los problemas que afectan a las primeras líneas de la atención de salud a menudo son descuidados en la planificación e implementación de los programas de alto nivel sin considerar que las enfermeras desempeñan un papel importante en la defensa de los cuidados centrados en el paciente y la respuesta correspondiente. Puede comprobar si su país ha implementado una evaluación de este tipo, así como la puntuación obtenida, en: www.preventepidemics.org. Asegúrese de que la voz, el conocimiento y la experiencia de las enfermeras están representados en la planificación y revisión de la seguridad de la salud en todos los niveles;
3. **Si ve algo, diga algo.** Las enfermeras son los ojos y los oídos del sistema de salud. La detección temprana de acontecimientos inusuales es fundamental para identificar y responder ante un brote, especialmente si se trata de infecciones nuevas o emergentes. La aparición de una situación inusual en una clínica u hospital puede ser la primera señal de que está teniendo lugar un nuevo brote. Las enfermeras deben garantizar la correcta notificación de los datos de vigilancia y la correspondiente actuación. Una notificación temprana puede permitir una rápida actuación para prevenir que siga propagándose un brote localizado. Ud. puede comprobar cuál es el sistema existente para notificar enfermedades infecciosas y sostener a otros miembros de su equipo de salud para responder e informar adecuadamente al respecto;
4. **Participar en ejercicios preparatorios de planificación y simulación.** Las enfermeras deben considerar el impacto en su área clínica o de práctica si se produce un brote. Asimismo, deben contribuir al diseño de planes de contingencia en caso de que la cadena de cuidados habitual se vea alterada y determinar cómo realizar las operaciones cotidianas durante y después de una emergencia de salud pública. Ud. puede determinar qué medidas de prevención y control de infecciones serían necesarias para seguir prestando servicios durante un brote.
5. **Liderar.** Y lo que es más importante, las enfermeras han de desempeñar un papel mucho mayor de liderazgo en la preparación para epidemias de manera que los planes, los recursos y la respuesta están tanto basados en la evidencia como centrados en el paciente. Unos líderes fuertes, coherentes y con conocimientos pueden inspirar a otros y sostener la práctica profesional de la enfermería, en particular la prestación de cuidados de calidad a los pacientes y unos sistemas de salud sólidos con la capacidad de afrontar cualquier amenaza para la salud. **Ud. puede ser una Voz para Liderar.**

Cuando la próxima epidemia golpee, el resultado será mejor si las enfermeras y otros trabajadores sanitarios en primera línea han participado en todos los aspectos en materia de prevención y respuesta epidemiológicas. Actuarán rápida y decididamente sabiendo que están protegidos, lo cual les permitirá prestar el nivel de cuidados necesario para minimizar la difusión y el impacto de la enfermedad. Las epidemias son inevitables, pero podemos y debemos disponer de la mejor preparación posible. Las enfermeras estarán en primera línea en los esfuerzos para preparar la seguridad de la salud. Garantizar su correcta realización es una forma crucial de evitar que un brote menor se transforme en una epidemia devastadora.

La interconexión entre la salud global, la cobertura sanitaria universal y la salud de la población

El vínculo entre la cobertura sanitaria universal y la seguridad de la salud global es de vital importancia. Epidemias pasadas como el brote de Ébola en 2014 estuvieron limitadas a regiones específicas como África Occidental donde los sistemas de salud de los países se caracterizan por su debilidad. Muchas otras epidemias motivo de preocupación en todo el mundo se han producido en esas áreas en las que los sistemas de salud no tienen la capacidad necesaria para realizar funciones de salud pública. En su obra, Heymann et al afirma que "la promoción de la seguridad de la salud implica por tanto garantizar la existencia de sistemas sanitarios eficaces antes de que se produzca una crisis, que se sostengan durante y después de cualquier conflicto o catástrofe, y que sean accesibles a la población en todo momento."

1.600 millones

(USD) fue el impacto económico del virus del Ébola en 2014.[30, 31]

La cobertura sanitaria universal tiene el potencial de mitigar los riesgos en materia de seguridad de la salud global de varias formas. En primer lugar, ofrece la oportunidad de una detección precoz que puede dictar la duración y gravedad de un brote gracias a una intervención más temprana. Asimismo, puede mejorar el acceso de las personas a servicios de salud eliminando barreras financieras y protegiendo a las personas frente a la ruina económica.

Eso significa que la personas están dispuestas a buscar atención de salud más temprano, lo cual permite prevenir una posible mayor difusión de la enfermedad y ofrecer tratamiento antes. La cobertura sanitaria universal genera confianza en la comunidad, permite que las personas se presenten antes cuando comienza una infección y garantiza mayores probabilidades de seguir los consejos de los trabajadores sanitarios. Los beneficios se manifiestan con mayor claridad a medida que el fortalecimiento de los sistemas de salud permite progresar tanto hacia la cobertura sanitaria universal como hacia la seguridad de la salud global.

"Haga que la salud global se base en los cuidados y no en el miedo."

"...La salud global a menudo se describe como un léxico de amenazas ya sea derivadas de la resistencia a los antimicrobianos, el cambio climático o las epidemias. La seguridad y la protección sin duda son elementos críticos en la agenda de los sistemas de salud. Sin embargo, si la retórica del miedo supera a la de los cuidados, hasta el sistema de salud mejor dotado de recursos será ineficaz a la hora de prestar buena atención de salud de manera equitativa. Y el sueño de la cobertura sanitaria universal será difícil de alcanzar. La OMS tiene un papel clave de cara a garantizar que las cuestiones relativas a la seguridad de la salud global nunca se disocien de la inclusividad."[32, 33]

Autor de la Foto – Dilla Dijali

Autor de la Foto – Uganda Rural Fund

Estudio de Caso

ESTUDIO DE CASO: PROGRAMAS DE CONCIENTIZACIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LA SALUD Y EL BIENESTAR – Uganda

Personal de enfermería y voluntarios del Fondo Rural de Uganda dedicados a la mejora de la salud y el bienestar de niños y adultos en las comunidades rurales del país.

Uganda ha tenido históricamente uno de los peores sistemas de salud del mundo. Sin embargo, la situación ha cambiado mucho en los últimos tiempos y el país no deja de mejorar. Algunos de los mayores obstáculos por superar es el acceso a los servicios de salud y a los recursos necesarios al respecto.[39]

El Fondo Rural de Uganda pretende mejorar la salud y el bienestar de los niños y los adultos en las comunidades rurales, concentrándose más en la prevención y menos en el tratamiento de las enfermedades. Buena parte de esta labor consiste en la impartición de charlas de salud en las comunidades de las aldeas y las escuelas locales.

Para ello, personal de enfermería y voluntarios visitan aldeas ofreciendo consejos básicos de salud, en especial en tema de higiene personal y del hogar, así como en cuestión de saneamiento (lavado de manos, limpieza de la casa y el complejo para eliminar aguas estancadas que normalmente son el caldo de cultivo de los mosquitos que transmiten la malaria, hervido del agua para beber, lavado de manos tras el uso de las letrinas, conservación de los alimentos, etc.).

De este modo, las enfermeras entablan una relación cercana con la comunidad y colaboran con los trabajadores sanitarios de las aldeas, que generalmente son los primeros en responder a las necesidades sobre todo mediante educación básica para la salud y monitorización de la salud.

Además de las actividades de promoción y prevención en materia de salud, las enfermeras también ofrecen clínicas donde realizar chequeos y recibir tratamientos básicos y derivan los casos complejos al hospital.

¡La clínica facilita la realización de pruebas de VIH y ofrece asesoramiento gracias a su alianza con Uganda Cares! El Fondo Rural de Uganda también trabaja en la prevención de la malaria, que es la principal causa de muerte y discapacidad en África, además de tener en marcha una camioneta de salud de la mujer que facilita el acceso a tratamiento por parte de mujeres y niñas.

Estudio de Caso

Autor de la Foto – Bronte Martin

MECANISMOS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD PARA EQUIPOS MÉDICOS DE EMERGENCIAS

– Bronte Martin, Organización Mundial de la Salud

En cualquier momento y en cualquier lugar del mundo se puede producir una catástrofe o un brote de enfermedad, a menudo provocando estragos, además de alterando y amenazando gravemente las vidas de las personas en las comunidades. Para reducir las pérdidas evitables de vidas y la carga de enfermedad y discapacidad es fundamental disponer de un buen sistema de coordinación.[40] Los equipos médicos de emergencias (EMT por sus siglas en inglés) son un componente importante del personal dedicado a la salud global. Cualquier enfermera, médico o equipo paramédico proveniente de otro país para prestar cuidados en una situación de emergencia ha de poder actuar como miembro de un equipo con la debida formación, calidad, equipamiento y suministros para responder adecuadamente y no ser una carga para el sistema nacional.

La OMS lanzó su iniciativa de los EMT en 2016 para prestar asistencia a organizaciones y Estados miembros en materia de capacitación y fortalecimiento de los sistemas de salud coordinando el despliegue de equipos médicos con garantías de calidad en situaciones de emergencia. Cuando se produce una catástrofe o un brote de enfermedad, cuanto más rápida sea la respuesta mejor será el resultado. Hasta la fecha, 22 equipos han obtenido esta clasificación y otros 70 están trabajando en su consecución.

La iniciativa global de los EMT permite que los países mejoren su propia capacidad nacional de manera que después la puedan utilizar para ayudar a otros países en situaciones de emergencia. Los gobiernos y las poblaciones afectadas de los países anfitriones pueden confiar en que los EMT lleguen adecuadamente formados, equipados y capacitados para realizar la intervención prometida. Esta iniciativa facilita y coordina el despliegue de cada equipo con sus miembros específicos y sus distintos conjuntos de habilidades.[41] De este modo, se garantiza a las víctimas y a sus familias que los equipos clínicos que les están tratando cumplen con un estándar mínimo seguro.

Con 22 años de experiencia como enfermera registrada y 17 años en la Reserva de Especialistas de la Royal Australian Air Force, Bronte Martin ha sido testigo en primera persona de la destrucción y devastación que cualquier catástrofe, brote y otras emergencias repentinas pueden tener en los pacientes, sus familias y las comunidades. Gracias a su experiencia, conocimientos y habilidades para responder a las necesidades de las comunidades, Bronte ha colaborado con la Secretaría de los EMT de la OMS en la que estuvo destacada durante seis meses para diseñar y establecer el programa mundial de clasificación, mentorazgo y verificación dirigido a garantizar la prestación de cuidados médicos de calidad en situaciones internacionales de emergencia como respuesta a catástrofes repentinas.[42] A Bronte le apasiona la enfermería y el papel de liderazgo que desempeñan las enfermeras en la consecución de resultados de salud de mejor calidad. Cree que las enfermeras son el corazón y la primera línea de todo el personal sanitario y desempeñan un papel fundamental para contribuir a la capacidad de respuesta en las emergencias de salud tanto a escala nacional como regional y global.

RETO DE SALUD GLOBAL 2

PRODUCTO DEL ESTILO DE VIDA Y EL ENTORNO –ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

"La prevención y el control de las ENT no se debe ver en competición con otras prioridades en materia de desarrollo y salud. Las soluciones han de integrarse con las iniciativas existentes."

Su Excelencia Sr. Joseph Deiss, Presidente de la Asamblea General.

En todos los lugares del mundo, la evidencia apunta claramente a que la epidemia de las ENT está ejerciendo demasiada presión en los presupuestos sanitarios y desviando los escasos recursos de otras prioridades de los ámbitos de la salud y el desarrollo. Tal y como afirmó en una ocasión la Honorable Helen Clark, "las ENT son un freno para las economías tanto nacionales como globales y para la sociedad."[34] Las ENT privan a las personas de su salud, su bienestar y su riqueza. Generan comunidades vulnerables y exacerban su situación.

El 68% de mortalidad mundial se produce por cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica y/o diabetes.[35]

Se trata de algo evidente en la Región del Pacífico. Tan recientemente como en los años sesenta del s. XX, la diabetes no era más que un problema menor en las Islas del Pacífico. Hoy, cada 1,3 días un habitante de Tonga perderá parte de uno sus miembros inferiores a causa de esta enfermedad debilitante.[36] Pero no se trata de una situación exclusiva de Tonga puesto que las estadísticas son incluso peores en otras Islas del Pacífico como las Fiyi donde se producen unas 800 amputaciones de piernas cada año.[37] Esta región se enfrenta a algunos de los mayores riesgos y porcentajes de población con ENT en todo el mundo. La OMS considera que las ENT son una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo a nivel global.[5]

De hecho, la OMS considera que el actual Objetivo de Desarrollo Sostenible (3.4) sobre la reducción de la mortalidad por ENT en un 30% en 2030 no se logrará en presencia de la situación actual.[5]

Las ENT y sus factores de riesgo asociados guardan una estrecha correlación con la situación social en la que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Quienes viven en la pobreza presentan mayor riesgo de fallecer prematuramente a causa de una enfermedad no transmisible. Los habitantes de países de renta baja y media tienen el doble de riesgo de muerte prematura por una ENT. La mayor carga de ENT se deriva principalmente de cuatro enfermedades: enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Cada una de ellas es ampliamente prevenible si se abordan los siguientes cuatro factores de riesgo: consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, hábitos alimenticios y dietas poco saludables y falta de actividad física.[5]

2/3 de las muertes por ENT están relacionadas con el tabagismo, el consumo nocivo del alcohol, dietas no saludables e inactividad física.[35]

La amenaza es real, pero se pueden emprender acciones para contener la marea de ENT. La buena noticia es que las inversiones en intervenciones basadas en la evidencia ofrecen un gran retorno. La OMS afirma que por cada dólar estadounidense invertido en una estrategia basada en la evidencia el retorno es de 7 USD.[38] Por consiguiente, no sólo se salvarán vidas y se mejorará la salud de las personas sino que también se producirá un gran beneficio económico, en particular para los países de renta baja y media.

Autor de la Foto – Pascal Nepa

Estudio de Caso

MEJORANDO LOS SERVICIOS DE ICTUS
– Rita Melifonwu, Nigeria

Según la Organización Mundial del Ictus, una de cada seis personas padecerá un ictus en algún momento de su vida.[43] En Nigeria, estos episodios afectan a más adultos en su vida económicamente activa lo cual provoca situaciones de desempleo y pobreza entre los supervivientes. Los ictus han alcanzado proporciones de epidemia y afectan a más de 200 000 personas al año de manera que un 46% de los supervivientes de ictus fallece en los tres meses posteriores y otro 30% en los doce meses siguientes.[44] A través de un modelo de servicio basado en la comunidad, Stroke Action –organización sin ánimo de lucro dedicada a supervivientes de ictus, cuidadores, distintas personas y agencias asociadas para promover una vida plena sobre la base de la evidencia y la calidad– presta toda una serie de servicios asequibles y multidisciplinares para colmar la brecha en los cuidados necesarios tras sufrir un ictus y la necesidad de poner más servicios básicos a disposición de las comunidades a las que atienden en relación con estos episodios.

Stroke Action es un servicio sanitario dirigido por enfermeras y el único servicio de rehabilitación centrado en la comunidad en Nigeria que presta servicios para reducir la incidencia, las complicaciones y la carga de los ictus, además de garantizar a los supervivientes de los mismos y a quienes se encuentran en situación de riesgo la obtención de la ayuda que necesitan para estar sanos y bien.

Como enfermera y defensora de los pacientes, Rita Melifonwu ha realizado labores de lobby para que el Ministerio Federal de Salud firme un acuerdo de colaboración con Stroke Action Nigeria para realizar una campaña nacional "Stop Ictus", y celebrar una conferencia sobre estos episodios, así como para diseñar servicios de ictus junto con el registro nacional y la estrategia correspondientes. Rita ha impartido coaching a dos supervivientes de ictus en edad de trabajar para que se convirtieran en embajadores en esta materia puesto que han superado el estigma social y las barreras culturales y ahora pueden colaborar en la labor de defensa y toma de decisiones sobre estos episodios.

Historia de una paciente

Onyinye, una graduada de 33 años y ex directiva de una empresa sufrió un ictus y fue despedida a causa de la discapacidad resultante. Una vez desempleada, dejó de poder mantenerse a sí misma, a su madre viuda y a sus hermanos más pequeños. Su movilidad había quedado limitada, era afásica, además de padecer depresión post ictus y haber quedado socialmente aislada y marginada. Como resultado del apoyo que le brIndó Stroke Action, Onyinye emprendió el camino para recuperarse del ictus. Ya tiene movilidad y no está deprimida, es una defensora pública de las cuestiones relacionadas con estos episodios y se ha integrado de nuevo en su comunidad. Ahora es responsable administrativa de los embajadores de ictus, sus ingresos están por encima del salario mínimo y puede mejorar su vida.

Figura 7: El valor de la prevención y el control de las ENT[38]
Organización Mundial de la Salud, 2018

Cobertura sanitaria universal y respuesta de los sistemas de salud a las ENT

Uno de los principales factores de impulso hacia la cobertura sanitaria universal ha sido el abordaje de las crisis de enfermedades infecciosas y la mitigación del riesgo de pandemias. Las ENT han adelantado a las enfermedades transmisibles como primera causa de mortalidad y, por ello, han de formar parte de los marcos de cobertura sanitaria universal. Una de las formas más importantes para lograrlo consiste en orientar de nuevo la atención primaria hacia el tratamiento de las enfermedades crónicas.

Para la mayoría de los pacientes, la atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, aunque en los entornos con recursos limitados la mayor parte de la atención primaria está enfocada a cuidados episódicos agudos prestados en centros de atención de segundo y de tercer nivel. Los modelos que no se centran en una atención primaria completa, caracterizados por consultas a corto plazo y episódicas, no cubrirán las necesidades requeridas para prevenir y controlar las complejidades de las ENT puesto que tienden a centrarse en el diagnóstico y el tratamiento inmediato de episodios o enfermedades de carácter agudo.[45]

Unos sistemas de atención primaria más fuertes permiten obtener mejores resultados de salud. Los sistemas son más fuertes cuando son más complejos, coordinados, centrados en la comunidad, universales, asequibles y orientados a la familia.[46] Para sacarle el máximo partido y beneficio a la atención primaria, es fundamental pasar a un modelo completo. Las diferencias entre un planteamiento tradicional respecto a la atención primaria y una atención primaria más completa se ilustran en la Figura 8.

Cabe reconocer que la mejor estrategia para reducir el riesgo de las ENT es afrontar los factores relativos al estilo de vida y al entorno, lo cual requiere emprender acciones multisectoriales. Sin embargo, para llevar a cabo estos esfuerzos y aprovechar estas oportunidades, es necesario reconocer el liderazgo del sector de la salud. Asimismo, es fundamental introducir las ENT en el ámbito de la cobertura sanitaria universal para cubrir la brecha existente en los servicios al respecto y abordar las innecesarias tasas de mortalidad y discapacidad entre quienes ya están sufriendo estas enfermedades.

Figura 8: Hacia un modelo completo de atención primaria (AP)[47]
Rogers y Veale, 2000

	AP TRADICIONAL	AP COMPLETA
Visión de la salud	Ausencia de enfermedad	Bienestar positivo
Locus de control sobre la salud	Profesionales médicos	Comunidades y personas
Enfoque principal	Erradicación de la enfermedad mediante la intervención médica	Salud a través de la equidad y el empoderamiento de la comunidad
Proveedores de salud	Médicos	Equipos multidisciplinares
Estrategias de salud	Intervenciones médicas	Colaboración multisectorial

A continuación, se ofrecen cinco características clave de un sistema de salud organizado para prevenir, controlar y gestionar las ENT:

1. Coordinación de los cuidados

- por coordinación de los cuidados se entiende cualquier actividad que contribuye a garantizar que se cubren las necesidades y preferencias del paciente a la hora de utilizar los servicios de salud y compartir la información entre personas, puestos y enclaves con el paso del tiempo;
- coordinación de los cuidados implica actividades centradas en las personas y basadas en el trabajo en equipo diseñadas para valorar y cubrir las necesidades de las personas y las familias ayudándoles a moverse eficaz y eficientemente por el sistema de salud;[48]
- con el apoyo, la formación y la capacitación adecuados, las enfermeras ocupan una posición ideal para coordinar los cuidados, así como para ofrecer su apoyo y trabajar entre las fronteras del sistema y en estrecha colaboración con otros miembros del equipo y grupos de interés al objeto de garantizar que las personas reciben cuidados apropiados y oportunos.

2. Planteamiento multidisciplinar respecto a los cuidados

- las personas que conviven con problemas muy complejos y continuados necesitan cuidados integrados, coordinados y multidisciplinares para abordar el abanico más amplio de problemas personales, sociales y comunitarios;
- establecimiento de relaciones integradas entre los profesionales de la salud de manera que puedan formar equipo para tratar a los pacientes, lo cual supondría colaborar conjuntamente en el diseño de planes de tratamiento, monitorizar conjuntamente el progreso y decidir conjuntamente cualquier modificación a un plan de tratamiento;[49]
- es necesario establecer procesos y procedimientos para gestionar la competencia de los profesionales de la salud al objeto de garantizar la calidad de los cuidados;
- impartir formación y capacitación para que los profesionales de la salud contribuyan al planteamiento transformador requerido para la prestación de atención de salud adecuada para la prevención, la promoción y el control de las ENT; [50]
- estandarización del diagnóstico y el tratamiento para contribuir a garantizar la calidad de los estándares de atención clínica.

3. Trabajar en todo el ámbito de la práctica

- proporcionar acceso a servicios de formación y capacitación de calidad tanto a nivel de pregrado como de postgrado para facilitar mejores intervenciones en tema de prevención, promoción, detección temprana y control de las ENT;
- sostener a todas las enfermeras registradas para que incorporen la prevención de las ENT a su práctica garantizando el desarrollo de roles de gestión de enfermería/clínica en atención primaria y comunitaria;
- fortalecer la contribución de los líderes de enfermería a la toma de decisiones políticas y programáticas, lo cual requerirá invertir en el liderazgo de la enfermería, así como en la investigación de enfermería en relación con las ENT, en particular en términos de eficacia y coste, efectividad de las intervenciones y traducción de los conocimientos en práctica basada en la evidencia;
- incrementar el número de enfermeras especializadas en ENT para mejorar el acceso a tratamientos de calidad, rentables y sostenibles;
- la autogestión de las ENT y la gestión clínica dirigida por enfermeras permiten sacarle el máximo partido a la tecnología. Para ello, será necesario invertir para tener suficientes enfermeras registradas con habilidades y acceso a infraestructura y tecnologías adecuadas en atención primaria al objeto de prestar cuidados óptimos a la comunidad;
- aprovechar la fuerza de las campañas mundiales de enfermería (por ej. Nursing Now) para liderar la transformación y el equipamiento de las enfermeras en todo el mundo.

4. Mejorar el acceso a los cuidados

- las enfermeras son los profesionales de la salud más cercanos a la comunidad. Son los primeros y, en ocasiones, los únicos profesionales sanitarios que muchas personas verán nunca;
- forman parte de la comunidad local y comprenden su cultura;
- la filosofía, los valores y la práctica de la enfermería implican que las enfermeras adoptan una visión holística y a largo plazo de los pacientes y de la perspectiva biopsicosocial de la salud que abarca tanto los determinantes de la salud como el cuidado de los pacientes;
- hay más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo.

5. Empowering Individuals and the community

La investigación demuestra que los pacientes que están empoderados e implicados obtienen mejores resultados de salud. La OMS define su empoderamiento como "un proceso en el que los pacientes comprenden su papel y su proveedor de salud les facilita los conocimientos y habilidades necesarios para realizar cometidos en un entorno que reconoce las diferencias comunitarias y culturales y promueve su participación."[51] El empoderamiento permite que los pacientes incrementen su capacidad de recurrir a sus propios recursos personales para vivir bien y moverse por el entorno sanitario.

Estudio de Caso

Autor de la Foto – Georgina McPherson

ENFERMERAS DE ATENCIÓN DIRECTA PRESTANDO CUIDADOS DE ALTA CALIDAD Y RENTABLES EN MATERIA DE SALUD DE LA MUJER

– Georgina McPherson, Nueva Zelanda

La práctica avanzada de enfermería en salud de la mujer lleva más de 30 años bien establecida a nivel internacional. Georgina McPherson, enfermera de atención directa, diseñó el primer programa de formación en enfermería de colposcopia en Nueva Zelanda junto con el Profesor Ron Jones en el Hospital Nacional de la Mujer (National Women's Hospital). Lleva 18 años ejerciendo como colposcopista y en 2006 fue aprobada como primera enfermera de atención directa en salud de la mujer de Nueva Zelanda, y fue la primera enfermera de descendencia pacífica en obtener esta titulación. Ha ejercido en servicios tanto de atención primaria como del segundo nivel de atención realizando colposcopias, así como en una clínica de la mujer en la comunidad para mejorar el acceso a cuidados para las mujeres maoríes y del Pacífico.

En Nueva Zelanda, las enfermeras de atención directa han sido expertas clínicas en equipos y ahora se están convirtiendo también en líderes clínicos. Gracias a este reconocimiento de la calidad del servicio prestado, Georgina fue nombrada líder clínica en 2016 con la aprobación del Ministerio de Salud, un papel que antes estaba reservado a los profesionales médicos.

Georgina goza de buen reconocimiento como líder en su campo, prestando servicios de atención clínica en primera línea que superan los estándares del Programa de Mejora de la Calidad de la Colposcopia y dispensando cuidados excepcionales de alta calidad. Al ver algunos de los problemas de acceso a los servicios en su comunidad, Georgina estableció un itinerario clínico. Y un proyecto sobre el uso del laboratorio permitió la implementación de directrices basadas en la evidencia, además de un cambio significativo y sostenido en las pruebas de laboratorio que a su vez propició un ahorro de casi 100 000 dólares australianos en un periodo de 12 meses. También se logró reducir la realización de pruebas innecesarias a las mujeres.

Los beneficios de un modelo de cuidados dirigido por enfermeras de atención directa han demostrado que éstas pueden prestar cuidados clínicos de manera rentable. Se ha logrado una reducción en las clínicas canceladas dentro del marco de la organización de la gestión del centro medical gracias a la flexibilidad de las enfermeras de atención directa para cubrir puestos y también ha sido posible desplegar a estas enfermeras en otras áreas del servicio de ginecología. Las enfermeras de atención directa como líderes clínicos han demostrado su excelente liderazgo en el ámbito de los servicios clínicos para mejorar la calidad y la prestación de los servicios.

Autor de la Foto – Karen Kasmauski

RETO DE SALUD GLOBAL 3

CONSECUCIÓN DE RESULTADOS DE SALUD IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES A UN PRECIO QUE LOS PAÍSES SE PUEDAN PERMITIR

"Para miles de millones de personas, la cobertura sanitaria universal será un recipiente vacío a no ser que la mejora de la calidad sea una prioridad tan crucial como la cobertura sanitaria universal en sí."

Sania Nishtar, Copresidenta de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre las Enfermedades no Transmisibles.[52]

La atención centrada en las personas ha sido un movimiento potente en los últimos años. Sin embargo, es difícil concebir cómo lograr que unos sistemas de salud complejos que aspiran a ser eficaces, y cuyos profesionales están muy ocupados, incorporen este coste eficazmente como parte de sus principios y valores centrales. A causa de una demanda tan elevada combinada con modelos de pago basados en las actuaciones realizadas, la prestación de atención de salud ha tendido a centrarse en análisis y tratamiento de carácter científico con una alta tasa de renovación del personal en lugar de considerar al paciente como persona. Sin embargo, aunque se reconoce la importancia de la atención centrada en la persona, existen dificultades técnicas para su puesta en práctica. Prestar cuidados de manera rentable logrando mejores resultados de salud y prestar atención centrada en las personas no son filosofías divergentes.

La finalidad de la atención de salud no es más tratamiento sino mejor salud.

Los sistemas de salud basados en la creación de valor tienden a lograr mejores resultados de salud de forma rentable. Según The Economist,[53] el sistema sanitario debe alejarse de aquellos modelos basados en la demanda y que giran alrededor de lo que hacen los médicos para dirigirse hacia un planteamiento centrado en las personas teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Cuando los sistemas de salud colaboran con los pacientes y sus familias, la calidad y la seguridad de la atención sanitaria se ve incrementada, los costes disminuyen, la satisfacción de los proveedores aumenta y mejora la experiencia de cuidados del paciente. Los cuidados centrados en las personas mejoran las las finanzas, la seguridad y las cuotas de mercado.[54]

Autor de la Foto – Beke Jacobs

Estudio de Caso

LA ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
– Beke Jacobs, Alemania

Datos demográficos Indican que la esperanza de vida está aumentando en todo el mundo. Al mismo tiempo, se ofrecen opciones de tratamiento médico con los estándares más elevados en los países occidentales. También hay nuevos tratamientos a disposición para las personas enfermas y moribundas. Esto plantea regularmente la cuestión de la capacidad de la profesión médica para satisfacer los deseos particulares del paciente. En consecuencia, se impone que la sociedad reflexione sobre hasta qué punto se desea recibir tratamiento médico en el caso de ciertas enfermedades o situaciones de fragilidad, así como al final de la vida. Se trata de algo especialmente importante porque a menudo los equipos terapéuticos se enfrentan a decisiones críticas para la vida en las que el paciente ya no puede manifestar su voluntad.

Beke Jacobs, Enfermera Registrada y Directora del Centro de Información al Paciente del Centro Médico Universitario de Schleswig Holstein, Alemania, ofrece un servicio de asesoramiento para ayudar a los pacientes a comprender las decisiones y las instrucciones a seguir en relación con el final de la vida.

Las enfermeras se enfrentan a numerosos retos al tratar a los pacientes que han comenzado a recibir cuidados paliativos. No solo hay que tener en cuenta toda una serie de requisitos y aspectos jurídicos complicados en relación con los cuidados deseados y su formulación precisa y específica en el testamento vital, sino que también hay que poner énfasis en las necesidades del paciente y sus familiares. El trabajo de Beke consiste en informar y asesorar a los pacientes y a sus familiares en los casos de cuidados agudos hospitalarios, así como asesorar al público en general según proceda en eventos informativos que el hospital organiza de manera gratuita.

Al redactar un testamento vital, los pacientes pueden establecer que se tomen o se omitan determinados procedimientos médicos en caso de que ya no puedan decidir por sí mismos. De este modo, se garantiza que se llevará a cabo la voluntad del paciente, aunque este ya no la pueda expresar autónomamente.

La enfermería es una profesión que se encuentra en una posición única puesto que tiene la increíble responsabilidad de prestar cuidados y aliviar el sufrimiento incluso en los momentos más vulnerables de la vida como el proceso de fallecer. Las enfermeras experimentadas disponen de la necesaria formación, habilidades y experiencia para empatizar con los pacientes teniendo en cuenta qué intervenciones médicas realizar y su impacto, además de conocer su situación física, cognitiva, social y espiritual, lo cual les permite prestar gran cantidad de cuidados y apoyo al tratar el tema de los cuidados al final de la vida. De este modo, prestan un servicio vital para garantizar dignidad y respeto.

Atención de salud basada en la creación de valor: ¿es la bala mágica?

En una conferencia de salud celebrada recientemente, el Ministro de Sanidad inauguró el evento con un discurso en el que afirmaba que el gobierno se había comprometido a dedicar otros 2 000 millones de dólares estadounidenses al sistema de salud, lo cual representaba un incremento del 15% en un periodo de tres años. En ese mismo discurso, se comprometió a incrementar el número de médicos, enfermeras y otros tipos de personal del sistema sanitario. Puede que fuera una medida necesaria, pero no se estaba planteando para lograr mejores resultados de salud para la comunidad, sino que iba dirigida a los factores que permiten prestar servicios de salud. A causa del incremento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas, ese planteamiento continuista no es ni asequible ni sostenible. Para seguir prestando cuidados accesibles, de alta calidad y centrados en las personas, los gobiernos y demás legisladores han de establecer la relación existente entre los costes sanitarios y los resultados obtenidos con el fin de incrementar el valor para los pacientes, las personas y la comunidad.

La salud es un importante precursor de la felicidad y uno de los principales cimientos de cualquier economía fuerte pero las dificultades para promover un estilo de vida más saludable y proporcionar acceso a atención de salud de calidad y asequible son enormes. Los gobiernos y los proveedores de salud se enfrentan a retos considerables en materia de contención de costes y mejora de la salud y el bienestar de las poblaciones. La atención de salud basada en la creación de valor es un planteamiento respecto al sistema de salud con tendencia a mejorar los resultados del paciente a un menor coste. La intención es conjugar los intereses del sistema de salud y los de los pacientes.[55]

Es necesario crear valor en todos los niveles del sistema de salud y no sólo en los hospitales, las intervenciones especializadas o en atención primaria. Se genera valor cuando se prestan cuidados a lo largo de toda la condición médica del paciente durante su ciclo de vida completo. Lo más importante de cara a crear valor y reducir costes es la mejora de los resultados.[55] En consecuencia, en el mismísimo corazón de la atención de salud basada en la creación de valor se encuentra el concepto de maximizar el valor para los pacientes, es decir, obtener los mejores resultados con un coste y un esfuerzo asequibles y cumpliendo las expectativas previstas, alejándose así de los sistemas sanitarios basados en la demanda y organizados alrededor de la actividad de los médicos y dirigiéndose hacia un sistema centrado en la persona y organizado en función de lo más necesario para las personas y las comunidades. Cambia la forma de pensar y en lugar de razonar en función de lo que les sucede a los pacientes se piensa en lo que les importa. Tal y como señalaba Sir Robert Francis en la investigación pública de Mid-Staffordshire en Inglaterra, "la calidad de los cuidados está relacionada tanto con la experiencia del paciente como con los resultados obtenidos. Y es necesario considerar la opinión de los pacientes para comprender este concepto antes de tomar decisiones que repercuten en la calidad."[56]

Figura 9: Valor

8 millones
es el número de muertes en países de renta baja y media a causa de una atención de salud de mala calidad.[52]

Hay numerosos países que ni siquiera son capaces de prestar servicios sanitarios básicos ofreciendo cuidados seguros y eficaces a toda su población. Incluso hay países con cobertura sanitaria universal que tienen dificultades para satisfacer las exigencias de salud de la población más mayor y la creciente carga de enfermedades crónicas, la mayor esperanza de vida, las mayores expectativas de los consumidores y la escalada de los costes sanitarios asociados a las nuevas tecnologías y tratamientos. La sostenibilidad de la cobertura sanitaria universal está en peligro a no ser que los sistemas de salud cambien y se adapten a este entorno tan cambiante.

3ra La tercera gran causa de muerte en Estados Unidos son los errores médicos.[57]

La premisa de la cobertura sanitaria universal es la prestación de atención de salud de alta calidad accesible para todos a un precio asequible tanto para el consumidor como para el país, lo cual implica unos cuidados adecuados prestados en el momento adecuado por parte del proveedor adecuado minimizando cualquier posible daño y el desperdicio de recursos y sin dejar a nadie atrás. Sin embargo, en numerosos países, Independientemente de sus niveles de renta, prevalece la atención de salud de baja calidad, lo cual provoca diagnósticos inexactos, errores en la medicación, tratamientos inapropiados e innecesarios, instalaciones o prácticas clínicas inadecuadas e inseguras. Por ejemplo, en los países de renta baja y media cabe esperar que el 10% de los pacientes hospitalizados contraigan una infección nosocomial durante su estancia (7% en los de renta alta).[58] Según algunos informes, en varios países de renta baja y media,[59] los proveedores de salud únicamente realizarían un diagnóstico preciso en el 33-66% de las ocasiones y las directrices clínicas adecuadas se seguirían el 45% del tiempo. Existen estudios de investigación que sugieren que incluso si se mejorara el acceso en el mundo, las ventajas para los pacientes y las comunidades seguirían siendo limitadas.[60]

Un planteamiento sanitario basado en la creación de valor puede contribuir a su calidad y asequibilidad. Cada país necesitará un conjunto diferente de intervenciones en función de sus necesidades, pero hay una serie de actuaciones básicas y poco costosas al alcance de todos ellos.
Un planteamiento basado en la creación de valor puede contribuir a la identificación y financiación de aquellos servicios que ofrecen el mayor beneficio a las personas y a la comunidad. A continuación, se Indican algunos de los beneficios de este planteamiento:

- coloca al paciente en el centro del sistema sanitario;
- orienta el sistema de salud hacia todo el continuo de la atención sanitaria y no sólo hacia el tratamiento;
- reorganiza los cuidados alrededor de los problemas del paciente, en unidades integradas;
- mide los resultados y los costes para los pacientes, los compara, identifica áreas de variaciones y promueve la excelencia;
- guía la atención multidisciplinar y la innovación en los cuidados;
- guía la reducción de costes que realmente potencia la creación de valor;
- valida las áreas para el crecimiento de la línea de servicios y las relaciones correspondientes.

“Aunque el movimiento actual hacia la cobertura sanitaria universal acabe teniendo éxito, miles de millones de personas tendrán acceso a cuidados de tan baja calidad que no les ayudarán y a menudo les perjudicarán.”

Don Berwick, Presidente Emérito y Senior Fellow, Instituto para la Mejora de la Sanidad.[52]

La atención de salud basada en la creación de valor y el papel de la enfermería

La atención de salud basada en la creación de valor impulsa su calidad y asequibilidad y, de este modo, promueve la atención primaria junto con una gestión eficaz de la salud de la población, una mayor colaboración por parte de los pacientes y la comunidad, cuidados interdisciplinares y colaboración en equipo. La progresión hacia estas áreas incrementará la necesidad de que las enfermeras registradas desempeñen un mayor papel. Para que el sistema de salud obtenga los beneficios potenciales que ofrece la atención sanitaria basada en la creación de valor, los legisladores y los sistemas de salud tendrán que garantizar que la profesión cuenta con formación e instrumentos adecuados, además de con el apoyo necesario para trabajar en todo su ámbito de la práctica. Un ejemplo de éxito en esta área es la gestión de las enfermedades crónicas dirigida por enfermeras dado que permite reducir la duración de la hospitalización, mejorar los resultados de salud y reducir el número de admisiones a los servicios de urgencias. Apoyando a las enfermeras para que trabajen en todo su ámbito de la práctica y recurriendo eficazmente al liderazgo de la profesión, los sistemas de salud han transformado la prestación de atención de salud y pueden seguir haciéndolo, logrando así mejores resultados para las personas y las comunidades de manera eficiente en términos de costes.[61]

El área de mayor avance para la implementación y la mejora de una atención de salud basada en el valor es la de la recopilación y el análisis de los datos de enfermería.
La información es fundamental para una toma de decisiones eficaz además de ser un componente integral de la calidad de la atención sanitaria y los resultados asociados.
Las enfermeras trabajan en un entorno intensivo en términos de información y hay mucho que ganar si se recopila adecuadamente, lo cual implica, entre otras cosas:

- mejor seguridad del paciente;
- mejor comprensión de los resultados de salud del paciente;
- coordinación eficiente de los cuidados;
- análisis potenciado del desempeño;
- acceso oportuno a más información completa del paciente;
- mejor utilización de los recursos.

Los sistemas informáticos de recopilación de datos e información de enfermería pueden revolucionar el sector de la salud y contribuir al desarrollo de un sistema sanitario basado en la creación de valor. De este modo, no sólo mejora la eficiencia, sino que también lo hace la experiencia del personal, los pacientes y las familias salvándose así incontables vidas y mejorándose también la calidad de vida.

Estudio de Caso

Autor de la Foto – Tommy Walsh - Tallaght Hospital

MEJORANDO LA PUNTUALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS – Shirley Ingram, Irlanda

El Hospital Tallaght tiene el mayor servicio de urgencias de Irlanda con 48 000 adultos atendidos cada año. Los residentes de esta zona hacen un gran uso de este servicio de manera que un 40% de las familias encuestadas habían recurrido al servicio de urgencias en los últimos 12 meses. El dolor torácico es uno de los principales síntomas de la cardiopatía coronaria.

El 48% de los casos de dolor pectoral terminaron en hospitalización en camilla en el servicio de urgencias durante días a la espera de cama. Junto con el sufrimiento del paciente, esto presentaba un verdadero problema. Tallaght es un área de bajo nivel socioeconómico en el sudoeste de Dublín con un elevado nivel de factores de riesgo coronario como el tabaco y la obesidad. El servicio de urgencias del Hospital Tallaght es uno de los más utilizados del país.

El servicio de cardiología para el dolor pectoral dirigido por enfermeras de atención directa ha logrado beneficios considerables en los últimos tres años con una inversión de recursos reducida evitando asimismo casi 600 hospitalizaciones anuales de pacientes.

El objetivo general de este servicio innovador es dar el alta a los pacientes que corresponda del servicio de urgencias para derivarlos a la clinica del dolor pectoral dirigida por enfermeras para que continúen para evaluación y pruebas adicionales. De este modo, se presta un servicio seguro y competente al paciente al mismo tiempo que se evita la hospitalización.

En el primer año de funcionamiento del servicio de cardiología para el dolor pectoral dirigido por enfermeras de atención directa, las hospitalizaciones en planta se redujeron en un 36% y en camilla en un 60%, contribuyendo así a un ahorro considerable para el hospital. Además, los pacientes reciben un diagnóstico en el momento oportuno a la par que se les imparte formación en materia de promoción de la salud y se les tranquiliza.

Estudio de Caso

Autor de la Foto – Minna Miller

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR PARA TRATAR A NIÑOS CON ASMA

– Minna Miller, Canadá

Cuando las enfermeras generalistas y las enfermeras de atención directa trabajan en todo su ámbito de la práctica en equipos multidisciplinares, se produce una mejora en los resultados tanto de los pacientes como de la organización de los cuidados.

El asma es una enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias que se caracteriza por una hiperreactividad bronquial y un nivel de obstrucción variable de las vías respiratorias, que provoca episodios recurrentes de resuello, tos, opresión pectoral y dificultad al respirar. Afecta a casi 300 millones de personas en todo el mundo y es la enfermedad crónica más común entre la población pediátrica.

La Clínica Interdisciplinar de Asma del Hospital Infantil presta servicios a los niños que necesitan un diagnóstico o a los que ya se les ha diagnosticado asma. Muchos de ellos tienen varias comorbilidades y vulnerabilidades en relación con los determinantes sociales de la salud. La clínica podría ser única en Canadá por contar con enfermeras de atención directa, enfermeras registradas certificadas en formación de asma, un neumólogo, alergólogos, pediatras, terapeutas respiratorios y técnicos en alergias trabajando juntos para prestar servicios completos para el tratamiento del asma, enfocados a la familia y centrados en el paciente. El objetivo es mejorar el acceso a servicios integrales para esta enfermedad (diagnósticos, gestión y formación) y mejorar los resultados de los pacientes (mejorar el control del asma, reducir las discapacidades y las futuras exacerbaciones y secuelas relacionadas).

Las enfermeras de atención directa funcionan de manera autónoma y realizan labores de diagnóstico, gestión y formación en relación con el asma. Como resultado, los pediatras pueden concentrarse en los niños asmáticos con varias comorbilidades complejas. Las enfermeras registradas certificadas como instructoras de asma imparten formación completa sobre esta enfermedad a los pacientes y a las familias en todos los niveles superiores de servicio de la clínica.

Esta clínica interdisciplinar es una "ventanilla única" para el diagnóstico completo de la enfermedad, así como para su gestión y formación. Entre 2012 y 2016, se han celebrado 5 200 encuentros con pacientes/familias (incluidos los de telemedicina) y el 60% de ellos los han llevado a cabo enfermeras de atención directa. La clínica es el centro provincial de excelencia en tema de cuidados pediátricos para el asma. La estructura del equipo facilita un uso adecuado de los recursos de la clínica y ha permitido una reducción significativa de las listas de espera para las nuevas visitas/consultas de pacientes de 12-24 meses a 2-3 meses. Los datos clínicos demuestran una mejora considerable en el control del asma, así como una reducción en las visitas al servicio de urgencia y las hospitalizaciones por parte de quienes han recibido cuidados en la clínica para el asma.

Estudio de Caso

Autor de la Foto – Ronan Guillou

MEJORANDO LA SALUD FÍSICA DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

– Manar Nabolsi, Jordania

La Universidad de Jordania ha introducido en sus programas de enfermería cursos formativos de preparación ante catástrofes al objeto de contribuir a la formación de las enfermeras para que participen en los esfuerzos para gestionar su repercusión en la región.

Jordania se encuentra en un área de alto riesgo de terremotos que también es vulnerable ante inundaciones y corrimientos de tierra repentinos tanto en las áreas urbanas pobladas como en las regiones rurales. Las repercusiones del cambio climático se están dejando sentir considerablemente en esta parte del mundo en la que periódicamente algunos peligros como por ejemplo las sequías extremas dejan la región devastada. Jordania lleva mucho tiempo siendo una nación de refugio para las personas que huyen de la violencia en los países vecinos. El flujo de entrada de más de 600 000 refugiados ha ejercido una presión considerable en los servicios esenciales del país, como por ejemplo en la sanidad.

La Universidad de Jordania ha introducido la preparación frente a las catástrofes en sus programas de formación de pregrado y postrado en enfermería. La finalidad de estos programas formativos adicionales es preparar a las enfermeras para participar en los esfuerzos nacionales dirigidos a prevenir, mitigar, gestionar y recuperarse de las catástrofes tanto naturales como provocadas por el hombre. Hasta la fecha, 150 estudiantes de la licenciatura en enfermería, 50 de máster y 10 de doctorado han asistido al curso, que es el primero en su género y está sosteniendo a las enfermeras que trabajan para organizaciones internacionales que prestan servicios a los refugiados sirios.

RETO DE SALUD GLOBAL 4
UN MUNDO EN MOVIMIENTO

Las distintas poblaciones llevan al menos 60 000 años desplazándose de un lugar a otro. Sin embargo, la naturaleza y la demografía de las migraciones han cambiado porque la globalización ha facilitado las migraciones modernas a nivel internacional produciéndose un mayor volumen, diversidad, ámbito geográfico en las mismas, sumando así complejidad a la cuestión.[97] Las personas migran por numerosas razones como conflictos, pobreza, catástrofes, urbanización, ausencia de derechos, discriminación, desigualdades y falta de acceso a un trabajo decente.

Retos de salud de migrantes, refugiados y personas desplazadas

El número de refugiados y solicitantes de asilo de América Central se ha multiplicado por cinco en sólo tres años. Honduras está plagado de inestabilidad política, económica y social y su índice de violencia se encuentra entre los más elevados del mundo. Las familias se ven amenazadas, extorsionadas y asesinadas mientras que tanto los chicos más jóvenes como los hombres se ven forzados a entrar en bandas. En el refugio para migrantes de Reynosa, ciudad fronteriza de Méjico que a menudo se usa como corredor para solicitantes de asilo a EE. UU., Médicos sin Fronteras (MSF) y su equipo de enfermeras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales se está encargando del flujo de personas que huyen de su país de origen. Afirman no haber comido durante días y haber dormido en estaciones de autobús. A menudo son víctimas de violencia física y sexual, están malnutridos, deshidratados y descuidados.[98]

244 millones
El total de migrantes en todo el mundo.[75]

175,5 millones
Número de migrantes que se han desplazado voluntariamente.[75]

68,5 millones
Migrantes desplazados a la fuerza por riesgo de persecución, conflicto violento, inseguridad alimentaria o violaciones de los derechos humanos.[75]

En poco más de un año, 723 000 refugiados de Rohingya han huido de Bangladesh a Myanmar y la cifra no desciende.[99] ACNUR denuncia que las familias llegan tras atravesar junglas y montañas durante días a pie, padeciendo varias enfermedades. A su llegada, se suman a las 600 000 personas que ya viven en el asentamiento de 13 km2. Se enfrentan a problemas de acceso a servicios básicos de salud, así como a niveles elevados de enfermedades transmisibles, en particular enfermedades respiratorias y diarreicas, y al riesgo de corrimientos de tierras e inundaciones.

44 400 personas se ven forzadas cada día a huir de sus hogares a causa de conflictos y persecuciones.[75]

Se trata únicamente de dos ejemplos de los cientos existentes de escenarios a los que a menudo se enfrentan migrantes, refugiados y personas desplazadas (MRPD). Las migraciones afectan a varios determinantes de la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades, así como a la salud de la población. La repercusión de las migraciones en la salud y el bienestar es multidimensional y presenta un conjunto complejo de retos relacionados con los determinantes de la salud.

A menudo se supone erróneamente que las necesidades sanitarias de los MRPD son similares e iguales en todos los grupos. Sin embargo, las necesidades físicas, psicológicas, espirituales, culturales y sociales de las familias y las personas pueden variar considerablemente, además de estar influenciadas por toda una serie de factores.[100, 101] Las necesidades sanitarias de los grupos desplazados de Siria por la fuerza serán muy diferentes a las de los migrantes económicos que aterrizan en Australia.

Otro supuesto es que la salud de los MRPD es peor que la de la población del país de destino. Las condiciones a las que se enfrentan durante el proceso migratorio pueden variar por la influencia de factores como la razón de la migración o las condiciones durante el tránsito y en el destino. Sin embargo, muchos MRPD se desplazan forzosamente y sus necesidades de atención de salud pueden verse agravadas a causa de privaciones, dificultades físicas y estrés sufridos a lo largo del proceso migratorio. Asimismo, se producen otras complejidades a causa de la exclusión jurídica, económica y social que se puede producir en la fase de tránsito y al llegar al destino. Los MRPD también pueden experimentar situaciones de discriminación, violencia, explotación, detención, acceso limitado o inexistente a formación, tráfico de seres humanos, malnutrición y acceso limitado o inexistente a servicios preventivos y/o esenciales de salud.[101]

Sin embargo, no siempre es así puesto que muchos migrantes se desplazan sin incidentes y gozan de buena salud al llegar a su destino. Las diferencias en las prácticas sanitarias y de tipo cultural pueden tener un efecto protector y una repercusión más positiva en la salud y el bienestar de estas personas respecto a las prácticas habituales en el país de destino. El 'efecto del inmigrante sano' está bien documentado en la literatura.[102]. Con la excepción de algunas tasas más elevadas de enfermedades infecciosas, en particular tuberculosis y VIH, los inmigrantes a menudo están más sanos que la población del país receptor. Por ello, no se deben realizar suposiciones generales sobre la salud de los MRPD.

Sin embargo, hay una serie de problemas de salud prioritarios en los que hay que centrarse. Los niños, las mujeres, las personas mayores y las personas con discapacidad son objeto de vulnerabilidades específicas y a menudo se exponen a situaciones de discriminación, explotación y abusos físicos, sexuales y psicológicos.[101] Es necesario priorizar las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva por el aumento del riesgo de violencia sexual y de género debido al proceso migratorio. Asimismo, este tipo de violencia es común en situaciones de conflicto y cada vez se utiliza más como arma de guerra.

En 2017, el 50% de los refugiados eran niños menores de 18 años.[75] Muchos se habían sido separados de sus familias y no estaban acompañados. Los niños son especialmente vulnerables y es necesario realizar esfuerzos específicos para minimizar el impacto de la migración en su salud y bienestar.

Más del 40%
de los niños del asentamiento de Kutupalong en Bangladesh padece retraso del crecimiento.

La salud mental también debe ser objeto de la máxima prioridad. Las malas experiencias de los MRPD señaladas anteriormente, junto con posibles factores negativos previos a la inmigración y elevados niveles de estrés, provocan tasas más altas de trastornos mentales. Estas personas se enfrentan a un mayor riesgo de trastornos de salud mental, en particular trastorno por estrés postraumático, depresión y psicosis, que a menudo se ven más exacerbados aún por la frecuente falta de apoyo social y cuidado de la salud mental en el lugar de destino.[103]

Historia de Joseph, que supervisa la enfermería en un campamento de refugiados en el sur de Sudán.

Salud de los migrantes – Una piedra angular de la cobertura sanitaria universal

Los MRPD se pueden enfrentar a retos específicos en materia de salud de manera que el objetivo es contar con servicios sanitarios de calidad accesibles para todos. Independientemente de la localización y el entorno, debe haber atención de salud a disposición. La migración será clave para lograr los ODS y la cobertura sanitaria universal. La importancia de las migraciones para el desarrollo es obvia puesto que guarda relación con al menos ocho de los ODS, en particular, con la salud, la educación, la pobreza, la igualdad de género, el trabajo decente, las ciudades sostenibles y la acción sobre el clima.

1 de cada 3
refugiados sirios padece depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático.

La igualdad de acceso a la atención de salud es un derecho humano. Sin embargo, a menudo no se respeta a causa de las numerosas barreras de acceso al nivel de atención de salud que requieren los MRPD. Los patrones cambiantes y la creciente complejidad de las migraciones de las poblaciones incrementan el riesgo de que no se cubran las necesidades de salud de los migrantes. En los niveles individual y familiar, los factores relacionados con el acceso son, entre otros, la capacidad de moverse por el sistema de salud, experiencias previas en relación con la atención sanitaria y expectativas al respecto, barreras lingüísticas y culturales, vergüenza/estigma, miedo a la deportación, carencias en tema de recursos humanos y creencias y actitudes en relación con la salud.[104, 105]

La incapacidad de algunos países de dar una respuesta adecuada a esta situación se debe en parte a una serie de patrones migratorios históricos que han generado políticas, programas y estrategias de los sistemas de salud que frecuentemente siguen en vigor aún. Es más, a menudo se dispensa atención de salud según la situación jurídica o administrativa de las personas. Muchos MRPD se encuentran en situación irregular y sin documentación, lo cual representa una barrera de acceso a los sistemas sanitarios.[106]
Los programas de salud se basan con frecuencia en las diferencias existentes en los Indicadores sanitarios entre la población migrante y la población general del país.[100] Como los patrones migratorios han cambiado, estos programas ya no son adecuados para abordar las necesidades de salud de los MRPD y es frecuente que su salud no esté integrada en los planes nacionales y regionales, por lo que los sistemas sociosanitarios de los países no están preparados para soportar esta carga adicional.

El documento 'Salud, Sistemas Sanitarios y Salud Global'[100] considera que la salud en el ámbito de las migraciones es una agenda unificadora que aúna la salud global, el desarrollo sostenible y los determinantes sociales de la salud (Fig. 10). Este modelo presenta las fases de la migración de manera integrada en lugar de limitarse a la fase de llegada, que es donde se suele poner el foco. También reconoce tanto las poblaciones de MRPD tras una crisis como las migraciones estructurales de población que se producen con el paso del tiempo.

Figura 10: Desarrollar un enfoque integrado y dinámico para mejorar la salud de los migrantes Adaptación de 100

SALUD MIGRATORIA – UNA AGENDA UNIFICADORA

AMPLIA, GUIADA POR LA CRISIS, AFLUENCIA AGUDA DE REFUGIADOS Y MIGRANTES

ESTRUCTURAL, A LARGO PLAZO, FLUJOS DE POBLACIÓN POR CUESTIONES ECONÓMICAS Y DISPARIDAD

VULNERABILIDAD Y RESILIENCIA

Para reducir la vulnerabilidad y potenciar la resiliencia de los migrantes, las comunidades y los sistemas de acogida, calibrados según la **determinación social del modelo de salud y la equidad en la salud de los migrantes.**

SALUD GLOBAL

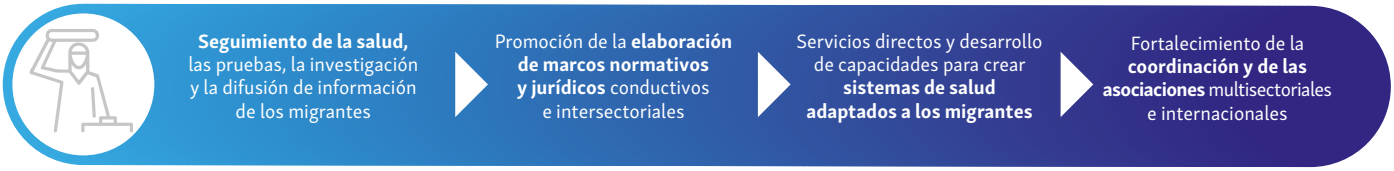
Para promover planteamientos de salud preventivos y curativos al objeto de reducir la carga de enfermedad en los migrantes y las comunidades de acogida afectadas, calibrados en función de los siguientes conceptos:

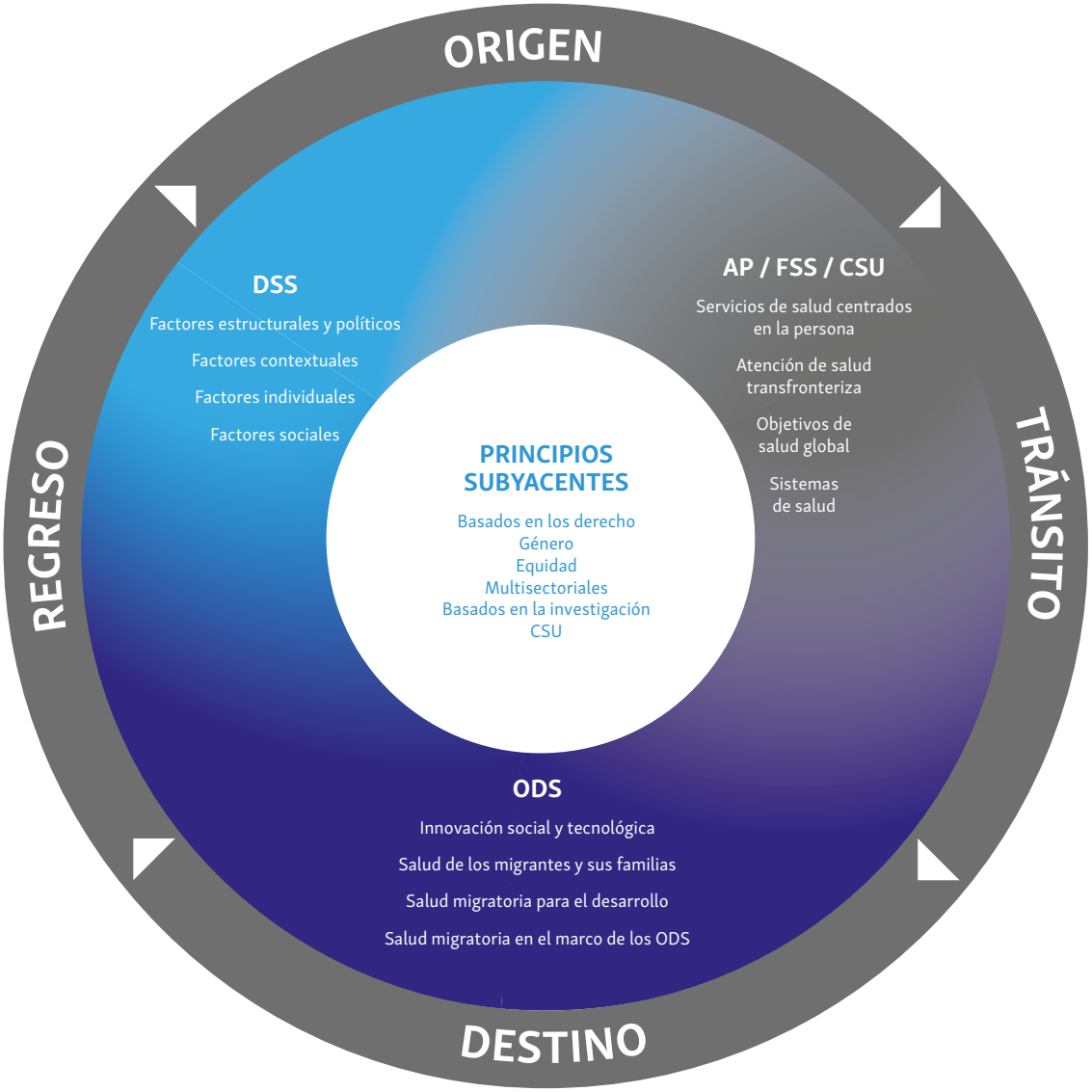
cobertura sanitaria universal (CSU), atención primaria (AP) y fortalecimiento del sistema de salud (FSS)

DESARROLLO

Para garantizar que la salud de los migrantes sea un componente integral del desarrollo económico sostenible calibrado según los

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)





Cabe tener en cuenta que habrá diferencias considerables en los servicios de salud en función de las realidades y capacidades nacionales, que dependen de las leyes, reglamentos, políticas y prioridades. Sin embargo, es necesario afrontar el tema de la migración de manera colaborativa e integrada. El Marco de la OMS para la Salud de los MRPD establece los siguientes principios guía:[104]

- derecho a disfrutar del mayor estándar alcanzable de salud física y mental;
- igualdad y no discriminación;
- acceso equitativo a servicios de salud;
- sistemas de salud centrados en las personas, los refugiados y los migrantes, además de sensibles al género;
- prácticas de salud no restrictivas basadas en los estados de salud;
- planteamientos de todo el gobierno y toda la sociedad;
- participación e inclusión social de refugiados y migrantes;
- alianzas y cooperación.

No solo hemos de garantizar la salud y el bienestar de los MRPD sino que también hemos de tener sistemas de salud pública robustos y eficaces en materia de prevención y respuesta frente a grandes desplazamientos de personas. Los movimientos de poblaciones amenazan con incrementar la difusión, potencialmente incontrolada, de enfermedades transmisibles. En 2014, el mundo fue testigo de un brote de Ébola que se extendió más rápidamente que nunca devastando los ya frágiles sistemas de salud de Sierra Leona, Liberia y Guinea, que no estaban preparados para enfrentarse a una epidemia de esa magnitud y complejidad médica. Asimismo, como los sistemas de salud de estos países prácticamente se colapsaron también se produjo un deterioro en sus sistemas educativos, así como en relación con su seguridad pública y su economía. Este suceso y otros recientes en tema de salud pública han puesto el foco en la importancia de las migraciones en relación con la seguridad de la salud global.[100]

El papel de la enfermería para garantizar el acceso a uno de los grupos de población más vulnerables

Es probable que los MRPD se encuentren con una enfermera en su primera interacción con el sistema de salud. Las enfermeras son competentes para prestar cuidados éticos y sensibles a la cultura y al género, además de dignos, a los MRPD y a sus familias reconociendo la interconexión de sus necesidades y dificultades físicas, psicosociales, espirituales y sociales. Se trata de una cuestión fundamental para incrementar y garantizar la aceptabilidad de los servicios de salud, es decir, un componente clave del acceso a la atención sanitaria. A las enfermeras se les anima a desarrollar y potenciar constantemente su propia competencia cultural y garantizar su aplicación a la prestación de cuidados.

La atención primaria sigue siendo el instrumento más importante para progresar hacia la cobertura sanitaria universal. A menudo es el primer punto de contacto de los MRPD en el sistema de salud. Las enfermeras lideran iniciativas en atención primaria a la par que están en primera línea en este planteamiento. Asimismo, tienen la capacidad de generar confianza y establecer relaciones de apoyo tanto en el primer encuentro como posteriormente, lo cual facilitará el acceso en el futuro. Las enfermeras desempeñan funciones de proveedor sanitario, formador, coordinador de cuidados y defensor de intereses. Asimismo, son profesionales que mantienen una relación crucial entre las personas, las familias y las comunidades en todas las áreas de los sistemas sociosanitarios.

Contar con niveles elevados de colaboración e integración de los servicios en estos sistemas contribuirá a reducir las barreras de acceso a los cuidados. Las enfermeras desempeñan un papel importante en las acciones colaborativas para abordar las necesidades de salud y cuidados de enfermería de los MRPD tanto inmediatas como a largo plazo, además de trabajar para dar prioridad a las cuestiones de salud sexual y reproductiva, las vulnerabilidades relacionadas con la edad, la violencia de género y la salud mental.

El marco de la OMS establece prioridades para promover la salud de los MRPD.[104] En sus funciones como profesionales clínicos, formadores, investigadores, influenciadores políticos y ejecutivos, las enfermeras no solo pueden contribuir a la consecución de estas prioridades, sino que ya lo están haciendo. Entre ellas, cabe destacar:

- incorporación de la salud de los MRPD a la agenda global, regional y nacional, así como en la planificación de contingencias;
- promoción de las políticas sensibles a los MRPD junto con su protección jurídica y social y las intervenciones programáticas;
- potenciación de la capacidad para afrontar los determinantes sociales de la salud;
- fortalecimiento de la monitorización de la salud y los sistemas de información al respecto;
- aceleración del progreso hacia la consecución de los ODS, en particular la cobertura sanitaria universal;
- reducción de la mortalidad y la morbilidad entre los MRPD mediante intervenciones de salud pública a corto y largo plazo;
- protección y mejora de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes que viven en instalaciones para refugiados y migrantes;

Philomena, Nigeria, se ocupa de niños malnutridos.

- promoción de la continuidad y la calidad de los cuidados;
- desarrollo, fortalecimiento e implementación de las medidas de salud y seguridad ocupacional;
- promoción de la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas MRPD;
- apoyo a medidas para mejorar la comunicación y combatir la xenofobia;
- fortalecimiento de alianzas, así como de mecanismos de coordinación y colaboración intersectoriales, entre países y entre agencias.

Los cuidados culturalmente competentes respetan la diversidad en cuanto a razas, etnicidad, edad, género, orientación sexual, discapacidad, situación social, creencias religiosas o espirituales y nacionalidad; reconocen las poblaciones en riesgo de discriminación; y sostienen las diferencias en las necesidades de salud que pueden provocar disparidades en los servicios sanitarios.

La promoción y protección de la salud de los migrantes es fundamental para la consecución de la cobertura sanitaria universal y debe ser una parte integral de cualquier estrategia relacionada. Además, las migraciones también repercuten considerablemente en las metas e Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pero no solo en aquellos relacionados con la salud sino también en varios otros objetivos de la agenda. Garantizar servicios sanitarios de alta calidad protege la salud de la población mundial y lleva al desarrollo socioeconómico. Por encima de todo, la igualdad de acceso a atención sanitaria de calidad es un derecho humano. La repercusión de las migraciones en la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades es compleja y multifacética. Es necesario un planteamiento integral y colaborativo que cuente con toda la sociedad si queremos afrontar esta situación. Las enfermeras ocupan un lugar central en la consecución de la Salud para Todos.

Autor de la Foto – CIE Consejo Internacional de Enfermeras

Estudio de Caso

Autor de la Foto – Stephen Gerard Kelly

PRESTANDO ATENCIÓN DE SALUD A LOS INMIGRANTES

– Rebecca A. Bates, EE.UU.

Las poblaciones de refugiados en Estados Unidos a menudo no tienen acceso a servicios sanitarios a causa de políticas y sistemas de pago que generan barreras a los cuidados. La Adams Compassionate Healthcare Network (ACHN) - Red de atención de salud Adams Compassionate - las elimina. Se trata de una clínica gratuita situada a las afueras de Virginia dedicada a dispensar atención de salud de alta calidad y basada en la evidencia a cualquier persona que carezca de seguro y viva en la pobreza. La mayor parte de sus pacientes son inmigrantes y refugiados de países de mayoría musulmana que conviven con enfermedades crónicas. A menudo carecen de seguro y han tenido pocas oportunidades para acceder a servicios de salud en sus países de origen. Algunos se enfrentan a barreras en relación con el trasporte que les hacen renunciar a los servicios sanitarios para poder disponer de comida, vivienda y un puesto de trabajo, lo cual termina provocando horas de trabajo perdidas y hospitalizaciones por diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares sin controlar, además de cánceres sin diagnosticar. La mayoría de los pacientes de la ACHN también se enfrenta a barreras financieras, lingüísticas y de alfabetización.

Como centro de atención primaria, la ACHN satisface la mayor parte de las necesidades de los pacientes, en particular: atención primaria, derivación a cuidados especializados y servicios sociales, monitorización y evaluación de enfermedades crónicas, evaluación del impacto mediante un registro de enfermedades crónicas para contribuir a la identificación de los pacientes de mayor riesgo y realizar intervenciones específicas, cálculo del coste de los cuidados y servicios prestados y defensa de la expansión de Medicaid y políticas favorables a los refugiados. Este modelo de cuidados permite una evaluación y tratamiento holísticos de todos los pacientes. Asimismo, se ha implementado la telesalud como instrumento para mejorar la comunicación con los pacientes y como forma de conseguir traductores cuando es necesario. Las alianzas en la comunidad con los especialistas y los servicios sociales contribuyen al abordaje la cuestión de inseguridad en cuanto a la alimentación, la vivienda y al empleo para conseguir que los pacientes tengan acceso a los servicios que necesitan para optimizar su salud y bienestar.

Desde que la clínica se puso en marcha hace cinco años, se ha dedicado casi un millón de dólares estadounidenses al cuidado de 1 500 personas sin seguro. En el último año, las consultas de pacientes se han visto incrementadas en un 31%, las horas de voluntarios en un 207% y se ha puesto en marcha in situ un servicio de fisioterapia, una clínica oftalmológica y un servicio para el control del dolor.

Historia de una paciente

Asha*, una refugiada recientemente llegada de Irak se presentó con un historial de seis meses de un bulto que no había logrado que se lo examinaran por falta de acceso a los servicios necesarios. La ACHN realizó el diagnóstico y la labor de acompañamiento para el tratamiento requerido para tratar su cáncer de mama. Le ayudaron a solicitar cuidados de beneficencia en un hospital local, así como a coordinar las citas con los especialistas y siguieron prestándole servicios de atención primaria antes y después de su tratamiento.

*Nombre ficticio

Autor de la Foto – CIE Consejo Internacional de Enfermeras

RETO DE SALUD GLOBAL 5

NUESTRA SALUD MENTAL Y BIENESTAR

"El planteamiento actual es que la psiquiatría prácticamente ignora el mundo social en el que se producen los problemas de salud mental e intenta ser muy biomédica al igual que otras ramas de la medicina como la cardiología o la oncología. Sin embargo, la psiquiatría tiene que estar mucho más integrada en el mundo personal y social de las personas."

Dr. Vikram Patel, Codirector del Centro para el Control de Enfermedades Crónicas de la Fundación de Salud Pública de la India. of Chronic Conditions at the Public Health Foundation of India

Infravalorada y falta de inversiones

Ni siquiera los sistemas de salud modernos en el mundo están logrando satisfacer las necesidades de las personas que se presentan en los hospitales con crisis de salud mental. El sistema está fallando hasta el punto de que es más probable que los pacientes de salud mental tengan que esperar más tiempo que otros pacientes para su valoración y tratamiento. Como resultado, muchos pacientes de salud mental abandonan el servicio de urgencias bajo su propia cuenta y riesgo y en contra del asesoramiento recibido.[62]

<2 USD
es el nivel de gasto en salud mental en los países de renta baja y media.[63]

El acceso a servicios de salud mental de calidad y asequibles en la actualidad se encuentra en niveles de crisis.
La OMS calcula que casi dos tercios de la población con un problema de salud mental conocido nunca busca la ayuda de un profesional de la salud. El estigma, la discriminación y el abandono impiden que los tratamientos lleguen a las personas con trastornos mentales.[64]

Los trastornos mentales
representan la mayor causa de discapacidad y enfermedad en el mundo.[63]

Allá donde se prestan cuidados, las violaciones de los derechos humanos siguen siendo comunes en lugares donde las personas son objeto de abusos, detenciones forzadas o encarcelamiento. La calidad de los cuidados también es inadecuada y, por ejemplo, sólo una de cada cinco personas con un trastorno depresivo en los países de renta alta y una de cada veintisiete en los países de renta baja y media reciben un tratamiento mínimamente adecuado.[65]

1 100 millones
de personas padecen un trastorno mental o derivado del uso de sustancias.[66]

Estas estadísticas ponen de manifiesto una vergüenza tanto nacional como internacional. Es necesario que nuestros gobiernos actúen. En parte son responsables de las circunstancias en las que nos encontramos.

El Atlas de la Salud Mental[63] muestra que el 40% de los países no tiene políticas de salud mental y más del 30% no tiene ningún programa de salud mental. Asimismo, uno de cada cuatro países no tiene ninguna legislación sobre la protección y promoción de la salud y el bienestar de las poblaciones.

275 millones
de personas padecen trastorno de ansiedad.[66]

Esta situación, se mire por donde se mire, es una tragedia mundial. Hace falta una reforma e inversión urgentes para satisfacer las necesidades de salud y bienestar de las personas que padecen la mayor causa de discapacidad y enfermedad en todo el mundo: los trastornos mentales.

Salud Mental para Todos

Los recursos dedicados al tratamiento de la salud mental y los abusos de sustancias escasean en todo el mundo. Gracias a la incorporación de objetivos e Indicadores en los

ODS, existe la posibilidad de que muchas personas, incluso millones, puedan recibir los cuidados que necesitan. Sin embargo, para hacerlo realidad, tiene que haber suficiente cobertura de salud mental para todos, además de integración social. Será necesario un cambio en términos de actitud e integración en las distintas sociedades para eliminar las barreras a la atención de salud y abordar los determinantes de la salud mental. Es bien sabido que existen numerosos factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden determinar el grado de salud mental de una persona en un determinado momento. En consecuencia, será necesario actuar en varios niveles y el primero y el más importante será el de la salud mental que ha de integrarse mejor en la agenda de salud pública y en el ámbito de la atención primaria.

La salud mental no hace distinciones

Recientemente, un multimillonario australiano ha dimitido de su cargo en el consejo de administración de la mayor industria de casinos y resorts en Australia a causa de su batalla continuada contra la depresión y la ansiedad.

Como importante paso adelante para abordar el problema, la Comisión de Alto Nivel Independiente de la OMS sobre las ENT ha incluido las enfermedades mentales entre las enfermedades no transmisibles. Tanto las ENT como la salud mental se ven afectadas en gran medida por el entorno y las circunstancias sociales en las que las personas nacen, se crían, juegan, trabajan y viven y pueden compartir muchas características análogas:[67]

- las enfermedades mentales a menudo están determinadas por el entorno y las circunstancias sociales en las que viven las personas, así como por su exposición a factores de riesgo (por ej. dieta, ejercicio y consumo de alcohol y drogas);
- una enfermedad mental puede aparecer en cualquier momento de la vida y a menudo prolongarse en el tiempo (cronicidad) y ha de gestionarse y apoyarse a largo plazo en lugar de mediante un tratamiento único;
- las enfermedades mentales a menudo se producen en conjunción con otras ENT físicas. Las personas con alguna enfermedad mental tienden a tener peores resultados de salud que la comunidad en general.

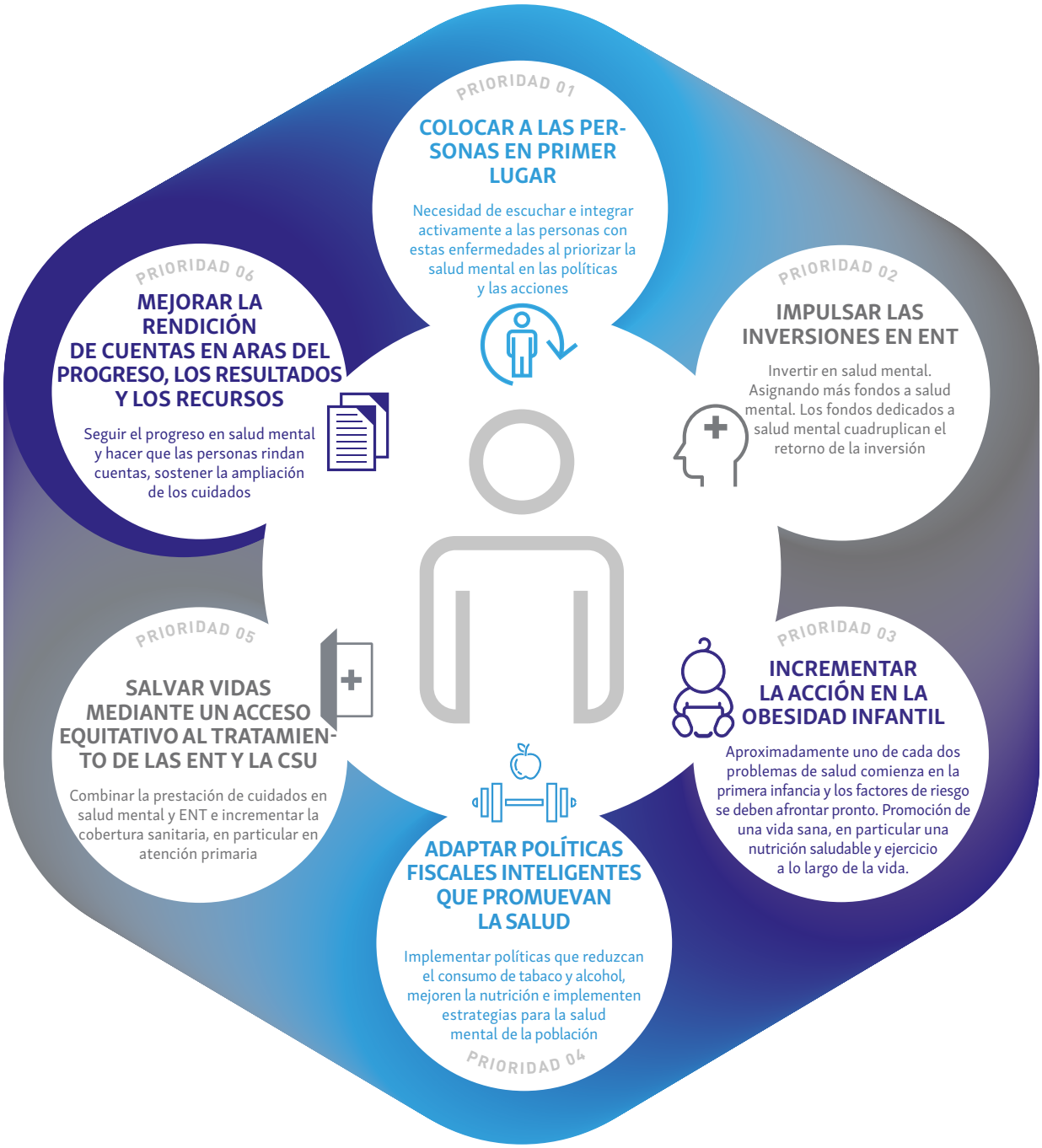
Reducción de 10 a 25 años

en la esperanza de vida de los pacientes que padecen una enfermedad mental grave.[68]

La Federación Mundial de Salud Mental ha recomendado seis prioridades a la Comisión de Alto Nivel de la OMS sobre las ENT para abordar las enfermedades mentales; se encuentran en la Figura 11.

> **"Esperando, esperando y esperando, con la sensación de que la espera nunca acabaría."**
>
> **Paciente de salud mental esperando cuidados en un servicio de urgencias.[69]**

Figura 11: Seis prioridades en el abordaje de los retos de salud mental



Al impulsar la agenda sobre las ENT, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó una resolución[70] el 10 de octubre titulada "Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles." El CIE celebra y sostiene las acciones acordadas en la misma, en particular:

- el curso de las acciones en relación con 'todo el gobierno' y 'salud en todas las políticas';
- el diseño de servicios y tratamientos completos para las personas que viven con trastornos mentales y otras enfermedades mentales;
- la promoción del acceso a un diagnóstico, cribado, tratamiento y cuidado asequibles.

A pesar de aplaudir estas estrategias, el CIE está preocupado por la falta de reconocimiento del papel del personal de salud mental en los cuidados, así como en las actividades de defensa y liderazgo, de cara al abordaje de la salud mental y las ENT. Al CIE también le preocupa la ausencia de los consumidores y la comunidad en la formulación de políticas, estrategias o legislación en relación con estas cuestiones. Los cuidados centrados en la persona y la participación de la comunidad han de estar en primer lugar y en el centro de cualquier plan de implementación en el futuro.

4% del PIB

Se calcula que coste de una mala salud mental (OCDE) asciende al 4% del PIB. Dicho de otra manera, por cada 10% ganado en salud mental, se produciría un incremento del 0,4% en el PIB.

10 mil millones de USD

es el coste de las enfermedades mentales para las empresas.

Principales características de un sistema de salud diseñado para dar respuesta al reto de la salud mental

No hay ninguna solución sencilla y única para abordar la carga de la enfermedad mental. Hace falta un planteamiento completo e integrado que reconozca el importante papel que desempeñan los sistemas de salud para liderar y coordinar la lucha contra las ENT. Cualquier sistema sanitario fuerte y con capacidad de responder a las necesidades tanto individuales como de la comunidad ha de contar con las siguientes características clave:[71]

1. legislación, políticas y planes coherentes y consistentes previa colaboración y consulta con los consumidores, los profesionales de la salud (en particular las enfermeras) y la comunidad;
2. un sistema de salud bien dotado de recursos para hacer frente a la demanda proveniente de todo el continuo de los cuidados (enfocado también a la prevención y la promoción) y que aplique la proporcionalidad universal para guiar la equidad en el acceso. Un sistema de salud bien dotado de recursos tiene suficientes profesionales sanitarios con la adecuada combinación de habilidades. También cuenta con un entorno de trabajo seguro;
3. atención primaria integrada que gestiona proactivamente la salud y el bienestar de la comunidad. Los gestores de casos (o enfermeras para moverse por el sistema) y las enfermeras de salud mental acreditadas han demostrado mejorar el recorrido del paciente y la integración de los servicios de salud;
4. acceso adecuado a servicios de salud mental especializada al objeto de prestar cuidados eficientes y oportunos para enfermedades agudas. Preferiblemente, estos cuidados especializados se deben prestar en el ámbito de un planteamiento multidisciplinar;
5. el sistema de salud recurre a un planteamiento de cuidados centrado en las personas que defiende los derechos de los consumidores;
6. existencia de un enfoque de la atención sanitaria basada en la creación de valor para la salud mental, es decir, con sistemas financieros que promueven aquellos modelos de cuidados que logran buenos resultados de salud a un precio asequible. Es necesario priorizar los servicios con incentivos apropiados para alcanzar los resultados requeridos;
7. mejor acceso a medicamentos de calidad y asequibles;
8. utilización de soluciones en materia de información como apoyo a la gestión de las enfermedades, la coordinación de actividades, una mejor autogestión y la monitorización del desempeño. La informática en el ámbito de la enfermería es especialmente importante puesto que las enfermeras son los proveedores en primera línea tanto en la comunidad como en entornos clínicos y hospitalarios y dicha información se puede utilizar para sostener la funcionalidad y la eficiencia de la fuerza laboral;
9. personal sanitario idóneo que realice intervenciones centradas en las personas y preste servicios sobre la base de la mejor evidencia a disposición. Aquí cabe incluir:
   a. la adopción y creciente utilización de enfermeras de práctica avanzada en salud mental;
   b. el diseño y la implementación de modelos de gobernanza y regulación adecuados para sostener que los profesionales de la salud trabajen en todo su ámbito de la práctica. En algunas circunstancias, puede implicar aflojar las restricciones que pesan sobre ellos a causa de una reglamentación inapropiada;
   c. modelos adecuados de financiación y remuneración implementados. La adopción de innovación y la práctica se ven muy influenciadas por las políticas de pago y reembolsos;
   d. sostener el desarrollo de una fuerza laboral con un elevado nivel de cualificación y competencia incorporando la salud mental en los títulos de pregrado y en la educación continuada a nivel profesional; y la práctica especializada mediante formación de postgrado y un mayor valor de la investigación en enfermería.

Cuidados colaborativos: un modelo ejemplar de prestación de cuidados accesibles, de calidad y a un precio asequible

Realizando las inversiones específicas adecuadas es posible mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud y, a su vez, mejorar la salud mental de la nación. El siguiente ejemplo representa un modelo basado en la evidencia que puede proporcionar excelentes resultados de salud y lograr beneficios adicionales en términos económicos y de productividad para las comunidades.

El cuidado colaborativo es un modelo sanitario que pretende mejorar los resultados de los pacientes mediante la cooperación interprofesional, en particular mediante la colaboración entre la atención primaria y la atención especializada trabajando con un amplio abanico de profesionales.

El equipo está liderado por un gestor de cuidados que a menudo es una enfermera porque las enfermeras son los únicos profesionales clínicos formados y capacitados específicamente para comprender las funciones de otros proveedores de salud. Este planteamiento representa una base sólida para una colaboración exitosa.

Un sello distintivo del cuidado colaborativo es que promueve la participación de los consumidores y sus familias para que sean participantes activos en el proceso de tratamiento, gracias al apoyo del gestor de casos, que es el responsable de establecer un plan de cuidados estructurado involucrando al equipo multidisciplinar. Asimismo, se asegura de que la comunicación fluya hacia todos los profesionales asociados de manera que se puedan prestar cuidados tanto para la salud física como para la salud mental.[72]

Para que el modelo de cuidado colaborativo funcione es fundamental contar con una comunicación eficaz. Las enfermeras en general tienen un elevado nivel de cualificación para disponer de habilidades en términos de adaptabilidad, empatía y buena comunicación, lo cual constituye una poderosa combinación para liderar como gestor de casos. Además, las enfermeras formadas tienen la capacidad de comprender y valorar las necesidades clínicas, emocionales y sociales del paciente y, por tanto, recurrir a los recursos disponibles para generar e implementar un plan de cuidados centrado en la persona.[73]

El análisis de los modelos de cuidado colaborativo demuestra que no sólo salvan vidas y mejoran los resultados de salud sino que también ofrecen un gran retorno de la inversión. Por cada dólar estadounidense invertido, se genera un retorno de 3 USD. [72]

Estudio de Caso

Autor de la Foto – Stephen Gerard Kelly

MEJORANDO LA SALUD FÍSICA DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

– Amy Wallace, Australia

Según las estadísticas, las personas con una enfermedad mental fallecen hasta 25 años antes que la población general a causa de problemas físicos de salud evitables. Se ha demostrado que el fenómeno de eclipse diagnóstico afecta directamente a la atención de salud física que reciben los usuarios de servicios de salud mental y que los síntomas de enfermedades físicas a menudo se descartan por considerarse señales de su estado mental. Estos problemas de salud física evitables están contribuyendo a la creciente brecha en la esperanza de vida.

La Clínica de Bienestar Graylands se fundó en 2016 con el objetivo de cubrir las necesidades de salud tanto física como mental de los pacientes. Se trata de un servicio esencial para contribuir a reducir la brecha en la esperanza de vida de los pacientes de salud mental en el Hospital Graylands, que es el hospital de salud mental más grande de Australia Occidental. En este hospital gracias a una correcta valoración y tratamiento de los problemas de salud física prevenibles se está reduciendo considerablemente esta brecha. La enfermera especialista clínica en atención primaria es la encargada de dirigir el servicio y todos los proyectos asociados, y el personal de enfermería es proactivo en la adopción de las iniciativas y voluntarioso a la hora de ayudar a los comités asociados y estar representado en los mismos.

En los 12 meses de duración de este proyecto, se han realizado 101 derivaciones al médico generalista (en comparación con solo 25 en los 12 meses previos a su lanzamiento) y otras 70 a la enfermera clínica especialista en atención primaria. El resultado ha sido que ahora la mayoría de los usuarios del hospital tiene la oportunidad de acceder a atención de salud física específica en el hospital.

Historia de una paciente

Beth*, una mujer de 55 años padecía manía con rasgos psicóticos y parecía estar sufriendo una recaída de su trastorno bipolar. Se descubrió que llevaba un periodo largo de tiempo tomando grandes dosis de corticoesteroides y que su psicosis era Inducida por los esteroides. Mientras el equipo trataba los síntomas de su enfermedad mental, Beth señaló que su artritis reumatoide era su principal preocupación en la vida. Al no disponer de un bastón en el centro o de esteroides para reducir la inflamación y el dolor y al no poder ver a sus especialistas habituales, el bienestar de Beth se veía mermado considerablemente. La enfermera clínica especialista en atención primaria facilitó una revisión fisioterapéutica urgente y Beth recibió un andador para poder caminar mejor. El médico generalista se puso en contacto con el consultor para esta enfermedad con el fin de comentarle otras opciones antiinflamatorias alternativas aparte de los esteroides y con Beth para ayudarle a decidir lo mejor para ella. Se optó por administrar a la paciente analgésicos y formación para su uso. Las medidas adoptadas ayudaron a disipar la ansiedad, el dolor y la inflamación de Beth al afrontar sus principales preocupaciones. Beth apreció mucho poder tener a alguien con quien hablar que entendiera sus dificultades y la tranquilizara.

***Nombre ficticio**

Autor de la Foto – Haiyan Bronte

RETO DE SALUD GLOBAL 6

LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y EN TODOS NOSOTROS

> **"La injusticia en cualquier lugar es una amenaza para la justicia en todas partes."** Martin Luther King Jr

El 10 de diciembre de 2018 se celebró el 70 aniversario de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos, uno de los documentos más traducidos en el mundo puesto que se ha trasladado a más de 500 lenguas diferentes.[74] A pesar de que ya han pasado más de 70 años desde la última guerra mundial, el mundo aún está muy lejos de lograr paz, justicia e igualdad.

68,5 millones de personas

se han visto forzadas a desplazarse.[75]

Según el Índice de Paz Global 2018, el mundo cada vez es menos pacífico.[76] Como resultado, se calcula que ahora hay más personas que nunca desplazadas de sus hogares.

Los conflictos tienen enormes consecuencias en la atención de salud. Los conflictos y la violencia alteran y debilitan gravemente los sistemas de salud. La Cruz roja afirma que "Una de las primeras víctimas de los conflictos y la violencia es el sistema de salud en sí".

4 200

personas fueron víctimas de la violencia contra la atención de salud entre 2012-2014.[30]

Por ley, los hospitales, las ambulancias y los profesionales sanitarios nunca deben ser un blanco mientras cumplen con sus obligaciones, lo cual a menudo dista mucho de la realidad. La falta de acceso seguro a atención de salud está provocando un sufrimiento inenarrable a millones de personas en todo el mundo." [30] Las personas no pueden recibir atención de salud ni servicios vitales como los de maternidad, pediatría y vacunación. Esta alteración de los servicios de salud tiene consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo. Por ejemplo, la OMS calcula que más de la mitad de los centros de salud de Yemen no son funcionales, lo cual ha provocado brotes mortales de cólera y difteria, además de niveles catastróficos de malnutrición.[77]

Actualmente, **el 90%**

de las víctimas de la guerra son civiles.[78]

Los conflictos armados prolongados han debilitado la salud y los sistemas sanitarios hasta tal punto que enfermedades antiguas (como por ejemplo el cólera), otras prácticamente erradicadas (como la polio) y otras emergentes están creciendo y se están extendiendo entre fronteras. Si el mundo pretende alcanzar los ODS es necesario garantizar que se cumple de verdad su mensaje de 'no dejar a nadie atrás.'[79] Un componente importante para lograrlo es un buen sistema de atención primaria. Sin embargo, sigue existiendo el reto de que los países implementen la atención primaria, pero ¿qué sucede cuando el estado está sumido en el caos, no tiene voluntad de hacerlo o es cómplice en los abusos de los derechos humanos?

23 países

Es el número de países con algún conflicto en el que se han producido ataques contra los trabajadores de la salud.[80]

Los servicios sencillos como los cuidados de maternidad, vacunación y brotes se pueden prevenir/gestionar, pero se trata de un asunto de gran dificultad para el que no hay ninguna respuesta fácil a pesar de estar en juego la salud del mundo y únicamente somos 'tan fuertes como nuestro eslabón más débil.'

Ahmed, herido por disparos en la franja de Gaza.

Figura 12: Estrategias para el progreso de la CSU en entornos de conflicto Adaptación de 81

Dañando a quienes cuidan

La violencia contra la salud no se limita a áreas de conflicto y guerra. La violencia es algo cotidiano en todo el mundo para los trabajadores sanitarios, en particular las agresiones físicas, sexuales y verbales por parte de pacientes y, potencialmente, sus familias. El tema es tan grave en todo el mundo que se considera más peligroso ser enfermera que policía o guarda de prisiones. En España, el problema se ha agravado tanto que se ha constituido un observatorio nacional sobre la violencia contra los trabajadores de la salud al objeto de recopilar información y diseñar estrategias para combatirla. En Pakistán, se dispara, secuestra o mata a trabajadores de la salud.[82]

38%

de los trabajadores de la salud sufren violencia física.[83]

Los trabajadores de la salud se enfrentan a riesgos específicos a causa del entorno en el que realizan su labor. Trabajan en primera línea en situaciones cargadas de estrés, además de impredecibles y potencialmente volátiles, que pueden exacerbarse por el consumo de drogas u otras sustancias. La situación es tal que los profesionales de la salud y, en particular, las enfermeras esperan encontrarse con violencia o incluso la aceptan de antemano como parte de su trabajo. Pero la violencia tiene un precio que no sólo es físico sino también psicológico y afecta a la forma en que las enfermeras interactúan con los pacientes y sus familias. Las consecuencias psicológicas derivadas de la violencia pueden ser miedo, ansiedad, tristeza, falta de confianza y depresión. El resultado, según la investigación, es que como consecuencia de la violencia las enfermeras sienten menos empatía, lo cual puede mermar la calidad de sus cuidados. Existe una clara relación entre la violencia y los consiguientes efectos adversos.[84]

La violencia contra las enfermeras también puede tener consecuencias significativas tanto en términos de salud como económicos en las enfermeras y en el sistema de salud para el que trabajan.

Las consecuencias económicas del sistema de salud se deben sobre todo a las bajas por enfermedad, las acciones legales emprendidas, la menor eficacia del personal y del reclutamiento y la retención de personal. Todo ello se añade a la elevada presión a la que ya se enfrenta el sistema de salud para intentar satisfacer la demanda de servicios de salud por parte de la comunidad.[85]

El impacto de los conflictos y la violencia en la cobertura sanitaria universal

Es muy improbable que los países afectados por la escasez de personal sanitario y/o por una mala distribución de éste logren implementar la cobertura sanitaria universal. La productividad, eficiencia y calidad de la atención de salud dependen en gran medida del número, habilidades y competencias del personal de enfermería. La escasez y los elevados índices de renovación de las enfermeras son, por tanto, un asunto serio en todo el mundo. A pesar de ser un tema complejo, la violencia y los conflictos desempeñan un papel significativo en el personal sanitario.

9 millones

era la escasez estimada de enfermeras en 2013.[86]

La violencia contra las enfermeras amenaza la dispensación de cuidados eficaces y viola los derechos humanos. Daña la dignidad y la integridad personal y es una agresión contra el sistema de salud en sí mismo.

Los ataques y las agresiones contra las enfermeras suponen un peligro considerable para la solidez de los sistemas de salud, así como para el desarrollo y la sostenibilidad de la cobertura sanitaria universal. Es necesario instaurar sistemas de protección para garantizar entornos de trabajo seguros y respetuosos. La violencia en el lugar de trabajo contra los profesionales de la salud a menudo es un problema social oculto, además de poco reconocido por los gobiernos y la comunidad. Se trata de una cuestión que ha de ser prioritaria para la comunidad internacional y para abordarla es necesario que los gobiernos, los legisladores, los formadores, los investigadores, los gestores de la salud y, sobre todo los combatientes y las comunidades, han de emprender acciones. Las enfermeras han de ser respetadas y valoradas puesto que ocupan la primera línea manteniendo y garantizando una salud y bienestar óptimos.[87] Como uno de sus principios centrales, la Estrategia Mundial de la OMS para los Recursos Humanos para la Salud: personal sanitario de aquí a 2030[88] afirma que los distintos actores han de "defender los derechos personales, laborales y profesionales de todos los trabajadores de la salud, en particular los entornos seguros y decentes junto con la libertad frente a todo tipo de discriminación, coerción y violencia."

Autor de la Foto – CIE Consejo Internacional de Enfermeras

Figura 13: Estrategias para reducir la violencia contra las enfermeras Adaptación de 89

- La violencia contra los profesionales de la salud es una violación de los derechos humanos
- Apoyar la "tolerancia cero" en relación con la violencia en el espacio de trabajo
- Proporcionar acceso a apoyo jurídico, psicológico y bajas pagadas a las enfermeras según corresponda
- Defender una mejor educación y formación continuada en prevención, reconocimiento y gestión de la violencia

- **Concienciar al público y a la comunidad de enfermería en relación con las señales y los síntomas de la violencia contra los trabajadores sanitarios**
- **Participar en el desarrollo y la implementación de estrategias de prevención y gestión de la violencia**

- La violencia contra los profesionales de la salud debilita los sistemas sanitarios y pone en riesgo la prestación de cuidados
- Apoyar la denuncia de la violencia en el lugar de trabajo
- Afrontar la violencia en el lugar de trabajo requiere un planteamiento para todo el sistema
- Implementación de estándares y protección jurídica eficaces
- Garantizar la implementación de sistemas, políticas y procedimientos de gestión del riesgo apropiados y eficaces, así como planes de seguridad en el lugar de trabajo
- Compartir la experiencia de violencia en el lugar de trabajo para mejorar la evaluación del riesgo de situaciones peligrosas o potencialmente peligrosas

- **Crear o facilitar mecanismos de información fáciles de utilizar, confidenciales y eficaces**
- **Que las organizaciones sanitarias informen a las autoridades legales sobre cualquier acto criminal de violencia**
- **Auditorías periódicas para determinar el cumplimiento**
- **Colaborar en la investigación para seguir estableciendo un conjunto fiable de datos sobre la violencia en enfermería y en el sector sanitario y apoyar el desarrollo de medidas coherentes y comparables para comparar los descubrimientos y facilitar esta investigación**

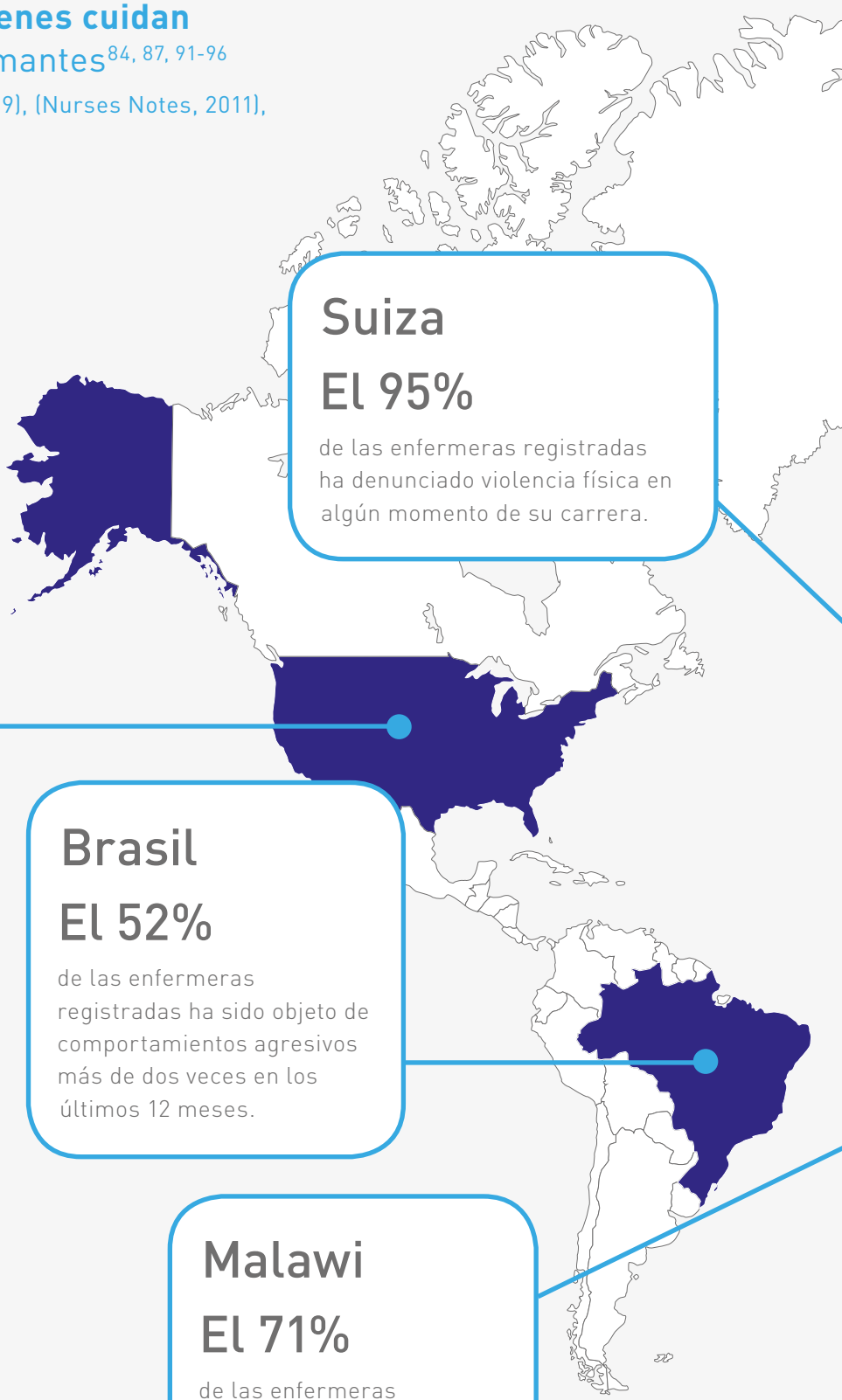
Llamamiento a la acción

En 2002, la OMS, la OIT, PSI y el CIE diseñaron las Directrices Marco para Abordar la Violencia en el Lugar de Trabajo en el Sector de la Salud.'[90] Dicho marco se diseñó para sostener a gobiernos, empleadores, trabajadores, sindicatos o ciudadanos. Han pasado más de 16 años desde la publicación de ese informe. Buena parte de éste aún es pertinente hoy en día, pero se debería utilizar nueva investigación y evidencia para actualizarlo y ofrecer directrices más claras a los países. El CIE insta a los demás socios a trabajar conjuntamente en la actualización de éstas y a diseñar medidas para evaluar el progreso realizado en esta área.

Figura 14: Dañando a quienes cuidan

Similitudes globales alarmantes[84, 87, 91-96]

(Koehn, 2017), (Gacki-Smith et al., 2009), (Nurses Notes, 2011), (Locke, Bromley, & Federspiel, 2018)



EE.UU.

El 45%

de los incidentes de violencia en el lugar de trabajo provoca pérdida de días de trabajo.

Más del 82%

de las enfermeras registradas en el Departamento de Emergencia afirma haber sufrido violencia en los últimos 12 meses.

El 25%

de las enfermeras psiquiátricas ha experimentado lesiones incapacitantes por agresiones de pacientes.

Suiza

El 95%

de las enfermeras registradas ha denunciado violencia física en algún momento de su carrera.

Brasil

El 52%

de las enfermeras registradas ha sido objeto de comportamientos agresivos más de dos veces en los últimos 12 meses.

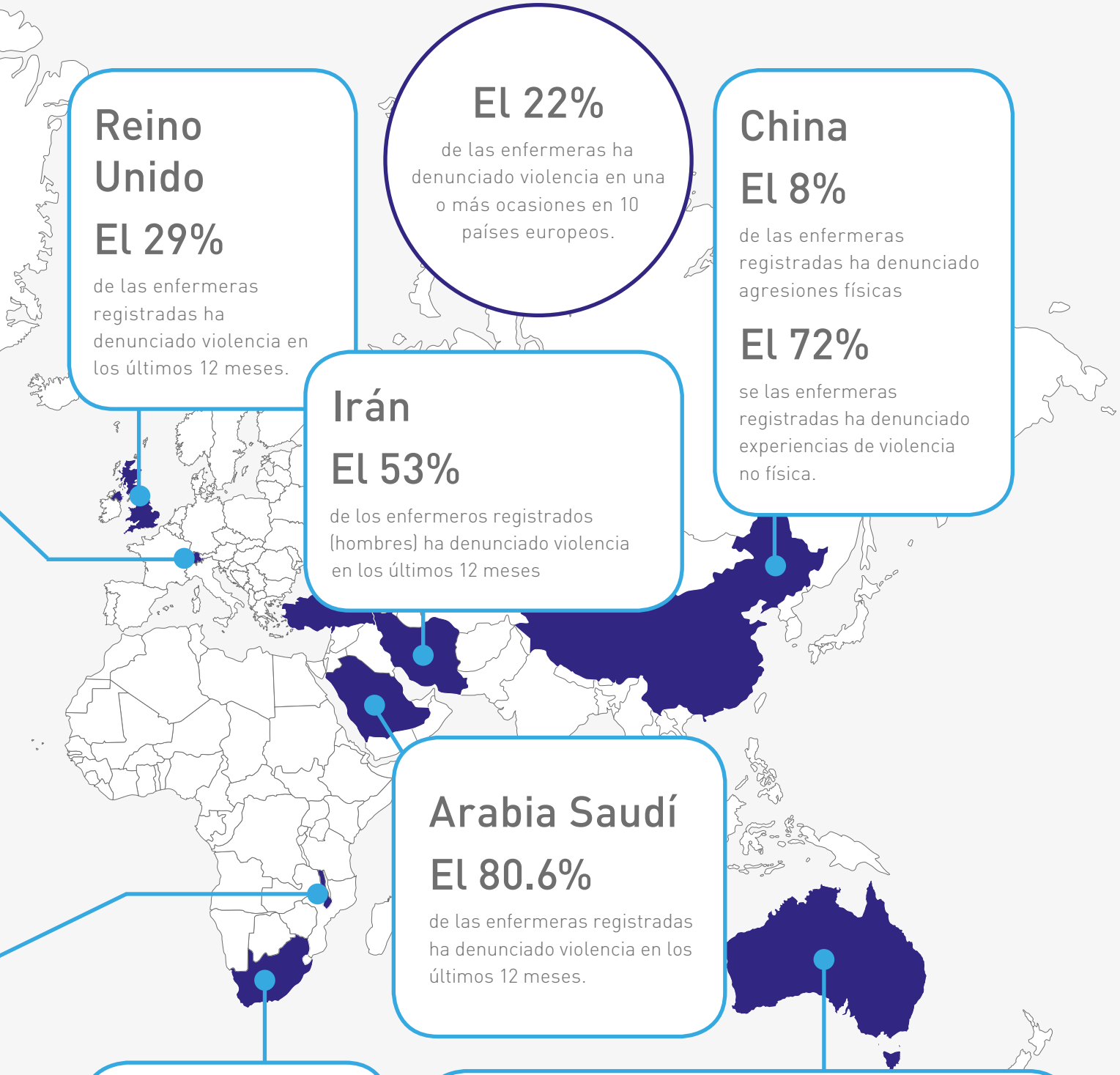
Malawi

El 71%

de las enfermeras registradas ha denunciado violencia en los últimos 12 meses.

El 80%

de las enfermeras sufre consecuencias a largo plazo de la violencia.



El 22%

de las enfermeras ha denunciado violencia en una o más ocasiones en 10 países europeos.

Reino Unido

El 29%

de las enfermeras registradas ha denunciado violencia en los últimos 12 meses.

China

El 8%

de las enfermeras registradas ha denunciado agresiones físicas

El 72%

se las enfermeras registradas ha denunciado experiencias de violencia no física.

Irán

El 53%

de los enfermeros registrados (hombres) ha denunciado violencia en los últimos 12 meses

Arabia Saudí

El 80.6%

de las enfermeras registradas ha denunciado violencia en los últimos 12 meses.

Sudáfrica

El 85%

de las enfermeras registradas ha denunciado violencia en los últimos 12 meses.

Australia

7ª

profesión más peligrosa en

21%

de las enfermeras registradas ha denunciado agresiones físicas.

El 90%

del personal del servicio de urgencias ha experimentado algún tipo de violencia.

Autor de la Foto – Manar Nabolsi

PARTE TRES

LIDERAZGO (CON UN TOQUE ESPECIAL)

LAS RAÍCES DEL LIDERAZGO DE LA ENFERMERÍA

El liderazgo no es ajeno a la enfermería. Nuestra historia está repleta de enfermeras cuyo liderazgo ha transformado sociedades y sistemas. Es probable que a las enfermeras de cualquier país le vengan a la cabeza sus propios ejemplos de líderes. Florence Nightingale sin lugar a duda es un ejemplo conocido para casi todas las enfermeras. Aunque la naturaleza de su liderazgo está algo oculta por la brillante y romántica retórica que ha crecido a su alrededor, ella tenía una visión clara de lo que era el liderazgo de enfermería y por qué era verdaderamente importante. Para ella, la formación era una base fundamental para el liderazgo. También tenía una profunda comprensión del sufrimiento humano y de las historias de las personas reales cuyas vidas servían como ancla de su activismo. El liderazgo de Nightingale era resuelto y profundo porque comprendía el sufrimiento a través de la óptica de las fuerzas presentes en cada persona. Observaba que muchas veces las causas y las soluciones del sufrimiento se encontraban en el sistema y la sociedad. En consecuencia, estos eran los objetivos en los que se implicaba como líder.

Hoy, es triste encontrarnos con el tipo de historias que han inspirado y servido como fuente de información para el liderazgo de Nightingale. Estas historias son muy importantes porque nos ayudan a comprender los problemas efectivos a cuyo abordaje podemos contribuir. Para Nightingale, estas historias eran la fuente de información e inspiración para su trabajo, pero sabía que cada historia Individual era el punto de partida para el cambio y que por sí mismas no bastaban para impulsarlo en todo el sistema. Por esta razón, documentó sistemáticamente estas realidades para hacerlas accesibles y comprensibles para aquellos que podían provocar el cambio a nivel del sistema y la sociedad.

El liderazgo de Nightingale fue creciendo a medida que fue ganándose la confianza de un amplio círculo de amigos influyentes, así como también de aquellos a quienes representaba, sin olvidar nunca la finalidad de su liderazgo. Al principio se trataba de soldados en los campos de batalla, pero su número aumentó hasta incluir a los más vulnerables y pobres de la sociedad británica. El camino de liderazgo que emprendió Nightingale era cuesta arriba y estaba plagado de barreras e inundado por la ceguera de los demás ante el sufrimiento humano. Sin embargo, su planteamiento para liderar de manera resuelta fue un éxito y marcó el camino para el liderazgo de la enfermería en su avance hacia la Salud para Todos.

El liderazgo de Nightingale refleja un poderoso marco de trabajo para conocer las perspectivas y posturas tanto de los aliados como de los adversarios diseñando al mismo tiempo estrategias que informan el progreso y contrarrestan las barreras en el camino.

Comprendió que para que los líderes actúen con un liderazgo exitoso y resuelto han de:

- ver el problema;
- conocer las historias a nivel de ser humano a ser humano;
- comprender el problema en el nivel de los sistemas en sentido más amplio;
- actuar expresando el problema con fuerza y con evidencia;
- ganarse la confianza de aquellos en cuyo nombre hablas y a quienes te diriges al objeto de colaborar con quienes tienen influencia;
- comprender a todos los grupos de interés, así como su poder y sus posturas, y estar preparados para ser persistentes en la propia lucha por lo que uno sabe que hay que lograr.

Aparentemente simples, estas acciones para ejercer liderazgo son clave para transformar las injusticias e inequidades que las enfermeras ven a diario en los cambios necesarios para lograr la Salud para Todos. Las enfermeras en todo el mundo quizá se encuentren en la mejor posición respecto a los demás profesionales de la salud para dar voz a los más vulnerables y excluidos. Sabemos que en numerosos países se considera que la enfermería es la profesión que goza de mayor confianza. ¿Qué mejor punto de partida que esta confianza para el liderazgo, el privilegio y la responsabilidad de honrarla? Ahora es el momento, y como enfermeras de todo el mundo tenemos la capacidad de contribuir a convertir las historias de las personas a las que atendemos en las políticas y los sistemas necesarios para lograr la Salud para Todos.

Autor de la Foto – Marco Di Lauro

Estudio de Caso

ENFERMERÍA Y POLÍTICAS. DE FUERZA A FUERZA.

– Juliana Lunguzi, Malawi

Malawi se enfrenta a una serie de retos de salud como falta de recursos humanos, limitaciones en las infraestructuras sanitarias y de otros tipos, carencia de medicamentos básicos y otros factores que afectan a los determinantes sociales de la salud como la pobreza. En este sentido, las principales necesidades sanitarias del país son afrontar la salud infantil y materna, el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis.[107]

La diputada Juliana Lunguzi es miembro del Parlamento de Malawi en representación del este de Dedza. Como especialista en salud pública y enfermera registrada a nivel estatal, Juliana aporta una experiencia y conocimiento significativos a estas dos funciones. Como enfermera de salud pública, ha visto en primera persona los efectos de los determinantes de la salud en su comunidad y utiliza su conocimiento científico del proceso de la enfermedad y las necesidades holísticas de las personas en la comunidad para defenderlas.

Juliana ofrece asesoramiento sobre la orientación de la sanidad en Malawi y hace que el gobierno rinda cuentas sobre la implementación de las políticas correspondientes. Aporta todo un abanico de habilidades y tiene una visión completa de la salud, lo cual resulta evidente en la forma en que defiende a las personas en las políticas que se debaten en el Parlamento.

A pesar de ser parlamentaria, Juliana afirma que siempre será enfermera, en particular de salud pública. Cree que su experiencia como enfermera le ha preparado para su labor como político y que está bien posicionada para poner en marcha el cambio para mejorar las vidas de las personas en Malawi. Una de las razones por las que Juliana entró en política es porque quería marcar la diferencia 'en particular a gran escala'. Mientras trabajaba como enfermera veía los problemas a los que se enfrentaban las personas en su día a día y en lugar de quejarse sobre por qué las cosas no podían ser distintas y frustrarse por la inacción de los políticos decidió actuar y liderar el cambio.

AVANCES INNOVADORES EN LA SALUD PARA TODOS: LA LABOR DE LAS ENFERMERAS Y LA ENFERMERÍA

Los roles de las enfermeras se amplían, retuercen y contraen de formas creativas e ingeniosas para abordar los cambios en las circunstancias y las necesidades de los sistemas de salud en los que trabajan.

En todas partes hay poblaciones vulnerables y las enfermeras han encontrado fórmulas para contribuir a satisfacer sus necesidades como por ejemplo en:

- comunidades rurales mal atendidas (médicos voladores dan servicio a enfermeras que realizan chequeos de salud en lugares de venta de ganado en el interior de Australia o enfermeras de atención directa en comunidades inuit en Canadá, véase el DIE 2018);
- prisioneros y encarcelados (enfermeras que intentan prestar el abanico de servicios a menudo como consecuencia de problemas derivados de los determinantes sociales de la salud);
- refugiados e inmigrantes (tanto en campos a la espera de reasentamiento como al llegar a un nuevo país);
- personas y familias en zonas de conflicto (a través de organizaciones como el CICR, SOS o MSF);
- víctimas de catástrofes naturales o provocadas por el hombre;
- aquellos bajo la amenaza de brotes de enfermedad o epidemias (véase pág. 16);
- personas y familias sin posibilidad de acceder o interactuar adecuadamente con los sistemas y servicios sanitarios (enfermeras que ayudan a desplazarse por el sistema de salud, ayudando a las familias a comprender la necesidad de hospitalización y qué sucede en la transición para regresar a la comunidad);
- poblaciones de alto riesgo a las que hay que prestar asistencia para un grupo específico de pacientes (véase estudio de caso en pág. 6)

Estos ejemplos pueden servir de fuente de información para el trabajo de otros en situaciones similares. Sin embargo, hay muchísimos ejemplos más que no se han documentado y que se han perdido para el conocimiento compartido que contribuye a crear el progreso.

Es crucial que sigamos trabajando para expresar las necesidades de las personas vulnerables; valorando y compartiendo el éxito de los programas que diseñamos, evaluando y publicando informes de los programas que desarrollamos; y haciendo la labor de ampliar y generalizar aquellas iniciativas que sabemos que funcionan.
El planteamiento de liderazgo de Nightingale es una fuente de orientación al respecto. También se pueden extraer ideas de los recursos del DIE 2018 (https://2018.icnvoicetolead.com/).

Las enfermeras también han visto que en ocasiones es necesario abandonar la práctica para continuar su búsqueda de la "enfermería" en aras de la Salud para Todos. Se han dado cuenta de que su influencia se puede dirigir mejor hacia los legisladores estando más cerca de donde se toman las decisiones políticas, ocupando puestos en consejos de administración, ya sean del ámbito de la salud o de otros ámbitos cuyas acciones influyen en la salud como en el caso de consejos escolares, consejos locales, formando parte de organizaciones de salud a nivel nacional o global o participando en los procesos de los gobiernos nacionales.

Las enfermeras se están dando cuenta en todo el mundo de que donde más eficacia tiene la influencia política es en el mismísimo corazón de la generación de las políticas, es decir donde se definen los problemas y las soluciones.

Representación, liderazgo y labor de defensa global para la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna roja eran las funciones del puesto en el que se encontraba la enfermera Amanda McClelland tras años de trabajo en la crisis del Ébola en África. Basada en Ginebra, tras años sobre el terreno, Amanda reflexionaba así sobre lo que había aportado, como enfermera, a estas conversaciones mundiales de alto nivel.

Mi función era como la de un traductor, aportando a estas reuniones de alto nivel información recabada sobre el terreno, explicando las complejidades y dificultades de implementar los programas en la práctica y después interpretando la ciencia o las recomendaciones de estas reuniones para su aplicación sobre el terreno de forma que se pudieran traducir en acciones…

Aporté el aspecto de la movilización social y la comunidad a los debates sobre la estrategia global y paulatinamente se me empezó a pedir que aportara ese punto de vista a las conferencias de salud pública en todo el mundo. Mi mensaje siempre era el mismo: la comunidad tiene que estar en el centro de cualquier planificación dirigida a las emergencias de salud. Es curioso la frecuencia con la que sorprenden algunos consejos de sentido común.[104, págs. 274-5]

La promoción de las habilidades de liderazgo y la influencia política de las enfermeras es un aspecto central de la labor del CIE. Garantizar que las enfermeras tienen voz en el diseño y la implementación de las políticas de salud es fundamental para asegurar su eficacia, así como que satisfacen las necesidades reales de los pacientes, las familias y las comunidades en todo el mundo. Las enfermeras son la mayor profesión del ámbito de la salud en todo el mundo. Trabajamos en todas las áreas en las que se dispensa atención sanitaria. Invirtiendo en nuestra profesión, tenemos el potencial de garantizar la consecución de la visión de la Salud para Todos.

Autor de la Foto – Kim Harper

Estudio de Caso

ESTUDIO DE CASO: ENFERMERAS EN LOS CONSEJOS DE ADMINISTRACIÓN

– Kim Harper, EE.UU.

La Nurses on Boards Coalition (NOBC) pretende construir comunidades de salud no solo en Estados Unidos sino en todo el mundo, garantizando la participación de más enfermeras en consejos de administración, paneles y comisiones de ámbito corporativo, tanto en relación con la salud como con otros ámbitos. La atención de salud sólo podrá mejorar sumando la voz de la enfermería a las decisiones que se toman en estos órganos.

La NOBC representa a 28 organizaciones nacionales de enfermería y de otros ámbitos que trabajan para construir comunidades más saludables incrementando la presencia de las enfermeras en consejos de administración, paneles y comisiones de ámbito corporativo, tanto en relación con la salud como en otros ámbitos. El objetivo de la coalición es mejorar la salud de todos los ciudadanos garantizando que las enfermeras están en la mesa donde se toman las decisiones sobre la atención sanitaria. La estrategia clave consiste en cubrir al menos 10 000 puestos para 2020, además de concienciar sobre que todos los consejos de administración se beneficiarían de la perspectiva única de las enfermeras para lograr los objetivos de una mejor salud y unos sistemas sanitarios más eficientes y eficaces.

Formada por docenas de voluntarios de los 50 Estados y del Distrito de Columbia, la NOBC proporciona recursos para la formación relacionada con la autoevaluación, el desarrollo de las competencias necesarias para participar en los consejos de administración y para poner en contacto a las enfermeras con las posibles oportunidades de participar en este tipo de órganos. Gracias a la investigación realizada en relación con las competencias necesarias para prestar servicio en un consejo de administración, la NOBC ha desarrollado un modelo competencial y un modelo de preparación para estos órganos que las enfermeras pueden utilizar para prepararse y mejorar las cualificaciones que ya poseen. También trabaja en alianza con consejos de administración que desean cubrir puestos para identificar a los mejores candidatos para satisfacer sus necesidades.

Esta coalición tan exitosa de organizaciones de enfermería ha generado la habilidad necesaria para que cientos de miles de enfermeras trabajen juntas en aras de un objetivo único: mejorar la salud de las poblaciones mediante la voz de las enfermeras en las mesas en las que se toman las decisiones sobre la atención de salud para las comunidades. La labor de la NOBC se ha transformado en todo un movimiento en Estados Unidos y se están manteniendo conversaciones con otros países que tienen interés en replicar este trabajo.

REFERENCIAS

1.Ueberschlag, L. WHO's Dr Tedros: "It's Not Often You Get A Second Chance, But This Year, We Do". 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.healthpolicy-watch.org/whos-dr-tedros-its-not-often-you-get-a-second-chance-but-this-year-we-do/.

2.World Health Organization. Almaty celebrates the official 40th birthday of primary health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/news/news/2018/09/almaty-celebrates-the-official-40th-birthday-of-primary-health-care.

3.Sheikh, K. 'Health for All' forty years on. 2018 [cited 2018 10 October]; Available from: http://jordantimes.com/opinion/kabir-sheikh/%E2%80%98health-all%E2%80%99-forty-years.

4.World Health Organization. Definition of health from WHO Constitution. The same is reaffirmed by the Alma Ata Declaration. 2006 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

5.WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Time to Deliver: Report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf.

6.Mahler, H., The Meaning of "Health for All by the Year 2000". Am J Public Health, 2016. 106(1): p. 36-8.

7.Yamey, G., et al., Investing in Health: The Economic Case. 2016: Doha.

8.Consejo Internacional de Enfermeras. The ICN code of ethics for nurses. 2012; Available from: http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/.

9.Centre for Health Market Innovations. Rachel House Pediatric Palliative Care 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://healthmarketinnovations.org/program/rachel-house-pediatric-palliative-care.

10.Rachel House. How We Began. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://rachel-house.org/about-us/how-we-began/.

11.Ghebreyesus, T.A. Gender equality must be at the core of 'Health for All'. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2018/gender-equality-health-for-all/en/.

12.Pandey, K.R., From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant. Global Health, 2018. 14(1): p. 62.

13.World Health Organization. What is health financing for universal coverage? 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.

14.The Lancet, The Astana Declaration: the future of primary health care? Lancet, 2018. 392(10156): p. 1369.

15.Primary Health Care Research and Information Service. Introduction to primary health care. 2017 [cited 2017 31 March]; Available from: http://www.phcris.org.au/guides/about_phc.php.

16.Information is beautiful. 20th Century Death. 2012 [cited 2018 30 October]; Available from: http://infobeautiful3.s3.amazonaws.com/2013/03/iib_death_wellcome_collection_fullsize.png.

17.Ghebreyesus, T.A., et al., Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. Lancet, 2018. 392(10156): p. 1371-1372.

18.Morse, S.S., Public health surveillance and infectious disease detection. Biosecur Bioterror, 2012. 10(1): p. 6-16.

19.World Health Organization. Disease outbreaks by year. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/csr/don/archive/year/en/.

20.Centres for Disease Control and Prevention. History of 1918 Flu Pandemic. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm.

21.Elizabeth Hanink. Nursing During the Spanish Flu Epidemic of 1918: Fine in the morning, dead by nightfall. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.workingnurse.com/articles/Nursing-During-the-Spanish-Flu-Epidemic-of-1918.

22.The United States World War One centennial Commission. Nurses We Remember. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.worldwar1centennial.org/Index.php/nurses-we-remember.html.

23.Centres for Disease Control and Prevention. Why It Matters: The Pandemic Threat. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fieldupdates/winter-2017/why-it-matters.html.

24.World Health Organization, The world health report 2007 : a safer future: global public health security in the 21st century. 2007, WHO: Geneva.

25.Prevent Epidemics. Bringing attention to epidemic preparedness. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://preventepidemics.org/about/.

26.World Health Organization. Ebola health worker infections. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.who.int/features/ebola/health-care-worker/en/.

27.World Bank. Pandemic Preparedness and Health Systems Strengthening: Pandemics, which are large disease outbreaks that affect several countries, pose major health, social, and economic risks. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics.

28.JEE Alliance. Joint External Evaluation. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.jeealliance.org/global-health-security-and-ihr-implementation/joint-external-evaluation-jee/.

29.Heymann, D.L., et al., Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. Lancet, 2015. 385(9980): p. 1884-901.

30.ICRC. The Issue: A humanitarian issue of critical concern. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://healthcareindanger.org/the-issue/.

31.Jain, V. and A. Alam, Redefining universal health coverage in the age of global health security. BMJ Glob Health, 2017. 2(2): p. e000255.

32.Decoster, K. UHC and global health security: Two sides of the same coin? 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.internationalhealthpolicies.org/uhc-and-global-health-security-two-sides-of-the-same-coin/.

33.UNHCR. Figuras at a Glance. 2015 [cited 2016 7 December]; Available from: http://www.unhcr.org/en-au/Figuras-at-a-glance.html.

34.Clark, H. Helen Clark: Keynote Address on "Non-communicable Diseases – a Sustainable Development Priority for Pacific Island Countries". 2016 [cited 2018 3 March]; Available from: http://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/speeches/2016/06/20/helen-clark-keynote-address-non-communicable-diseases-a-sustainable-development-priority-for-pacific-island-countries-.html.

35.NCD Aliiance. Making NCD prevention and control a priority, everywhere. 2018 [cited 2018 18 October]; Available from: https://ncdalliance.org/.

36.Matoto, V., et al., Burden and spectrum of disease in people with diabetes in Tonga. Public Health Action, 2014. 4(Suppl 1): p. S44-9.

37.Pacific Islands Report. Nearly 800 Amputations From Diabetes Complications In Fiji Last Year. 2017 [cited 2018 2 March]; Available from: http://www.pireport.org/articles/2017/07/17/nearly-800-amputations-diabetes-complications-fiji-last-year.

38.World Health Organization, Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases. 2018, WHO: Geneva.

39.Bulamu Healthcare. The State of Healthcare in Uganda. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://bulamuhealthcare.org/healthcare-in-uganda/.

40.World Health Organization. Strengthening Country Coordination of Emergency Medical Teams. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMTCC_PhotoStory.pdf

41.World Health Organization. Emergency Medical Teams. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: https://extranet.who.int/emt/

42.National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC). Bronte Martin. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.nationaltraumacentre.nt.gov.au/about-us/our-people/ms-bronte-martin

43.World Stroke Organisation. Facts and Figuras about Stroke. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-Figuras-about-stroke.

44.Akutu, G. Stroke Action Nigeria, WSO partner to improve access to treatment. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://guardian.ng/features/nigerias-health-sector-is-lacking-in-stroke-services-provision/.

45.Kane, R., R. Priester, and A. Totten, Meeting the challenge of chronic illness. 2005, Johns Hopkins University Press: Baltimore.

46.Hansen, J., et al., Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. Health Aff (Millwood), 2015. 34(9): p. 1531-7.

47.Rogers, W. and B. Veale, Primary Health Care: a scoping report. 2000, National Information Service, Department of General Practice, Flinders University: Adelaide.

48.Agency for Healthcare Research and Quality. What is care coordination? 2014 [cited 2017 20 April]; Available from: http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/chapter2.htm)

49.Swerissen, H. and S. Duckett, Chronic failure in primary care. 2016, Grattan Institute.

50.Kane, J., et al., A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in Sub-Saharan Africa. BMC Fam Pract, 2017. 18(1): p. 46.

51.World Health Organization. Patient empowerment and health care. 2009 [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144022/.

52.National Academies of Sciences, E., and Medicine,. Up to 8 million deaths occur in low- and middle-income countries yearly due to poor-quality health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.sciencedaily.com/releases/2018/08/180828104034.htm.

53.The Economist Intellegence Unit. Value-based healthcare: A global assessment. 2016 [cited 2018 30 October]; Available from: http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf

54.Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Patient-centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers. 2010 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/PCCC-DiscussPaper.pdf.

55.Deloitte. Journey to value-based care. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-journey-to-value-based-care-final.pdf.

56.Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.

57.Makary, M.A. and M. Daniel, Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ, 2016. 353: p. i2139.

58.Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2017: OECD Indicators. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en,.

59.World Bank. DataBank: Service Delivery Indicators. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://databank.worldbank.org/data/source/service-delivery-Indicators.

60.Leslie, H.H., et al., Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. BMJ Glob Health, 2017. 2(3): p. e000424.

61.McCleerey, M. Value-Based Care Elevates the Role of the Registered Nurse in Primary Care. 2018 [cited 2018 20 October]; Available from: https://www.hfma.org/Content.aspx?id=54348.

62.Willis, O. Emergency departments in 'crisis' as mental health patients left waiting: new report. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.abc.net.au/news/health/2018-10-08/emergency-department-mental-health-crisis/10344852.

63.World Health Organization, Mental Health Atlas 2014. 2015, World Health Organization: Geneva.

64.World Health Organization. Mental disorders affect one in four people. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.

65.Frankish, H., N. Boyce, and R. Horton, Mental health for all: a global goal. Lancet, 2018.

66.Our World in Data. Mental Health. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://ourworldindata.org/mental-health.

67.NCD Aliiance, World Federation of Mental Health, and Mental Health Innovation Network. Linking Mental Health and NCD Alliance Campaign Priorities for the 2018 United Nations High-Level Meeting on NCDs. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://enoughncds.com/wp-content/uploads/2018/06/Linking_Mental_Health_NCDs_HLM3_Priorities_2018.pdf.

68.World Health Organization. Premature death among people with severe mental disorders. [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf.

69.Miller, B. Mental health patients waiting for hours, sometimes days in emergency departments. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.abc.net.au/news/2018-02-26/mental-health-patients-waiting-hours,-days-in-emergency-ward/9484346.

70.United Nations. Seventy-third session Agenda item 119: Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2.

71.European Observatory on Health Systems and Policies. Leapfrogging health systems responses to noncommunicable diseases. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/EH-v24n1-March18.pdf.

72.KPMG. Investing to Save: The economic benefits for Australia of Investment in Mental Health Reform. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://mhaustralia.org/sites/default/files/docs/investing_to_save_may_2018_-_kpmg_mental_health_australia.pdf.

73.Health Insights. Nurses in collaborative care teams. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://healthtimes.com.au/hub/nursing-careers/6/guidance/healthinsights/nurses-in-collaborative-care-teams/2879/.

74.Whiting, K. 4 things to know about the state of conflict today. 2018; Available from: https://www.weforum.org/agenda/2018/09/4-things-to-know-about-conflict-today/.

75.UNHCR. Figuras at a glance. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html.

76.Institute for Economics & Peace. Global peace Index 2018: Measuring peace in a complex world. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://visionofhumanity.org/app/uploads/2018/06/Global-Peace-Index-2018-2.pdf.

77.MSF. Impact 2017: Conflict & Violence. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.doctorswithoutborders.ca/impact-2017-conflict-violence.

78.Kaldor, M., New & old wars: Organized violence in a global era. 2012, Polity Press: Chichester.

79.Health Systems Global. Universal Health Coverage in Crisis-Affected Contexts: The Rhetoric and the Reality. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.healthsystemsglobal.org/blog/254/Universal-Health-Coverage-in-crisis-affected-contexts-the-rhetoric-and-the-reality.html.

80.International Committee of the Red Cross. Health Care in Danger. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: file:///C:/Users/goste/Downloads/icrc-002-4237.pdf.

81.Thompson R and K. M., Healthcare in Conflict Settings: Leaving No One Behind. Doha,. 2018, World Innovation Summit for Health: Qatar.

82.Nathe, M. Workers Takes a Toll—on Us All. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.intrahealth.org/vital/everyday-violence-against-health-workers-takes-toll%E2%80%94-us-all.

83.World Health Organization. Violence against health workers. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.

84.Roche, M., et al., Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. J Nurs Scholarsh, 2010. 42(1): p. 13-22.

85.Victorian Auditor-General. Occupational Violence Against Healthcare Workers. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.parliament.vic.gov.au/file_uploads/20150506-Occ-Violence_gccfNRDF.pdf.

86.World Health Organization, Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. 2016, WHO: Geneva.

87.Boafo, I.M., The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. Hum Resour Health, 2018. 16(1): p. 6.

88.World Health Organization, Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. 2016, WHO: Geneva.

89. Consejo Internacional de Enfermeras. Prevention and management of workplace violence. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Prevention_and_management_of_workplace_violence.pdf.

90.International Labour Organization, et al., Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. 2002, ILO: Geneva.

91.Cribb, R. Workplace violence makes nursing one of Canada's most dangerous professions. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.thestar.com/news/canada/2015/10/31/workplace-violence-makes-nursing-one-of-canadas-most-dangerous-professions.html.

92.Bordignon, M. and M.I. Monteiro, Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. Rev Bras Enferm, 2016. 69(5): p. 996-999.

93.Jiao, M., et al., Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. BMJ Open, 2015. 5(3): p. e006719.

94.Pich, J. Violence against nurses is on the rise, but protections remain weak. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: https://theconversation.com/violence-against-nurses-is-on-the-rise-but-protections-remain-weak-76019.

95.Campbell, A.F. Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade. The Atlantic 2016 [cited 2016 2 December]; Available from: http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/.

96.HSJ and Unison. Violence against NHS staff: a special report by HSJ and Unison. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: https://guides.hsj.co.uk/5713.guide.

97.Czaika, M. and H. de Haas, The globalization of migration: has the world become more migratory? . International Migration Review, 2014. 48.

98.MSF. Central America: Fleeing an invisible war. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.msf.org.uk/article/central-america-fleeing-invisible-war.

99.UNHCR. Rohinga emergency. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html.

100.Gushulak, B. Health, health systems, and global health: Thematic discussion paper. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf.

101.United Nations. General Assembly resolution 71/1, New York Declaration for Refugees and Migrants, A/RES/71/1. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/1.

102.Kennedy, S., et al., The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries. Journal of International Migration & Integration, 2015. 16(2): p. 317-332.

103.World Health Organization. Stepping up action on refugee and migrant health: Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health. 2015 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf.

104.World Health Organization. Migrants populations, including children, at higher risk of mental health disorders. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders.

105.O'Donnell, C.A., et al., Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. Health Policy, 2016. 120(5): p. 495-508.

106.Hacker, K., et al., Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. Risk Manag Healthc Policy, 2015. 8: p. 175-83.

107.AFRO WHO. Malawi WHO Country Office: 2015 Annual Report. 2015 [cited 2018 21 November]; Available from: https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/malawi-who-country-office-2015-annual-report.pdf.

108.McClelland, A (2017) Emergencies Only Sydney: Allen & Unwin.

Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. J Nurs Adm, 39(7-8), 340-349. doi:10.1097/NNA.0b013e3181ae97db.

Koehn, E. (2017). Here are Australia's 10 most dangerous jobs. Retrieved from https://www.smartcompany.com.au/people-human-resources/workplace-health-safety/here-are-australias-10-most-dangerous-jobs/.

Locke, L., Bromley, G., & Federspiel, K. (2018). Patient violence: It's not all in a day's work. American Nurse Today, 13(5), 10-13.

Nurses Notes. (2011). Workplace Violence. Retrieved from http://blog.nursesnotes.org/about/workplace-violence.

Autor de la Foto – Ministry of Health Taiwan

www.icnvoicetolead.com

Para seguir las conversaciones, le rogamos utilice:
#VoiceToLead y **#IND2019**

www.icn.ch