



Adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades para la enfermería



Adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades para la enfermería

Elaborado por

Linda McGillis Hall

con aportaciones de

Eric Buch

para el Centro internacional para los recursos humanos de
enfermería



Consejo internacional de enfermeras



Fundación Internacional
Florence Nightingale

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación, en su totalidad o en parte, por medios fotostáticos o cualquier otro medio, su almacenamiento en sistemas de recuperación, su transmisión en cualquier forma o su venta sin autorización expresa y por escrito del Consejo internacional de enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras), a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2009 by ICHRN – Centro internacional para los recursos humanos de enfermería
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95065-77-2

ÍNDICE

Información sobre el documento	4
Colaboradores	4
Agradecimientos	4
Sinopsis	5
Introducción	9
Métodos para la adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades	11
Aspectos positivos y negativos de los métodos	21
Limitaciones de las pruebas	23
Cuestiones contextuales en la adopción de decisiones	25
Información para formular las decisiones sobre la combinación de capacidades	33
Conclusiones	37
Referencias	39

INFORMACIÓN SOBRE EL DOCUMENTO

Este trabajo forma parte de una serie de documentos elaborados para el Centro internacional para los recursos humanos de enfermería (CIRHE), que los patrocina. En estos documentos se estudian cuestiones sobre los recursos humanos de enfermería y se ofrecen soluciones de política general.

Inaugurado en 2006 por el Consejo internacional de enfermeras (CIE) y la Fundación Internacional Florence Nightingale, el CIRHE se ocupa de fortalecer los recursos humanos de enfermería en el plano mundial mediante la elaboración, la supervisión permanente y la difusión de información e instrumentos completos sobre política general, gestión, investigación y práctica de los recursos humanos de enfermería.

COLABORADORES

Linda McGillis Hall, enfermera especialista, con título de doctorado y miembro de la Academia estadounidense de Enfermería, es profesora adjunta y decana adjunta de investigación y relaciones exteriores de la Facultad de Enfermería Lawrence S. Bloomberg, Universidad de Toronto, Canadá. Su programa de investigación está centrado en los recursos humanos de salud para la enfermería, con trabajos sobre el personal de enfermería y su entorno de trabajo, en relación con los resultados para el sistema de atención de salud, las enfermeras que trabajan en ese sistema y la seguridad de los pacientes. McGillis Hall ha presentado internacionalmente numerosos documentos sobre temas relacionados con el personal de enfermería y la eficacia de su labor y cuenta en su haber con numerosas publicaciones en este sector.

Eric Buch, MBBCh, FFCH (SA), titulado superior en ciencias (Medicina), es especialista titulado en salud comunitaria. Profesor de política y gestión de salud en la Escuela de Sistemas sanitarios y salud pública de la Universidad de Pretoria, es también consultor de la Nueva Alianza para el Desarrollo de África (NEPAD). Ocupa por ello un puesto en el consejo de la Alianza mundial para los recursos humanos de salud y preside el Comité de dirección de la Plataforma africana sobre Recursos humanos de salud. Buch es miembro del Grupo consultivo estratégico del Centro internacional para los recursos humanos de enfermería.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece sinceramente la ayuda de Michelle Lalonde, enfermera especialista, MN, en el acceso y la búsqueda de documentación. Michelle Lalonde es estudiante de doctorado en la Facultad de Enfermería Lawrence S. Bloomberg, Universidad de Toronto.

El Consejo internacional de enfermeras agradece vivamente el apoyo financiero prestado por el Burdett Trust for Nursing, Reino Unido.

SINOPSIS

Para funcionar en un contexto como el actual, de demanda creciente de servicios de salud, de contención de los costes y de escasez de personal de salud, es fundamental determinar la combinación más eficaz de personal y las capacidades necesarias en cada categoría de personal para garantizar unos cuidados a los pacientes que sean seguros, de buena calidad y rentables.

La combinación de personal o de capacidades se ha definido en sentido amplio como "la combinación o agrupación de las diferentes categorías de trabajadores que se utiliza para la prestación de cuidados a los pacientes" (McGillis Hall 1997 pág. 31). Este documento ofrece una visión general de los planteamientos actuales para la toma de decisiones sobre la combinación de capacidades en la enfermería y la base de pruebas que los sustentan.

Métodos para la toma de decisiones sobre la combinación de capacidades

Los métodos utilizados para adoptar decisiones sobre la combinación de capacidades van desde una planificación amplia y a gran escala, en el nivel de la política general, hasta las decisiones diarias sobre el personal, en un plano más reducido. La Asociación de enfermeras de los Estados Unidos (ANA) ha diseñado un marco con los principios que hay que tener en cuenta al adoptar decisiones relacionadas con el personal de enfermería; estos principios se dividen en: relacionados con la unidad de atención al paciente, relacionados con el personal y relacionados con la organización (ANA 1999).

Según datos bibliográficos, para determinar la combinación de personal, en muchos países desarrollados se utilizan criterios basados en las funciones. Esto es debido a que las cuestiones de la dotación de recursos humanos de salud se gestionan en el plano de cada organización de cuidados de salud. La normalización del número de pacientes por enfermera, que se ha legislado en el Estado de California, en los Estados Unidos, y de Victoria, en Australia, son un ejemplo del criterio basado en la función para la toma de decisiones relativas al personal de enfermería.

Otro método para determinar la combinación de capacidades es el análisis basado en las tareas. Se centra en las tareas que pueden sustituirse con facilidad y en las condiciones para garantizar la calidad. Este método de adopción de decisiones se utiliza con más frecuencia en los países en desarrollo, donde las normas de dotación de enfermeras pueden establecerse en el plano de la población, el hospital, la atención primaria o el sector público, y donde los cambios en la combinación de capacidades pueden deberse a una falta de financiación y a la disponibilidad de dispensadores profesionales de salud (Hirschhorn *et al.* 2006; Adano 2008).

A pesar de las diferencias en la determinación de la combinación de capacidades entre los países desarrollados y los países en desarrollo, suele ser normal que se utilicen conjuntamente varios métodos para adoptar decisiones sobre la combinación de capacidades (Buchan *et al.* 2000). Al margen de dónde se adopten las decisiones y de la manera de hacerlo, la calidad, la rentabilidad y la seguridad han de ser los determinantes universales para adoptar decisiones sobre la combinación de capacidades.

Aspectos positivos y negativos de los métodos

Con una gama de métodos para la adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades, los encargados de la formulación de políticas de enfermería y los gestores tienen la posibilidad de elegir una combinación que favorezca sus objetivos. Al elegir los métodos, hay que considerar en su totalidad los aspectos positivos y negativos de cada uno.

Limitaciones de las pruebas

Aunque se han establecido vínculos entre los modelos específicos de personal de enfermería y los resultados en los pacientes, sigue habiendo lagunas bibliográficas en relación con la adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades. Existe documentación sobre: la determinación de la repercusión que los factores del entorno de trabajo tienen en relación con los modelos de dotación de personal y los resultados en los pacientes (McGillis Hall 2005); la rentabilidad de los diferentes modelos de dotación de enfermeras (Spetz 2005); y las estimaciones de los niveles de personal necesarios para una atención segura al paciente. También se han identificado cuestiones relacionadas con el nivel de análisis de las variables del personal de enfermería (McGillis Hall 2005) y relacionadas con el error de medida al utilizar algunos métodos de asignación de personal (Harless & Mark 2006).

Cuestiones contextuales en la adopción de decisiones

En las publicaciones se pone de manifiesto que, a la hora de adoptar decisiones sobre la combinación de capacidades, es importante tener en cuenta varias cuestiones contextuales, entre ellas: las características demográficas individuales de los recursos humanos; la escasez de trabajadores de atención de salud; la migración y el desarrollo de capacidades; los entornos de trabajo y la seguridad; los sistemas reglamentarios; la comunicación de los cambios; y los costes.

A pesar de que se trata de aspectos globales, cuando las decisiones se adoptan en los países de rentas altas, quizá las preguntas que hay que hacer sobre la combinación de capacidades son diferentes de las que han de plantearse en el caso de los países rentas medias o bajas. Las cuestiones contextuales han de centrarse en la calidad, la seguridad y la rentabilidad del plan de la combinación de capacidades.

Información para formular las decisiones sobre la combinación de capacidades

Hay diversos elementos de datos que han de tenerse en cuenta al adoptar decisiones sobre combinación de capacidades, entre ellos: identificar el problema que se trata de resolver con el cambio en la combinación de capacidades, determinar las limitaciones de la capacidad para llevar a cabo cambios en la combinación, ser consciente de los recursos disponibles para mantener el cambio e identificar y aplicar un método para el cambio de la combinación de capacidades (Buchan *et al.* 2006). En las publicaciones también se menciona la importancia de trabajar con los colectivos interesados y con el gobierno para suscitar el cambio.

Conclusiones

La permanente escasez mundial de personal de cuidados de salud ha dado lugar a problemas que requieren un estudio de los diferentes modelos de dotación de personal. A pesar de que hay muy poca investigación acerca de la adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades en países con recursos limitados, es evidente que los países en desarrollo y los países desarrollados abordan de manera diferente las decisiones en torno a los recursos humanos de atención al paciente, sobre la base de cuestiones que van desde la disponibilidad de recursos para los cuidados hasta la salud y las necesidades de la población a la que se atiende.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los gestores de los recursos humanos de enfermería se enfrentan a un gran problema. En un contexto de creciente demanda de servicios de salud, contención de los costos, y escasez de enfermeras y de otros trabajadores de salud, han de determinar la combinación más eficaz de personal – y las capacidades necesarias en cada categoría de personal – para garantizar la seguridad, la calidad y la rentabilidad de la atención al paciente.

Conseguir una combinación de personal segura y adecuada en enfermería y en relación con otros trabajadores de salud es un problema tanto para los países desarrollados como para los países en desarrollo. Esto indica que es preciso evaluar los planteamientos actuales y destacar los aspectos importantes, información que puede ofrecer a políticos y gestores orientación general para adoptar decisiones informadas sobre la dotación de personal.

Antecedentes

La combinación de personal o de capacidades se define en general como: "la combinación o agrupación de las diferentes categorías de trabajadores que se utiliza para dispensar los cuidados a los pacientes" (McGillis Hall 1997, pág. 31). Los conocimientos y capacidades exclusivos que los dispensadores individuales de atención de salud aportan a sus funciones constituyen la combinación de capacidades dentro de los modelos de dotación de personal.

Los primeros documentos sobre la combinación de capacidades en la enfermería ofrecen ante todo ejemplos descriptivos de los modelos de dotación de personal utilizados en entornos individuales de cuidados de salud o en unidades de atención al paciente. Se incluyen en ellos ejemplos del Reino Unido, Australia y América del Norte, centrados en su mayoría en hospitales de cuidados intensivos. Las hipótesis descriptivas eran generalmente de carácter diversificado y estudiaban la relación entre las variables en un momento dado; así pues, no examinaban la repercusión o efectividad de los cambios de personal a lo largo del tiempo. Como el historial de la evaluación de muchos de estos modelos de dotación de personal no estaba documentado en la bibliografía, su utilidad a largo plazo sigue siendo desconocida.

Al mismo tiempo, en las publicaciones sobre atención primaria, son diversas las pruebas de la eficacia de las enfermeras de atención directa en la combinación de capacidades. Si bien las revisiones sistemáticas indican que los pacientes están más satisfechos con los cuidados de las enfermeras de atención directa, que ofrecen más tiempo de consulta y más investigaciones que los médicos, no eran claras las diferencias en el estado de salud de los pacientes (Horrocks *et al.* 2002). Además, en un metaanálisis de las enfermeras de atención directa y de las enfermeras matronas en la atención primaria, se comunicaba que los pacientes estaban más satisfechos y sus condiciones patológicas recibían mejores soluciones cuando estaban atendidos por enfermeras de atención directa de cuidados primarios que cuando lo estaban por médicos, aunque el conjunto de la atención que recibían era equivalente (Brown y Grimes 1995). Las enfermeras matronas utilizaban tecnología y analgesia con menos frecuencia que los médicos en el periodo de cuidados en torno al parto, aunque los resultados obtenidos en los pacientes por las enfermeras matronas y por los médicos eran equivalentes (Brown & Grimes 1995). En cambio, en algunos ensayos clínicos aleatorios no aparecen diferencias significativas entre médicos y enfermeras de atención directa en cuanto a los resultados obtenidos en los pacientes (Munding *et al.* 2000), si bien en otros se informa de que los modelos utilizados por las enfermeras de atención directa son más económicos (Ettner *et al.* 2006).

A finales del decenio de 1990, los conocimientos sobre el personal de enfermería evolucionaron con estudios en los que se exploraron los modos en que los modelos de la combinación de capacidades influyen en los resultados obtenidos en los pacientes (Kovner y Gergen 1998; Needleman *et al.* 2002; McGillis Hall *et al.* 2003). Últimamente se han hecho exámenes sistemáticos de las publicaciones que relacionan los modelos de dotación de personal de enfermería con los resultados obtenidos en los pacientes (Lankshear *et al.* 2005; Kane *et al.* 2007). Los resultados indican que el aumento la dotación de enfermeras especialistas en los contextos de los hospitales de cuidados intensivos conlleva un mejoramiento de los resultados conseguidos en los pacientes (Lankshear *et al.* 2005) y específicamente un descenso de la mortalidad, de la neumonía contraída en los hospitales, las intubaciones no planificadas, el fallo respiratorio y los paros cardíacos (Kane *et al.* 2007).

Aun así, para los hospitales y para los contextos de atención primaria no se dispone todavía de las estimaciones del número preciso del personal de enfermería que se necesita para dispensar una atención segura al paciente. En el conjunto de instrumentos del Consejo internacional de enfermeras (CIE), titulado *Personal fiable, vidas salvadas* se pone de manifiesto que falta consenso acerca de lo que significa “dotación de personal segura” y, en consecuencia, “combinación segura de capacidades”, aun cuando uno de sus elementos esenciales es el número adecuado de personal para hacer frente a las complejas necesidades de cuidados de los clientes, en toda la diversidad de los contextos (CIE 2006).

Centro de interés actual

La crisis mundial de los recursos humanos de salud disponibles sigue haciendo que la adopción de decisiones sobre la dotación de personal de enfermería sea una cuestión de importancia esencial para los gestores de atención de salud. En los países en desarrollo, se considera que la grave escasez de trabajadores de atención de salud es “el más grave de los factores que limitan la prestación de servicios de salud” (Cohen 2008 pág. 1).

Al mismo tiempo, en las publicaciones internacionales las necesidades de recursos humanos de salud se consideran, cada vez con más frecuencia, dentro de un contexto mundial más amplio que el nivel microorganizativo de la atención de salud hospitalaria. Esto no se aplica solamente a la combinación de capacidades dentro de la enfermería, sino a la interacción entre las disciplinas; por ejemplo, en la Estrategia de Salud de la Unión Africana se pide a todos los gobiernos que “establezcan las categorías de trabajadores de salud profesionales, auxiliares (de nivel medio) y trabajadores de salud de la comunidad que constituyan una combinación de recursos humanos adecuada para sus necesidades” (Unión Africana 2007 pág. 12).

Ámbito y alcance del documento

Al tiempo que se expone la complejidad del entorno actual de la atención de salud, en este documento se presenta una visión general de los actuales métodos para la toma de decisiones sobre la combinación de las capacidades de enfermería y la base de pruebas que sustentan el recurso a ellos. Se identifican los puntos fuertes, los puntos débiles y las limitaciones de los métodos. También se exponen los aspectos contextuales y los datos e información necesarios para dar forma a las decisiones sobre la combinación de capacidades. Finalmente, se facilita una lista en la que las conclusiones a que se llega en las publicaciones se integran en un planteamiento tripartito destinado a los gestores que aplican un cambio de la combinación de capacidades.

MÉTODOS PARA LA ADOPCIÓN DE DECISIONES SOBRE LA COMBINACIÓN DE CAPACIDADES

Los gestores de recursos humanos de salud utilizan diversos métodos para adoptar las decisiones acerca de la combinación de capacidades. Cada uno de esos métodos tiene una finalidad diferente, desde la planificación general en el nivel macro de la política general, hasta las decisiones diarias menores sobre el personal en el nivel micro. Algunos autores han identificado métodos globales que abarcan todos los aspectos de los recursos humanos de salud desde el nivel general de la población y sus necesidades específicas de atención de salud, hasta las evaluaciones individuales menores, que guardan relación con las funciones y tareas. Algunos métodos se han descrito como:

- Coeficientes entre dispensadores y población total
- Criterios basados en las necesidades de salud de una población
- Criterios de demanda de servicios orientados
- Modelos funcionales en los que se hacen estimaciones del personal que se precisa para un determinado número de pacientes
- Análisis basado en las tareas de una unidad laboral, e identificación de los conocimientos y capacidades necesarios para completar esa tarea, e
- Indicadores de la carga de trabajo (Hirschhorn *et al.* 2006).

En la mayoría de las publicaciones se facilita información sobre la adopción de las decisiones relativas a la combinación de capacidades en el nivel micro, dentro del contexto de la adopción de decisiones organizativas en los hospitales (ANA 1999; Buchan *et al.* 2000; Shullanberger 2000).

En un documento de debate de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la combinación de capacidades en los recursos humanos de salud se identificaban ocho criterios distintos para determinar la combinación de capacidades. Esos criterios, que se refieren primordialmente al contexto del nivel micro de la organización, son el análisis de las tareas, el análisis de las actividades, los diarios individuales, el análisis de la dependencia de los pacientes, la reestructuración, el recurso al juicio profesional, el análisis de los puestos de trabajo y el examen de las funciones, y la técnica de la “bombardeo de ideas” (Buchan *et al.* 2000; véase el Cuadro 1). Al señalar que cada criterio tiene sus *pros* y sus *contras*, los autores se abstienen de recomendar un determinado modelo a los gestores.

En los Estados Unidos, la Asociación de enfermeras (ANA) expuso un marco completo que los gestores podían utilizar para evaluar las necesidades de dotación de personal de enfermería (véase el Cuadro 2). Elaborado por un grupo de expertos, incluye los principios que han de tenerse en cuenta al adoptar las decisiones relacionadas con la dotación de personal de enfermería. Los principios se clasificaron en las siguientes categorías: atención al paciente relacionada con la unidad, relacionada con el personal y relacionada con la organización (ANA 1999).

Cuadro 1: Criterios para establecer la combinación de capacidades

Criterio	Puntos fuertes	Puntos débiles
Orientados a las tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Recurre a observadores formados 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta dificultades en cuanto al acuerdo de los observadores con las capacidades y conocimientos requeridos para las actividades • Es costoso • Por centrarse en las tareas, se considera a menudo una medida limitada del trabajo de enfermería • La falta de participación del personal puede dar lugar a unos resultados cuestionables • Es difícil utilizar unidades hospitalarias externas • Se precisan datos sustanciales
Análisis de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Recurre a observadores formados 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea problemas de aceptación por los observadores, relacionados con las capacidades y conocimientos necesarios para las actividades laborales • Es costoso • Su centro de interés en las tareas se considera muchas veces una medida limitada del trabajo de enfermería. • La falta de participación del personal puede dar lugar a una dudosa aceptación de los resultados. • Es difícil recurrir a unidades hospitalarias exteriores. • Requiere datos sustanciales
Referencias diarias	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicadas por las enfermeras • Implican directamente al personal de enfermería • No son costosas • Ofrecen la posibilidad de identificar el tiempo dedicado a las tareas que podrían transferirse en una combinación de capacidades 	<ul style="list-style-type: none"> • La precisión de la información puede ser dudosa • Necesita datos sustanciales
Combinación de casos/Dependencia de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiosas para determinar las variaciones de personal a lo largo del tiempo en relación con la carga de trabajo de enfermería • Aporta estimaciones del número total del personal que se necesita 	<ul style="list-style-type: none"> • No capta la combinación de personal que se precisa • Requiere una importante cantidad de datos

Reordenación	<ul style="list-style-type: none"> • Alienta la necesaria innovación en el contexto de los problemas mundiales 	<ul style="list-style-type: none"> • No se utiliza a menudo porque su criterio radical o fundamental para la reestructuración puede tener limitaciones políticas y organizativas • A menudo carece de una falta de orientación en el proceso • Precisa una cantidad sustancial de datos
Juicio profesional	<ul style="list-style-type: none"> • El personal lo utiliza frecuentemente como mecanismo para reasignar el trabajo en el contexto actual 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede carecer de objetividad y de transparencia.
Análisis de los puestos de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Puede utilizarse para adoptar decisiones sobre el personal, basadas en información procedente de las entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de objetividad y las posibilidades de sesgo pueden causar problemas
Bombardeo de ideas	<ul style="list-style-type: none"> • Puede utilizarse como medio rápido para llegar a otros planteamientos relativos al personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede suscitar en el personal expectativas de cambio y generar material contradictorio

Fuente: Adaptado de Buchan *et al.* (2000) *American Nurses Association staffing Framework*

Cuadro 2: Asociación de enfermeras de los Estados Unidos: Principios para la dotación de personal de enfermeras

Sector	Principio	Indicadores
Atención al paciente relacionada con la Unidad de atención de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los niveles de dotación de personal adecuados para la unidad de atención al paciente reflejan un análisis de las necesidades individuales y conjuntas de los pacientes 2. Hay una necesidad imperiosa de retirar o de poner seriamente en duda la utilidad del concepto de horas de enfermería por día de paciente 3. Las funciones de la unidad necesarias para favorecer la prestación de una atención de calidad al paciente deben tenerse en cuenta también al determinar los niveles de la dotación de personal. 	<p><u>Factores relacionados con la dotación de personal</u> Número de pacientes, niveles de intensidad de los cuidados que se dispensan a los pacientes, aspectos contextuales, entre ellos los de los edificios y la situación del entorno y la tecnología disponible, el nivel de preparación y experiencia de quienes dispensan los cuidados</p> <p><u>Factores relacionados con el paciente</u> Edad, capacidad funcional, capacidades de comunicación, diversidades culturales y lingüísticas, gravedad y urgencia del estado para la admisión, procedimientos previstos, capacidad para satisfacer las necesidades, disponibilidad de apoyos sociales, otras necesidades específicas del paciente y de la enfermera especialista</p> <p><u>Factores relacionados con la Unidad</u> Gobierno interno de la Unidad, participación en las actividades de medición de la calidad, preparación de plazos y calendarios, evaluación de los resultados de la práctica profesional</p>

Relacionado con el personal	<p>4. Las necesidades específicas de las diversas poblaciones de pacientes deben determinar las competencias clínicas que se piden a la enfermera que ejerce su profesión en ese sector</p> <p>5. La enfermera especialista debe contar con el apoyo y la representación de la dirección de enfermería tanto en el plano operativo como en el plano ejecutivo</p> <p>6. Las enfermeras especialistas menos experimentadas deben tener a su alcance el apoyo clínico de otras enfermeras especialistas</p>	<p><u>Características de la enfermera</u></p> <p>La experiencia de la población a la que dispensa sus servicios, el nivel de experiencia (principiante o experta), la formación y la preparación, incluida la autorización, las capacidades lingüísticas, el mantenimiento de la unidad, el nivel de control del entorno de la práctica profesional, el grado de participación en iniciativas relativas a la calidad, la medida de su participación en actividades tales como las de investigación de enfermería, que amplían el acervo de los conocimientos de enfermería, la medida de la participación en actividades interdisciplinarias y de colaboración de los pacientes en las que participa la enfermera, el número y las competencias del personal clínico y del personal de apoyo no clínico, con el que la enfermera especialista ha de colaborar y al que ha de supervisar</p>
Relacionado con la institución/ organización	<p>7. La política de la organización debe reflejar un ambiente organizativo que valore a las enfermeras especialistas y a los demás empleados como activos estratégicos y muestre un verdadero compromiso de llenar oportunamente los puestos presupuestados</p> <p>8. Todas las instituciones deben tener, para el personal de enfermería incluidas las enfermeras especialistas y el personal complementario y que se traslada, competencias documentadas para las actividades que este personal está autorizado a realizar</p> <p>9. En las políticas de la organización deben reconocerse las múltiples necesidades de los pacientes y del personal de enfermería</p>	<p><u>Necesidades de los pacientes y del personal de enfermería</u></p> <p>Unos servicios de apoyo eficaces y eficientes (de transporte, administrativos, de gobierno interno, de laboratorio, etc.) para reducir el tiempo dedicado a la atención al paciente y la necesidad de que la enfermera especialista haya de rehacer el trabajo; tenga acceso a la información oportuna, precisa y relevante que aporta la tecnología de la comunicación que vincula los datos clínicos, administrativos y de resultados; una orientación y preparación suficiente, con inclusión de docentes y expertos de enfermería para garantizar la competencia de la enfermera especialista y su preparación específica para la tecnología empleada en la prestación de atención al paciente; el tiempo necesario para colaborar con otro personal y supervisarlos; el apoyo en la adopción ética de decisiones; oportunidades suficientes para coordinar los cuidados y disponer su continuidad y la formación del paciente y de la familia; el tiempo adecuado para la coordinación y la supervisión, por las enfermeras especialistas, de los trabajadores no regulados; los procedimientos para facilitar las transiciones durante el rediseño de los trabajos, las fusiones y otros cambios importantes de la vida de trabajo; y el derecho del personal a denunciar las condiciones inseguras o la inadecuación del personal, sin que haya de sufrir consecuencias personales.</p>
Evaluación	A lo largo del tiempo deben evaluarse de manera permanente diversos datos	Las enfermedades y los índices de lesiones laborales del personal; los índices de rotación y de puestos vacantes; las horas extraordinarias trabajadas; el índice de utilización de personal suplementario; la flexibilidad de las políticas de recursos humanos y los conjuntos de ventajas ponen de manifiesto el cumplimiento de los reglamentos federales, estatales y locales aplicables; y los niveles de satisfacción del personal de enfermería.

Fuente: ANA (1999)

La característica exclusiva del marco para la dotación de personal de la ANA es que incluye determinados factores o indicadores que los gestores deben tener en cuenta en cada uno de los tres sectores. Los factores relacionados con la unidad de atención al paciente son el número de los pacientes, la intensidad de la atención dispensada al paciente y las consideraciones físicas o psicológicas. Entre los factores relacionados con el personal se cuentan la experiencia, la formación, el nivel de control de la práctica y el grado de participación en prácticas de calidad. Finalmente, entre los factores organizativos se cuenta la eficacia y eficiencia de los servicios auxiliares, el acceso a información oportuna sobre los pacientes, la adecuación de la orientación del personal y su preparación para la competencia, y la seguridad del entorno de trabajo (ANA 1999).

Como ejemplo de la actual complejidad de la dotación de personal de enfermería, la guía marco de la ANA pasó de ser un pequeño folleto a ser una guía de utilización mucho más amplia, que aporta más información a los gestores que desean aplicar sus principios en sus propios contextos (ANA 2005). En la guía se pone de relieve la importancia de una evaluación constante del personal de enfermería en relación con los indicadores de la labor de las enfermeras. En concreto, se centra en expresar la manera en que la calidad del entorno de trabajo puede influir en la calidad de la atención al paciente (ANA 2005). La guía es el esfuerzo más completo realizado hasta hoy para establecer el número del personal de enfermería. Al incluir los indicadores que puedan utilizar los gestores en la adopción de decisiones, aporta un valor añadido que no se aprecia en otros métodos.

Funciones y tareas

Las publicaciones muestran de manera evidente que, en muchos países, para determinar la combinación de personal se emplean métodos basados en las funciones. La razón de ello es que los problemas de los recursos humanos de salud se gestionan en cada organización de atención de salud. Los métodos basados en las funciones “se fundan en la estimación del número de los miembros del personal que pertenecen a las distintas categorías (médicos, enfermeras, etc.) que han de prestar servicios a un determinado número de pacientes” (Hirschhorn *et al.* 2006 pág. 3). En algunos países, como el Reino Unido, puede ser que un sistema nacional de salud haya centralizado la planificación de los recursos humanos que influye en la adopción de las decisiones relativas a las funciones, el rediseño de éstas, y las nuevas funciones mediante modelos de financiación y de regulación y, sin embargo, permite que los niveles de la dotación de personal se establezcan en un plano más local. Mientras tanto, en los países en desarrollo, la abrumadora escasez de trabajadores de atención de salud exige que el centro de interés de la planificación se ponga en las necesidades de la sociedad o de la población.

Para determinar la combinación de capacidades, también se utiliza el examen basado en las tareas; en concreto, se analizan las tareas que pueden cambiarse de manera segura y las condiciones necesarias para garantizar la calidad. Y ello para conseguir la eficiencia de los costos y ahorrar el escaso tiempo y capacidades profesionales para emplearlos en tareas más complejas.

En la práctica, como se confirma en el informe de la OMS sobre la combinación de capacidades, “muchas veces se emplearán varios métodos de manera combinada” (Buchan *et al.* 2000 pág. 4). Así pues, aun cuando la finalidad y los métodos para las decisiones sobre la dotación de personal sean diferentes, es evidente que en su aplicación se da cierta superposición. Independientemente del lugar o la manera en que las decisiones se adoptan, la calidad, la economía y la seguridad deben ser siempre factores determinantes en la adopción de las decisiones sobre la combinación de capacidades.

La mayor parte de las publicaciones que forman la base de pruebas relativas a la dotación de personal de enfermería se refieren a métodos basados en las funciones, como se expone a continuación. Sigue después una visión general del acervo emergente de investigación que, para establecer la dotación de personal, recurre a métodos basados en las tareas o basados en las necesidades, o que combinan unas y otras.

En un examen sistemático de lo publicado sobre la dotación de personal de enfermería, se vio que los criterios basados en las funciones son los mecanismos predominantes por los que los gestores adoptan las decisiones sobre la dotación de personal en este sector (McGillis Hall 2005). Los criterios basados en las funciones eran los siguientes:

- La proporción de enfermeras especialistas en el conjunto del personal
- Un cálculo numérico de las horas de enfermería disponibles, divididas por el número de los pacientes en cada unidad (horas de enfermería por día de paciente)
- El coeficiente de pacientes por enfermera especialista
- El número de equivalentes en tiempo completo, y
- La combinación del personal de enfermería (McGillis Hall 2005).

En una gran parte de la investigación realizada en América del Norte, Australia y Reino Unido se han utilizado estas medidas para determinar el número del personal de enfermería (Pearson *et al.* 1992; Kovner & Gergen 1998; Needleman *et al.* 2002; McGillis Hall *et al.* 2003; Buchan & Calman 2004). Análogamente, en un artículo europeo reciente en el que se ponían de relieve las perspectivas de expertos internacionales en cuanto a la dotación de personal de enfermería y los resultados en los pacientes (Van den Heede *et al.* 2007), esos expertos constataban que las medidas basadas en las funciones eran los mecanismos predominantemente utilizados para establecer el número del personal de enfermeras. Entre esas medidas se contaban las horas de enfermería por paciente y día y la proporción entre las enfermeras especialistas y el total del personal de atención de enfermería (Van den Heede *et al.* 2007).

Coefficientes de pacientes/enfermera

En los estados de California (Estados Unidos) y Victoria (Australia), la legislación reciente, en la que se definen los coeficientes normalizados de pacientes por enfermera, ha puesto de relieve aún más claramente los criterios basados en las funciones para adoptar las decisiones relacionadas con la dotación de personal de enfermería. Desde 1999, en California empezó a exigirse que los hospitales de cuidados intensivos tuviesen, como mínimo, unos coeficientes de 4:1 ó 5:1 pacientes por enfermera en cada unidad de atención al paciente. En los primeros informes de investigación se puso de manifiesto que el número de horas de la enfermera especialista por paciente y día iba en aumento, mientras que disminuía el número de pacientes por enfermera especialista. No se

observaron efectos en los resultados obtenidos en los pacientes (Donaldson *et al.* 2005). Según los resultados de estudios más recientes, los eventos adversos no han disminuido al aplicarse los coeficientes obligatorios de personal (Bolton *et al.* 2007). El empleo de un mayor número de enfermeras especialistas para un menor número de pacientes conlleva un aumento de los costos, aun cuando los estudios de seguimiento no informan sobre este aspecto.

En 2001, Victoria aplicó un coeficiente de 1 enfermera por cada 4 pacientes (1:4) con la esperanza de que mejorarían los recursos humanos de enfermería al aumentar la contratación y la retención. En Victoria, los coeficientes son legalmente obligatorios en el sector público de todo el estado, inclusive en el contrato colectivo. Si el hospital no los cumple, el sindicato puede suprimir camas. En 2004, Victoria adoptó un modelo de coeficiente modificado, de 5:20 (Gertz y Nelson 2007). En este modelo, los coeficientes de dotación de personal pasan del nivel del paciente individual al de la unidad de atención de salud y requieren cinco enfermeras por cada 20 pacientes. Este tipo de modelo de dotación de personal permite a la dirección determinar las asignaciones de pacientes sobre la base de la combinación de capacidades y de la gravedad de los pacientes. Además, permite flexibilidad suficiente para hacer reajustes rápidos de la asignación si se produce una situación de urgencia o un cambio repentino del estado del paciente, al tiempo que respeta el requisito mínimo obligatorio de personal (Gertz & Nelson 2007).

Los coeficientes de pacientes/enfermera también han sido objeto de debate en Israel desde el decenio de 1970; y a partir de 1996 los hospitales israelíes han recurrido a un método de dotación de personal que tiene en cuenta la relación entre el número de enfermeras y el número de camas hospitalarias y la cobertura adicional que se precisa para cubrir las ausencias y durante las vacaciones (Rassin y Silner 2007). El aumento de la demanda de enfermeras especialistas por la complejidad de los pacientes ha dado lugar a recomendaciones en el sentido de que se interrumpa la formación de ciertas enfermeras; que la formación de las enfermeras especialistas se oriente hacia contextos académicos, entre ellos la formación para la titulación, con el fin de ampliar su experiencia y capacidad clínicas e incrementar la combinación de capacidades hospitalarias del 73% al 80% de enfermeras especialistas, quedando integrado por trabajadores no regulados el 20% restante (Rassin & Silner 2007).

En un estudio reciente hecho en el Canadá, en el que se examinan los procesos de adopción de decisiones para la dotación de personal de enfermeras, se hicieron entrevistas a los principales informantes de todo el país, entre ellos los usuarios de instrumentos de adopción de decisiones por el personal y las personas interesadas (McGillis Hall *et al.* 2006). En el estudio se ponían de relieve algunos de los problemas que plantea la normalización de los coeficientes de pacientes/enfermera y la utilización métodos de medición de la carga de trabajo basados en las tareas, o métodos basados en la dependencia de los pacientes, para determinar el número del personal de enfermería. Una de las principales recomendaciones del estudio afirmaba que es necesario que los encargados de la política general colaboren con los gestores para elaborar soluciones prácticas y una estrategia de transferencia de los conocimientos para pasar de las pruebas a la práctica profesional (McGillis Hall *et al.* 2006).

Cambio de tareas

En los países en desarrollo, puede ser que las normas para la dotación de personal de enfermería se establezcan en función de la población, en los hospitales, en el sector de la atención primaria de salud o en el sector público, mientras que los cambios de la combinación de capacidades pueden estar impulsados por la falta de fondos y por la disponibilidad de dispensadores profesionales de salud (Hirschhorn *et al.* 2006; Adano 2008). El empleo de métodos basados en las tareas para determinar las necesidades de personal en los países en desarrollo se refleja en la reciente aparición del “cambio de tareas” (OMS 2007). El cambio de tareas es “un proceso de delegación por el que las tareas pasan, cuando procede, a trabajadores de atención de salud menos especializados” (OMS 2007 pág. 3). Frecuentemente, estas tareas pasan de un personal más cualificado a otras personas con menos formación y menos cualificaciones.

El cambio de tareas surgió primordialmente en respuesta a la necesidad de ampliar los recursos humanos de atención de salud para ampliar el acceso a los cuidados del VIH/SIDA. Por ejemplo, se han analizado las necesidades con el fin de identificar los conocimientos y capacidades que se requieren y, después, cuál es el nivel adecuado del dispensador de atención de salud para llevar a cabo la tarea con eficacia. Esto ha de entenderse en el contexto de la escasez mundial de trabajadores de atención de salud y en la situación especialmente grave que atraviesan 57 países situados principalmente en Asia y África (OMS 2006a). Se hacen doce recomendaciones para abordar la crisis de los recursos humanos de salud. Esas recomendaciones se centran en una mayor inversión en la formación y en la seguridad de los trabajadores de atención sanitaria, una planificación completa de los recursos humanos de salud, y una mayor eficiencia en el empleo de los actuales recursos humanos de salud. Entre las recomendaciones encaminadas a aumentar la eficiencia pueden mencionarse las de permitir que trabajadores de salud menos cualificados, como los voluntarios, los trabajadores de salud de la comunidad y trabajadores con una formación mínima se hagan cargo de algunas de las tareas más sencillas que tradicionalmente desempeñan trabajadores más formados (OMS 2006a).

Antes de la epidemia del SIDA y después de ella, impulsados por sus exigencias, muchos países en desarrollo han contado con diversas combinaciones de capacidades, en las que trabajadores de salud con menos credenciales y con una formación limitada han recibido mayores responsabilidades y han desempeñado tareas que pueden establecer una relación ambivalente con la enfermería, difuminar los correspondientes ámbitos de la práctica profesional y quedar al margen del entorno reglamentario vigente. Otros países han definido de manera más específica las funciones y los ámbitos de la práctica profesional. Más recientemente, ha surgido el cambio de tareas y, con él, un intento más sistemático de revisar el acervo de lo publicado, celebrar consultas de expertos e investigar la práctica profesional en seis países para desarrollar un método basado en pruebas. Por ejemplo, en los países en desarrollo, las personas que viven con el VIH/SIDA pueden dispensar, con seguridad y eficacia, cuidados del VIH/SIDA en una organización de atención de salud y en la comunidad (*Medical News Today* 2008). Uno de los aspectos esenciales de estos planteamientos del cambio de tareas es que “deben hacerse una evaluación y vigilancia regulares en todo el sistema de salud del país de que se trate”, centradas en la evaluación de la calidad de los resultados de salud (Confederación internacional de matronas *et al.* 2008 pág. 2).

Se ha elaborado un modelo, basado en las necesidades, para hacer proyecciones del personal necesario para dispensar los cuidados del VIH/SIDA en Mozambique (Hagopian *et al.* 2008). De manera similar a los conceptos esbozados en los *Principios para la dotación de personal de enfermería (Principles for Nurse Staffing)* (ANA 1999), de la Asociación de enfermeras de los Estados Unidos, en este modelo se articulan factores específicos del paciente, tales como el número de pacientes que siguen la terapia, los que siguen el tratamiento y los ingresados en una institución de tratamiento (Hagopian *et al.* 2008).

En una iniciativa para hacer estimaciones de las necesidades de recursos humanos para el tratamiento del SIDA en las regiones de África, Sudeste Asiático, y Pacífico Occidental en las que el acceso a los recursos humanos es limitado, se utilizó un método basado en las tareas para identificar los quehaceres de atención al paciente que podían traspasarse a otros trabajadores (Hirschhorn *et al.* 2006). Este modelo de “ampliación” incluye la designación de enfermeras para que evalúen a los pacientes y receten cuando los casos no sean complicados, al tiempo que “las funciones de asesoramiento y formación se traspasan de las enfermeras a otros asesores y a compañeros formados” (Hirschhorn *et al.* 2006 pág. 5). Algunos autores sugieren que estos modelos quizá carecen de los métodos de integración y prestación que se encuentran en un sistema de salud más amplio, lo que hace más difícil la gestión de enfermedades tales como el VIH y la tuberculosis (Atun *et al.* 2008).

Al mismo tiempo, en Singapur se ha recurrido a criterios basados en el tiempo y en las tareas, para hacer las estimaciones del personal que se necesita, teniendo en cuenta la frecuencia y el tipo de la intervención de enfermería que se precisa para dispensar la atención al paciente (Ayre *et al.* 2007). El Ministerio de Sanidad revisa periódicamente estas estimaciones en relación con las necesidades (Ayre *et al.* 2007).

ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LOS MÉTODOS

Con una gran diversidad de métodos para adoptar decisiones sobre la combinación de capacidades, los encargados de la política de enfermería y los gestores tienen la posibilidad de elegir la combinación que mejor se adapte al objetivo. Al elegir los métodos, deben considerarse detenidamente los puntos fuertes y los puntos débiles de cada uno.

La base para ese debate es un documento de la OMS sobre la combinación de las capacidades de los recursos humanos de salud (Buchan *et al.* 2000; véase el Cuadro 1), en él se exploran los *pros* y los *contras* de los métodos basados en las tareas, los análisis de las actividades, los diarios, la combinación de casos y la dependencia de los pacientes, la reestructuración, el juicio profesional, el análisis de los puestos de trabajo y la técnica del bombardeo de ideas. Cada uno de éstos se expone a continuación.

Los autores indican que en los *métodos basados en las tareas* y en el *análisis de actividades* se recurre a observadores formados, lo que para esos autores es un aspecto positivo. También enumeran las posibles limitaciones de estos métodos, entre otras las siguientes:

- Los problemas de acuerdo con los observadores sobre las capacidades y los conocimientos necesarios para las actividades del trabajo
- El elevado costo de recurrir a observadores
- El hecho de que las tareas se consideran una medida limitada de la labor de enfermería
- La falta de implicación del personal, que puede dar lugar a una aceptación cuestionable de los resultados, y
- La dificultad de utilizar estos métodos fuera de las unidades hospitalarias.

A pesar de estas limitaciones, los trabajos recientes sobre el cambio de tareas en el tratamiento del SIDA sugieren que estos modelos pueden aplicarse adecuadamente (Hirschhorn *et al.* 2006; van Rensburg *et al.* 2008), siempre que se haga una evaluación permanente de manera sistemática (Confederación internacional de matronas *et al.* 2008 pág. 2).

En cambio, *los diarios*, utilizados por las enfermeras para recordar sus actividades de trabajo, se refieren directamente al personal de enfermería y son menos costosos, aun cuando la precisión de la información puede ser problemática (Buchan *et al.* 2000). Aun así, los diarios ofrecen la posibilidad de identificar el tiempo dedicado a tareas que podrían transferirse a otro personal en un reajuste de la combinación de capacidades.

Los métodos de combinación de casos/dependencia de los pacientes para la dotación de personal contribuyen positivamente a establecer las variaciones del personal a lo largo del tiempo, en relación con la carga de trabajo de la enfermería. Además, aportan estimaciones del número total del personal necesario, aun cuando no expresen la combinación del personal que se requiere (Buchan *et al.* 2000).

La reorganización se ha descrito como una opción raramente utilizada para cambiar la combinación de personal, porque su radical o fundamental método de reestructuración puede verse ante limitaciones políticas y organizativas y además carece de un centro de interés preciso en el proceso (Buchan *et al.* 2000). Sin embargo, en el contexto de los problemas del mundo en desarrollo, la reorganización fomenta la necesaria innovación.

El personal recurre generalmente al *juicio profesional*, uno de los aspectos positivos, como mecanismo para reasignar el trabajo. Por otra parte, puede ser que el juicio profesional carezca de objetividad y de transparencia –lo que sería un aspecto negativo (Buchan *et al.* 2000).

Un *análisis estructurado de los puestos de trabajo*, hecho mediante entrevistas al personal en las que se revisan las funciones laborales, también puede utilizarse para adoptar decisiones sobre la dotación de personal. Aún cuando la falta de objetividad y el posible sesgo pueden resultar problemáticos (Buchan *et al.* 2000), éstos pueden resolverse en parte mediante la observación directa.

Por fin, antes de recurrir a otras técnicas, puede utilizarse *el bombardeo de ideas* para debatir en grupo, con el personal, las funciones y las actividades de trabajo; sin embargo, puede suscitar en el personal expectativas de cambio y generar material contradictorio (Buchan *et al.* 2000). Los debates en grupos orientados también son una forma de *bombardeo de ideas*.

Con la excepción del juicio profesional, el análisis de los puestos de trabajo y la técnica del *bombadeo de ideas*, la mayoría de los métodos que exponen estos autores requieren numerosos datos. También esto puede ser una limitación.

LIMITACIONES DE LAS PRUEBAS

En las publicaciones procedentes de América del Norte se han establecido, en el pasado decenio, las relaciones entre los modelos específicos de dotación de personal de enfermería y los resultados obtenidos en los pacientes. Sin embargo, sigue habiendo vacíos y deficiencias. Entre ellos puede mencionarse la determinación de las repercusiones que tienen los factores del entorno de trabajo en los modelos de dotación de personal y en los resultados obtenidos en los pacientes (McGillis Hall 2005). También es preciso seguir trabajando para aclarar la eficiencia de los costos de los distintos modelos de dotación de personal de enfermeras (Spetz 2005). Se han identificado los problemas del nivel del análisis de las variables de la dotación de enfermeras (McGillis Hall 2005) y los errores de medida cuando se emplean algunos de los métodos de asignación del personal (Harless & Mark 2006). Finalmente, en las publicaciones no se han dado, hasta el día de hoy, estimaciones concretas de los niveles de dotación de personal que se precisan para dispensar al paciente una atención segura.

Varios autores describen las prácticas creativas de combinación de personal que han aplicado para abordar las crisis de los recursos humanos en la atención de salud en los países en desarrollo (Clarke *et al.* 2005; 2006; Hirschhorn *et al.* 2006; Dick *et al.* 2007; Rolfe *et al.* 2008; Liu *et al.* 2008). Aun cuando son innovadoras, estas iniciativas han encontrado numerosos obstáculos que han de tomarse en consideración al explorar nuevos modelos de combinación de personal.

En una evaluación de la práctica de contratar en el exterior los servicios de atención primaria de salud de los países en desarrollo, se identificaron mejoras del acceso a los cuidados. Sin embargo, no pudieron determinarse la equidad, la calidad ni la eficiencia, ni se abordó la combinación de personal (Liu *et al.* 2008).

En Tanzania se aplicaron prácticas de obstetricia independientes y en pequeña escala, recurriendo a enfermeras ya jubiladas o próximas a la jubilación para dispensar cuidados personalizados en zonas con escasos servicios (Rolfe *et al.* 2008). En un análisis de esta iniciativa en nueve distritos, mediante el estudio de múltiples casos, se vio que los requisitos reglamentarios obligaban a que las prácticas profesionales se realizasen en instituciones. La escasez de los préstamos para el inicio de las operaciones, la falta de formación empresarial y los procedimientos burocráticos de registro también podían causar dificultades, lo quedaba lugar a infrautilización y causaba problemas de sostenibilidad (Rolfe *et al.* 2008).

Las iniciativas emprendidas en los países en desarrollo para trasladar las tareas de las enfermeras a los asesores y a compañeros formados, han puesto de relieve que, para una formación y supervisión adecuadas, es necesario mantener el nivel de los cuidados (Hirschhorn *et al.* 2006). De hecho, en una reunión de consultas, celebrada en Zambia en 2006 por la Alianza mundial para los recursos humanos de salud, la OMS y el Organismo sueco de desarrollo internacional, se señalaron diversos problemas relacionados con la formación o la capacitación de los trabajadores de atención de salud en los países en desarrollo (OMS 2006b). Entre ellos se incluían cuestiones de capacidad relacionadas con una infraestructura deficiente, la falta de docentes, unos modelos de formación/capacitación fragmentarios e inadaptados a las necesidades, formadores con

escasa motivación, y una formación/capacitación dirigida a aplicar “soluciones rápidas” y que comprometen la calidad (OMS 2006b). En la declaración conjunta de las profesiones de salud, de 2008, sobre el cambio de tareas, se insiste en que “es preciso que haya profesionales de atención de salud suficientes para la necesaria selección, formación, dirección, supervisión y formación continua de los trabajadores auxiliares” (Confederación internacional de matronas *et al.* 2008 pág. 1) situados en esas funciones de cambio de tareas.

Al mismo tiempo, en Sudáfrica las enfermeras de atención primaria han elaborado un programa educativo para formar, como trabajadores no profesionales de salud de la comunidad para la pronta detección y tratamiento de la tuberculosis, a algunos granjeros seleccionados por sus compañeros. En los estudios se comunicó una mejor detección de los casos, aunque los resultados no eran estadísticamente significativos (Clarke *et al.* 2005; Dick *et al.* 2007). Los autores señalan que el programa era viable aun cuando los recursos humanos de salud iban en disminución (Clarke *et al.* 2005). En un estudio posterior de la eficiencia de los costos del programa, se identificó una reducción de hasta el 59% de los costos de cada uno de los casos de tuberculosis curados en las granjas que fueron objeto de intervenciones (Clarke *et al.* 2006). Otros estudios de investigación realizados con trabajadores de salud no profesionales revelaron que, aun cuando sus experiencias eran en conjunto positivas, se suscitaban críticas de parte de la comunidad y se ponían de relieve las dificultades de la función (Daniels *et al.* 2004). Asimismo, las enfermeras de atención primaria observaron que los trabajadores de salud no profesionales necesitaban un apoyo continuo (Dick *et al.* 2007). Esto confirma la declaración conjunta de los profesionales de salud sobre el cambio de tareas, en la que se identifica la necesidad de evaluar de manera permanente estos nuevos modelos para observar cómo influyen en la salud y en los resultados obtenidos en los pacientes (Confederación internacional de matronas *et al.* 2008 pág. 2).

CUESTIONES CONTEXTUALES EN LA ADOPCIÓN DE DECISIONES

Como se muestra claramente en las publicaciones, han de tenerse en cuenta varios aspectos del contexto al adoptar decisiones en torno a la combinación de capacidades. Esas cuestiones son, entre otras, las siguientes:

- Las características demográficas particulares de los recursos humanos
- La escasez de trabajadores de atención de salud
- La migración y el desarrollo de capacidades
- El entorno de trabajo y la seguridad
- Los sistemas de reglamentación
- La comunicación de los cambios, y
- Los costos

Aun cuando todos esos aspectos son de carácter universal, quizá sea necesario plantear cuestiones diferentes en el mundo desarrollado y en el mundo en desarrollo. Las cuestiones del contexto deben centrarse en la calidad, la seguridad y la economía del plan para la combinación de capacidades.

Características demográficas

En América del Norte, varios investigadores han visto que el nivel de formación y la experiencia del personal de enfermería son características contextuales importantes que hay que tener en cuenta al adoptar decisiones acerca de la combinación de personal. En un estudio, los hospitales que contaban con una proporción más alta de enfermeras preparadas en el nivel de bachiller experimentaban unas tasas más bajas de mortalidad tras las intervenciones quirúrgicas y de fracaso terapéutico (Aiken *et al.* 2003). En otro estudio, los clientes atendidos por enfermeras preparadas en el nivel de bachillerato en la comunidad concedían a éstas mejores puntuaciones en conocimientos y en comportamiento (O'Brien-Pallas *et al.* 2002).

En los países en desarrollo, dispensan cuidados muchas categorías de trabajadores de salud de la comunidad. Muchas veces, los trabajadores se forman en el puesto de trabajo. Como la formación tiene lugar sin un núcleo normalizado de planes de estudios, puede ser que no llegue a garantizar que los trabajadores han logrado los niveles de competencia necesarios para las tareas que se esperan de ellos. Muchas de esas tareas corresponden al ámbito de los cuidados básicos de enfermería, lo que induce a algunos a preguntarse si los trabajadores de salud de la comunidad en dedicación completa –cuya formación dura de seis meses a un año– deberían estar regulados de manera análoga a la enfermería. Esto les permitiría obtener las ventajas de organización, de supervisión y de reglamentación comunes a todas las profesiones de salud y contribuiría a mejorar la calidad de los cuidados.

Escasez de trabajadores de atención de salud

El carácter de la escasez mundial de trabajadores de salud es diferente en los distintos países y continentes. Aun cuando en todo el mundo los trabajadores de atención de salud son una parte esencial para el funcionamiento del sistema de los cuidados, "hay entre los países una enorme disparidad en el modo en que se elaboran y se aplican las políticas de recursos humanos. Se dan importantes variaciones del número de trabajadores de atención de salud por habitante y de la combinación de las capacidades empleadas" (Gupta *et al.* 2003 pág. 2).

Los países africanos se encuentran en una de las más difíciles situaciones (OMS 2008), pues tienen las tasas de mortalidad más elevadas y la mayor escasez de trabajadores de salud, de todo el mundo. En una reciente conferencia sobre la crisis de los recursos humanos de salud en los países africanos se notificó que, "La Región de las Américas, de la OMS, con el 10% de la carga mundial de la enfermedad, tiene el 37% de los trabajadores de salud de todo el mundo y gasta más del 50% de la financiación de la salud en todo el mundo, mientras que la Región Africana tiene el 24% de la carga y solamente el 3% de los trabajadores de salud, lo que supone menos del 1% del gasto mundial en salud" (OMS 2008 p. 12).

Otro de los problemas que se plantean en África es la desigual distribución de los trabajadores de atención de salud, con más instituciones de referencia e instituciones básicas en las grandes ciudades que en las zonas rurales, a menudo deshabitadas (OMS 2008). Esto hace que sean más urgentes los imperativos de la combinación de capacidades tanto para los países desarrollados como para los países en desarrollo. El primer imperativo es que ha de formarse en el plano mundial a un mayor número de enfermeras especialistas, para disminuir el desfase de los recursos humanos profesionales y dispensar los cuidados seguros y de calidad que corresponden a su ámbito profesional exclusivo. La presencia de un mayor número de enfermeras especialistas contribuirá también a conseguir el necesario apoyo, la supervisión y la formación necesarias de las categorías subprofesionales.

En una declaración publicada por seis importantes organizaciones internacionales de profesionales de salud se reconoce que la escasez de trabajadores de salud ha dado lugar, en algunos países, a la necesidad de considerar la posibilidad del cambio de tareas para tratar la crisis actual de los recursos humanos de enfermería (Confederación internacional de matronas *et al.* 2008). Se presentan doce principios para conseguir que sea eficaz el cambio de tareas a funciones nuevas (véase el Cuadro 3). Entre ellos figuran la consideración de los factores locales y específicos de cada país; la descripción de los requisitos de competencia para esas funciones; los sistemas y funciones de apoyo adecuados para los nuevos trabajadores; la aplicación de mecanismos de reglamentación para los nuevos trabajadores; la planificación y la vigilancia de las funciones; la evaluación de los beneficios económicos de esas funciones; la adecuada compensación y el ambiente de seguridad; la sensibilidad a los aumentos de la demanda de atención de salud; la vigilancia de calidad en relación con las necesidades de salud mundiales; la garantía de que las nuevas funciones no se utilizarán para sustituir a profesionales de salud en paro o subempleados; los problemas de sostenibilidad; y la integración en el equipo local (Confederación internacional de matronas *et al.* 2008).

Cuando se empleen modelos para el cambio de tareas, ha de insistirse claramente en la necesidad de prestar apoyo al personal de enfermería, más bien que sustituirlo. Antes de recurrir al cambio de tareas, debe hacerse todo lo posible por utilizar el personal de atención de salud que esté desempleado. En informes recientes se expone que en Kenia “está desempleado un importante conjunto de profesionales de salud cualificados, especialmente enfermeras” porque se ha congelado la contratación a partir del decenio de 1990 (Adano 2008 pág. 2). Grupos importantes de profesionales de salud han afirmado explícitamente que “no deben emplearse trabajadores auxiliares con preferencia a los profesionales de salud desempleados o subempleados” (Confederación internacional de matronas *et al.* 2008 pág. 2).

La decisión de ofrecer un servicio basado en profesionales más bien que dirigido por profesionales, en situaciones de escasez de enfermeras, puede influir en la calidad y en la seguridad de la atención dispensada al paciente. Al aplicar una adecuada combinación de capacidades, por ejemplo formar y recurrir a otras categorías de trabajadores para la formación básica y el asesoramiento, el tiempo ahorrado podría aplicarse a dispensar cuidados de mejor calidad a los pacientes que requieren específicamente experiencia y capacidad “profesional”.

Cuadro 3: Los principios para el Cambio de tareas

Factor	Principio
Decisiones sobre la combinación de capacidades	Las decisiones sobre la combinación de capacidades deben ser específicas para cada país y tomar en consideración las necesidades locales de prestación de servicios, los factores de calidad y efectividad, la eficiencia, la actual configuración de los servicios de salud y los recursos disponibles, así como la capacidad de producción y de formación, y han de incluir a las profesiones de salud en la adopción de decisiones
Competencia de las funciones	Las funciones y las descripciones de los puestos han de formularse sobre la base de las competencias necesarias para dispensar el servicio y han de formar parte de un marco profesional coherente y basado en la competencia profesional, que fomente el avance mediante el aprendizaje a todo lo largo de la vida y el reconocimiento de la competencia actual y cambiante
Sistema y apoyos necesarios	Tiene que haber profesionales de salud suficientes para la necesaria selección, dirección, supervisión y formación continua de los trabajadores auxiliares
Necesidades de reglamentación	Han de establecerse reglamentos para el personal auxiliar y para el cambio de tareas en las profesiones de que se trate. Debe exponerse con claridad quién es el responsable de una supervisión favorable del personal de apoyo. En cualquier caso, en la elaboración del plan de estudios, en la docencia, en la supervisión y en la evaluación deben participar siempre los profesionales de salud cuyas tareas van a cambiarse
Planificación y vigilancia	Han de hacerse una planificación y vigilancia adecuadas para evitar el peligro de generar un sistema fragmentado y disgregado que no satisfaga todas las necesidades de salud del paciente, ofrezca una serie de servicios paralelos y desconectados que resulten ineficientes y confusos, y pueda reducir la motivación y dar lugar a altos índices de abandono de la profesión

Compensación y seguridad en el trabajo	El personal auxiliar ha de tener una compensación y ventajas iguales a un salario vital, un lugar de trabajo seguro y unos suministros adecuados que garanticen su propia seguridad y la de sus pacientes. Al mismo tiempo, ha de esperarse de él que trabaje en el marco del código de conducta establecido por su empleador
Nuevas demandas	Con el despliegue del personal auxiliar aumentará, al menos de tres maneras, la demanda que pesa sobre los profesionales de salud: 1) tendrán mayores responsabilidades en tanto que instructores y supervisores y podrán restar menos tiempo a otras tareas; 2) se precisará un mayor número de ellos para cuidar a los nuevos pacientes que generará la eficacia del cambio de tareas; y 3) los profesionales de salud se verán ante pacientes que tienen necesidades de salud más complejas (los casos más sencillos se resolverán con el cambio de tareas) y, por tanto, necesitarán capacidades más complejas de análisis, de diagnóstico y de tratamiento
Análisis económico	Ha de hacerse un análisis fiable del beneficio económico del cambio de tareas, en el que se constate que ese beneficio es igual o mejor: nos referimos a los resultados de salud, la economía de los costos, la productividad, etc. En una evaluación constante, especialmente de los cambios de la combinación de capacidades y de la introducción de nuevas categorías de trabajadores y nuevos modelos de cuidados, debe considerarse de manera sistemática la repercusión que ejerce en los resultados de salud y en los obtenidos en los pacientes, así como su eficiencia y efectividad
Vigilancia constante de la calidad del sistema de salud	Cuando el cambio de tareas se produce en respuesta a determinados problemas de salud, tales como el VIH, deben hacerse una evaluación y una vigilancia periódicas de todo el sistema de salud del país de que se trate. En particular, la evaluación de la calidad en relación con los resultados totales del sistema de salud en la población es esencial para cerciorarse de que los programas mejoran la salud de los pacientes en todo el sistema de atención de salud
Funciones complementarias	No debe emplearse a trabajadores auxiliares a expensas de profesionales de salud desempleados o subempleados. El cambio de tareas debe ir unido a una remuneración adecuada y justa de los profesionales de salud y al mejoramiento de sus condiciones de trabajo
Sostenibilidad	Cuando el cambio de tareas trata de ser una estrategia de largo plazo, ha de ser sostenible. Si trata de ser de corto plazo, ha de haber una estrategia clara de sustitución
Integración de los trabajadores	Los trabajadores auxiliares han de estar integrados en los sistemas de prestación de atención de salud y ha de ser tratados como parte del equipo

Fuente: Confederación internacional de matronas *et al.* (2008)

Migración y desarrollo de capacidades

Otro de los problemas de recursos humanos al que se enfrentan los países africanos y asiáticos es la activa contratación de sus enfermeras, médicos y demás profesionales de salud por países más desarrollados, como el Reino Unido (OMS 2006a; OMS 2006b; Fox 2008; Hagopian *et al.* 2008). En un estudio reciente de más de 100 estudiantes de enfermería ugandesas se vio que la mayoría de ellas deseaban dejar Uganda para trabajar en los Estados Unidos o en el Reino Unido dentro de los cinco años siguientes a la terminación de sus estudios, ante todo para conseguir una mejor remuneración financiera (Nguyen *et al.* 2008). Esto pone de relieve la necesidad que tienen los países en desarrollo de examinar la posibilidad de emprender iniciativas para retener a las enfermeras.

Los participantes en la reunión de consultas celebrada en Zambia por la Alianza mundial para los recursos humanos de salud pusieron de relieve la importancia de ampliar la capacidad de las instituciones de formación y aplicar, al mismo tiempo, métodos de formación innovadores que respondan a las necesidades de atención de salud (OMS 2006b). Asimismo, insistieron en la necesidad de centrarse más en las oportunidades de integración, por ejemplo impartir conjuntamente información a las enfermeras y a las matronas (OMS 2006b).

La reciente declaración conjunta de los profesionales de salud sobre el cambio de tareas refuerza este aspecto al afirmar que “en las regiones geográficas que tienen una escasez grave de profesionales de salud, deben desplegarse y favorecerse iniciativas encaminadas a incrementar las oportunidades de formación de esos profesionales (antes y después de la titulación) y a incentivar su retención” (Confederación internacional de matronas *et al.* 2008 pág. 2). Esta combinación de una mayor formación y de superación de los factores que inducen a la migración es esencial para conseguir que los países en desarrollo cuenten con profesionales suficientes en su combinación de capacidades. Al mismo tiempo, los países desarrollados deben reducir su dependencia de la contratación de profesionales de los países en desarrollo. Esto puede conseguirse ampliando la formación y aumentando la retención y, además, aplicando soluciones de combinación de capacidades, cuando así convenga, en sus propios sistemas de salud.

La cuestión de la migración de los trabajadores de atención de salud es también causa de preocupación en los países desarrollados. Por ejemplo, en un estudio reciente realizado en el Canadá se identificó el problema de la emigración de las enfermeras canadienses a los Estados Unidos (McGillis Hall *et al.* 2009a; 2009b). Según expone Brush (2008), las enfermeras canadienses forman (después de las filipinas) el segundo de los grupos más numerosos de enfermeras inmigrantes en los Estados Unidos y representan algo más del 20% de las enfermeras extranjeras formadas que entran en ese país para trabajar. En esta obra se pone de relieve la importancia de que los gestores y los encargados de las políticas logren una mejor comprensión de los factores que contribuyen a la migración de las enfermeras, para que puedan aplicar iniciativas de política general encaminadas a reducir las dimensiones de ese problema.

Entornos de trabajo y seguridad

En una síntesis de lo publicado sobre los entornos de trabajo de calidad y sobre la seguridad de los pacientes se identificaron, en el plano de las unidades, varios factores esenciales de los entornos de trabajo de la atención de salud que importa considerar junto con la combinación de capacidades (McGillis Hall 2005). Entre esos factores se cuentan el trabajo en equipo y la colaboración multidisciplinaria, la cultura y el ambiente de la organización, el alcance del control del director de la unidad, la carga de trabajo y la productividad del personal de enfermería de la unidad, la autonomía y la adopción de decisiones del personal de enfermería, las oportunidades de perfeccionamiento profesional, los índices de ausentismo, y el recurso a las horas de trabajo extraordinarias (McGillis Hall 2005). En un informe estadounidense del Instituto de Medicina, se sugiere que en los entornos de trabajo de la enfermería se experimentan amenazas contra la seguridad de los pacientes, que tienen relación con la gestión de la organización, las prácticas de distribución de los recursos humanos, la organización del trabajo y la cultura de la organización (Page 2004). Al mismo tiempo, estudios realizados en el Reino Unido ponen de relieve que es importante tener en cuenta la autonomía en los estudios sobre la

dotación de personal de enfermería (Currie *et al.* 2005). En un informe australiano reciente sobre los entornos de trabajo de la enfermería se afirmaba que la autonomía de las enfermeras, el control de su ejercicio profesional y la dirección de la enfermería en cada unidad eran factores esenciales para dispensar una atención segura al paciente (Duffield *et al.* 2007).

En el plano mundial, se ha insistido también en la seguridad del entorno de trabajo desde la perspectiva de las personas, en relación con los trabajadores de atención de salud que viven con el VIH/SIDA (Hirschhorn *et al.* 2006).

Sistemas reglamentarios

Gupta *et al.* (2003) sugieren que son varios los factores que influyen en la manera en que cada sistema de atención de salud adopta, sobre el número de dispensadores de cuidados de salud y sobre la combinación de capacidades, decisiones tales como las que se refieren a la disponibilidad de los recursos, al entorno reglamentario, a la cultura y las costumbres del país. La Organización estadounidense de enfermeras ejecutivas prevé que, si bien los valores centrales de la atención y del conocimiento seguirán siendo los mismos, el trabajo de la enfermera cambiará en el futuro, como cambiarán también los requisitos que deberán cumplir las enfermeras (Health Research and Educational Trust 2008).

Aun cuando la reglamentación de los profesionales de salud tiene por objeto proteger al público garantizando la competencia profesional de los colegiados para ejercer la profesión, un examen de las pruebas actualmente disponibles sugiere que la reglamentación de enfermería habrá de ser más transparente y flexible en el futuro, para reflejar el cambiante entorno de trabajo y la aparición de nuevas funciones (Bryant 2005). En resumen, los cambios de reglamentación de las enfermeras especialistas habrán de armonizarse con las responsabilidades de esas enfermeras en cuanto a las soluciones dadas para la combinación de capacidades. Los cambios reglamentarios se aplicarán también a quienes asuman nuevas tareas y han de abarcar esferas tan dispares como las normas, la práctica ética, y los registros. En resumen, los países que apliquen disposiciones relacionadas con la combinación de capacidades deben preguntarse cuáles son los cambios reglamentarios que se precisan.

Comunicación del cambio

Un sector que ha recibido poca atención es el de la gestión del cambio de la dotación de personal o de la combinación de capacidades. Más allá de la reticencia normal que suscita el cambio, el personal tendrá numerosas preocupaciones y se planteará muchas preguntas. En el conjunto de instrumentos del CIE sobre la seguridad de la dotación de personal se reconoce este punto y se insiste en que es importante un plan de comunicaciones para influir en los cambios de la adopción de decisiones sobre el personal (CIE 2006). La comunicación no debe hacerse solamente desde arriba hacia abajo, sino que también ha de ser consultiva y debe implicar al personal en la planificación y en aspectos tales como la aclaración de las definiciones de las funciones, o en la aportación de datos sobre las tareas y actividades (Buchan *et al.* 2000). Se supone que estos mecanismos son más eficaces porque la enfermera se implica en la actividad cuando ésta ya está en curso.

Costos

Algunos autores sugieren que en la adopción de decisiones sobre la dotación de personal de enfermería debe seguirse el principio económico básico de los costos y los beneficios, incluidos los costos no monetarios y los costos de oportunidad; según este principio los costos de oportunidad son los que van asociados a la opción del uso del recurso (Spetz 2005). “El nivel óptimo de la dotación de personal de enfermería *no* es simplemente el número de enfermeras con el que se evitará el mayor número de muertes” (Spetz 2005 p. 305). Sin embargo, los estudios económicos sobre la dotación de personal de enfermería son complejos y la investigación en este sector tiene muchas limitaciones, tales como dificultades para hacer ajustes para tener en cuenta las diferencias de la gravedad, las diferencias en las competencias del personal, la regulación de la práctica de enfermería, la deficiente medición de los costos y de los resultados de la atención de salud de una manera que evite las confusiones. No se trata sólo de los costos, sino de la eficiencia de esos costos. Evidentemente, emplear a una auxiliar es más barato que emplear a una enfermera especialista; sin embargo si el resultado es peor, el costo total de la auxiliar es mayor, aun cuando su salario sea menor.

Lo importante es reconocer la diferencia entre las consecuencias de un modelo de “pago por servicio”, predominante en algunos países desarrollados, y las de los presupuestos fijos que se dan en algunos países en desarrollo. En el caso de las primeras, si la carga o la gravedad aumenta, aumentan también los ingresos y se ponen a disposición más fondos, lo que permite emplear a un mayor número de enfermeras especialistas. Asimismo, las diferencias salariales entre las enfermeras especialistas y las enfermeras no especialistas pueden ser pequeñas, lo que compensa los ahorros de costos que supone el recurso a trabajadores menos capacitados. Al mismo tiempo, en las situaciones que se dan en los países en desarrollo hay que tratar de conseguir los cuidados máximos con los limitados fondos disponibles y, por tanto, buscar el mejor equilibrio numérico entre personal profesional, personal auxiliar y personal de la comunidad.

INFORMACIÓN PARA FORMULAR LAS DECISIONES SOBRE LA COMBINACIÓN DE CAPACIDADES

De este examen de lo publicado se desprende claramente que hay varios elementos de datos que deben tenerse en cuenta al adoptar las decisiones sobre la combinación de capacidades. Algunos han sugerido unas directrices prácticas que incluyen la identificación del problema que se trata de resolver con el cambio de la combinación de capacidades, establecer cualesquiera limitaciones de la capacidad para introducir los cambios de esa combinación, entender los recursos disponibles para favorecer el cambio –recursos técnicos, acceso a datos, sistemas de información y personal– e identificar y aplicar un método para el cambio de la combinación de capacidades (Buchan *et al.* 2000).

Otros han adoptado una opinión más amplia e insisten en la importancia de colaborar con las personas interesadas y con el gobierno para provocar el cambio. Por ejemplo, en el informe del CIE de 2006 sobre la dotación segura de personal, se recomienda también establecer la amplitud del problema de esa dotación, definir lo que es una dotación segura en el contexto de los requisitos de los pacientes, reunir datos pertinentes, y utilizar un instrumento de evaluación para matizar cualesquiera aspectos. Sin embargo, en el informe se va más allá de estos conceptos preliminares para sugerir que:

- Se prepare un plan de comunicaciones destinado a influir en la adopción de decisiones
- Se utilice el conjunto de instrumentos del CIE como base para una dotación segura de personal
- Participar en la planificación de los recursos humanos de salud y en la elaboración de la política general en el plano del gobierno
- Favorecer la realización de nuevos estudios para examinar las consecuencias que tienen los cambios de la dotación de personal en las condiciones de trabajo, en la vida laboral y en la seguridad de los pacientes
- Influir en los empleadores para conseguir entornos de trabajo saludables y niveles seguros de dotación de personal
- Dar al público más formación sobre la importancia de los servicios que las enfermeras dispensan, y
- Colaborar en iniciativas locales que fomenten un entorno saludable de trabajo para las enfermeras (CIE 2006)

Al planificar cambios de la combinación de capacidades, es importante tener en cuenta todo el alcance de las pruebas disponibles. Son particularmente valiosos los datos que constituyen los puntos que se exponen en el Cuadro 4, lista elaborada para orientar el proceso de adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades. En el cuadro se recogen los tres elementos de la adopción de decisiones; cada uno tiene sus propios requisitos de información. El primer elemento está pensado para tratar los aspectos contextuales más generales del cambio de la combinación de capacidades, en el segundo se exponen los métodos posibles, y en el tercero se facilitan los indicadores específicos que pueden ser útiles para evaluar los principales aspectos de las necesidades de atención al paciente, la capacidad del personal y el carácter del contexto.

Cuadro 4: Lista para aplicar un cambio de la combinación de capacidades

Antes de aplicar el cambio de la combinación de capacidades:

- √ identificar el problema que trata de resolver el cambio de la combinación de capacidades
- √ determinar las limitaciones de la capacidad para llevar a cabo los cambios de la combinación
- √ comprender los recursos de que se dispone para favorecer el cambio (recursos técnicos, acceso a los datos, sistemas de información y recursos de personal)
- √ Identificar un método para el cambio de la combinación de capacidades.

Fuente: Buchan *et al.* 2000

Seleccionar un método para introducir un cambio de la combinación de capacidades para abordar:

- √ los coeficientes entre el número de dispensadores y la población²
- √ los métodos basados en las necesidades de salud de la población²
- √ los métodos de la demanda de servicios orientados²
- √ los modelos funcionales por los que se hacen estimaciones del personal que se precisa para un determinado número de pacientes²
- √ los análisis basados en las tareas de una unidad de trabajo y la identificación de los conocimientos y capacidades necesarios para llevar a cabo esa tarea^{1,2}
- √ los indicadores basados en la carga de trabajo^{1,2}
- √ un análisis o muestreo de la actividad¹
- √ la autoinformación diaria¹
- √ la reorganización¹
- √ el juicio profesional¹
- √ un “bombardeo de ideas” en el grupo¹

Fuente: Adaptado de Buchan *et al.* 2000¹; Hirschhorn *et al.* 2006²

Indicadores específicos que hay que tener en cuenta:

(1) En el paciente:

- √ edad
- √ capacidad funcional
- √ capacidades de comunicación
- √ diversidades culturales y lingüísticas
- √ gravedad y urgencia del estado [admisión]
- √ procedimientos previstos y su complejidad
- √ capacidad para satisfacer todas las necesidades de atención de salud
- √ disponibilidad de apoyos sociales
- √ otras necesidades específicas identificadas por el paciente y por la enfermera especialista

(2) En el personal:

- √ experiencia de la población a la que se dispensan cuidados
- √ nivel de experiencia [desde principiante a experto]
- √ formación y preparación, incluida la titulación
- √ capacidades idiomáticas
- √ lugar de la unidad [contexto]
- √ nivel de control del entorno de la práctica profesional
- √ grado de participación en iniciativas relacionadas con la calidad
- √ medida de la inmersión en actividades, tales como la investigación de enfermería, que amplían el acervo de los conocimientos de enfermería
- √ medida de la participación en actividades interdisciplinarias y de colaboración relacionadas con las necesidades de los pacientes, en las que participan las enfermeras
- √ número y competencias del personal auxiliar clínico y no clínico con el que debe colaborar y al que debe supervisar la enfermera enfermera especialista

(3) En el contexto/institución de atención de salud

- √ número de pacientes
- √ niveles de gravedad de los pacientes a los que se dispensan los cuidados
- √ aspectos del contexto, tales como la estructura y la geografía del entorno, y tecnología disponible
- √ estructura del gobierno interno
- √ participación en actividades de medida de la calidad
- √ preparación de los caminos críticos (calendarios)
- √ evaluación de los resultados de la práctica
- √ servicios de apoyo eficaces y eficientes (de transporte, administrativos, de contabilidad, de laboratorio, etc.) para reducir el tiempo dedicado a cosas distintas de la atención al paciente y para que sea menor la necesidad de que las enfermeras hayan de rehacer el trabajo
- √ acceso a la información oportuna, precisa y relevante que ofrece la tecnología de las comunicaciones que relaciona los datos clínicos, administrativos y de resultados
- √ orientación y preparación suficientes, y de enfermeras docentes y enfermeras expertas, para asegurar la competencia de la enfermera especialista
- √ preparación específica en la tecnología utilizada para dispensar los cuidados al paciente
- √ tiempo necesario para colaborar con otro personal y supervisarlos y
- √ apoyo en la adopción ética de decisiones
- √ oportunidades suficientes para coordinar los cuidados y disponer su continuidad y la formación del paciente y de la familia
- √ tiempo adecuado para que las enfermeras especialistas puedan coordinar y supervisar a los trabajadores regulados
- √ procesos para facilitar las transiciones durante la reforma de las tareas, las fusiones y otros cambios importantes de la vida de trabajo
- √ el derecho del personal a comunicar las condiciones inseguras o la insuficiencia de personal sin que sufra represalias.

Fuente: Adaptado de la ANA (1999)

CONCLUSIONES

En la mayoría de los países del mundo, la profesión de enfermería dispensa la mayor parte de la atención al paciente en todos los niveles del sistema de salud (Cohen 2008). Sin embargo, la constante escasez de personal de atención de salud ha creado problemas que exigen explorar modelos de dotación de personal diferentes.

Aun cuando son evidentes los valores de los modelos de dotación de personal vinculados a los resultados obtenidos en los pacientes, la mayor parte de esa labor se ha realizado en los países desarrollados. Son escasos los estudios que se han hecho sobre la adopción de decisiones acerca de la combinación de capacidades o sobre los modelos (Hagopian *et al.* 2008). A pesar de ello, es evidente que los países desarrollados y los países en desarrollo plantean de manera diferente las decisiones acerca del personal de atención al paciente, sobre la base de aspectos que van desde la disponibilidad de recursos para la atención de salud hasta la propia salud y las necesidades de la población a la que sirven.

En el presente examen se han identificado algunos de los problemas concomitantes a la aplicación de diversas prácticas de combinación de personal, tales como las introducidas en los países en desarrollo. Es preciso seguir trabajando para establecer el modo en que estos nuevos modelos han influido en los resultados y para identificar los apoyos que se necesitan para una aplicación favorable y eficaz.

REFERENCIAS

- Adano U (2008), 'The health worker recruitment and deployment process in Kenya: an emergency hiring program', *Human Resources for Health*, vol. 6, article 3, accessed 21 April 2009, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-19.pdf.
- African Union (2007), 'Africa health strategy: 2007-2015', Third session of the African Union conference of ministers of health, Johannesburg, 9-13 April, African Union, Addis Ababa.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM & Silbur J (2003), 'Educational levels of hospital nurses and surgical mortality', *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, no. 12, pp. 1617-1623.
- American Nurses Association (1999), *Principles for nurse staffing*, ANA, Washington.
- American Nurses Association (2005), *Utilization guide for the ANA principles for nurse staffing*, ANA, Washington.
- ANA See American Nurses Association
- Atun RA, Bennett S & Duran A (2008), *When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?*, accessed 13 October 2008, www.euro.who.int/document/hsm/5_hsc08_epb_8.pdf.
- Ayre TC, Gerdtz MF, Parker J & Nelson S (2007), 'Nursing skill mix and outcomes: a Singapore perspective', *International Nursing Review*, vol. 54, no. 1, pp. 56-62.
- Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Sandhu M, Fridman M & Aronow HU (2007), 'Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nurse-sensitive outcomes pre- and postregulation', *Policy, Politics & Nursing Practice*, vol. 8, no. 4, pp. 238-250.
- Brown SA & Grimes DE (1995), 'A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care', *Nursing Research*, vol. 44, no. 6, pp. 332-339.
- Brush BL (2008), 'Global nurse migration today', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 40, no. 1, pp. 20-25.
- Bryant R (2005), *Regulation, roles and competency development* [ICN issue paper], accessed 4 June 2008, www.icn.ch/global/Issue1Regulation.pdf.
- Buchan J, Ball J & O'May F (2000), *Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals* [WHO discussion paper], accessed 1 March 2008, www.who.int/hrh/documents/en/skill_mix.pdf.
- Buchan J & Calman L (2004), *The global shortage of enfermera especialistas: an overview of issues and actions*, accessed 15 February 2008, www.icn.ch/global/shortage.pdf.
- Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, Lombard CJ & Diwan VK (2005), 'Lay health workers improve TB treatment outcome in commercial farming area of South Africa: a cluster randomized control trial', *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 9, no. 6, pp. 673-679.
- Clarke M, Dick J & Bogg L (2006), 'Cost-effectiveness analysis of an alternative tuberculosis management strategy for permanent farm dwellers in South Africa amidst health service contraction', *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 34, no. 1, pp. 83-91.
- Cohen GM (2008), 'Protecting health professionals, our most precious resource' [guest editorial], *International Nursing Review*, vol. 55, no. 1, pp. 1-2.
- Currie V, Harvey G, West E, McKenna H & Keeney S (2005), 'Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 51, no. 1, pp. 73-82.
- Daniels K, Van Zyl H, Clarke M, Dick J & Johansson E (2004), 'Ear to the ground: listening to farm dwellers talk about their experiences of becoming lay health workers', *Health Policy and Planning*, vol. 73, no. 1, pp. 92-103.
- Dick J, Clarke M, van Zyl H & Daniels K (2007), 'Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector', *International Nursing Review*, vol. 54, no. 4, pp. 383-390.

- Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin C, Brown D, Elashoff JD & Sandhu M (2005), 'Impact of California's licensed nurse-patient ratios on unit-level nurse staffing and patient outcomes', *Policy, Politics, and Nursing Practice*, vol. 6, no. 3, pp. 198-210.
- Duffield C, Roche M, O'Brien-Pallas L, Diers D, Aisbett C, King M, Aisbett K & Hall J (2007), *Glueing it together: nurses, their work environment and patient safety*, accessed 15 February 2008, www.health.nsw.gov.au/pubs/2007/nwr_report.html.
- Ettner SI, Kotlerman J, Abdelmonem A, Vazirani S, Hays RD, Shapiro M & Cowan M (2006), 'An alternative approach to reducing the costs of patient care? A controlled trial of the multi-disciplinary doctor-nurse practitioner [MDNP] model', *Medical Decision Making*, vol. 26, no. 1, pp. 9-17.
- Fox M (2008), 'Recruiting African health workers a crime: Lancet', *Reuters*, 21 February, accessed 25 February 2008, www.reuters.com/article/healthNews/idUSN2149268920080221?feedType=RSS&feedName=healthNews&pageNumber=1&virtualBrandChannel=0.
- Gerdtz MF & Nelson S (2007), '5-20: A model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia', *Journal of Nursing Management*, vol. 15, no. 1, pp. 64-71.
- Gupta N, Diallo K, Zurn P & Dal Poz MR (2003), 'Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys?', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 5, accessed 15 February 2008, www.human-resources-health.com/content/1/1/5.
- Hagopian A, Micek MA, Vio F, Gimbel-Sherr K & Montoyo P (2008), 'What if we decided to take care of everyone who needed treatment? Workforce planning in Mozambique using simulation of demand for HIV/AIDS care', *Human Resources for Health*, vol. 6, article 3, accessed 15 February 2008, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-3.pdf.
- Harless DW & Mark BA (2006), 'Addressing measurement error bias in nurse staffing research', *Health Services Research*, vol. 41, no. 5, pp. 2006-2024.
- Health Research & Educational Trust (2008), *A call to action: ensuring global human resources for health* [proceedings report], accessed 11 June 2008, www.hret.org/hret/publications/content/proceedings.pdf.
- Hirschhorn LR, Oguda L, Fullem A, Dreesch N & Wilson P (2006), 'Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 1, accessed 15 February 2008, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-4-1.pdf.
- Horrocks S, Anderson E & Salisbury C (2002), 'Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors', *British Medical Journal*, vol. 324, no. 7341, pp. 819-823.
- International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association (2008), *Joint health professions statement on task shifting*, accessed 11 June 2008, www.icn.ch/Statement_12_principles.pdf.
- International Council of Nurses (2006), *Safe staffing saves lives - information and action tool kit*, accessed 15 February 2008, www.icn.ch/indkit2006.pdf.
- Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S & Wilt TJ (2007), 'The association of enfermera especialista staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis', *Medical Care*, vol. 45, no. 12, pp. 1195-1204.
- Kovner C & Gergen PJ (1998), 'Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 30, no. 4, pp. 315-321.
- Lankshear AJ, Sheldon TA & Maynard A (2005), 'Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence', *Advances in Nursing Science*, vol. 28, no. 2, pp. 163-174.
- Liu X, Hotchkiss DR & Bose S (2008), 'The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence', *Health Policy and Planning*, vol. 23, no. 1, pp. 1-13.
- McGillis Hall L (1997), 'Staff mix models: complementary or substitution roles for nurses', *Nursing Administration Quarterly*, vol. 21, no. 2, pp. 31-39.

- McGillis Hall L, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L & Donner GJ (2003), 'Nurse staffing models as predictors of patient outcomes', *Medical Care*, vol. 41, no. 9, pp. 1096-1109.
- McGillis Hall L (2005), *Quality work environments for nurse and patient safety*, Jones and Bartlett, Sudbury, MA.
- McGillis Hall L, Pink L, Lalonde L, Tomblin Murphy G, O'Brien-Pallas L, Spence Laschinger HK, Tourangeau A, Besner J, White D, Tregunno D, Thomson D, Peterson J, Seto L & Akeroyd J (2006), 'Decision making for nurse staffing: Canadian perspectives', *Policy, Politics, & Nursing Practice*, vol. 7, no. 4, pp. 261-269.
- McGillis Hall L, Pink GH, Jones CB, Leatt P, Gates M, Pink L, Peterson J & Seto L (2009a), 'Gone south: Why nurses migrate to the U.S. from Canada', *Healthcare Policy*, vol. 4, no.4, forthcoming.
- McGillis Hall L, Pink GH, Jones CB, Leatt P, Gates M, Peterson J & Seto L (2009b), 'The grass is always greener: Canadian-educated nurses in the US', *International Nursing Review*, vol. 56, no.2, forthcoming.
- Medical News Today* (2008), 'WHO releases new guidelines to address health worker shortages in Africa, increase access to HIV/AIDS services', *Medical News Today*, 10 January, accessed 4 February 2008, www.medicalnewstoday.com/articles/93541.php.
- Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, Friedewald WT, Siu AL & Shelanski ML (2000), 'Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians', *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, no. 1, pp. 59-68.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002), 'Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals', *New England Journal of Medicine*, vol. 346, no. 22, pp. 1715-1722.
- Nguyen L, Ropers S, Nderitu E, Zuyderduin A, Luboga S & Hagopian A (2008), 'Intent to migrate among nursing students in Uganda: measures of the brain drain in the next generation of health professionals', *Human Resources for Health*, vol. 6, article 5, accessed 15 February 2008, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-5.pdf.
- O'Brien-Pallas L, Irvine Doran D, Murray M, Cockerill R, Sidani S, Laurie Shaw B & Lochhaas-Gerlach J (2002), 'Evaluation of a client care delivery model, part 2: variability in client outcomes in community home nursing', *Nursing Economics*, vol. 20, no. 1, pp. 13-21, 36.
- Page A (2004), *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*, National Academies Press, Washington.
- Pearson A, Hocking S, Mott S & Riggs A (1992), 'Skill mix in Australian nursing homes', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 17, no. 7, pp. 767-776.
- Rassin M & Silner D (2007), 'Trends in nursing staff allocation: the nurse-to-patient ratio and skill mix issues in Israel', *International Nursing Review*, vol. 54, no. 1, pp. 63-69.
- Rolfe B, Leshabari S, Rutta F & Murray SF (2008), 'The crisis in human resources for health care and the potential of a 'retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania', *Health Policy and Planning*, vol. 23, no. 2, pp. 137-149.
- Shullanberger G (2000), 'Nurse staffing decisions: an integrative review of the literature', *Nursing Economics*, vol. 18, no. 3, pp. 124-148.
- Spetz J (2005), 'The cost and cost effectiveness of nursing services in health care', *Nursing Outlook*, vol. 53, no. 6, pp. 305-309.
- Van den Heede K, Clarke SP, Sermeus W, Vleugels A & Aiken L (2007), 'International experts' perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 39, no. 4, pp. 290-297.
- van Rensburg D, Steyn F, Schneider H & Loffstadt L (2008), 'Human resource development and antiretroviral treatment in Free State province, South Africa', *Human Resources for Health*, vol. 6, article 15, accessed 15 October 2008, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-15.pdf.
- World Health Organization (2006a), *The global shortage of health workers and its impact* [fact sheet N° 302], accessed 22 February 2008, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en/index.html.
- World Health Organization (2006b), *Global health workforce alliance: sharing experiences* [meeting report], accessed 22 February 2008, www.who.int/workforcealliance/documents/GHWA-Lusaka.pdf.

World Health Organization (2007), *Task shifting to tackle health worker shortages*, accessed 15 October 2008, www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf.

World Health Organization (2008), *Human resources for health in Africa: experience, challenges and realities* [meeting report], accessed 22 February 2008, www.who.int/workforcealliance/Douala_EN_WEB.pdf.



International Council of Nurses

International Centre for Human Resources in Nursing
3, place Jean-Marteau
1201 Geneva
Switzerland

Tel: + 41 22 908 0100

Fax: + 41 22 908 0101

Email: ichrn.secretariat@icn.ch

www.ichrn.org

www.icn.ch