



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Prioridades de Cooperación Técnica en Enfermería y Salud

2013-2015

Silvia Cassiani

Asesora Regional de Enfermería y Técnicos de Salud

Unidad de Recursos Humanos en Salud

Departamento de Servicios y Sistemas de Salud

Washington, DC

La enfermera saturada

“Ya casi a un año de que los centros hospitalarios públicos y semipúblicos incrementaron la carga horaria del profesional de salud de 120 horas a 160 horas. Cuarenta horas semanales para todos, pero, nunca se pusieron a pensar en las implicancias de la profesional de enfermería, la cual es la que mantiene contacto permanente con el paciente, la que escucha, la que atiende, la que da consuelo y amparo al moribundo, la que además de darse para el, debe de darse para todos los demás miembros de la institución como son laboratoristas, médicos, terapistas respiratorios, personal de servicios varios etc.

Somos la base y la principal piedra angular de los hospitales y centros de salud. ¿Por qué lo digo? Pues porque por donde sea que se mire nosotras nos encontramos inmersas en todo. Velamos por el orden y que todo los materiales que se necesiten estén siempre disponibles, armamos programas educativos, administramos áreas hospitalarias y el personal que en ellas trabajan, resolvemos problemas, luchamos y defendemos los derechos del paciente cuando estos intentan ser violados. Pasamos horas de pie, de manera incansable y olvidamos que nuestras piernas adquirirán varices, que nuestra presión arterial podría subir y que nuestra salud mental también podría ser alterada, lidiamos con el sufrimiento humano día a día, vemos morir a los pacientes y como su familia sufre, pese a todo este sacrificio no somos valoradas y por el contrario el Ejecutivo decreta hacernos trabajar 8 horas diarias, y nos otorga la peor remuneración de todas las que perciben los demás profesionales del MSP. Si se pudiese investigar se darían cuenta que somos la última rueda del coche en lo que a salarios se refiere. Nos hacen trabajar de 15h00 a 23h00, exponiéndonos a la delincuencia ya que llegamos a casas a la media noche, esto no es HUMANO. Señor Presidente, recuérdenos y ayúdenos. Ya el colegio de enfermeras del Guayas se encuentra luchando para que volvamos a las 6 horas laborables y han sido declaradas inconstitucionales PERO aún no se ejecuta. Por favor actuemos rápido y no se olvide de nosotras.

Laboro para una institución semi pública, donde trabajamos 5 días seguidos y 8 horas diarias. Mis colegas y yo, no podemos dedicar tiempo de calidad a nuestras familias, y no gozamos de buena salud. Son 5 días en los que nos saturamos de trabajo, porque lamentablemente no hay personal suficiente, y siendo internacionalmente la norma de 4 pacientes críticos por enfermera, acá nos dan 6. Porque? Porque no hay suficiente personal de enfermería. A usted que lee estas líneas le gustaría que la atienda una enfermera agotada y saturada? Pues creo que no, uno necesita alguien satisfecho con su trabajo y con la energía suficiente.

Los posgrados ni que se diga, ya no existen en las universidades posgrados para nosotras, haciendo que sigamos sin poder superarnos, y poder dar un mejor nivel de vida a nuestras familias con tan pobre salario que percibimos. Algunas de las colegas optan por trabajar en dos o tres lugares, dejando a un lado sus familias, y vida, solo dedicándose a los pacientes.

En el área de la salud, trabajar durante muchas horas puede representar riesgos a la salud de los trabajadores y riesgos para los pacientes. Entre las enfermeras existe una interacción entre factores estresantes del trabajo y extra laborales, porque asocian las demandas de trabajo con las demandas sociales y familiares.

Con mucha esperanza termino este artículo, esperando que mis colegas lo lean y así mismo nuestras máximas autoridades de la salud lo hagan, llamándoles a su corazón para que las cosas puedan cambiar para bien, ya que con certeza en el momento que estén enfermos y necesiten ser hospitalizados, siempre verán mañana, tarde y noche, el rostro de una enfermera”.

J A F C

Recibido del sitio de OPS: 15/06/2013

Introducción

La Región de las Américas vive un período de intensos cambios en los últimos años. En 2006, en la Región, vivían cerca de 100 millones de ancianos, para 2020 se espera que esa cifra se duplique y más de la mitad de ellos vivirán en América Latina y Caribe. Las personas con más de 60 años representan actualmente 10% de la población de América Latina y Caribe, e habrá un aumento de 25% para 2050. La tasa de mortalidad general continúa decreciendo (6.9 para 5.9/1000 hab.) así como la tasa global de fecundidad: 2.3 para 2.1 hijos/ mujer y la mortalidad infantil que ha reducido en 66%. La esperanza de vida, para ambos sexos, cambió de 72,2 para 76,2 años y habrá un aumento de 6,5 años más al 2050. Un total de 69% de las personas nacidas en América del Norte y 50% de las nacidas en América Latina y el Caribe llegarán a más de los 80 años de edad ¹.

Como panorama epidemiológico en nivel regional hay que presentar que 76,4% de las disfunciones en la población fueran causadas por enfermedades no transmisibles, 12,5% por transmisibles e 11,1 % por causas externas, la tasa de incidencia de tuberculosis: 3.6 por 100.000 habitantes es la tasa más baja hasta 1953, con mayor fuerza en varios grupos étnicos (asiáticos, afroamericanos, hispanos e caucásicos); la tasa estimada de nuevas infecciones por HIV disminuyó de 22,5 a 18,6 por 100.000 personas y la dengue es una de las enfermedades de importancia creciente para la salud pública de la Región. Entre 2006 y 2010 en las Américas se reportó cerca de 5 millones de casos, 3% graves, con letalidad media de 1,6% de casos. En 2010 se confirmó a 1^a. Epidemia de Cólera después de más de 100 años que se había librado de esa enfermedad.

En las Américas, el consumo de drogas ilícitas fluctúa entre 3% e 22% entre los países. La 4^a parte del total de desastres del mundo ocurrieron en esa región (442 de 1915) y las 48 millones de personas afectadas por los desastres representarían 5% de la población total (904 millones) afectadas por desastres globalmente (Agenda de la Salud para las Américas 2008-2017).

Las enfermedades no transmisibles son un tema de importancia actual para la OMS Y PAHO. El documento Enfermedades no transmisibles en América (2011) informa que las tasas de mortalidad debido a ENT son un 56% más altas para los hombres y un 86% más altas para las mujeres en países en desarrollo. En los países en desarrollo las personas mueren de ENT en las edades más jóvenes que en los países más ricos. Más de 1,5 millones de muertes por ENT ocurren en personas menores de 70 años.

A nivel mundial, aproximadamente 33% de las muertes debidas a enfermedades crónicas en países ocurren en personas con menos de 60 años siendo que cuatro enfermedades representan la mayoría de las muertes (datos de 2007): Enfermedades Cardiovasculares (1,5 millones - 38%), Cáncer (1 millón -26%), Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (200 mil-5%), Diabetes (230 mil- 6%) (Observatorio Regional de Salud)

La América Latina tiene una mortalidad debida a diabetes mayor de que cualquier región del mundo. Para la revista The Lancet, las ENT son una prueba de fuego para los sistemas de salud, debido al costo, integración de servicios, necesidad de expandir sus recursos humanos e integrar la prevención y atención nos servicios de atención primaria como parte de los servicios ofrecidos a la comunidad.

Más recientemente, la agenda pos 2015 de los objetivos del desarrollo del milenio informa que es reconocido que conforme los países se desarrollan, las enfermedades no transmisibles substituirán las enfermedades transmisibles con mayor fuerza y que el contexto de la transición epidemiológica son una de las principales causas de mortalidad globalmente. Las causas y determinantes de ENT varían largamente e incluyen exposición a toxinas ambientales, dietas no saludable y varias formas de desnutrición, tabaco,

exceso de sal y consumo de alcohol e estilos de vida. La agenda pós-2015 considera que el trabajo conjunto global será una parte integral del nuevo cuadro de referencias pos 2015.

Todavía para sí atingir a las metas mundiales de salud para la población y la cobertura universal de salud uno de los recursos más importantes en los sistemas de salud son los recursos humanos.

Mismo considerando los avances en la relación esencial entre los sistemas y servicios de salud y las instituciones formadoras de recursos humanos, 15 países de la Región no tienen conseguido una composición ni una distribución adecuada de los recursos humanos en salud. La migración es un fenómeno de interés, con la migración masiva de personal de salud procedente del Caribe. El documento Llamado a la acción de Toronto, ya informaba que uno de los desafíos y problemas es regular los flujos y migraciones de los trabajadores de salud de forma a permitir garantía de atención de salud para toda la población.

Para la cobertura universal de salud, tema de importancia actualmente. diversos factores tiene lugar, entre ellos una capacidad suficiente de trabajadores de salud bien entrenados, motivados providenciando servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes basados en la mejor evidencia disponible (WHO, Internet, oct. 2012).

Según la OMS, globalmente, 20-40% dos recursos gastos en salud son perdidos debido a causas comunes de ineficiencia como: trabajadores de salud desmotivados, duplicación de servicios e uso inapropiado del uso de medicamentos y tecnologías. Las enfermeras e parteras tienen contribuciones importantes como profesionales e como parte de equipos multidisciplinarios para la actuación junto a las ENT e la reducción dos factores de riesgo.

El documento La Salud Pública en las Américas, ya dice hace más de 10 años, que los trabajadores de salud pública (define como siendo todos os trabajadores de salud responsables por contribuir, directa o indirectamente, al cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, independiente de su profesión y de la institución donde trabajan) “son trabajadores del conocimiento, o sea, son trabajadores que interpretan y aplican el saber y la información para criar e proporcionar soluciones con valor agregado a los problemas de salud y como parte de sus tareas cotidianas, hacen recomendaciones en ambientes donde los cambios son continuos. Requieren tener acceso a las condiciones organizacionales que los permitan adquirir y aplicar conocimientos teóricos y analíticos, además de desarrollar el hábito del aprendizaje permanente y seguir siendo competentes e productivos para toda la vida.

En 2007, la Agenda de Salud para las Américas presentó 8 áreas de acción, entre ellas, fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud, pidiendo a los gobiernos enfrentar cinco desafíos críticos: 1. La definición e implementación de políticas y planes de largo plazo para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, basados en evidencia; 2. Encontrar soluciones para resolver las inequidades en la distribución del personal de salud, asignando más personal a las poblaciones con más necesidad; 3. Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo retengan a sus trabajadores de salud y eviten la escasez de personal; 4. Mejorar la capacidad de gestión de personal y las condiciones de trabajo para aumentar el compromiso de los trabajadores de salud con la misión institucional; 5. Acercar a las instituciones de salud para una planificación conjunta de necesidades y perfiles de los profesionales del futuro.

La Década de Recursos Humanos para la Salud (2006-2015) presupone esfuerzos a largo plazo para promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud en todos los países de la Región de las Américas, guiado por tres principios: 1. Los recursos humanos son la base del sistema de salud; 2. Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social 3. Los trabajadores de salud son protagonistas de su

desarrollo. El documento Llamado a la Acción de Toronto, fruto de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto –Canadá presentó desafíos críticos para el desarrollo de recursos humanos en salud y un conjunto de líneas de acción en todos niveles a fin de que cada uno de los países en la Región de las Américas haya avanzado en alcanzar sus objetivos en salud a través del desarrollo de sus recursos humanos.

En septiembre de 2007 fue aprobado por la 27ª. Conferencia Sanitaria Panamericana las veinte metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la acción de Toronto. Al reconocer y valorar los recursos humanos la OPS solicita a los países que establezcan o fortalezcan los sistemas de información y seguimiento de los RHS, se exigen bases más sólidas para la formulación de políticas, la planificación, la elaboración de programas y la rendición de cuentas, tracen sus planes estratégicos nacionales de RHS y dispongan de los datos básicos necesarios. . En el cuadro abajo las metas son presentadas.

Cuadro 1: Metas regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015

DEFINIR POLÍTICAS Y PLANES DE LARGO PLAZO PARA PREPARAR MEJOR A LA FUERZA LABORAL	
Meta 1	Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.
Meta 2	Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.
Meta 3	Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.
Meta 4	La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región
Meta 5	Todos los países de la Región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud.
B. UBICAR A LAS PERSONAS ADECUADAS EN LOS LUGARES ADECUADOS	
Meta 6	La brecha de la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.
Meta 7	Al menos el 70% de los trabajadores de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales
Meta 8	El 70% de enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos en salud, incluyendo agentes comunitarios de salud, habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones
Meta 9	El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.
C. GARANTIZAR LA MANTENCIÓN DE UNA DOTACIÓN ADECUADA DE PERSONAL DE SALUD, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA PAÍS	
Meta 10	Todos los países habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.

Meta 11	Todos los países tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.
Meta 12	Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.
D. Generar ambientes de trabajo saludables e incentivar el compromiso del personal a través de relaciones laborales constructivas	
Meta 13	La proporción de empleo precario sin protección para los trabajadores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.
Meta 14	El 80% de los países contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.
Meta 15	Al menos el 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.
Meta 16	Todos los países contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.
E. Desarrollar mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y los servicios de salud	
Meta 17	El 80% de las escuelas de ciencias de salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
Meta 18	El 80% de las escuelas de ciencias de salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.
Meta 19	Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%
Meta 20	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Ambos documentos son lineamientos claves para la política de recursos humanos para la salud en la región de las Américas.

Recursos Humanos en Enfermería

Entre 2008-2009 el documento “ Scaling up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the Millennium Development Goals, publicado por el Departamento del Recursos Humanos para la Salud, de la OMS, apuntó cinco áreas claves para maximizar la contribución de la enfermeras e parteras : el fortalecimiento del sistema y servicios de salud, la política y práctica, la educación, entrenamiento y

desarrollo de la carrera; manutención de la fuerza de trabajo y el trabajo en colaboración en los servicios de enfermería y partería.

Una de las resoluciones más reciente de la OMS, WHA 64,7 de 24 de mayo de 2011 intitulada "Fortalecer la capacidad de la fuerza laboral de enfermería y partería" urge a los estados miembros trasladar en acciones su compromiso en fortalecer la enfermería e partería a través del desarrollo de metas y planes de acción como parte integrante de los planes de salud nacionales ; participación en el trabajo e iniciativas de WHO para fortalecer la educación y capacidad transformadora en enfermería ; fortalecimiento del conjunto de datos de las enfermeras y las parteras como una parte integrante de los sistemas de información de personal en el área de salud nacionales; aprovechar el conocimiento y experticia de investigadores de enfermería en la planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de salud y política del sistema de salud y programación ; aplicar estrategias para perfeccionamiento de la educación interprofesional y la práctica colaborativa ; incluir enfermeras y las parteras en el desarrollo y la planificación de programas de recursos humanos que apoye incentivos a la contratación, la retención y las estrategias para mejorar los temas de fuerza laboral ; ejecutar el Código mundial de la OMS de prácticas sobre contratación internacional de personal sanitario.

Más recientemente, en 27 de mayo de 2013 fue aprobada la resolución WHA 66.23 *Transforming health workforce education in support of universal health coverage* que urge a los países considerar fortalecer políticas, estrategias y planos a través de dialogo e política intersectorial entre los ministerios de educación, salud y finanzas y formulación e implementación de políticas e estrategias basadas en evidencia para fortalecer e transformar la educación e entrenamiento de la fuerza de trabajo en salud , incluyendo pero no limitado a la promoción de la educación interprofesional basados en la comunidad, en los sistemas de salud y en la comunidad entre otros.

Además de los documentos mucho se hace investigado sobre Recursos Humanos en Enfermería relacionado a los efectos de la economía en el mercadeo del trabajo de enfermería (Alameddine et al, 2012), los efectos de la dotación de personal de enfermería y la educación de enfermeras sobre disfunciones de pacientes en hospitales con diferentes entornos de trabajo de enfermeras (Aiken, 2011), Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales(Huicho et al, 2012), educación continuada en enfermería, rol del profesional y otros. Autores como Auerbach et al(2013)apuntan que la importancia de la enfermería crecerá en las próximas décadas en muchos países debido a nuevos modelos de provisión del cuidado, la reforma del sistema de salud en muchos países, grande énfasis a la prevención de la enfermedades, el tema de enfermedades no transmisibles entre otros. Hay una previsión de un déficit de 500.000 hasta 1 millón de enfermeras en 2020 en los Estados Unidos.

En la America Latina, los Indicadores Básicos de 2012, demuestran que el país con mayor número de enfermeras per 10.000 personas es el Canadá (93.0), seguido por Estados Unidos de la America (85). En la America Latina Bolivia (5.5), Colombia (8), Ecuador (6.5), Perú (9.5) y Brasil (7.1) son los países con el mayor número de enfermeras.

Una análisis rápida de la situación de Enfermería en algunos países en la región de las Américas evidencia que en países como Colombia, Brasil hay un esfuerzo de las escuelas de enfermería y del gobierno en reducir la distribución desigual de enfermeras pero hay un desequilibrio entre lo que es enseñado en las escuelas y lo que es practicado en las instituciones de salud. Por otro lado el aumento de los programas de educación y en la admisión no tiene cambiado las iniquidades regionales y hay una superposición entre las tareas ejecutadas por os médicos, enfermeras y auxiliares.

En Chile, hay una falta crónica de enfermeras calificadas activas en la profesión y una abundancia de médicos. En cuanto 17.467 médicos practican en Chile, solamente 8000 de las 18,000 enfermeras están trabajando ahora. Entre 2002-2008 el número de escuelas de enfermería en Chile creció para 84 con más de 30 programas de creación reciente. Era una oportunidad para la falta de enfermeras pero hay preocupación con la calidad de la educación en enfermería. En 2006 había solo 10 programas acreditados por la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (Breda).

Para Concha y col. los siguientes desafíos están planteados para enfermería en Chile: educación y creación de enfermeras especialistas y participación en equipos de investigación multidisciplinarios; el creciente número de técnicos de enfermería, el esclarecimiento de la identidad profesional, el reconocimiento del trabajo de las enfermeras en las instituciones de salud y la creación de nuevos programas de pos grado para aumentar el desarrollo del conocimiento en enfermería.

En Brasil, históricamente, el número de enfermeras registradas tiene sido más pequeño do que de otros profesionales de enfermería como técnicos y auxiliares. Datos de 2013 de la Asociación Brasileña de Enfermería muestran que el total de médicos (CFM, 2010) es de 364,757, el total de enfermeras es de 287.119 (Consejo Federal de Enfermería, 2010) por lo tanto, hay menos de 1 enfermero/ medico . El número de escuelas de enfermería hay aumentado numéricamente y geográficamente. En el país hay más de 800 escuelas de enfermería, con cerca de 650 escuelas privadas y de 150 públicas. La mayoría de las escuelas no atienden los criterios mínimos de calidad. Los pagos y las condiciones de trabajo son un problema para las enfermeras, con muchas enfermeras con 2 o 3 empleos diarios. Todavía en el área científica la producción científica y proyectos de investigación por enfermeras como principal investigadores crecieron mucho en los últimos 10 años con un desafío de crecer la publicación internacional. Brasil inició hace algunos años la experiencia de residencia multiprofesional, con participación de enfermeras, donde se incluyen actividades comunes para todos los profesionales, actividades teóricas y prácticas específicas de cada profesión como una forma de enseñanza interdisciplinaria.

En México, en 2007 fue criada una Comisión Permanente de Enfermería, como un cuerpo colegiado asesor de la Secretaria de Salud con el objetivo de conducir y analizar las acciones y actividades que se emprendan en materia de enfermería y establecer las políticas para la práctica profesional y formación del personal de enfermería. Así serán conformados Criterios Esenciales para la evaluación de planes y programas de estudio de las carreras de enfermería como: campo disciplinar, perfil profesional, perfil de ingreso, perfil del docente, infraestructura y equipamiento, campo clínico y organización académico-administrativa entre otros. Otros trabajos es con el Consejo mexicano para la Acreditación de Enfermería con la misión de acreditar programas de formación de profesionales de enfermería por medio del reconocimiento público y también está se conformando el Directorio Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería, proporcionando información acerca de la oferta educativa existente a nivel nacional (Arredondo-Perez, 2013)

En Argentina, según Chervo, Arzasni y Micozzi(2009), hay grandes prioridades en enfermería como: considerar el rol de enfermería, incluyendo su posición en el sistema de cuidado a salud ; la producción de nuevos conocimientos, teorías y prácticas con el soporte de programas de doctorado en enfermería.

En Ecuador según depoimento de Falconi (2013), se constata avances en la dotación de personal de salud/población de 10,000 hab, estando en 17.4 profesionales, con 7.4 enfermeras (superó el 5,5 anterior). Las universidades gradúan anualmente alrededor de 1500 enfermeras yen los sistemas y servicios de salud se constata problemas en la formación. La Ley orgánica de Educación Superior (2010) determinó el cierre

reciente de algunos programas de enfermería. La titularidad de las cátedras universitarias requiere docentes formadas a nivel del grado académico de doctorado y que las universidades tengan un 60 % de docentes con formación de maestría en áreas afines a la cátedra. Por ahora se constata que los postgrados que cursan las enfermeras son mayoritariamente interdisciplinarios y en las áreas de salud pública y administración y que no existen especializaciones o maestrías en las áreas propias de la profesión. Los aportes a la investigación regional adquieren nuevas exigencias y el personal de enfermería, no tiene amplia trayectoria en publicación en revistas de las bases de datos ISI, SCIMAGO o LATINDEX; aspectos que harán más complejo el reconocimiento a la calidad de los programas de formación de profesionales de enfermería y de salud. Finalmente, las universidades no han dado paso a la formación interdisciplinaria y tampoco existe un componente curricular integrado de atención primaria exigible en todos los currículos de la formación de profesionales de salud. No se debe dejar a un lado que existe conflictividad en los servicios de salud por cambios laborales recientes y por el regreso de las 6 a las 8 horas en la jornada de trabajo. Todos ellos son factores que incidirán en la acreditación de los programas de formación y por ende en la producción del recurso humano suficiente y cualificado que permita el logro de las metas

Las experiencias en los países del Cono Sur sobre la formación en enfermería con énfasis en la APS fue analizada en abril de 2011 por la representación de la OPS/OMS en Uruguay con el objetivo de identificar las instituciones formadoras que habían adoptado la estrategia de APS y el significado de esta incorporación. En todos los programas analizados se encuentran disciplinas aunque las denominaciones varían: enfermería comunitaria, salud comunitaria, salud pública, epidemiología, investigación en salud, investigación en enfermería, además de las materias relativas al cuidado de grupos específicos de la población: cuidado de los jóvenes, del niño, del anciano, de la mujer embarazada, etc. En la mayoría de los casos las disciplinas relacionadas a la investigación, como epidemiología y estadística, se encuentran especialmente en los últimos años de la carrera, que llevan a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, mientras que en los años iniciales se encuentran más materias teóricas sobre el proceso salud- enfermedad, salud comunitaria y sociología o antropología. Se concluyó que la pregunta no era cómo se enseñaba APS en la carrera de Enfermería sino cómo se preparaba a los futuros enfermeros para trabajar en sistemas basados en APS.

En los Estados Unidos de América dados del *Health Resources and Service Administration* presentados en mayo de 2013 indican que hay 2,379,953 enfermeras en la zona urbana y 444,688 en la zona rural, un total de 2,824,641 enfermeras registradas y de 690,038 enfermeras prácticas licenciadas (LPN), con uno por capita de 921 enfermeras por 100.000 personas. La recomendación del Instituto de Medicina (IOM) en el libro "Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health" es de aumentar la proporción de enfermeras con bachillerato en 80% para 2022, de preparar enfermeras para el cuidado más complejo necesario a los pacientes y para las sofisticadas nuevas tecnologías disponibles para el cuidado.

En Canadá, en 2010, según la Asociación de Enfermeras Canadienses había 287,344 enfermeras registradas incluyendo las enfermeras de práctica avanzada representando un aumento de 4.8% desde 2007. Destas enfermeras: 93.4%(268,512) estaban empleadas como enfermeras; 1.8% (5,169) empleadas fuera de enfermería; 2.7% (7,787) no estaban empleadas y 2.0% (5,879) no declararon su estado de empleo. Los hombres representaban 5.1%(128) de los enfermeros empleados en 2010 y las mujeres 94.9 % (2,358). La tasa de enfermeras empleadas en enfermería en la población canadiense en 2010 era de una enfermera para cada 13,727 personas. La edad mediana de las enfermeras en 2010 era de 45.4 años; las mujeres representaban 93.6% de las enfermeras empleadas en Enfermería.

Sobre la enfermería en los países del Caribe inglés, en junio de 2009 el reporte del Banco Mundial intitulado THE NURSE LABOR AND EDUCATION MARKETS IN THE ENGLISH-SPEAKING CARICOM: ISSUES

AND OPTIONS FOR REFORM, estimo que aproximadamente 7,800 enfermeras constituían la fuerza de trabajo active en la región, con 1.25 enfermera para cada 1,000 personas. De estas 90% de las enfermeras estaban empleadas en el sector público, 10 % de estas estaban involucradas en cuidado primario. El número de enfermeras entrenadas en los países del Caribe inglés y trabajando fuera era de tres veces el número de enfermeras trabajando en los países do Caribe. La migración segundo el Banco Mundial es debido a los diferenciales de salario, a los efectos de los contactos e insatisfacción en el trabajo. Hay una estimativa que la diferencia entre la demanda y la oferta de enfermeras pasara de 3.400 en 2010 para 10,700 en 2025. Algunas estrategias indicadas en el reporte para aumentar la retención de estudiantes y a medio termo, aumentar las capacidades de entrenamiento de enfermeras son establecimiento de sistemas de monitorio nacional sobre retención, aumentar la flexibilidad del currículo para acomodar horarios e intereses diferentes, criar pequeños grupos de aprendizaje e identificar mentores en los cursos.

En 2013 fue aprobada la *Resolución CD52.R13 Recursos Humanos para la Salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud de la OPS/OMS*. Esa resolución reconoce la importancia estratégica de los recursos humanos para la salud a fin de lograr la meta de la cobertura universal de salud y resuelve instar a los Estados Miembros a que, según resulte apropiado en su contexto particular y teniendo en cuenta sus prioridades estimulen reformas en la educación de las profesiones de atención de salud para apoyar los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y aumentar el número de plazas en las profesiones de atención de salud pertinentes para la atención primaria de salud, incluidos los médicos de familia, las enfermeras de práctica avanzada y los especialistas clínicos que no son médicos, de acuerdo con las prioridades y las políticas públicas en la atención primaria de salud.

Con base en todos los documentos mencionados y en la experiencia de profesionales de la región de Américas, la Unidad de Recursos Humanos para la Salud, del Departamento de Sistemas e Servicios de Salud de la Organización Panamericana de Salud presenta un plan para la cooperación técnica en enfermería en los países de la región de Américas.

Prioridades de Cooperación Técnica en la área de Enfermería

Los siguientes Centros Colaboradores del área de Enfermería están bajo la responsabilidad técnica de la Unidad: (texto en inglés)

1. *WHO Collaborating Center fro Nursing Research Development. College of Nursing of Ribeirao Preto-Brasil.*

TOR 1: Collaborate with WHO in strengthening nursing research for the development of nursing human resources and nursing practice in priority areas.

TOR 2: Collaborate with WHO in strengthening and expanding dissemination of health information and knowledge with emphasis on nursing and midwifery.

TOR 3: Collaborate with WHO to strengthen nursing faculty development through research training and updating to improve scientific quality and improve nursing curriculum.

2. *WHO Collaborating Centre in **Primary Care Nursing and Health Human Resources**, em Hamilton –Canadá.*

TOR 1: Collaborate with WHO/ PAHO to analyze nursing workforce to inform health human resources and health services policy.

TOR 2: Collaborate with WHO/ PAHO in strengthening nursing education to contribute to the development of PHC integrated services.

TOR 3: Collaborate with WHO in developing and disseminating knowledge related to nursing human resources and inter professional collaboration to address workforce needs.

3. *WHO Collaborating Center for **Nursing and Mental Health**, em Faculty of Nursing, University of Alberta – Canadá*

TOR 1: Collaborate with WHO and PAHO to build and strengthen health human resources through educational initiatives in nursing and mental health.

TOR 2: to support human resource development through research capacity building in nursing and mental health.

TOR 3: To conduct and disseminate research in support of enhancing human resources management and evidence based practice in nursing and mental health.

4. *WHO Collaborating Center for Health Services and Nursing Development for **Noncommunicable Disease Care**, na Escola de Enfermagem da Pontificia Universidade Católica de Chile.*

TOR 1: To collaborate with WHO/ PAHO in ensuring a competent healthcare workforce able to provide self-management support to individuals living with chronic conditions and their family care givers.

TOR 2: To collaborate with WHO / PAHO in the development of continuing education programs for nurses and other health care workers on prevention and care of chronic diseases.

TOR 3: To collaborate with PAHO/WHO in initiatives for the professional development of nursing human resources.

5. *WHO Collaborating Center for the Development of Innovative Methodologies in the Teaching-Learning in PHC, Asociacion Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermeria.*

TOR 1: Collaborate with WHO /PAHO in the area of analysis of information related to the situation and tendencies of nursing education in LA,with the specific contributions of Colombia and as emphasis on accreditation of the nursing programs.

TOR 2: Collaborate with WHO/ PAHO supporting the orientation of nursing education toward the renewal of PHC.

TOR 3: Collaborate with WHO / PAHO in the development of nursing networks in education, practice and research, so that nursing services contribute to the fulfillment of the DGM, in according to regional health priorities and the renewal of PHC.

6. *WHO Collaborating Center for Nursing and Midwifery Development in the Caribbean, University of West Indies School of Nursing, Jamaica.*

TOR 1: Collaborate with WHO and PAHO to promote and support the development of nursing and midwifery education and practice in the Caribbean and internationally.

TOR 2: Collaborate with WHO to support adequate nursing and midwifery regulation in the Caribbean.

TOR 3: Collaborate with WHO to conduct and disseminate research and build research capacity in nursing and midwifery through regional and international collaboration.

7. *WHO Collaborating Center for the Development of Professional Nursing, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México.*

TOR 1: Collaborate with WHO/PAHO in analysis of situation and trends of nursing development in LA with emphasis in nursing workforce and professionalization of nursing personnel.

TOR 2: Collaborate with WHO/ PAHO in supporting the orientation of nursing education towards MDGs,national health priorities and PHC with emphasis in nursing education in rural areas indigenous and other populations, with the support of new educational technologies and nursing networks.

Tor 3: Collaborate with WHO /PAHO in the development of nursing research priorities in LA.

8. *WHO Collaborating Center for International Nursing Development in Primary Health Care, College of Nursing, University of Illinois at Chicago, USA.*

TOR 1: Collaborate with WHO /PAHO in the dissemination of PHC program-based research findings and best practices to address MDG among policy makers, health care providers and consumers.

TOR 2: Collaborate with WHO/PAHO in the facilitation of multidisciplinary research focused on PHC,education and practice with special emphasis on capacity building of nursing human resources.

TOR 2: Collaborate with WHO/PAHO in developing education mechanisms to develop nursing and other human resources for health for multidisciplinary global PHC practice, education and research within the PAHO region.

9. *WHO Collaborating Center for Nursing and Midwifery Leadership, School of Pennsylvania, USA.*

TOR 1: Work with WHO to contribute to the development of primary health care based health systems by strengthening nursing and midwifery human resources to address the MDG

TOR 2: In collaboration with WHO, systematically promote sustainable interprofessional education and collaborative research.

TOR 3: Assist WHO in fostering development of human resources by working to reduce nurse shortage and to improve work environments for nurses.

10.WHO Collaborating Center for Research and Clinical Training in Nursing, School of Nursing , University of California.

TOR 1: Collaborate with WHO and PAHO to build nursing workforce capacity in nursing education to contribute to primary health care renewal.

TOR 2: Collaborate with WHO and PAHO in the provision of mentorship in the area of graduate nursing education and research development, toward primary health care renewal.

TOR 3: Collaborate with WHO and PAHO to strengthen and build nursing human resources capacity in prevention and control of tobacco use.

TOR 4: Collaborate with WHO and PAHO in strengthening nursing human resources capacity in HIV/AIDS with a focus on developing the scientific knowledge base about the disease, and on training nurses in the prevention of the disease, and to provide care to those living with and affected by the disease and their families.

10. WHO Collaborating Center for International Nursing, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham
TOR 1: Strengthen nursing and midwifery through the development of educational programs and resources to enhance the health of children and families in collaboration with PAHO/WHO.

TOR 2: Promote leadership and inter-professional collaboration among nurses and other health care workers to address needs of vulnerable populations and enhance the health of children and families in collaboration with PAHO/WHO.

TOR 3: Enhance utilization and dissemination of knowledge resources to strengthen nursing and midwifery capacity focusing on the health of children and families in collaboration with PAHO/WHO.

11. WHO Collaborating Center for Research and Clinical Training in Home Care Nursing, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.

12. WHO Collaborating Center for Advanced Practice Nursing, Columbia University School of Nursing, New York.

TOR 1: Collaborate with WHO to strengthen the human resources research and planning capacity among leading nursing education institutions in Haiti.

TOR 2: Work with WHO in strengthening emergency preparedness and response capacities among key nursing groups training nursing leaders and integrating emergency preparedness and response into curricula and national plans.

TOR 3: In collaboration with WHO's Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2007-2017, work on the development of guidelines to strengthen the schools of nursing that train, precept and supervise nurses who are HIV/AIDS primary care providers in heavily affected countries in Africa.

13. WHO Collaborating Center for Research and Clinical Training in Health Promotion Nursing, School of Nursing, University of Michigan, Ann Arbor, USA.

TOR 1: Collaborate with WHO/PAHO to disseminate/share critical information and connect and systematize experiences and good practices of health promotion.

TOR 2: Collaborate with WHO/PAHO to build nursing and local institutional capacity to implement and evaluate individual, family, and community health promotion interventions.

TOR 3: Collaborate with WHO/PAHO to strengthen nursing/midwifery and local health services education and practice in health promotion.

TOR 4: Collaborate with WHO/PAHO to develop and support nurses 'capacity to conduct and implement research on health promotion.

14. WHO Collaborating Center for Nursing Information, Knowledge Management and Sharing, Johns Hopkins School of Nursing

15. WHO Collaborating Center in Gerontological Nursing Education, College of Nursing, New York University.

TOR 1: Collaborate with WHO/PAHO, WHO Collaborating Centers, and nursing organizations in LA and the Caribbean to complete a Resource Guide of Competencies in Healthy Aging and Care of Older Adults for nurses and other health professionals, suitable for modification and adoption by region, culture and educational level.

TOR 2: Increase the capacity of nurses and health care providers in LA and The Caribbean to implement evidence-based competencies in the promotion of healthy aging and care of older adults by collaborating in the translation of competencies for relevance to health professionals, regions and cultures.

TOR 3: Collaborate with WHO/PAHO, WHO Collaborating Centers, and nursing organizations in LA and the Caribbean to promote models of competency –based, inter-professional education on evidence-based practices in healthy aging and care of older adults in LA and The Caribbean.

16. WHO Collaborating Center for Nursing Human Resources Development and Patient Safety. School of Nursing and Health Studies, University of Miami.

TOR 1: Develop knowledge, partnerships and institutional capacity for the understanding of nursing shortage and migration and the impact on patient safety.

TOR 2: Strengthen nursing education in patient safety to improve health care outcomes for the achievement fo the MDG and health priorities.

TOR 3: Develop and facilitate technological innovation in nursing education to promote safe patient care.

Además las siguientes Redes de Enfermería, que tienen como objetivo general apoyar las enfermeras en el desarrollo de enfermería y salud en los países de la Región, fueran criadas y están bajo los auspicios de la OPS/OMS:

1. Pan American Network of Nursing and Midwifery Collaborating Centers.
2. Red Internacional de enfermería en salud infantil - Red ENSI
3. Red Internacional de enfermería en salud materno-neonatal - Red SAMANEO
4. Red Internacional de enfermería y seguridad de los pacientes
5. Red de Enfermería y Salud del adulto mayor
6. Red Internacional de enfermería en salud mental - RIENSAME
7. Red de Enfermería y VIH de las Américas
8. Red Latinoamericana de Enfermería Oncológica
9. Red de Investigación e innovación para el autocuidado de personas con condiciones crónicas de salud y sus familiares cuidadores – RIA
10. Red Internacional de enfermería en emergencias y desastres – REEDA
11. Red Internacional de enfermería en cuidados críticos – Red REINECC
12. Red de Promoción al desarrollo de enfermería
13. Red Enfaméricas
14. Red Internacional de enfermería informática – RIEI
15. Red de la BVS Enfermería Internacional
16. Red Internacional De Enfermería Basada En La Evidencia
17. Red de enfermeras de nivel de gobierno
18. Red Internacional de gestión del cuidado
19. Red Internacional de enfermería en salud familiar y comunitaria

20. Red Internacional de Enfermería basada en evidencias.
21. Red Internacional de Editores de Revistas Científicas de Enfermería
22. Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería
23. Red Internacional de Migración de Enfermeras.

Con el propósito de realizar un trabajo colaborativo con los Centros Colaboradores de la OMS y con la Red Panamericana de Centros Colaboradores- PANMCC ; con las Redes de Enfermería; con la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería – una organización no gubernamental que mantiene relaciones oficiales con la OPS; con el Consejo Internacional de Enfermería; la Asociación Latino-Americana de Escuelas y Facultades de Enfermería y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería y con otras asociaciones de países se desarrolla las prioridades de cooperación técnica en la área de Enfermería.

1. Área Estratégica: Fortalecer la educación en enfermería

Objetivo 1.1.

Desarrollar mecanismos de cooperación técnica con instituciones educacionales de la región de las Américas en el desarrollo/evaluación de programas educacionales en Enfermería (WHO) al nivel de pregrado y posgrado.

La cooperación, para el período 2013-2015, deberá:

- a. Disponer de un Directorio actualizado de Escuelas de Enfermería de la America Latina, USA e Canadá en el sitio de OPS con informaciones generales de la institución, de programas de estudio, estudios de pre grado y de pos grado e líneas de investigaciones que servirá de base de datos .
- b. Facilitar, apoyar y mantener contactos entre las asociaciones que representan las Escuelas y Facultades de Enfermería en los países y región, los Centros Colaboradores, el Consejo Internacional de Enfermería y Redes de Enfermería a través de reuniones conjuntas, difusión de informaciones, planes de trabajo conjunto entre OPS y las escuelas o asociaciones.
- c. Realizar paneles presenciales y virtuales sobre las tendencias de la educación de enfermeras.
- d. Compilar, evaluar y difundir experiencias innovadoras y lecciones aprendidas por las escuelas de enfermería en los países de la Región a través de informes, libros etc. Replicar experiencias exitosas de formación de recursos humanos en Enfermería.
- e. Realizar una serie de webinar sobre Educación en Enfermería y experiencias exitosas, como parte del Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud.
- f. Crear y fortalecer las alianzas entre las escuelas de enfermería y asociaciones que las representan en los países para la formulación y ejecución de los lineamientos de la educación en enfermería en America Latina y para el desarrollo y evaluación de programas educacionales.

g. Desarrollar en conjunto con el Centro Colaborador de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alabama una metodología para desarrollar, divulgar y monitorear la autoevaluación de los Cursos de Enfermería.

2. Área Estratégica: Fortalecimiento de la producción, desarrollo, evaluación y utilización de la información científica en enfermería

2.1. Desarrollar mecanismos de cooperación técnica con instituciones educacionales, consejos nacionales de investigación y ministerios de salud de la región de las Américas en el incremento/ desarrollo/evaluación de investigaciones científicas en Enfermería prioritarias a nivel de los países.

a. Cooperar técnicamente con los países para revisar y actualizar las líneas de investigación científica de los programas de enfermería, apoyando y coordinando un fórum de coordinadoras de programas de posgrado en enfermería de acuerdo con las categorías y áreas programáticas de la OPS y los específicos de la Unidad de Recursos Humanos, Bioética e investigación.

b. Cooperar y apoyar a los países para evaluar el financiamiento en las líneas prioritarias de investigación científica en enfermería y el soporte de recursos financieros para investigaciones e investigadores.

c. Crear, fortalecer las alianzas y lograr el consenso entre los programas de enfermería en los países para la formulación y ejecución de los lineamientos de la investigación científica en enfermería en America Latina.

d. Ampliar y consolidar el fortalecimiento de la Red Enfamericas para la difusión de informaciones sobre acciones de enfermería en las Américas.

e. Acompañar y apoyar el trabajo de la Red BVS Enfermería Internacional en la difusión del conocimiento científico en Enfermería <http://bvsenfermeria.bvsalud.org/?lang=pt>

f. Establecer la agenda de prioridades de investigación científica en enfermería en America Latina

g. promover eventos científicos de Enfermería. Asesorar el desarrollo del Coloquio Panamericano de Investigación de Enfermería y de la Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería.

3. Área Estratégica: Desarrollo de Políticas y Planes de Enfermería

3.1. 2.1. Desarrollar mecanismos de cooperación técnica y de colaboración con los ministerios de salud de la región de las Américas en el desarrollo de políticas y planes nacionales de enfermería.

a. Desarrollar en alianza con los Centros Colaboradores de la OMS y FEPPEN el estudio sobre el Panorama de Recursos Humanos en Enfermería en la Región de Latino America..

b. Desarrollar, en colaboración con la OMS, International Council of Nurses, Red Global de Centros Colaboradores da OMS en Enfermería y Partería, Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería y Asociación Brasileña de Enfermería el evento *Strengthening the role of Human Resources In Nursing and Midwifery In achieving Universal Health Coverage: challenges and possibilities*, como una parte del evento del Tercero Forum Global de Recursos Humanos en Salud, en 9 de noviembre de 2013, en Recife-Brasil.

- c. Cooperar técnicamente con los países, las asociaciones de enfermería, enfermeras jefes de gobierno, universidades y otras instituciones en la elaboración de planes nacionales de enfermería.
- d. Crear un grupo de trabajo regional integrado para orientar y acompañar el trabajo de las Redes de Enfermería.

4. Área Estratégica: Comunicación y difusión de acciones

- a. Desarrollar una plataforma de comunicación virtual entre las Redes de Enfermería, las Escuelas de Enfermería y la Red Panamericana de Centros Colaboradores.
- b. Evaluar el trabajo de la Red Enfamericas e incrementar la utilización de ese espacio de comunicación y el número de participantes.
- c. Desarrollar y mantener actualizada la base de datos de las escuelas de enfermería en la región de las Américas en conjunto con el Centro Colaborador de la OMS de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto.

5. Área estratégica: Trabajo cooperativo con los Centros Colaboradores:

1. Apoyar e incrementar a los proyectos de colaboración entre centros colaboradores de enfermería/partaría en la región.
2. Diseminar las experiencias exitosas de los Centros Colaboradores a través de los diversos medios de comunicación.
3. Incrementar las actividades de los Centros Colaboradores direccionadas a los países de la Región de las Américas.