

Orientaciones estratégicas de la OMS sobre el fortalecimiento de la enfermería y la partería 2021-2025

Documento propuesto para la consulta

30 de noviembre del 2020

Este documento servirá de base para una consulta mundial con los Estados Miembros de la OMS y otros asociados que tendrá lugar entre diciembre del 2020 y febrero del 2021.

Resumen:

Las *Orientaciones estratégicas de la OMS sobre enfermería y partería 2021-2025* forman un conjunto interrelacionado de prioridades en materia de políticas que, si se adopta, puede ayudar a los países a lograr que los profesionales de la enfermería y la partería contribuyan de manera óptima a alcanzar las metas de la cobertura universal de salud (CUS) y otras metas relacionadas con la salud de la población. La adopción de las prioridades de políticas puede brindar apoyo al progreso a lo largo de las cuatro “orientaciones estratégicas” por medio de: 1) la capacitación de suficientes profesionales de la enfermería y la partería con las competencias pertinentes para cubrir las necesidades de salud de la población; 2) la creación de empleos, el manejo de la migración y la retención de estos profesionales donde sean sumamente necesarios; 3) el aumento al máximo de las contribuciones de los profesionales de la enfermería y la partería en sus entornos de práctica; y 4) el fortalecimiento del liderazgo en enfermería y partería en todos los sistemas académicos y de salud.

La finalidad de las orientaciones es presentar a los Estados Miembros opciones de políticas que se fundamenten en los métodos de fortalecimiento del personal de salud que hayan resultado más eficaces hasta la fecha, sobre la base de la mejor evidencia disponible. La celebración del Año Internacional de la Enfermería y la Partería generó información importante para la base de evidencia por medio del primer informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo* y el tercer informe sobre la *Situación de la partería en el mundo*, elaborados conjuntamente con la Confederación Internacional de Matronas, el Consejo Internacional de Enfermeras, la campaña *Nursing Now!* y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. El impacto buscado con las orientaciones es que los países utilicen plenamente las contribuciones de las parteras y las enfermeras para avanzar hacia las metas comunes, como la atención primaria de salud para la CUS y la lucha contra la pandemia de COVID-19, y abordar los retos propios de cada país, como la mitigación de los efectos del cambio climático en la salud, el manejo de la migración internacional de estos profesionales o la garantía del acceso a los servicios en las zonas rurales y remotas o en los pequeños Estados insulares en desarrollo.

Los enfoques de política propuestos en las orientaciones se expresan desde una perspectiva del mercado laboral del sector de la salud. Esta perspectiva permite una comprensión integral de las fuerzas que generan escasez y excedentes, los desequilibrios geográficos y las contribuciones menos que óptimas que aporta el personal de partería y enfermería en los entornos de prestación de servicios. La adopción de un enfoque basado en el mercado laboral de la salud favorece un proceso inclusivo fundamentado en datos y análisis confiables, en el diálogo intersectorial de política que aplica los datos y los resultados a los debates de temas clave, así como en la toma de decisiones basada en la evidencia acerca de las medidas y las inversiones apropiadas.

El marco de ejecución y seguimiento para las orientaciones se estructura en torno a los datos, el diálogo y el proceso decisorio para adoptar medidas relativas a las políticas priorizadas. Se propone que los informes sobre el progreso se presenten cada dos años al Foro Mundial de la OMS para los funcionarios gubernamentales jefes de enfermería y partería que se lleva a cabo junto con la Reunión de la Triada en la que participan la OMS, la Confederación Internacional de Matronas y el Consejo Internacional de

Enfermeras. En el 2020, más de 130 países participaron en estas reuniones. Aunque en las orientaciones se ponen de relieve las actividades que lleva a cabo cada ministerio nacional de salud, la función de los interesados directos clave en el intercambio de información, la participación en el diálogo sobre políticas, así como la promoción de la aplicación de las políticas mediante el trabajo coordinado y las inversiones adecuadas son esenciales para poder avanzar de manera significativa hacia las metas comunes relativas a la salud.

En estas orientaciones se utilizan los términos “personal de partería” y “personal de enfermería”, así como “enfermeras y enfermeros” y “parteras y parteros”, para referirse a grupos ocupacionales diferenciados según lo descrito en la *Clasificación internacional uniforme de ocupaciones del 2008* (CIUO-08). La OMS reconoce y aprecia la distinción profesional y el alcance de la práctica de la enfermería y la partería. En las orientaciones se destacan los temas prioritarios y las respuestas de políticas comunes que tienen repercusión en ambas ocupaciones.

Antecedentes

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) establecen metas claras para la salud, la educación, la equidad de género, el trabajo decente y el crecimiento inclusivo, y otros [1]. Se determinó que el déficit mundial de aproximadamente 18 millones de trabajadores de salud es un obstáculo fundamental a la capacidad de los países para lograr las metas relacionadas con la salud estipuladas en el ODS 3, que se fundamenta en el concepto de la cobertura universal de salud (CUS) [2]. La OMS, como parte de su función de liderazgo con respecto al ODS 3, estableció en su 13.º Programa General de Trabajo (2019-2023) la manera en que apoyará a los Estados Miembros para optimizar la calidad de su personal de salud hacia el logro de la CUS y otras metas relacionadas con la salud [3].

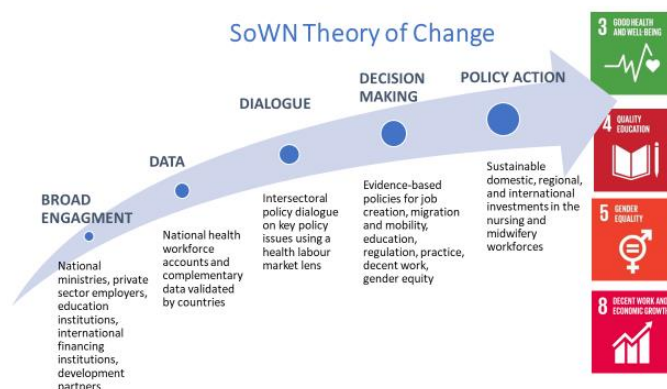
En la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud*, adoptada por la 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, se presentan varias opciones de política a fin de fortalecer al personal de salud mediante un marco del mercado laboral del sector de la salud para determinar dónde son necesarias inversiones y medidas pertinentes para abordar tanto la escasez como los excedentes de personal de salud, la combinación de aptitudes requeridas y los desequilibrios geográficos, así como el desempeño subóptimo [2]. Poco tiempo después, el Grupo parlamentario de todos los partidos del Reino Unido sobre población, desarrollo y salud reproductiva y la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico presentaron resultados convincentes acerca de la manera en que la inversión en el personal de salud puede mejorar la salud de la población (ODS 3), aumentar la calidad de la educación (ODS 4), promover el avance de la igualdad de género (ODS 5) y catalizar el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo (ODS 8) [4, 5].

La inversión en los profesionales de la partería y la enfermería, junto con el reconocimiento y la celebración, fueron los propósitos del Año Internacional de la Enfermería y la Partería (2020) [6]. El primer informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo* y el tercer informe sobre la *Situación de la partería en el mundo*, elaborados conjuntamente por la Confederación Internacional de Matronas,¹ el Consejo Internacional de Enfermeras, *Nursing Now!* y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, aportaron un conjunto amplio de evidencia para fundamentar la política y las decisiones de inversión

¹ Próxima publicación: 2021

por los Estados Miembros [7]. Los dos informes se basan en una teoría del cambio que implica un proceso de contar con una amplia gama de interesados intersectoriales para el intercambio y el análisis de datos desde una perspectiva del mercado laboral de la salud; los datos y los resultados se utilizan para apoyar el diálogo intersectorial sobre temas clave y adoptar decisiones con respecto a las acciones apropiadas de política. La combinación de “los datos, el diálogo y la toma de decisiones” facilita las inversiones fundamentadas en la evidencia en el personal de enfermería y partería que pueden impulsar el progreso hacia diversos ODS (figura 1).

Figura 1: Teoría del cambio tomado del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*



Teoría del cambio: Situación de la enfermería en el mundo

Compromiso amplio	Datos	Diálogo	Adopción de decisiones	Medida de política
Ministerios nacionales, empleadores del sector privado, instituciones de educación, instituciones de financiamiento internacional, asociados para el desarrollo	Cuentas nacionales del personal de salud y datos complementarios validados por los países	Diálogo intersectorial de política acerca de temas clave de política desde la perspectiva del mercado laboral del sector de la salud	Políticas basadas en la evidencia relativas a creación de empleos, migración y movilidad, educación, regulación, ejercicio profesional, trabajo decente, equidad de género	Inversiones sostenibles nacionales, regionales e internacionales en el personal de enfermería y partería

Orientaciones estratégicas de la OMS sobre la enfermería y la partería 2021-2025

La 73.^a Asamblea Mundial de la Salud le solicitó a la OMS que formulara las próximas orientaciones Estratégicas sobre la enfermería y la partería, mediante un proceso de consulta regional y mundial, para someterlas a la consideración de la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud [8]. Las orientaciones abarcan un conjunto de 11 medidas de política interrelacionadas y priorizadas, fundamentadas en la evidencia mundial, como los informes sobre la *Situación de la enfermería en el mundo* y *Situación de la partería en el mundo*, otros documentos normativos de la OMS y bibliografía sujeta a arbitraje editorial. La adopción por los Estados Miembros de las políticas aplicables puede ayudar a que el mundo avance en la “dirección estratégica” establecida en las esferas de la educación, el trabajo, el ejercicio profesional y el liderazgo.

Los destinatarios principales de las *Orientaciones estratégicas sobre la enfermería y la partería 2021-2025* son los planificadores y las instancias normativas relacionados con el personal de salud, así como los empleadores del sector público y el privado, las asociaciones profesionales, las instituciones educativas, los sindicatos, las asociados bilaterales y multilaterales para el desarrollo, los organismos internacionales y la sociedad civil. Aunque en el documento se destacan las actividades que emprenderán los ministerios nacionales de salud, también será esencial la función de los interesados directos clave en el intercambio de datos, en la participación en el diálogo sobre políticas y en la promoción de la ejecución de las políticas mediante el trabajo coordinado y las inversiones pertinentes, para poder avanzar con seguridad hacia las metas comunes de salud.

En todo este documento, los términos “personal de partería” y “personal de enfermería”, así como “enfermeras y enfermeros” y “parteras y parteros”, se refieren a dos grupos ocupacionales diferenciados según se describen en la *Clasificación internacional uniforme de ocupaciones del 2008* [9]. La OMS reconoce y valora la distinción profesional y el alcance del ejercicio de la enfermería y la partería. En las orientaciones se destacan los temas priorizados y las respuestas de políticas comunes que tienen impacto en ambas ocupaciones.

En el 2020 se celebró el Año Internacional de la Enfermería y la Partería. Fue también el año en que la pandemia de COVID-19 azotó al mundo y puso de relieve las debilidades y las inequidades que ya existían en los países, sea cual fuere su nivel de ingresos. La importancia del personal de salud en la preparación para esta pandemia y las futuras, así como en la respuesta a ellas, exige que las contribuciones del personal de enfermería y partería a la CUS y, por lo tanto, a los ODS deben optimizarse mediante una estrategia coherente que funcione de acuerdo con los enfoques vigentes apoyados por la OMS y otros asociados clave. Con esa estrategia, podemos ayudar a que los profesionales de la enfermería y la partería colaboren plenamente con los equipos interdisciplinarios de salud que luchan por promover la salud, atender a las poblaciones en situación de vulnerabilidad y velar mantener al mundo seguro.

Eje de las políticas: EMPLEOS

Evidencia

El número y la distribución de los profesionales de la partería y la enfermería en todo el mundo no están en consonancia con las metas de la CUS y los ODS. La fuerza laboral mundial de enfermería de 27,9 millones implica una escasez, de acuerdo con las necesidades actuales, de 5,9 millones de

enfermeras y enfermeros; esta escasez es abrumadora (89%) en los países de ingresos bajos y países de ingresos medianos bajos [7]. En el 2018, el personal de partería se calculaba en xx millones, con una escasez mundial estimada según las necesidades de Y millones.² Aunque se ha previsto que el personal de enfermería aumente a 36 millones en el 2030, se cree que el 70% del aumento proyectado tendrá lugar en los países de ingresos medianos altos y países de ingresos altos.

La movilidad y la migración internacionales por motivos laborales han cobrado una importancia cada vez mayor a través de incontables sectores e interesados directos. En el personal de partería y enfermería, alrededor de uno de cada X y uno de cada 8, respectivamente, trabaja en un país diferente al país donde nació u obtuvo su educación [10]. La dependencia con respecto a enfermeras educadas o nacidas en otro país fue 15 veces mayor en los países de ingresos altos que en las otras categorías de países clasificados según su ingreso. Si bien ha habido un aumento de los acuerdos intergubernamentales en relación con la movilidad internacional del personal de salud, los ministerios de salud y otros interesados directos no se están ocupando sistemáticamente de la negociación y ejecución de estos acuerdos [11]. Es posible que la movilidad y la migración internacionales de esos trabajadores haya aumentado durante la pandemia de COVID-19, debido a la demanda de profesionales de enfermería y a la reducción de los obstáculos al ingreso al ejercicio profesional [12].

La contratación y la retención de enfermeras es una lucha casi universal, en particular en las zonas rurales y remotas y en los pequeños Estados insulares en desarrollo [7, 13-15]. En algunas circunstancias, la disminución de la disponibilidad puede coexistir con el desempleo y con situaciones en las que los puestos de trabajo (vacantes) no se cubren debido a limitaciones en el espacio fiscal o financiero necesario para emplear los profesionales de la partería o la enfermería, o porque estos profesionales han optado por trabajar en otros sectores [16, 17]. Una vez empleados, el personal de partería y enfermería experimenta factores de "empuje y atracción" bien documentados, incluidos los sesgos de género y de poder que pueden prevalecer en las políticas y normas del lugar de trabajo [7, 18-20]. La evidencia indica que una gama de incentivos económicos y de otro tipo podría ayudar a retener a los profesionales de la partería y la enfermería en las zonas rurales, remotas y otras áreas desatendidas [7, 13, 15, 21-24]. Para ambas profesiones, la pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve las brechas en las políticas para garantizar la salud y la seguridad laboral, lo que da lugar a infecciones, enfermedades y muerte en este personal, además de agotamiento, ausentismo y los impactos asociados con la prestación de servicios de salud [25-31].

Orientación estratégica: Aumentar la disponibilidad del personal de salud mediante la creación sostenible de empleos de enfermería y partería, con la contratación y la retención eficaces de estos profesionales, además de la gestión ética de la movilidad y la migración internacionales.

Prioridad de las políticas: Llevar a cabo la planificación y la proyección del personal de enfermería y partería necesario desde una perspectiva del mercado laboral del sector de la salud. Adoptar una perspectiva del mercado laboral de la salud permite comprender de manera integral las fuerzas que impulsan la escasez y el excedente de trabajadores de salud, la combinación de aptitudes y los desequilibrios geográficos, además del desempeño subóptimo. Esto es fundamental para la formulación de políticas eficaces que permitan abordar estos problemas, así como proyectar y planificar las necesidades futuras. Los países suelen aplicar un análisis del mercado laboral de la salud en el proceso de elaboración o actualización de sus planes estratégicos y de inversión en el personal de salud.

Medidas habilitantes: La adopción de un enfoque multisectorial, encabezado por el ministerio de salud,

² Las cifras se actualizarán de conformidad con las cuentas nacionales del personal de salud publicadas por la OMS 2020.

en coordinación y colaboración con los ministerios de educación, finanzas, trabajo, desarrollo social y los sectores privado, no gubernamental y sin fines de lucro, es esencial para determinar las cuestiones fundamentales de política y los datos necesarios para el análisis.

Prioridad de las políticas: Asegurar la demanda adecuada (empleos) con respecto a la prestación de servicios de salud y a las prioridades de salud de la población (por ejemplo, atención primaria de salud para la cobertura universal de salud). Los 5,9 millones de empleos nuevos en enfermería y los X millones de puestos de partería necesarios pueden crearse en la mayoría de los países con los fondos nacionales existentes, mediante una gestión eficaz del crecimiento del costo de los puestos [32]. Algunos países de ingresos bajos y países de ingresos medianos bajos encontrarán dificultades para crear puestos de trabajo debido a la demanda insuficiente para emplear al personal de enfermería y partería necesario para lograr la CUS; otros países tal vez tengan que aumentar la capacidad de absorción o la participación en el mercado laboral en general. La armonización y la convergencia del apoyo de los donantes y los asociados para el desarrollo podrían permitir el financiamiento sostenible para el fortalecimiento de la fuerza laboral de partería y enfermería y, al mismo tiempo, garantizar que la cobertura del costo de los puestos pueda ampliarse y mantenerse para acelerar el progreso hacia la CUS y otros objetivos relacionados con la salud [33]. **Medidas habilitantes:** Un análisis del mercado laboral relacionado con la salud, junto con un análisis de la viabilidad económica, podría ayudar a fundamentar las medidas para la gestión del costo de los puestos. Los países deben coordinar la acción intersectorial y los modelos de financiamiento sostenibles para garantizar la disponibilidad de parteras y enfermeras a largo plazo. Los países que reciben ayuda para el desarrollo tendrán que armonizar el financiamiento (de los sectores de la educación, el empleo, el género y la salud) con las estrategias relativas a la fuerza laboral de salud, y podrán utilizar mecanismos innovadores de financiamiento, como la mancomunación de fondos institucionales, al tiempo que reconstruyen la capacidad para la expansión sostenible del costo de los puestos.

Prioridad de las políticas: Reforzar la ejecución del Código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud (el Código). El Código se ha reconocido ampliamente como el marco ético universal que vincula la contratación internacional del personal de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud. La aplicación del Código puede contribuir a que el progreso hacia la CUS en los Estados Miembros sirva para brindar apoyo, en lugar de entorpecer, logros similares en otros Estados Miembros. **Medidas habilitantes:** Los intereses de los interesados directos del sistema de salud, incluidos los ministerios de salud, deben considerarse como parte de los debates relacionados con la migración y la movilidad internacionales del personal de salud. En la medida de lo posible, los convenios entre los países en esta esfera deben basarse explícitamente en los análisis de los mercados laborales relacionados con la salud (se debe velar por que los convenios no tengan ningún impacto negativo en el sistema de salud del país de origen) y será necesario presentar informes por conducto del mecanismo establecido en el Código para este fin.

Prioridad de las políticas: Atraer, contratar y retener al personal de enfermería y partería donde más se necesite. Las políticas sobre el lugar de trabajo pueden servir para aumentar el acceso equitativo a los servicios de salud, así como para garantizar la seguridad de los profesionales de la enfermería y la partería. Estos aspectos son especialmente importantes en las emergencias de salud en las que, en ausencia de esas políticas, estos profesionales pueden estar expuestos a riesgos inaceptables y a violaciones de sus derechos fundamentales en sus funciones como personal de salud. **Medidas habilitantes:** La participación intersectorial de los interesados directos es esencial para determinar los problemas y las soluciones que permitan mejorar la contratación y la retención de profesionales de la enfermería y la partería en las zonas más necesitadas. Se debe considerar lo siguiente: 1) crear una

especie de "cadena de abastecimiento rural" de estudiantes que asisten a sesiones de capacitación profesional en cuestiones de salud y que luego regresen a sus comunidades para ejercer la profesión; 2) agrupar las políticas de retención que abarcan la educación, la reglamentación, los incentivos y el apoyo personal y profesional; 3) aplicar medidas de protección sociales, legislativas y administrativas, incluso la indemnización laboral en caso de infección, discapacidad o muerte, licencia por enfermedad remunerada y seguro de riesgos ocupacionales; 4) analizar las escalas nacionales de sueldos con respecto a los sueldos decentes y comprometerse a establecer un sistema de remuneración más equitativo y neutro en cuanto al género entre los trabajadores de salud, incluso en el sector privado; 5) aplicar políticas de tolerancia cero a la discriminación por motivos de género y al acoso verbal, físico y sexual.

Eje de las políticas: EDUCACIÓN ANTES DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Evidencia:

Entre todos los países y dentro de ellos hay grandes variaciones en los niveles de educación del personal de partería y enfermería. Los diversos tipos de programas de educación tienen diferentes requisitos de admisión y duración, además otorgan diferentes niveles de credenciales educativas, que van desde un certificado o diploma hasta una licenciatura o una maestría [7, 10, 34-36]. Además, el camino para convertirse en partera o partero puede ser el de seguir una educación inicial en enfermería o el de "ingreso directo" en un programa de partería. Cada vez hay más pruebas de la repercusión de la formación de enfermería a nivel de licenciatura en la mejora de los resultados de los pacientes y cada día aumentan las solicitudes de que se estandarice la formación mínima del personal de enfermería a nivel de licenciatura [7, 37-40]. El personal de enfermería y partería con una formación avanzada puede asumir responsabilidades más amplias en el sistema de salud, incluso el liderazgo, la investigación y la enseñanza en entornos clínicos y académicos [7, 41, 42].

Garantizar la calidad y la eficacia de la educación en los ámbitos de la enfermería y partería sigue siendo un reto. En los informes *Situación de la enfermería en el mundo* y *Situación de la partería en el mundo*, una elevada proporción de países informó que se aplicaban normas de educación y acreditación de la enseñanza de enfermería por medio de planes de estudio basados en competencias de sus programas de partería. Sin embargo, hay dificultades para evaluar y garantizar la calidad de la educación en enfermería y partería, en particular en las instituciones educativas privadas con fines de lucro [7, 42-44]. En muchos países, aun cuando existen mecanismos de acreditación, es necesario fortalecerlos para ayudar a abordar las cuestiones relativas a la calidad y garantizar que la educación sea eficaz en su diseño del aprendizaje y sea pertinente para atender las prioridades locales en materia de salud, como la APS, la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia y los efectos del cambio climático en la salud, así como para proporcionar competencias transversales en la atención interprofesional en equipo y con las tecnologías digitales [45-47].

Muchos países no producen suficientes graduados en partería y enfermería para cubrir la demanda del sistema de salud ni las necesidades de salud de la población. La escasez causada por el número insuficiente de graduados con respecto a la demanda del sistema de salud puede deberse a diversos factores, entre ellos la capacidad limitada de las instituciones para producir un número adecuado de profesionales de la enfermería y la partería, la falta de financiamiento, reglamentos que restringen las admisiones o cuestiones relacionadas con la infraestructura, los docentes o los lugares de práctica

clínica y los instructores [48, 49]. Cuando existe capacidad, la matrícula puede ser insuficiente debido a las percepciones culturales o sociales de las profesiones, o porque las condiciones de trabajo, los sueldos o las trayectorias profesionales no son atractivos [18, 50, 51]. Por último, es posible que un país experimente una escasez si los graduados no tienen las competencias pertinentes para satisfacer las necesidades de salud de la población [50, 51]. Para compensar la insuficiente producción nacional de graduados, algunos países, especialmente los de ingresos altos, tienden a depender en mayor medida de la movilidad internacional de enfermeras y enfermeros [7, 52]. Los países tienen marcadas dificultades para comunicar los datos relativos a la capacidad educativa, el número de graduados, los costos y el financiamiento [7].

La respuesta a la pandemia de COVID-19 subrayó las prioridades nuevas y preexistentes para la educación de enfermería y partería. La respuesta a la pandemia mundial ha reforzado la importancia de contar con una ruta de educación sostenible y ha puesto de relieve la necesidad de adoptar métodos innovadores, resistentes y eficaces para la educación del personal de enfermería y partería [53]. La educación digital y las sesiones de simulación se están ampliando de forma eficaz para los estudiantes [54-56]; sin embargo, se necesitan mayores inversiones para garantizar un diseño eficaz del aprendizaje, la accesibilidad digital, las evaluaciones adecuadas y el aprendizaje a la medida, así como el apoyo a los docentes para diseñar e impartir el aprendizaje digital.

Orientación estratégica: Los sistemas nacionales de educación superior gradúan a profesionales de la enfermería y la partería con los conocimientos y las aptitudes necesarios para cubrir y superar la demanda de los sistemas de salud y cumplir con las prioridades nacionales de salud.

Prioridad de las políticas: Asegurar la consonancia de los niveles educativos con las funciones optimizadas dentro de los sistemas académicos y de salud. El examen de la pertinencia de los niveles de los programas con respecto a una combinación optimizada de aptitudes de los profesionales de la salud puede indicar la necesidad de adaptar o mejorar los requisitos de ingreso o de culminación de los programas de enseñanza de la enfermería y la partería. Una consideración fundamental es mantener una amplia gama de puntos de entrada, al tiempo que se trata de elevar la categoría de la enfermería y la partería mediante títulos de educación superior, mayores responsabilidades en los entornos de salud y oportunidades de promoción profesional. Sin embargo, todo esto debe coincidir con la capacidad institucional para establecer nuevos programas y la habilidad para absorber a los graduados en los sistemas y académicos y de salud. **Medidas habilitantes:** Determinar si los programas de formación de enfermería y partería de primer nivel preparan a los graduados para asumir funciones óptimas en el sistema de salud y en los entornos académicos. Considerar la posibilidad de establecer programas "puente" y otros mecanismos para mejorar las credenciales educativas de los estudiantes y el profesorado y armonizar geográficamente los requisitos de ingreso y graduación.

Prioridad de las políticas: Garantizar que los programas educativos se fundamenten en la competencia, adopten un diseño de aprendizaje eficaz, cumplan las normas de calidad y se ajusten a las necesidades de salud de la población. La educación basada en la competencia, como enfoque basado en los resultados para el diseño y la aplicación de los planes de estudio, puede contribuir a la salud de la comunidad cuando se utilizan problemas de salud propios del contexto para determinar las competencias deseadas [57]. Aunque la acreditación de la educación es principalmente un mecanismo de rendición de cuentas para garantizar que las instituciones cumplan con las normas de calidad, también sirve para detectar y abordar las áreas donde deben mejorarse las competencias y el número de profesores, los criterios de admisión y las competencias de los estudiantes mediante un plan de estudios revisado, actualizado y contextualmente pertinente [46]. **Medidas habilitantes:** En

colaboración con los interesados en las esferas de la salud y la educación, definir los resultados de los planes de estudio en consonancia con las necesidades en materia de salud y las responsabilidades del personal de enfermería y partería que trabaja en entornos de atención de salud centrados en las personas, integrados y basados en equipos. Considerar las nuevas tendencias en los servicios de salud que influirán en el ejercicio futuro de las profesiones de salud, entre ellas el rediseño de los sistemas de salud, la utilización de tecnologías y la evolución de la carga de morbilidad. Exigir la acreditación de todas las instituciones de enseñanza de la enfermería y la partería y colaborar con las organizaciones de acreditación para detectar y corregir los problemas de capacidad y calidad.

Prioridad de la política: Velar por que la producción nacional se optimice para satisfacer o superar la demanda del sistema de salud. Tal vez se necesiten inversiones para aumentar el número de egresados en el país, facilitar la formación de los docentes y hacer frente a las limitaciones en la infraestructura y la tecnología. Varios mecanismos catalizadores de financiamiento y no vinculados con el financiamiento pueden facilitar las rutas hacia la educación en atención primaria de salud, ayudar a aumentar la diversidad de los estudiantes y los docentes, garantizar un período mínimo de servicio en el sector público, o el despliegue y la retención de los graduados para que ejerzan su profesión en comunidades rurales y remotas. **Medidas habilitantes:** Un diálogo de política intersectorial con datos sobre el mercado de trabajo en la esfera de la salud procedentes de instituciones públicas y privadas podría ayudar a determinar las posibles causas de la escasez causada por insuficientes graduados en enfermería y partería, o si la escasez está relacionada con la inscripción o el desajuste entre las aptitudes de los graduados y las necesidades de salud de la población. Los datos y el diálogo también pueden servir para determinar si se deben utilizar otros mecanismos de financiamiento y no vinculados con el financiamiento (subvenciones, becas, capacitación en las zonas rurales, políticas de admisión selectivas con sistemas de apoyo, etc.) para ajustar la educación a las prioridades en materia de salud y educación.

Eje de las políticas: **LIDERAZGO**

Evidencia

Las mujeres constituyen el 70% del personal mundial de salud, el 89% del personal de enfermería y el 9X% del personal de partería, pero solo ocupan el 25% de los puestos directivos de las organizaciones relacionadas con la salud [7, 19] Las brechas de género en el liderazgo son impulsadas por los estereotipos, la discriminación, el desequilibrio de poder y los privilegios [13, 58, 59]. Los aportes de las mujeres líderes en la esfera de la salud (por ejemplo, parteras y enfermeras) amplían la agenda de salud y dan lugar a políticas de salud que apoyan más a las mujeres y a los niños [18, 60-63]. La capacidad de liderazgo eficaz del personal de enfermería que ocupan cargos directivos repercute positivamente en la retención de estos profesionales y en la prestación de los servicios, y podría reducir los problemas psicológicos durante la pandemia [23, 63-67]. Con la ausencia de las mujeres en el nivel de liderazgo, o sin la contribución del personal de enfermería a las políticas que mejoren la salud de la población, el progreso general hacia la CUS y los ODS se debilita [68].

Alrededor del 70% y el X% de los países informaron tener un cargo gubernamental superior a nivel nacional para la enfermería y la partería, respectivamente, con la función de generar información para las políticas nacionales de salud y el personal de enfermería y partería. Sin embargo, una "encuesta instantánea" de los jefes de enfermería realizada por el Consejo Internacional de Enfermeras encontró que pocas de las personas que ocupaban esos cargos tenían autoridad para asesorar y tener influencia a nivel estratégico [69]. Solo 50% de los países informaron que contaban con programas de desarrollo del liderazgo para el personal de enfermería, apoyados a nivel nacional. Esto es significativo porque no todos los niveles de preparación de la educación de enfermería y partería incluyen aptitudes de

liderazgo en los programas de estudio [62, 65, 70]. En los países que informaron tener un oficial jefe de enfermería del gobierno y un programa nacional de desarrollo del liderazgo, había una red más firme de reglamentos aplicados en el lugar de trabajo y en la educación [7].

Orientación estratégica: Aumentar la proporción de profesionales de la enfermería y la partería en cargos de alto nivel en los entornos de salud y los académicos y formar continuamente a la próxima generación de líderes de enfermería y partería.

Prioridad de las políticas: Establecer y fortalecer los puestos de dirección superior para la gestión y dirección del personal de enfermería y partería. Los jefes de enfermería y los de partería del gobierno deben trabajar con otros líderes profesionales de la salud en la toma de decisiones estratégicas que repercutan en la planificación de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población. En el ámbito nacional, este puesto debería tener responsabilidades en materia de gobernanza y gestión del personal de enfermería y partería, impulsar el intercambio y el análisis de datos sobre enfermería y partería, convocar a las partes interesadas para que asistan al diálogo sobre políticas y a la adopción de decisiones e inversiones basadas en la evidencia. **Medidas habilitantes:** Impartir cursos de capacitación y de desarrollo de las aptitudes a los jefes de enfermería y de partería de los gobiernos, según se requiera, respecto de la planificación del personal de salud en función de la salud de la población por medio del análisis del mercado laboral y del espacio fiscal. Tal vez sea necesario establecer o fortalecer los mandatos o mecanismos para convocar a los interesados a fin de intercambiar datos y entablar un diálogo sobre políticas. En los países con una administración descentralizada del personal de salud, quizá haga falta crear competencias y mecanismos institucionales a nivel subnacional.

Prioridad de las políticas: Invertir en la formación de las aptitudes de liderazgo para el personal de enfermería y partería. La formulación de programas para mejorar la capacidad técnica y de gestión puede dotar a los profesionales de la enfermería y la partería competencias de liderazgo no siempre contempladas en sus planes de estudio. Los programas que incluyen pasantías o tutorías con líderes de organizaciones o del gobierno pueden exponer eficazmente a los jóvenes de estas profesiones a los problemas y retos de la atención de salud. **Medidas habilitantes:** Asegurar la asignación presupuestaria para los programas nacionales o regionales. Exigir la igualdad de oportunidades entre los géneros, las razas y los grupos lingüísticos y étnicos con oportunidades bien diferenciadas para los jóvenes. Trabajar con organizaciones profesionales y de atención de salud para establecer programas de desarrollo del liderazgo y oportunidades de tutoría. Establecer mecanismos de premios y reconocimientos para llamar la atención sobre las contribuciones de la enfermería y la partería a las prioridades nacionales o regionales en materia de salud y presentar modelos a seguir a los profesionales jóvenes.

Eje de las políticas: EJERCICIO PROFESIONAL

Evidencia

El personal de enfermería y partería puede prestar una gran proporción de los servicios de atención primaria de salud con seguridad y eficacia. La partería, donde la atención incluye intervenciones de eficacia comprobada para la salud de la madre y el recién nacido, así como para la planificación familiar, podría evitar más del 80% de todas las muertes maternas y neonatales y los mortinatos. Los profesionales de la partería, cuando estudian de acuerdo con las normas internacionales de la partería, están preparados para cubrir todo el alcance de las intervenciones si están acreditados, reglamentados y totalmente integrados en un sistema de atención de salud que funciona bien y en un equipo

interprofesional con servicios de derivación cuando se necesiten para casos de urgencia [10]. los profesionales de la partería autónomos prestan servicios en el hogar, en establecimientos comunitarios y en entornos hospitalarios donde admiten y manejan a los pacientes [20]. El personal de enfermería con práctica avanzada puede prestar eficazmente una amplia gama de servicios de APS, atención de enfermedades no transmisibles y servicios de salud de la población, lo que incluye recetar medicamentos y efectuar algunas pruebas diagnósticas [7, 71, 72]. Se ha demostrado que estos profesionales pueden prestar con seguridad y eficacia una amplia gama de servicios, ya sea como generalistas (por ejemplo una enfermera o enfermero de familia con práctica avanzada) o como especialista (por ejemplo, en anestesia, salud infantil o geriatría) [7, 73-75]. Sigue habiendo una brecha en la comprensión del público, e incluso de otros profesionales de la salud, sobre cuál es el alcance de los profesionales de la enfermería y la partería (en la enfermería, esto es particularmente cierto entre los profesionales con práctica avanzada) [13, 76, 77].

En los entornos del ejercicio profesional, los profesionales de la enfermería y la partería quizá no estén aprovechando al máximo su educación ni el alcance del ejercicio profesional. La utilización plena de las competencias de estos profesionales puede ayudar a reducir las disparidades en el acceso a los servicios de salud para los grupos vulnerables, rurales y remotos, incluso en períodos de emergencias y crisis de salud [74, 78-81]. El conjunto de servicios que presta el personal de enfermería y partería puede ser establecido en leyes y reglamentos profesionales, políticas nacionales (por ejemplo, en cuanto a las “tareas compartidas”), estrategias específicas por enfermedad (por ejemplo, para la infección por el VIH) y en políticas o protocolos de los establecimientos de salud. Es posible que las leyes y los reglamentos impidan intencionalmente que el personal de enfermería y partería ponga en práctica ciertas competencias adquiridas en su educación debido a preocupaciones por la seguridad o a cuestiones de rivalidad con otros grupos ocupacionales [82-84]. Otros aspectos del entorno de trabajo pueden contribuir al ejercicio profesional óptimo del personal de enfermería y partería, lo que comprende la dotación segura de personal, el respeto y la colaboración de otros profesionales de salud, recursos suficientes; buenos sistemas de derivación; líderes experimentados; y administración adecuada de los establecimientos [13, 18, 23, 77, 85]. La respuesta a la COVID-19 ha ampliado las contribuciones de los profesionales de la enfermería y la partería en casi todos los entornos de atención de salud, al tiempo que ha demostrado la factibilidad y la eficacia de mejorar la capacitación en el servicio y la adquisición de aptitudes por medios totalmente virtuales [86-88].

En gran medida, las reglamentaciones profesionales sobre la práctica de la enfermería y la partería están vigentes, pero tal vez no estén actualizadas con respecto a las funciones cada vez más amplias de estos profesionales, su movilidad internacional y las necesidades del intercambio de datos.

La mayoría de los países cuentan con una legislación principal vigente que establece la responsabilidad de la reglamentación del ejercicio de la enfermería y la partería en particular (requisitos de licencia, alcances del ejercicio profesional, requisitos de competencia continua), pero quizá no refleje los resultados actualizados de la educación ni las pruebas firmes sobre la seguridad y la eficacia de las funciones avanzadas de los profesionales de la enfermería y la partería en los entornos de práctica [7, 34, 89]. En los lugares carentes de reglamentos armonizados o de acuerdos de reconocimiento mutuo, estos profesionales pueden afrontar retrasos o barreras considerables para recibir el reconocimiento profesional completo cuando entran en una nueva jurisdicción para ejercer su profesión. En algunos países podría ser necesario aumentar la capacidad de los organismos reguladores [7, 47].

Orientación estratégica: Los sistemas de atención y de cuidados de salud se modernizan para que los profesionales de la enfermería y la partería contribuyan plenamente según el alcance de su ejercicio profesional

Prioridad de las políticas: Apoyar la modernización de los sistemas de reglamentación profesional. El propósito principal de los reglamentos profesionales es proteger al público. Si la reglamentación está bien concebida también puede facilitar la contratación eficiente de los profesionales de la enfermería y la partería calificados para que formen parte del personal de salud activo y aumenten el acceso a los servicios. Las reglamentaciones, como la que exige el desarrollo profesional continuo para mantener activa una licencia, pueden facilitar el mantenimiento de las competencias, pero también promover la adquisición de nuevas competencias, al permitir que la formación en el servicio pertinente u otros cursos sean aplicables a los requisitos de la licencia. **Medidas habilitantes:** La legislación y los reglamentos que inciden en el alcance del ejercicio profesional de la partería y la enfermería deben actualizarse con respecto a la formación y la optimización de sus funciones en los entornos del ejercicio profesional. Los registros activos pueden mejorarse si se exige al personal de enfermería y partería que renueve periódicamente su registro o licencia; la formación profesional continua podría exigirse como parte del proceso de renovación de la licencia. La armonización de los reglamentos de los distintos países y los acuerdos de reconocimiento mutuo pueden facilitar la movilidad entre las jurisdicciones participantes. Estos acuerdos deben estar respaldados por un registro activo que sea interoperable con las bases de datos del sistema de salud y otros organismos. Los responsables del registro profesional y otros funcionarios deberían recibir capacitación en la gestión de los reglamentos.

Prioridad de las políticas: Adaptar las políticas del lugar de trabajo para permitir al personal de enfermería y partería contribuir al máximo en la prestación de servicios en equipos interdisciplinarios de atención de salud. Las iniciativas para optimizar las contribuciones de los profesionales de la enfermería y la partería deberán tener en cuenta los diferentes modelos de prestación de servicios dentro del sistema de salud, así como las funciones, responsabilidades y alcances de otros grupos ocupacionales en la esfera de la salud. Los instrumentos para calcular el número, la asignación y las funciones óptimas de los miembros de los equipos de atención de salud pueden ayudar a garantizar un uso eficaz y eficiente del personal de enfermería y partería en una variedad de entornos y circunstancias de la atención de salud [90-92]. **Medidas habilitantes:** Considerar el impacto de ciertas estrategias relativas a la salud o políticas específicas centradas en la enfermedad, así como los protocolos de los centros de salud sobre las funciones y responsabilidades de los profesionales de la enfermería y la partería en los equipos de atención de salud. Garantizar un trabajo decente y un entorno propicio para las parteras y el personal de enfermería, que abarque los apoyos necesarios para ejercer plena y eficazmente la enfermería y la partería. Ofrecer oportunidades para mantener las competencias, como capacitación en el manejo de las enfermedades infecciosas emergentes y suficiente tiempo en los centros de atención materna para los profesionales que tienen la acreditación doble en partería y enfermería.

Conclusión

La aplicación de las *Orientaciones estratégicas para la enfermería y la partería 2021-2025* está vinculada a un programa de seguimiento y rendición de cuentas de acuerdo con lo solicitado por los funcionarios gubernamentales jefes de enfermería y partería y otros interesados directos en consultas mundiales y regionales entre junio del 2020 y enero del 2021. El marco de seguimiento se basa en el procedimiento de usar datos validados por país, un proceso intersectorial de diálogo sobre políticas y la toma de decisiones fundamentada en la evidencia para que los países cumplan con las prioridades de política. Los datos aplicables notificados por conducto de las Cuentas nacionales sobre el personal de salud (el mecanismo para los informes sobre la *Situación mundial de la enfermería 2020* y la *Situación mundial de*

la partería 2021) se verificarán anualmente. La delegación de países que participa en el foro bienal para funcionarios gubernamentales jefes de enfermería y de partería y la “Reunión de la triada” de la OMS, la Confederación Internacional de Matronas y el Consejo Internacional de Enfermeras será responsable de informar sobre la situación de los datos, del diálogo y del proceso decisorio hacia el logro de las prioridades de política pertinentes cada dos años.

Anexo 1. Marco de seguimiento y rendición de cuentas

El seguimiento de la aplicación de las *Orientaciones estratégicas de la OMS sobre la enfermería y la partería 2021-2025* exige un esfuerzo concertado encabezado por el ministerio de salud con la participación de una amplia gama de interesados directos. Los ministerios de educación, trabajo, finanzas, las instituciones financieras internacionales, las organizaciones de desarrollo, los empleadores públicos y privados, las instituciones de educación, los organismos normativos profesionales, las asociaciones nacionales de enfermería y partería, los sindicatos, la sociedad civil y los ciudadanos pueden contribuir con el intercambio de datos, el diálogo y el proceso de toma de decisiones para que las inversiones que se hagan en el ámbito de la enfermería y la partería estén fundamentadas en la evidencia.

Estructura: La orientación estratégica para el área de política —educación, empleos, ejercicio profesional, liderazgo— enuncia lo que puede lograrse en cinco años si se asignan prioridades a las políticas descritas en cada área. El marco de seguimiento y de rendición de cuentas se ha estructurado para mostrar si se alcanzaron las prioridades de política establecidas bajo cada orientación estratégica y reflejar el progreso en los pasos clave —notificación de datos, diálogo sobre políticas y toma de decisiones— que sientan las bases para lograr las prioridades de política.

Presentación de informes: El marco de seguimiento y rendición de cuentas se fundamenta en los procesos directos e indirectos de presentación de informes. La notificación directa tendrá lugar cada dos años en la reunión bienal del Foro Mundial de la OMS del foro para funcionarios gubernamentales jefes de enfermería y de partería y en la “Reunión de la tríada” de la OMS, la Confederación Internacional de Matronas y el Consejo Internacional de Enfermeras. Los funcionarios gubernamentales jefes de enfermería y de partería y otros miembros de la delegación de cada país presentarán una actualización acerca de las 11 prioridades de políticas en la que indicarán el estado de la notificación de los datos, la planificación o la realización del diálogo intersectorial, o qué decisiones se han adoptado con respecto a las actividades o las inversiones.

La presentación de informes indirectos se basará en la presentación de informes sobre los indicadores de las cuentas nacionales del personal de salud a través de la plataforma en línea de las cuentas nacionales sobre el personal de salud (el mecanismo de presentación de informes utilizado para los informes sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y la *Situación de la partería en el mundo 2021*). La OMS presta apoyo a los Estados Miembros para que informen anualmente sobre los indicadores de las cuentas nacionales del personal de salud (NHWA, por su sigla en inglés) por conducto del enlace con el punto focal para la presentación de datos sobre el personal de salud. Los funcionarios gubernamentales jefes de enfermería y de partería pueden comunicarse directamente con los puntos focales de las cuentas nacionales del personal de salud para intercambiar datos, a fin de informar sobre el personal de enfermería y partería.

Orientación estratégica para el EMPLEO: Aumentar la disponibilidad del personal de salud mediante la creación sostenible de empleos de enfermería y partería, con la contratación y la retención eficaces de estos profesionales, además de la gestión ética de la movilidad y la migración internacionales.

Prioridad de las políticas: Llevar a cabo la planificación y la proyección del personal de enfermería y partería necesario desde una perspectiva del mercado laboral del sector de la salud.

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 9-01 NHWA 9-03	Nombrar a un grupo asesor multisectorial para identificar a los interesados directos clave, las cuestiones de política y las fuentes de datos para el análisis del mercado laboral de la salud.	Emprender un análisis del mercado laboral de la salud para obtener datos destinados a los planes estratégicos y de inversiones relacionados con el personal de partería y de enfermería.

Prioridad de las políticas: Asegurar la demanda adecuada (empleos) con respecto a la prestación de servicios de salud y a las prioridades de salud de la población (por ejemplo, atención primaria de salud para la cobertura universal de salud)

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 1-01 NHWA 1-05 NHWA 7-01 NHWA 10-05	Examinar un análisis del impacto del costo de los puestos de trabajo o un análisis de factibilidad económica para la creación de empleos en la enfermería y la partería.	Ampliar la demanda económica para la creación de empleos en enfermería y partería.

Prioridad de las políticas: Reforzar la aplicación del Código de prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal de salud (el Código).

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 1-07 NHWA 1-08 NHWA 10-02 NRI	Debates bilaterales relacionados con la migración y la movilidad internacionales del personal de salud sostenidos con los ministerios de salud y otros interesados directos en la esfera de la salud.	Finalización del instrumento nacional de presentación de informes

Prioridad de las políticas: Atraer, contratar y retener al personal de enfermería y partería donde más se necesite.

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 1-02 NHWA 5-07 NHWA Mod 6 NHWA 8-03	Determinar cuáles son las zonas y los entornos donde los profesionales de la enfermería y la partería son sumamente necesarios.	Elaborar y ofrecer un conjunto de intervenciones pertinentes según el contexto para atraer, contratar y retener a los profesionales de la enfermería y la partería en las zonas determinadas.

Orientación estratégica para la EDUCACIÓN: Los sistemas nacionales de educación superior gradúan a los profesionales de la enfermería y la partería con los conocimientos y las aptitudes necesarios para cubrir y superar la demanda de los sistemas de salud y cumplir con las prioridades nacionales de salud.

Prioridad de las políticas: Asegurar la consonancia de los niveles educativos con las funciones optimizadas dentro de los sistemas académicos y de salud.

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 2-02 NHWA 3-01 NHWA 9-04	Examinar los diversos programas para los profesionales de la enfermería y la partería al primer nivel: requisitos para participar en	Simplificar o mejorar los programas de educación de primer nivel disponibles para la enfermería y la partería; tratar de que esos

	un programa, duración, normas aplicadas y credenciales otorgadas.	programas estén en consonancia con los de las jurisdicciones vecinas.
--	---	---

Prioridad de las políticas: Garantizar que los programas educativos se fundamenten en la competencia, adopten un diseño de aprendizaje eficaz, cumplan con las normas de calidad y se ajusten a las necesidades de salud de la población.

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 3-02, 3-03, 3-04, 3-04, 3-06, 3-07 NHWA 9-04	Definir los resultados y las competencias para los programas de primer nivel de enfermería y partería con respecto a las funciones optimizadas en los entornos académicos y de salud.	Actualizar las normas de educación y fortalecer los mecanismos de acreditación para el primer nivel de educación de partería y enfermería

Prioridad de las políticas: Velar por que la producción nacional se optimice para satisfacer o superar la demanda del sistema de salud.

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 2-03 2-04, 2-05 NHWA 2-07 NHWA 4-02 NHWA 9-04 NHWA 10-04	Asociaciones intersectoriales y mecanismos de coordinación para fortalecer la presentación de informes sobre el sector de la educación nacional.	En los casos en que se haya determinado, mediante un análisis del mercado laboral del sector de la salud, aumentar la producción nacional para satisfacer la demanda.

Orientación estratégica para el LIDERAZGO: Aumentar la proporción de profesionales de la enfermería y la partería en cargos de alto nivel en los entornos de salud y los académicos y formar continuamente a la próxima generación de líderes de enfermería y partería.

Prioridad de las políticas: Establecer y fortalecer los puestos de dirección superior para la gestión y dirección del personal de enfermería y partería.

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 1-04 NHWA 9-01 NHWA 9-02 NN-4 SoWN	Identificar la función y responsabilidades en cuanto a la planificación y la gestión del personal de la esfera de la salud, la notificación y uso de los datos, el mercado laboral y el análisis de los márgenes fiscales.	Establecer un cargo de funcionario gubernamental jefe de los servicios públicos de enfermería y de partería, un funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería o un funcionario gubernamental jefe de los servicios públicos de partería y oportunidades para el fortalecimiento de la capacidad.

Prioridad de las políticas: Invertir en la formación de las aptitudes de liderazgo para el personal de enfermería y partería.

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NN-5 SoWN	Debates con asociaciones profesionales y organizaciones de atención de salud para establecer oportunidades de desarrollo del liderazgo y la mentoría.	Establecer y brindar apoyo de forma sostenible a la capacitación formal en liderazgo y a los programas de desarrollo profesional para el personal de enfermería y partería.

Orientación estratégica para el EJERCICIO PROFESIONAL: Los sistemas de atención y de cuidados de salud se modernizan para que el personal de enfermería y partería contribuya plenamente según el alcance de su ejercicio profesional

Prioridad de las políticas: **Apoyar la modernización de los sistemas de reglamentación profesional.**

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 3-08 NHWA 3-09 NHWA 8-06	Examinar la periodicidad y el proceso para renovar las credenciales profesionales, incluidos los requisitos para demostrar la competencia continua.	Actualizar y armonizar las leyes y los reglamentos para permitirles a los profesionales de la enfermería y la partería aplicar toda su educación y capacitación en el ejercicio de su profesión.

Prioridad de las políticas: **Adaptar las políticas del lugar de trabajo para permitir al personal de enfermería y partería contribuir al máximo a la prestación de servicios en equipos interdisciplinarios de atención de salud.**

Datos	Diálogo	Toma de decisiones
NHWA 9-05	Examinar la manera en que el diseño del sistema, la dotación de personal del establecimiento de salud, y las políticas del lugar de trabajo pueden facilitar el ejercicio profesional óptimo del personal de enfermería y partería.	Establecer un grupo de trabajo que formulará los indicadores de la carga de trabajo para el análisis de las necesidades del personal.

Referencias

1. Naciones Unidas, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución adoptada por la Asamblea general el 25 de septiembre del 2015*. 2015.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza. 2016.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). 13.º Programa General de Trabajo 2019–2023. 2018 [consultado el 6 de enero del 2020]; Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-sp.pdf?ua=1.
4. All-Party Parliamentary Group on Global Health, *Triple Impact. How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth*. 2016.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza. 2016
6. Organización Mundial de la Salud (OMS), *2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería: A72/54 Rev.1*. 2019, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza. 2019
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo liderazgo*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza. 2020
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Septuagésima tercera Asamblea Mundial de la Salud A73/B/CONF./2*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza. 2020
9. Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Clasificación internacional uniforme de ocupaciones 2008*, Organización Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, Suiza. 2008
10. Ten Hoop Bender, P., et al., *The state of the world's midwifery: a universal pathway, a woman's right to health*, ed. U.N.P. Fund. 2014.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe del Grupo consultivo de expertos de la OMS encargado de examinar la pertinencia y eficacia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*, en *Informe del Director General a la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud*. 2020.
12. H, D. and S. R, *Migrant health workers are on the COVID-19 frontline. We need more of them*. C.f.G. Development, Editor. 2020.
13. Filby, A., F. McConville, and A. Portela, *What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective*. PLoS One, 2016. 11(5): p. e0153391.
14. Homer, C.S., S. Turkmani, and M. Rumsey, *The state of midwifery in small island Pacific nations*. Women and Birth, 2017.
15. Homer, C.S.E., et al., *Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda*. BMC Pregnancy Childbirth, 2018. 18(1): p. 55.
16. Siankam Tankwanchi, A., A. N'Simbo, and A. Hagopian, *Health worker unemployment in LMICs with shortage: a policy brief prepared for the 2nd review of the relevance and effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. 2019.
17. Asamani, J.A., et al., *The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana*. Hum Resour Health, 2020. 18(1): p. 16.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Midwives voices, midwives realities: Findings from a global consultation on providing quality midwifery care*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza. 2016.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Delivered By Women, Led By Men: A Gender And Equity Analysis Of The Global Health And Social Workforce*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza. 2019.
20. Renfrew, M.J., et al., *Midwifery is a vital solution-What is holding back global progress?* Birth, 2019. 46(3): p. 396-399.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). *WHO Guidelines on Health Workforce Development, Attraction, Recruitment and Retention in Rural and Remote Areas. En proceso de publicación*, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza.
22. Buchan, J.S., F.; Catton, H., *Policy Brief: Nurse Retention*. 2018, International Center on Nurse Migration: Philadelphia, USA.
23. Ngabonzima, A., D. Asingizwe, and K. Kouveliotis, *Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda*. BMC nursing, 2020. 19: p. 35-35.
24. Mburu, G. and G. George, *Determining the efficacy of national strategies aimed at addressing the challenges facing health personnel working in rural areas in KwaZulu-Natal, South Africa*. African journal of primary health care & family medicine, 2017. 9(1): p. e1-e8.
25. Irshad, M., et al., *How perceived threat of Covid-19 causes turnover intention among Pakistani nurses: A moderation and mediation analysis*. International journal of mental health nursing, 2020: p. 10.1111/inm.12775.
26. Adams, J.G. and R.M. Walls, *Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic*. Jama, 2020. 323(15): p. 1439-1440.
27. Armstrong, D., et al., *COVID-19 and the Health Workforce*. Med Care Res Rev, 2020: p. 1077558720969318.
28. El-Hage, W., et al., *[Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]*. Encephale, 2020. 46(3s): p. S73-s80.
29. Lu, W., et al., *Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*. Psychiatry Res, 2020. 288: p. 112936.
30. Nagesh, S. and S. Chakraborty, *Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: Challenges and recommendations*. J Glob Health, 2020. 10(1): p. 010345.
31. Pereira-Sanchez, V., et al., *COVID-19 effect on mental health: patients and workforce*. Lancet Psychiatry, 2020. 7(6): p. e29-e30.
32. Stenberg, K., et al., *Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries*. The Lancet Global Health, 2017. 5(9): p. e875-e887.
33. Stenberg, K., et al., *Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study*. Lancet Glob Health, 2019. 7(11): p. e1500-e1510.

34. Castro Lopes, S., et al., *A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway*. Human Resources for Health, 2016. 14(1): p. 37.
35. Hermansson, E. and L.B. Mårtensson, *The evolution of midwifery education at the master's level: a study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna process*. Nurse Educ Today, 2013. 33(8): p. 866-72.
36. Kumakech, E., et al., *Graduate Midwifery Education in Uganda Aiming to Improve Maternal and Newborn Health Outcomes*. Annals of global health, 2020. 86(1): p. 52-52.
37. Cho, E., et al., *Associations of Nurse Staffing and Education With the Length of Stay of Surgical Patients*. J Nurs Scholarsh, 2018. 50(2): p. 210-218.
38. Harrison, J.M., et al., *In Hospitals With More Nurses Who Have Baccalaureate Degrees, Better Outcomes For Patients After Cardiac Arrest*. Health affairs (Project Hope), 2019. 38(7): p. 1087-1094.
39. White, E.M., et al., *Lower Postsurgical Mortality for Individuals with Dementia with Better-Educated Hospital Workforce*. Journal of the American Geriatrics Society, 2018. 66(6): p. 1137-1143.
40. Baker, C., A.H. Cary, and M. da Conceicao Bento, *Global standards for professional nursing education: The time is now*. Journal of Professional Nursing, 2020.
41. Bogren, M., S. Doraiswamy, and K. Erlandsson, *Building a new generation of midwifery faculty members in Bangladesh*. Journal of Asian Midwives, 2017. 4(2): p. 52-58.
42. Lakhani, A., et al., *Experiences of the graduates of the first baccalaureate midwifery programme in Pakistan: A descriptive exploratory study*. Midwifery, 2018. 59: p. 94-99.
43. Ahmadi, G., et al., *Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study*. International journal of medical education, 2018. 9: p. 64-71.
44. Yigzaw, T., et al., *How well does pre-service education prepare midwives for practice: competence assessment of midwifery students at the point of graduation in Ethiopia*. BMC medical education, 2015. 15: p. 130-130.
45. Avery, M.D., et al., *Interprofessional Education Between Midwifery Students and Obstetrics and Gynecology Residents: An American College of Nurse-Midwives and American College of Obstetricians and Gynecologists Collaboration*. Journal of midwifery & women's health, 2020. 65(2): p. 257-264.
46. Bogren, M., et al., *Findings from a context specific accreditation assessment at 38 public midwifery education institutions in Bangladesh*. Women and Birth, 2020.
47. Nove, A., et al., *The development of a global Midwifery Education Accreditation Programme*. Global health action, 2018. 11(1): p. 1489604-1489604.
48. West, F., C. Homer, and A. Dawson, *Building midwifery educator capacity in teaching in low and lower-middle income countries. A review of the literature*. Midwifery, 2016. 33: p. 12-23.
49. Erlandsson, K., et al., *Capacity building of midwifery faculty to implement a 3-years midwifery diploma curriculum in Bangladesh: A process evaluation of a mentorship programme*. Nurse Educ Pract, 2018. 29: p. 212-218.
50. Celebi, E. and M. Kargin, *Social gender and nursing in Turkey: A qualitative research*. J Pak Med Assoc, 2019. 69(8): p. 1184-1186.
51. Tawash, E. and S. Cowman, *The NURSING-Positive Recruitment Arabic Model (NURS-P.R.A.M.): A mixed methods study*. J Adv Nurs, 2018. 74(11): p. 2630-2639.
52. Williams, G.A., et al., *Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire*. Eur J Public Health, 2020. 30(Supplement_4): p. iv5-iv11.
53. Ramos-Morcillo, A.J., et al., *Experiences of Nursing Students during the Abrupt Change from Face-to-Face to e-Learning Education during the First Month of Confinement Due to COVID-19 in Spain*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(15).
54. Chen, T., et al., *Analysis of User Satisfaction with Online Education Platforms in China during the COVID-19 Pandemic*. Healthcare (Basilea, Suiza), 2020. 8(3): p. 200.
55. Fogg, N., et al., *Transitioning from direct care to virtual clinical experiences during the COVID-19 pandemic ☆☆☆*. Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing, 2020.
56. Tawalbeh, L.I., *Effect of simulation modules on Jordanian nursing student knowledge and confidence in performing critical care skills: A randomized controlled trial*. International Journal of Africa Nursing Sciences, 2020. 13: p. 100242.
57. Frenk, J., et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The Lancet, 2010. 376(9756): p. 1923-1958.
58. Varghese, J., et al., *Setting the agenda for nurse leadership in India: what is missing*. International journal for equity in health, 2018. 17(1): p. 98-98.
59. Newman, C.J., et al., *Investing in the Power of Nurse Leadership: What Will It Take?* 2019, Nursing Now.
60. Downs, J.A., et al., *Increasing women in leadership in global health*. Acad Med, 2014. 89(8): p. 1103-7.
61. Solbakken, R., et al., *International Nursing: Caring in Nursing Leadership-A Meta-ethnography From the Nurse Leader's Perspective*. Nursing administration quarterly, 2018. 42(4): p. E1-E19.
62. Ferguson, S.L., et al., *The ICN Leadership For Change™ Programme--20 years of growing influence*. International nursing review, 2016. 63(1): p. 15-25.
63. Rosa, W.E., et al., *Nursing and midwifery advocacy to lead the United Nations Sustainable Development Agenda*. Nurs Outlook, 2019.
64. Pfeiffer, E., et al., *Building health system capacity to improve maternal and newborn care: a pilot leadership program for frontline staff at a tertiary hospital in Ghana*. BMC medical education, 2019. 19(1): p. 52-52.
65. Foster, A.A., et al., *Strengthening and Institutionalizing the Leadership and Management Role of Frontline Nurses to Advance Universal Health Coverage in Zambia*. Global health, science and practice, 2018. 6(4): p. 736-746.
66. Ahmed, F., F. Zhao, and N.A. Faraz, *How and When Does Inclusive Leadership Curb Psychological Distress During a Crisis? Evidence From the COVID-19 Outbreak*. Frontiers in psychology, 2020. 11: p. 1898-1898.
67. Colwell, F.J., *Leadership Strategies to Improve Nurse Retention*. 2019.
68. Downs, J.A., et al., *The ripple effect: why promoting female leadership in global health matters*. Public Health Action, 2016. 6(4): p. 210-211.

69. Nurses, I.C.o., *ICN snapshot survey: In the Year of the Nurse and the Midwife, approximately only half of the countries of the world have a Chief Nursing Officer*, I.C.o. Nurses, Editor. 202: Ginebra, Suiza.
70. Hafsteinsdóttir, T.B., et al., *The Leadership Mentoring in Nursing Research Program for Postdoctoral Nurses: A Development Paper*. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 2020. 52(4): p. 435-445.
71. Swanson, M., et al., *The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: A scoping review*. Nursing open, 2020. 7(4): p. 1197-1207.
72. Lukewich, J.A., et al., *Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review*. Nursing open, 2019. 6(3): p. 685-697.
73. Hassmiller, S. and J. Pulcini, eds. *Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective 2020*, Springer International Publishing.
74. Christmals, C.D. and S.J. Armstrong, *Curriculum framework for advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a multimethod study*. BMJ open, 2020. 10(6): p. e035580-e035580.
75. Dlamini, C.P., et al., *Developing and Implementing the Family Nurse Practitioner Role in Eswatini: Implications for Education, Practice, and Policy*. Ann Glob Health, 2020. 86(1): p. 50.
76. Schönenberger, N., et al., *Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study*. BMC Nursing, 2020. 19(1): p. 90.
77. Karimi-Shahanjari, A., et al., *Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019(4).
78. Rosa, W.E., et al., *Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond*. International nursing review, 2020: p. 10.1111/inr.12632.
79. Homer, C.S., et al., *The projected effect of scaling up midwifery*. Lancet, 2014. 384(9948): p. 1146-57.
80. Kollie, E.S., *Experiences of Nurses and Midwives during the Ebola Outbreak in Liberia, West Africa*, in *Loma Linda University Electronic Theses, Dissertations & Projects*. 384. 2016.
81. Holmgren, J., et al., *Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa*. Nurs Open, 2019. 6(3): p. 824-833.
82. Miyamoto, S. and E. Cook, *The procurement of the UN sustainable development goals and the American national policy agenda of nurses*. Nursing Outlook, 2019. 67(6): p. 658-663.
83. Scanlon, A., et al., *The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian context*. Collegian, 2016. 23(1): p. 129-42.
84. Markowitz, S., et al., *Competitive effects of scope of practice restrictions: Public health or public harm?* J Health Econ, 2017. 55: p. 201-218.
85. Brook, J., et al., *Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: A systematic review*. International Journal of Nursing Studies, 2019. 91: p. 47-59.
86. Cheung, V.K., et al., *Investigating effects of healthcare simulation on personal strengths and organizational impacts for healthcare workers during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*. Integr Med Res, 2020. 9(3): p. 100476.
87. Dieckmann, P., et al., *The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK*. Adv Simul (Lond), 2020. 5: p. 3.
88. Dubé, M., et al., *COVID-19 pandemic preparation: using simulation for systems-based learning to prepare the largest healthcare workforce and system in Canada*. Adv Simul (Lond), 2020. 5: p. 22.
89. Zakumumpa, H., et al., *Human resources for health strategies adopted by providers in resource-limited settings to sustain long-term delivery of ART: a mixed-methods study from Uganda*. Human Resources for Health, 2016. 14(1): p. 63.
90. Doosty, F., M.R. Maleki, and M.H. Yarmohammadian, *An investigation on workload indicator of staffing need: A scoping review*. J Educ Health Promot, 2019. 8: p. 22.
91. Wundavalli, L., P. Kumar, and S. Dutta, *Workload Indicators of Staffing Need as a tool to determine nurse staffing for a high volume academic Emergency Department: An observational study*. Int Emerg Nurs, 2019. 46: p. 100780.
92. Joarder, T., et al., *Assessment of staffing needs for physicians and nurses at Upazila health complexes in Bangladesh using WHO workload indicators of staffing need (WISN) method*. BMJ Open, 2020. 10(2): p. e035183.