ENFERMERÍA
UNA VOZ PARA LIDERAR
ALCANZANDO LOS ODS

EL PAPEL DE LAS ENFERMERAS EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA
RECURSOS Y EVIDENCIAS

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

ÍNDICE

Parte uno: Introducción **4**
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la enfermería 5
- Un mundo de desiguales 6
- ¿Qué son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)? 8
- ¿Por qué deben importarles los ODS a las enfermeras? 9

Parte dos: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible **10**
- Objetivo 1: Poner fin a la pobreza 11
- Objetivo 2: Poner fin al hambre, mejora de la nutrición 14
- Objetivo 3: Salud y bienestar 17
- Objetivo 4: Educación de calidad 22
- Objetivo 5: Igualdad de género 24
- Objetivo 6: Agua limpia y saneamiento 26
- Objetivo 7: Energía asequible y no contaminante 28
- Objetivo 8: Trabajo decente y crecimiento económico 30
- Objetivo 9: Industria, innovación e infraestructura 33
- Objetivo 10: Reducción de las desigualdades 36
- Objetivo 11: Ciudades y comunidades sostenibles 38
- Objetivo 12: Producción y consumo responsables 41
- Objetivo 13: Acción por el clima 42
- Objetivo 14: Vida submarina 44
- Objetivo 15: Vida de ecosistemas terrestres 44
- Objetivo 16: Paz, justicia e instituciones sólidas 45
- Objetivo 17: Alianzas para lograr los objetivos 47

Parte tres: ¿Cómo puede ser Ud. una voz para liderar? **50**
- Una voz para liderar: como persona a título individual 52
- Una voz para liderar: como profesión 54
- Una voz para liderar: como miembro de un equipo multidisciplinar 54
- Lidere de manera que se le escuche 55

Bibliografía **56**

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

Copyright © 2017 by International Council of Nurses - 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-43-2 / Diseñado por ACW acw.uk.com

QUERIDOS COLEGAS,

En nombre del Consejo Internacional de Enfermeras, ¡deseamos a las enfermeras de todo el mundo un Día Internacional de la Enfermera muy feliz!

Este año, el CIE ha elegido el tema: "Enfermería: una voz para liderar y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible". Nuestro objetivo, utilizando este conjunto de herramientas y la campaña que lo apoya en la web, en video y en los medios de comunicación social, es crear conciencia: primero, dentro de la profesión de la enfermería, acerca de qué son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y por qué son importantes; y, en segundo lugar, entre la población, los gobiernos y otros órganos de decisión, sobre la contribución que las enfermeras ya están realizando para el logro de los ODS.

Este conjunto de herramientas ofrece una visión general de los ODS y de sus vínculos con la profesión de la enfermería. Más concretamente, ofrece una serie de estudios monográficos que muestran el increíble trabajo que las enfermeras de todo el mundo están realizando para mejorar el acceso a la atención médica, educar a las poblaciones y abordar temas tales como la pobreza, la nutrición, las energías limpias, la desigualdad, la sostenibilidad, la innovación, la justicia y otros objetivos incluidos en los ODS. Las enfermeras, en su calidad de proveedores primordiales de asistencia sanitaria a todas las comunidades y en toda clase de escenarios, son fundamentales para el logro de los ODS. De hecho, si los gobiernos y los líderes mundiales no invierten en la profesión de la enfermería, no podremos tener éxito.

Los ODS son importantes para todos nosotros: en nuestra vida profesional y en nuestra vida personal. Cada uno de ustedes puede dejar y está dejando su huella. Celebre sus logros, comparta su historia y use su voz para liderar.

Dra. Judith Shamian
Presidenta

Dra. Frances Hughes
Directora General

PARTE UNO

INTRODUCCIÓN

Todos conocemos la famosa cita de Mahatma Gandhi, “Sea el cambio que quiere ver en el mundo.” Sin embargo, a pesar de los grandes sentimientos, constantemente se nos hace sentir culpables por no hacer nuestra parte. Las enfermeras, a causa de la profesión que hemos elegido, realizamos sacrificios día sí y día también para ayudar a los demás. A menudo se nos erige en ángeles, referentes, personas de buen corazón, bondadosas, que cuidan de los demás. De manera que, ¿cuánto más podemos hacer en realidad?

Este año, el CIE ha elegido como tema Enfermeras: una voz para liderar, Alcanzando los Objetivos de Desarrollo Sostenible. ¿Significa esto que el CIE quiere que las enfermeras hagan más? ¡¿Realmente cabe esperar que las enfermeras vayan a resolver todos los problemas del mundo cuando trabajan en exceso, se les paga menos de lo debido, tienen menos recursos de los necesarios y están agotadas?!

La respuesta es muy sencilla: ¡las enfermeras ya lo están haciendo! Y eso es precisamente lo que queremos demostrar este año al celebrar los logros de la enfermería. Quizá Ud. ni siquiera se haya dado cuenta de que lo que está haciendo es contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sin embargo, este sitio web, nuestra carpeta, nuestro video y nuestra campaña en las redes sociales le ayudarán a entender qué son los ODS, por qué son importantes y cómo Ud. – al igual que millones de enfermeras en todo el mundo – ya está contribuyendo a que sean un éxito y a lograr que la salud sea una realidad para miles de millones de personas en todo el mundo.

Síganos mientras le contamos las historias de los héroes anónimos de la enfermería y cómo están trabajando para mejorar la vida de los demás emprendiendo acciones relacionadas con los ODS. Con ocasión de este Día internacional de la enfermera, pretendemos celebrar su historia – fuente de inspiración para actuar – demostrando cómo pueden influir las enfermeras en sus entornos y comunidades para crear un mundo más sano.

"Hay un mundo de apatía ahí fuera. Cada día suceden muchas cosas que no están bien. Cada uno tiene que elegir su propia batalla y es muy importante que, cuando se encuentre algo que no es correcto, intervenga al respecto. El liderazgo consiste en aprender cómo intervenir eficazmente. No podrá ser un líder razonable si no tiene el instinto de decir: 'Esto es algo que tengo que corregir.'"

– Marla Salmon, ex Enfermera jefe, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

1.1 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y LA ENFERMERÍA

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fueron adoptados por Naciones Unidas en 2015 para reemplazar a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se trata de 17 objetivos que cubren un amplio abanico de cuestiones de desarrollo sostenible en todo el mundo como por ejemplo poner fin a la pobreza, al hambre, mejorar la salud y la educación, combatir el cambio climático, etc. Los 191 Estados miembros de la ONU han decidido alcanzar estos nuevos objetivos en 2030. La salud ocupa un lugar central en el ODS 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, de manera que resulta claro que la enfermería tiene un gran papel que desempeñar en relación con este objetivo. Sin embargo, la labor de las enfermeras también tiene una gran repercusión en la consecución de otros ODS, como los relativos a la educación y la pobreza, que a menudo se consideran determinantes sociales de la salud (DSS), es decir, las condiciones en las que se nace, crece, trabaja y vive, teniendo en cuenta asimismo su repercusión en las condiciones de salud y en la vida cotidiana. Las enfermeras mejoramos la salud de las personas y, a menudo, también abordamos los DSS comprendiendo así la relación existente entre las condiciones de vida en sentido más amplio y la salud, tanto individual como de la población. El presente recurso y los estudios de casos que utilizamos demuestran esta relación dejando claro por qué las enfermeras son tan importantes no solo para la mejora de la salud individual sino también para la consecución de los ODS.

1.2 UN MUNDO DE DESIGUALES

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron muy útiles para mejorar la vida de millones de personas en todo el mundo pero la brecha entre los ricos y los pobres, los sanos y los enfermos, los formados y los sin formar, sigue creciendo. Por ello, los Objetivos de Desarrollo Sostenible pretenden abordar las desigualdades entre las naciones y dentro de las mismas.

Hoy en día, es bien sabido que los factores sociales, como por ejemplo la educación, la situación laboral, el nivel de ingresos, el género y la etnicidad, ejercen una influencia directa en el estado de salud de las personas.

Tomemos la esperanza de vida como ejemplo. La Organización Mundial de la Salud denuncia una brecha de 35 años en este parámetro entre los países que más tienen y los que menos tienen (**Figura 1**). La **Figura 2** a continuación muestra que esta brecha también existe dentro de los países, ¡incluso en aquellos de renta alta como Inglaterra!

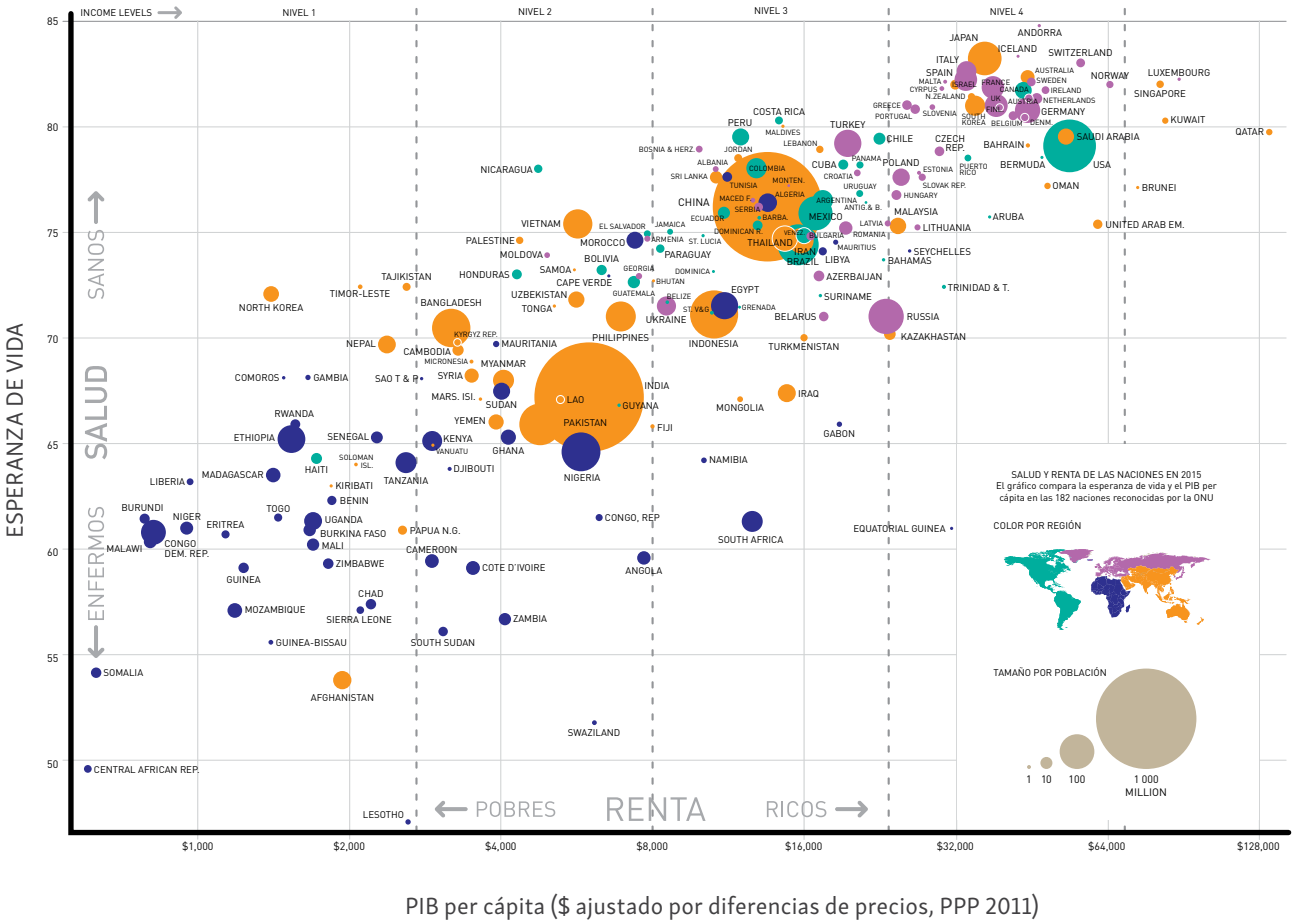


Figura 1. Esperanza de vida por país y nivel de ingresos anuales

Basado en un gráfico gratuito de www.gapminder.org[51]

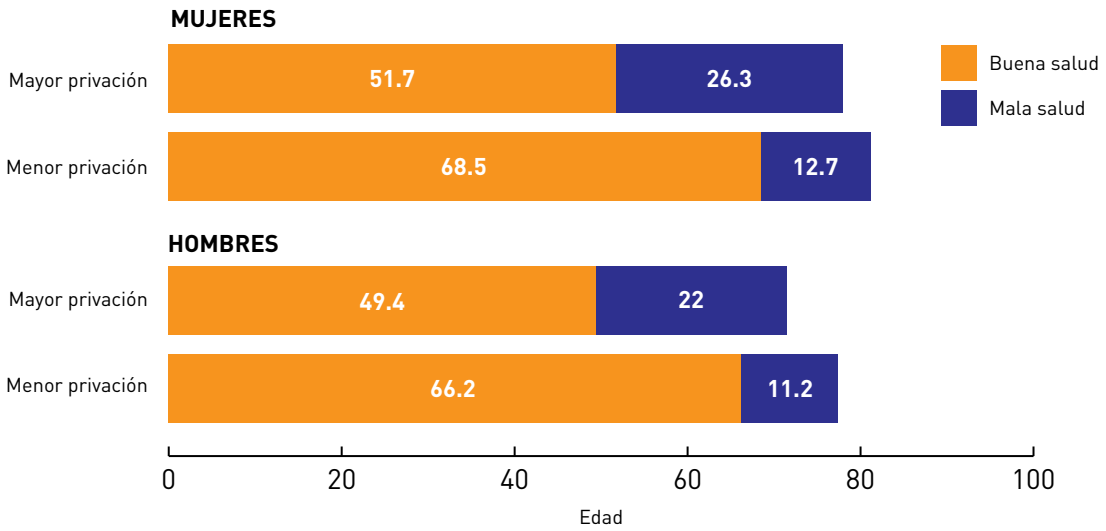


Figura 2. Años de esperanza de vida y mala salud por nivel de privación en Inglaterra[5]

Sin embargo, la esperanza de vida no es solo una cuestión de ricos o pobres sino que también guarda relación con la calidad de vida y las diferencias observadas entre distintos colectivos sociales, tanto de renta baja, como de renta media y alta. Se trata de un fenómeno presente en todo el mundo: a menor posición socioeconómica, mayor riesgo de mala salud y más probabilidades de muerte prematura.

No es solo una cuestión de acceso limitado a los servicios de salud. La mala salud es atribuible a la desigualdad de condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Son las desigualdades en materia de poder, dinero, educación y recursos las que provocan inequidad en la vida cotidiana. Estos elementos son más conocidos como los determinantes sociales de la salud.[17]

La equidad en salud y los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias se van moldeando en función de la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles global, nacional y local.[17] Los DSS son sobre todo responsables de las inequidades en salud, es decir, las diferencias injustas y evitables en el estado de salud que se aprecian dentro de los países y entre los mismos.

La equidad en salud y los determinantes sociales están reconocidos como componentes fundamentales de la agenda global de desarrollo sostenible posterior a 2015 y del impulso para la consecución progresiva de la cobertura sanitaria universal (CSU). Para intentar reducir las inequidades en salud, es necesario abordar tanto los DSS como la CSU de forma integral y sistemática.[8]

Es más, los objetivos relacionan de manera inextricable los determinantes sociales de la salud con el abanico completo de sectores gubernamentales (agricultura, agua, vivienda, educación, energía, transporte, infraestructuras, desarrollo social, protección medioambiental, gobernanza) y no solo con el sector sanitario.

Es evidente que el tercer objetivo de desarrollo sostenible (ODS 3) es específico sobre la salud (una vida sana y bienestar para todos) pero los determinantes sociales de la salud (a veces denominados causas de las causas) son evidentes en todos ellos. Nuestra función como enfermeras consiste en tomar el lenguaje de los ODS y traducirlo al lenguaje de las prioridades nacionales de cada país, según las haya establecido el gobierno, además de determinar las relaciones existentes con sus políticas publicadas. De los 17 objetivos tenemos gran influencia en la consecución de la mayoría.

En los ODS se reconoce la repercusión de los determinantes sociales en la salud y el bienestar. La OMS reconoce que las circunstancias socioeconómicas de las personas y los colectivos ejercen en el estado de salud al menos tanta influencia como los cuidados médicos y los comportamientos personales en materia de salud. Y a menudo más. Algunos de los determinantes sociales de la salud más importantes tienen en consideración la pobreza, la desigualdad económica, el estatus social, el estrés, la educación y los cuidados al principio de la vida, la exclusión social, el empleo y la seguridad laboral, el apoyo social y la seguridad alimentaria.

El estudio realizado sobre la carga global de enfermedad[10] muestra que los indicadores de desarrollo como los ingresos, la formación y las tasas de natalidad son fundamentales para una vida sana pero no son los únicos factores que determinan la salud. Varios países, a pesar de su nivel de recursos, han logrado mejorar la salud de sus poblaciones realizando mejoras en materia de saneamiento, inmunización, calidad del aire de interiores y nutrición.

Esta apreciable ampliación en la agenda de los ODS refleja la necesidad de considerar una perspectiva holística de las raíces del desarrollo económico, social y medioambiental. La salud de las poblaciones no solo es responsabilidad del sector sanitario sino también de los sectores del transporte, el medio ambiente, la vivienda, el comercio y la agricultura.

1.3 ¿QUÉ SON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE?

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se basan en el éxito de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) pero van mucho más allá con el fin de afrontar temas que afectan a las personas, el planeta, la prosperidad, la paz y las alianzas. En septiembre de 2015, líderes de todo el mundo consensuaron 17 objetivos y 169 metas que, aunque no sean vinculantes jurídicamente, se espera que los gobiernos hagan propios y establezcan marcos de trabajo a nivel nacional para su consecución. En los próximos 15 años, los países movilizarán sus esfuerzos para poner fin a todas las formas de pobreza, luchar contra las desigualdades y afrontar el cambio climático garantizando que **'nadie se queda atrás.'**[11]

"Piense en lo inaudita que es la 'compleción' o 'plenitud' de alma y cuerpo. Cada persona cree que gozar de buena salud es un reto exigente para uno mismo, así que piense en lo difícil que es para la enfermera ayudarles a conseguirlo porque de alguna manera ha de 'meterse en la piel' de cada uno de sus pacientes para saber no solo lo que quieren sino también lo que necesitan para mantenerse con vida y recuperar su salud. La enfermera es, temporalmente, la consciencia del inconsciente, el amor del suicida por la vida, la pierna del amputado, los ojos de quien acaba de quedarse ciego, un medio de locomoción para el lactante, conocimientos y confianza para las madres jóvenes, una voz para quienes son demasiado débiles o se les retira la posibilidad de hablar, etc."[14]

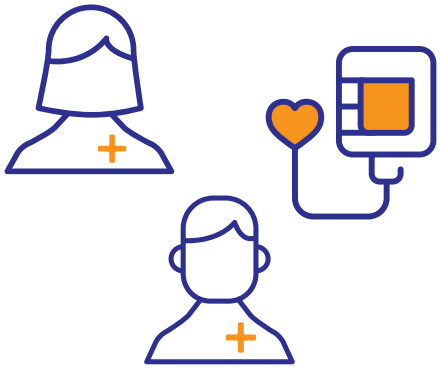
– Virginia Henderson

1.4 ¿POR QUÉ DEBEN IMPORTARLES LOS ODS A LAS ENFERMERAS?

Quizá aún se esté preguntando cómo su contribución a los ODS puede marcar la diferencia. Sin embargo, hay varias razones fundamentales por las que estos objetivos les deben importar tanto a usted como a todas las enfermeras.

1. LAS ENFERMERAS CUIDAN DE LOS DEMÁS

Las enfermeras acceden a la profesión para mejorar la salud de las personas y las poblaciones. Es una de las bases fundamentales de la enfermería. Tal y como señala la definición de enfermería del CIE,[171] **"La enfermería abarca la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de los enfermos físicos, mentales y las personas con discapacidad de todas las edades, en todo el ámbito de la atención de salud y en otros entornos de la comunidad. En este amplio espectro de la atención de salud, los fenómenos de especial preocupación para las enfermeras son las respuestas individuales, familiares y de grupo a problemas de salud efectivos o potenciales."** Como enfermeras, nos preocupamos, y con razón, por cuestiones como por ejemplo dónde nacen y se crían los niños, así como por dónde viven, trabajan y envejecen después.



2. ES LO CORRECTO

La dinámica subyacente en todo ello es de justicia social. Debemos aprender sobre los ODS y contribuir a su consecución sencillamente porque es lo correcto. Podemos evitar el fallecimiento de niños y madres; podemos poner fin a la pobreza extrema; podemos mejorar la calidad de vida; podemos garantizar que los niños van a la escuela; podemos poner fin a la violencia y la opresión; podemos tener justicia. Los ODS nos presentan la oportunidad de aplicar nuestros conocimientos como enfermeras para crear un mundo más saludable y mejor.

3. EL CAMBIO ES POSIBLE

Gracias a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el mundo ha conocido increíbles mejoras como una mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad en niños, mayores índices de escolarización infantil, reducción de la pobreza extrema y mejora del acceso a agua segura y saneamiento. Es cierto que podría haber un cierto escepticismo por lo ambicioso de las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible pero los ODM nos han demostrado que es posible progresar y que las vidas de incontables personas se beneficiarán al respecto.[11]

4. SE TRATA DE NUESTRA SALUD

Los ODS no solo se refieren a las personas en países de renta baja sino que nos afectan a todos nosotros. La consecución de estas metas mejorará las vidas de las personas en nuestras comunidades y familias e incluso nuestra propia salud. Son importantes porque Ud. es importante.

> "Las enfermeras responden a las necesidades de salud de las personas en todos los entornos y a lo largo de todo el ciclo vital. Su función es esencial para lograr algunos mandatos globales como la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible."
>
> – Dra. Margaret Chan en el Prólogo de las Directrices globales para el fortalecimiento de la enfermería y la obstetricia 2016-2020[172]

> "Podemos saber mucho sobre hasta qué punto un país cubre bien las necesidades de sus habitantes – facilitando las condiciones para que lleven una vida próspera – si nos fijamos en el estado de salud de sus ciudadanos."
>
> – Michael Marmot, Presidente, Asociación Médica Mundial, 2015-2016[17]

PARTE DOS

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Existen desigualdades sociales en toda una serie de ámbitos como por ejemplo en tema de edad, género, raza, etnicidad, religión, lengua y salud física y mental. Asimismo, algunos colectivos sociales están especialmente desfavorecidos como los sin techo, los migrantes, los refugiados y los solicitantes de asilo. También hay muchas personas que viven en la más absoluta pobreza sin recibir ningún tipo de ayuda económica. Todas estas desigualdades interactúan de manera compleja influyendo en cómo nacen, crecen, viven y envejecen las personas, además de afectar tanto a su salud y a su bienestar como a las posibilidades que tienen de alcanzar su potencial.[16]

El CIE ha reunido estudios de casos de todo el mundo para muestran cómo el trabajo diario de las enfermeras está ayudando a lograr los SDGs. La siguiente sección contiene ejemplos de Objetivos de Desarrollo Sostenible con una profunda repercusión en la salud de las personas, las comunidades y los países.

©John Donnelly / World Bank

©Scott Wallace / World Bank

OBJETIVO 1: PONER FIN A LA POBREZA

En marzo de 2016, Amelie se suicidó. Tenía solo 10 años. En la pequeña comunidad de Looma, en Kimberly, Australia Occidental, fue la 19ª persona en suicidarse en un plazo de tres meses[173] La muerte de una niña siempre es un suceso trágico pero lo es aún más si se la ha provocado ella misma. Es cierto que es importante analizar las circunstancias específicas que rodean el fallecimiento de Amelie pero también lo es analizar el contexto en sentido más amplio. Para los indígenas de Australia, la tasa de suicidio juvenil femenino es seis veces superior a la de la población joven no indígena.[178] En el caso de los chicos, la tasa de suicidio entre la población indígena es cuatro veces superior a la de los chicos no indígenas. ¿Por qué tantos indígenas intentan poner fin a su sufrimiento de manera tan dramática?

Sir Michael Marmot[17] define el suicidio **"como una respuesta a la falta de empoderamiento – el último intento desesperado de controlar una situación incontrolable."** El empoderamiento puede verse de distintas maneras como por ejemplo de forma material (falta de dinero para comprar cosas básicas como la comida); psicosocial (el medio para tener control sobre la propia vida); y política (tener voz). La población indígena de Australia, al igual que las personas desfavorecidas más en general, está desempoderada en estas tres áreas. El desempoderamiento no se encuentra confinado en una determinada parte del mundo sino que es un fenómeno universal con efectos no solo en relación con el suicidio sino en todo el ámbito de la salud y el bienestar.

La pobreza es a menudo el ingrediente venenoso que genera el desempoderamiento porque afecta a la jerarquía social limitando, en particular, el desarrollo intelectual y social de los niños. Desde edades tempranas ya existen condicionantes que obstaculizan que las personas alcancen su potencial. El conjunto de factores existente al nacer tiene una profunda repercusión en los años posteriores. Unas condiciones de vida más adversas en la primera infancia desembocan en menos oportunidades de formación, menos oportunidades de tener un puesto de trabajo bueno y gratificante, además de menores ingresos, peores entornos, elevados índices de tabaquismo, una mala dieta y un mayor consumo de alcohol y drogas.[17]

De este modo, se establecen límites a las personas desde edades tempranas que después merman su capacidad de disfrutar de libertades básicas para dar sentido a su vida y disfrutar de su salud al máximo. La pobreza pone en marcha un ciclo difícil de quebrar para cualquier persona puesto que altera las condiciones sociales en las que se crece, se vive y se envejece.[17]

La pobreza también tiene repercusiones inmediatas en la salud siendo evidente su correlación con el acceso a alimentos, ropa y refugio, sin olvidar que también afecta a la capacidad de las personas para acceder a servicios sanitarios y recibir el tratamiento que necesitan para recobrar su salud.

Cabe argumentar que, a lo largo de la historia de la profesión, las enfermeras han estado a la vanguardia de los cuidados trabajando con los más vulnerables y desempoderados. Todos hemos visto y sido testigos de enfermeras que trabajan de manera increíble y sacrificada para mejorar la salud de los demás. Hay enfermeras que cuidan de prisioneros independientemente de los crímenes que hayan podido cometer; enfermeras que trabajan en las calles cuidando de los sin techo o de cualquiera que cruce las puertas de un hospital; en la parte trasera de camiones en clínicas móviles; en lugares remotos del mundo con escasez de recursos.

Estos cuidados, además de intentar mejorar la salud, también han potenciado el avance de la profesión en sí. La enfermería a menudo ha tenido que cubrir la brecha allá donde ninguna otra profesión tiene la voluntad o el potencial para trabajar, lo cual ha supuesto un desafío en relación con nuestra percepción – y la de los ciudadanos – sobre los roles y responsabilidades de la enfermería. Todo ello ha derivado en cambios en los ámbitos de la práctica. De este modo, la enfermería se ha posicionado como testigo de primera mano en relación con las causas de la enfermedad y la salud. La voz de la enfermería es una voz de mando porque ve las necesidades de salud del paciente más allá del diagnóstico médico.

ESTUDIO DE CASO 1.1: ALIANZAS ENFERMERA-FAMILIA EN VECINDARIOS URBANOS DE EE.UU.

"Las enfermeras han de derribar los muros entre las profesiones para crear intervenciones rentables dirigidas a mejorar las vidas de los pacientes con necesidades sociosanitarias complejas." - Dr Katherine Kinsey

La Dra. Katherine K. Kinsey, PhD, RN, FAAN, es la Enfermera administradora e investigadora principal de los programas de visitas a domicilio para madres y niños del National Nurse Led Care Consortium (NNCC).

Este Consorcio promueve los modelos de cuidados dirigidos por enfermeras a través de políticas, consultas y una programación innovadora. Dos de sus programas de mayor éxito son el Philadelphia Nurse Family Partnership (NFP, alianza enfermera-paciente Filadelfia) y el Mabel Morris Family Home Visit Program (MM-PAT, programa de visitas al domicilio familiar Mabel Morris). Se trata de iniciativas para la primera infancia basadas en la evidencia para atender a mujeres y niños de bajos ingresos en algunos de los vecindarios más desfavorecidos de Estados Unidos.

Dirigidos por enfermeras de salud pública, estos programas ofrecen visitas a domicilio, apoyo a la familia y formación a madres con ingresos bajos y con niños pequeños en toda la ciudad de Filadelfia, Pensilvania. Cada año, el servicio presta apoyo y cuidados a más de 700 madres y a sus hijos. La mayoría de los clientes son madres adolescentes afroamericanas (73%) o hispanas (21%). La media de ingresos de los clientes está por debajo de 6.000 dólares americanos por familia.

Las mujeres normalmente se apuntan cuando están embarazadas de su primer hijo. A lo largo del programa, cada cliente recibe entre 30 y 50 visitas de su enfermera diseñadas alrededor de tres objetivos: un embarazo y parto saludables; una buena salud y desarrollo del bebé; y la visión y las metas de la madre para el futuro.

A lo largo de los años, las enfermeras han visto un incremento en el número de denuncias de situaciones de crisis por parte de mujeres preocupadas por su seguridad física o su seguridad alimentaria, temas de vivienda y otras necesidades básicas en relación con la pobreza. Más del 90% de las madres han experimentado tres o más experiencias adversas en la infancia como abusos físicos, sexuales y/o verbales, convivir con un familiar con una enfermedad mental, con un miembro de la familia en la cárcel o ser testigos de violencia doméstica. Aproximadamente, el 45% de las madres muestran síntomas de depresión perinatal cuando entran en el programa.

Todo ello ha llevado al establecimiento de una nueva alianza para ofrecer asistencia jurídica y cuidados de enfermería.

"Hemos buscado una nueva conexión con el Proyecto de salud, educación y asistencia jurídica: una alianza jurídico-médica, una ONG con experiencia única que presta servicios jurídicos gratuitos a las madres de bajos ingresos. Juntos hemos lanzado la Alianza jurídico-enfermera," afirma la Dra. Kinsey.

En este planteamiento, los abogados trabajan mano a mano con enfermeras para garantizar que las nuevas madres tienen la oportunidad de criar a sus hijos en hogares seguros y saludables con acceso ininterrumpido a prestaciones públicas. Asimismo, pueden desarrollar nuevas habilidades para apoyar las necesidades socioemocionales, físicas y de desarrollo de sus hijos a la par que proporcionar recursos legales para garantizar que las necesidades básicas de cada familia quedan cubiertas. Trabajando con su enfermera, muchas mujeres establecen objetivos para sí mismas por primera vez.

Hasta la fecha, los programas de visitas a domicilio por parte de enfermeras han atendido a más de 3.500 madres y a sus hijos.

Los conocimientos y experiencia que aportan las enfermeras registradas a esta intervención son fundamentales para ganarse la confianza de una nueva madre. La enfermera ayuda a guiar a las madres primerizas por las dificultades emocionales, sociales y físicas a las que se enfrentan al prepararse para un nacimiento saludable. El apoyo prenatal es el punto de partida pero la enfermera sigue atendiendo a su clienta tras el parto, enseñándole habilidades de madre y de vida y promoviendo asimismo el crecimiento positivo tanto para la madre como para el niño.

Los abogados con experiencia en prestaciones públicas, derecho de la salud, derecho de la vivienda, derecho del consumo y otras áreas representan a los clientes y trabajan con las enfermeras para satisfacer las necesidades que afectan negativamente a la salud identificadas en la fase exploratoria.

"Hace falta un equipo interdisciplinar de profesionales para romper el ciclo de la pobreza. Hemos previsto una forma de enlazar y coordinar los servicios sociosanitarios y de apoyo – dirigida por enfermeras – para satisfacer las necesidades de las familias. Gracias al énfasis de la enfermería en los cuidados holísticos, las enfermeras trabajan de manera natural en la intersección entre los servicios de salud y los servicios sociales", afirma la Dra. Kinsey.

Presentado por: Dra Katherine K. Kinsey, Directora, National Nurse-Led Care Consortum (NNCC), Philadelphia Nurse-Family Partnership y Mabel Morris Family Home Visit Program

La pobreza no es únicamente una cuestión de los países de renta baja y media. Es un fenómeno mundial. El hecho de que las personas puedan tener acceso a más dinero en un determinado país no tiene por qué significar que disponen de los recursos necesarios para mantener un estándar de vida saludable. La pobreza relativa se define en relación con los miembros de una sociedad y, por tanto, difiere entre países. Se dice que las personas están empobrecidas cuando no pueden mantener el estándar de vida que determina la sociedad en la que viven.[18]

Cuando se expresa de esta manera, en todo el mundo hay una gran proporción de la población que vive en la pobreza. La figura 3 muestra las tasas de pobreza relativa para países de la OCDE.

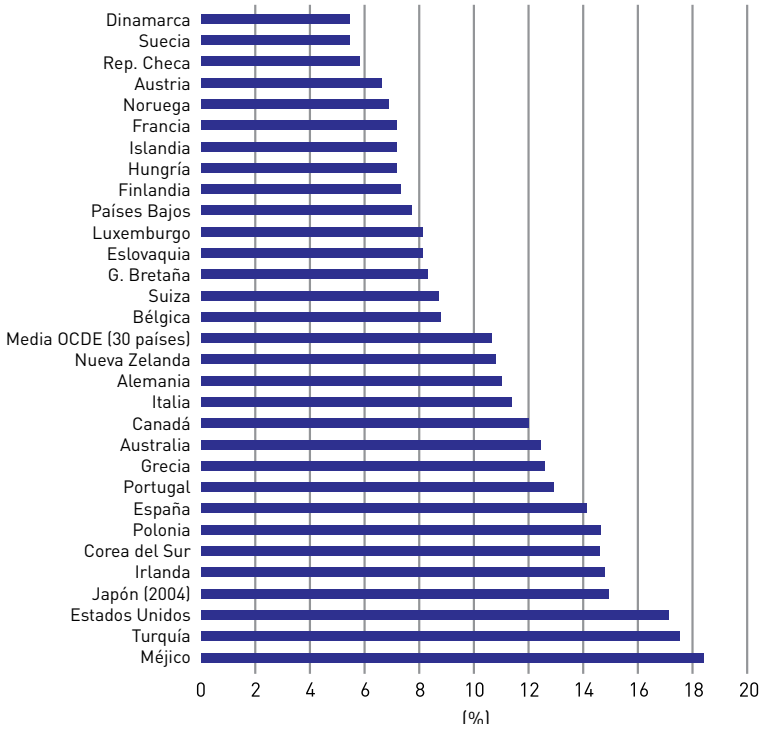


Figura 3. Tasas de pobreza relativa países OCDE (mediados de los 2000)[19]

EN 2014, CADA DÍA 42.000 PERSONAS tuvieron que abandonar su hogar para buscar protección a causa de algún conflicto.[20]

1.200 MILLONES DE PERSONAS (22%) viven en el mundo con menos de 1,25$ al día. Si se eleva el umbral de la pobreza hasta 2,50$ al día, la tasa de pobreza en el mundo alcanza el **50% O 2.700 MILLONES DE PERSONAS.**[22]

LAS POBLACIONES INDÍGENAS CONSTITUYEN aproximadamente el **5%** de los habitantes del mundo pero aproximadamente el **15%** de los pobres del planeta.[21]

En los países en desarrollo (donde vive el 92 por ciento de la población infantil) **7 DE CADA 100 NIÑOS NO SUPERARÁN LOS CINCO AÑOS DE EDAD.**[21]

UN TERCIO DE LOS POBRES del mundo en desarrollo son niños entre 0 y 12 años.[21]

OBJETIVO 2: PONER FIN AL HAMBRE, MEJORA DE LA NUTRICIÓN

Hay pocos retos en el mundo comparables hoy en día con la magnitud de la malnutrición, que afecta a una de cada tres personas y se considera la causa subyacente del 45% de las muertes infantiles.[24]

La malnutrición impide que las personas alcancen todo su potencial. Se manifiesta de numerosas maneras como por ejemplo en un mal crecimiento y desarrollo en los niños; personas proclives a infecciones; personas que soportan demasiado peso o corren peligro de padecer enfermedades crónicas por una elevada ingesta de sal, grasas o azúcar; personas con deficiencias en el consumo de importantes vitaminas y minerales. Asimismo, la malnutrición como tal implica un peor desempeño de los niños en la escuela y limitaciones en sus oportunidades laborales de cara al futuro.

Además, los adultos malnutridos tienen menor capacidad para trabajar y contribuir a la economía o para cuidar de sus familias. Las madres malnutridas tienen más probabilidades de tener hijos con bajo peso, que correrán riesgos asociados a trastornos físicos y cognitivos. De este modo, se perpetúa un ciclo de pobreza y estancamiento económico.[25]
El problema es tan grave que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una mala nutrición es por sí sola la mayor amenaza para la salud en todo el mundo.[24]

A pesar de que las cifras de personas afectadas por distintos tipos de malnutrición no se puedan sumar (porque una persona puede padecer más de un tipo), la magnitud de la malnutrición es asombrosa[26]

DE UNA POBLACIÓN MUNDIAL DE 7 MIL MILLONES

Unos 2 mil millones de personas padecen malnutrición de micronutrientes

Casi 800 millones de personas padecen

DE 5 MIL MILLONES DE ADULTOS EN TODO EL MUNDO

Casi 2 mil millones tienen sobrepeso o son obesos

DE LOS 667 MILLONES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN TODO EL MUNDO

159 millones de niños menores de 5 años son demasiado bajos para su edad (trastorno crecimiento)

50 millones no pesan lo suficiente para su altura (debilitados)

41 millones tienen sobrepeso

DE 129 PAÍSES CON DATOS, 57 DE ELLOS

tienen niveles graves de desnutrición y sobrepeso en adultos (incluida la obesidad) [26]

La malnutrición acarrea graves consecuencias económicas. Naciones Unidas (ONU) calcula que su coste para la economía mundial es de 3,5 billones de dólares estadounidenses. En África y Asia se calcula que la malnutrición representa una pérdida del 11% del producto interior bruto (PIB) anual. Prevenir la malnutrición en estas áreas ofrece un retorno de la inversión de 16 US$ por cada dólar estadounidense gastado.[26]

El coste de la malnutrición[25]

La malnutrición cuesta 3.5 billones de dólares estadounidenses anuales a la economía global

La desnutrición y las deficiencias de macronutrientes cuestan hasta 2.1 billones de dólares estadounidenses anuales

El coste de las enfermedades no transmisibles relacionado con la obesidad y el sobrepeso se estimó en 1.4 billones de dólares estadounidenses en 2010

La malnutrición infantil y materna es de lejos la mayor carga de salud relacionada con la nutrición en el mundo

Los gobiernos de todo el mundo están buscando fórmulas para abordar este complejo problema. La contribución de las enfermeras es vital en este sentido puesto que trabajan en áreas en las que detectan y tratan a personas en riesgo de malnutrición desarrollando nuevos modelos de cuidados para afrontar el problema, modificando los programas de tratamiento para mejorar las circunstancias del entorno de las personas, formulando políticas y sosteniendo cambios legislativos. En algunas circunstancias, las enfermeras están recurriendo a los medios de comunicación para informar a los ciudadanos e influir así en la toma de decisiones políticas. Asimismo, se encuentran a la vanguardia para posibilitar la consecución de este logro.

ESTUDIO DE CASO 2.1: ACCESO A AYUDA ALIMENTARIA, SIRIA

En julio de 2015, Khaled Naanaa era enfermera en la ciudad de Madaya, Siria, cuando el régimen sirio y sus aliados rodearon por completo la ciudad con controles y minas atrapando así a la población y bloqueando la entrada de cualquier suministro de alimentos. El acceso a la comida se hizo muy difícil y algunos de los pacientes del hospital en el que trabajaba comenzaron a morir de inanición. Khaled se había puesto en contacto con Naciones Unidas para recibir ayuda alimentaria urgente pero, a pesar de sus repetidas solicitudes, el régimen sirio negaba el acceso de Naciones Unidas a la ciudad por lo que Khaled envió vídeos y fotos a un medio de noticias: las imágenes se hicieron virales rápidamente y se convirtieron en titulares en Europa llegando también hasta la agenda de la ONU en Nueva York. De este modo, el gobierno sirio, sometido a cada vez más presión, permitió la entrada de un convoy de ayuda en la ciudad. Por desgracia, 28 residentes, incluidos seis bebés, ya habían muerto de hambre durante la espera.[30]

ESTUDIO DE CASO 2.2: PROCEDIMIENTOS BARIÁTRICOS, AUSTRALIA

"Un programa de cuidados personalizados para el paciente dirigido por enfermeras permite un control más riguroso de la evaluación clínica y mejores resultados clínicos." - Shirley Lockie

El sesenta y seis por ciento de la población de Australia tiene sobrepeso o es obesa pero solo el dos por ciento recurre a servicios de cirugía bariátrica. El plazo de espera para someterse a este tipo de cirugía en la actualidad supera los tres años. Si no tienes suscrito un seguro sanitario, no te queda más alternativa que esperar mientras tu estado de salud se deteriora.

Shirley Lockie, auxiliar de enfermería perioperatoria de cuidados quirúrgicos en una consulta de cirugía bariátrica y cirugía general en Australia, ha desarrollado un programa bariátrico completo para responder a las necesidades de los pacientes y guiarles a lo largo del procedimiento. El equipo central está formado por un cirujano, un dietista, un psicólogo y un coordinador del perioperatorio. La continuidad de los cuidados, junto con una evaluación continua, comunicación y planificación, garantizan lo mejor a cada persona que se somete un procedimiento bariátrico.

Un ejemplo típico de los pacientes que reciben cuidados en este programa es el de una mujer que acudió a la clínica encontrándose en la categoría de superobsesidad con diabetes tipo II, hiperlipidemia, hiperparatiroidismo e hipotiroidismo. Era bipolar, padecía la enfermedad por reflujo gastroesofágico y apneas obstructivas del sueño. Acudía a un centro terciario para el tratamiento médico de la obesidad y no disponía de ningún seguro de salud privado.

Shirley trabajó con el médico de cabecera de esta mujer, así como con su endocrinólogo, anestesista, cirujano, dietista y psicólogo actuando como enlace para establecer un itinerario claro identificando riesgos como el litio y las náuseas postoperatorias y el tratamiento de la diabetes. Asimismo, se establecieron protocolos sobre cuándo debía ver al endocrinólogo y al médico de cabecera para monitorizar el control de la diabetes y la hipertensión.

Transcurrido un año desde la cirugía, la paciente ha perdido 72 kg, se ha resuelto su diabetes y su hipertensión y se está realizando una gestión de los macronutrientes. Ha vendido su silla de ruedas y está realizando un curso sobre recepción médica/atención de salud.

Presentado por Shirley Lockie, Directora general, Perioperative Services

© Dominic Chavez / World Bank

OBJETIVO 3: SALUD Y BIENESTAR

El mundo ha sido testigo de cambios drásticos en los últimos años. Existe rabia contra el estamento político, fluctuación en las divisas, economías inestables, conflictos prolongados, tensiones étnicas e inexplicables actos de violencia. Las acciones organizadas de terrorismo representan una amenaza global e impredecible. No solo es la sociedad la que está cambiando rápidamente sino que también lo está haciendo el entorno en que vivimos: incremento de la temperatura en el mundo y rápida escalada de los costes de la atención de salud. A pesar del progreso en materia de salud, sigue habiendo marcadas diferencias en la esperanza y la calidad de vida entre países y dentro de los mismos.[34]

"Es una locura pretender que, de algún modo, la salud sea algo separado de las condiciones sociales de las personas. A ningún paciente se le debe negar el acceso a los cuidados, independientemente de su situación o seguro sanitario. Ese es el ferviente mensaje en el que creo y por el que lucho cada día en mi carrera profesional."

– Ruth Lubic, Enfermera-matrona cofundadora de la National Association of Childbearing Centres[32]

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio demostraron la factibilidad de obtener beneficios en tema de desarrollo, salud y resultados en este sentido. Sin embargo, comenzamos a apreciar nuevos retos. Por primera vez, la población mundial de más de 60 años de edad superará a la de los niños menores de 5 años.[47] También estamos apreciando un desplazamiento desde las áreas rurales hacia las áreas urbanas, donde ahora vive más de la mitad de la población. Estas nuevas características demográficas están modificando los perfiles y los retos en tema de salud.

Hoy en día, por primera vez en la historia, las enfermedades no transmisibles han superado a las enfermedades infecciosas como principal causa de mortalidad en todo el mundo. Claramente, el crecimiento económico, la modernización y la urbanización han abierto las puertas a la difusión de estilos de vida poco saludables.[10] Numerosos sistemas de salud han sido diseñados para satisfacer las necesidades de la población en relación con las infecciones agudas pero el perfil cambiante de las enfermedades implica que muchos de ellos no están preparados para manejar las enfermedades que requieren cuidados de larga duración y, en ocasiones, de por vida.

Es importante que examinemos ahora cómo mejorar la calidad de la salud física y mental a lo largo de la vida. La evidencia muestra que quienes padecen trastornos de salud mental tienen una mayor prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas y ENT. Al mismo tiempo, es menos probable que reciban la atención de salud que necesitan para manejar estas enfermedades. Además, la salud mental es un problema que lleva demasiado tiempo ausente en la agenda global.[34]

En 1946, se decidió que la salud es un derecho humano. A pesar de este reconocimiento plasmado en la Constitución de la OMS [2] y en varios tratados internacionales sobre los derechos humanos, cientos de millones de personas en todo el mundo siguen esperando a tener acceso a servicios sanitarios que les salven la vida, o caen en la pobreza al pagar la atención de salud que necesitan. Para abordar esta cuestión, más de 100 países han comenzado a trabajar en aras de la cobertura sanitaria universal (CSU).

La Dra. Margaret Chan ha afirmado que **"Universal "La cobertura sanitaria universal es una de las opciones normativas que más contribuye a la igualdad social. Es la mayor expresión de equidad. Si la salud pública tiene algo que puede ayudar a nuestro mundo – aquejado de problemas y desequilibrado – es lo siguiente: la creciente evidencia que apunta a que los sistemas sanitarios que funcionan bien y son inclusivos contribuyen a la cohesión social,la equidad y la estabilidad. Mantienen unidas a las sociedades y contribuyen a reducir las tensiones sociales."**[34]

La CSU ofrece numerosos beneficios como por ejemplo una mayor productividad de los trabajadores, menos faltas a la escuela por parte de los niños, disminución de la pobreza y la desigualdad, mayor armonía en las sociedades o un crecimiento más robusto y sostenido. Económicamente, la CSU es una buena inversión. La OMS calcula que, en los países en desarrollo, por cada 1 US$ invertido en salud el retorno en términos de crecimiento es de entre 9 y 20 US$.[35]

La profesión de enfermería hace mucho tiempo que apoya firmemente la CSU. El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería[36] insta a las enfermeras a defender "el acceso a la atención sanitaria y a otros servicios sociales y económicos por motivos de equidad y justicia social en relación con la asignación de recursos,." Las enfermeras están comprometidas con la CSU y son conscientes de las tendencias en materia atención sanitaria, costes y exigencias añadidas a la práctica cotidiana del trabajo de enfermería.

A pesar de lo mucho que tienen que ofrecer las enfermeras, se han aplicado restricciones a la profesión. Se han impuesto obstáculos regulatorios e institucionales. En particular, se han establecido límites a su ámbito de práctica, que es necesario eliminar para que los sistemas de salud puedan aprovechar todos los beneficios de la formación, las habilidades, la experiencia y los conocimientos de las enfermeras.

Asimismo, se producen limitaciones por cuestiones de actitud basadas a menudo en las opiniones y las políticas de las asociaciones médicas nacionales. Algunos profesionales médicos creen que posibilitar que las enfermeras trabajen en todo su ámbito de práctica tendrá efectos adversos en la calidad de los cuidados. Se trata de creencias que en gran parte están siendo desautorizadas gracias a evidencia que demuestra que las enfermeras prestan cuidados rentables, accesibles y de calidad con mejores o iguales resultados clínicos y satisfacción del paciente que los que logra la medicina.[37]

El problema no se resolverá únicamente aprovechando al máximo el potencial de la enfermería. Tal y como se indica en la publicación de la OMS[38] "No hay salud sin fuerza laboral", para lograr la CSU son necesarias más inversiones en el desarrollo del personal de enfermería de manera que sea suficiente y 'adecuado para cumplir su finalidad' y esté 'habilitado para ejercer.' Sin una inversión sostenida en la fuerza laboral, la CSU no se podrá lograr ni mantener, ni en términos de accesibilidad ni en cuanto a la calidad de los cuidados prestados.

La CSU únicamente se puede lograr con el liderazgo del personal de enfermería y lo que tiene que ofrecer. Para ello es necesario contar con la participación de las enfermeras en algo más que en la práctica clínica. Hay que tener en cuenta a sus líderes en la formulación de las políticas, además de en las cuestiones económicas y las reformas a nivel local, nacional y global.

ESTUDIO DE CASO 3.1: SOSTENIENDO LA LABOR DE ENFERMERÍA, CUBA

"La mejor forma en que las enfermeras sostienen el desarrollo de la profesión es generando un clima de cooperación, así como lugares de trabajo dignos y exigentes, con una mentalidad interdisciplinar y ética."

- Dr Idalmis G. Infante

La excelencia y eficiencia del sistema de salud de Cuba son características reconocidas en todo el mundo. A pesar de la limitación de recursos derivada de las sanciones comerciales impuestas en el país desde la década de los 60 del s. XX, Cuba se las ha arreglado para garantizar acceso a cuidados por parte de todos los segmentos de la población y para obtener resultados de salud y bienestar entre los mejores del mundo.[39]

Además, ha enviado a más profesionales clínicos a países de renta baja y media para apoyar sus sistemas de salud que cualquier otro país. Por ejemplo, fue uno de los primeros en responder ante la crisis del Ébola en África Occidental.[40]

El éxito del sistema de salud se ha atribuido a su planteamiento de cuidados preventivos. La Dra. Idalmis G. Infante Ochoa, Enfermera jefe nacional de Cuba, cree que las enfermeras son responsables de buena parte del éxito del sistema de salud de Cuba. Las enfermeras se centran en la prestación de cuidados personalizados, completos y de calidad haciendo un uso racional de los recursos tanto humanos como tecnológicos gracias a un ambiente organizativo favorable de conformidad con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable.

El gobierno de Cuba ha brindado un gran apoyo a la profesión de enfermería y reconoce su importancia en la toma de decisiones. Las enfermeras participan activamente en la formulación de políticas y la toma de decisiones en el Ministerio de Sanidad. Asimismo, las enfermeras líderes están representadas en los niveles nacional, provincial, municipal e institucional y su aportación ha sido decisiva en los resultados del sistema de salud. Toda la población de cuba tiene 100% acceso a una enfermera en su comunidad tanto en las áreas rurales como en las urbanas.[41]

Las enfermeras son responsables de:

- **Los estándares de formación y reglamentación en relación con la profesión**
- **La planificación de la fuerza laboral**
- **La realización y el mantenimiento de estudios de investigación de alta calidad**
- **El diseño y el desarrollo de modelos de cuidados**
- **La elaboración de un planteamiento multisectorial para la prestación de cuidados**

Bajo la guía de la Enfermera jefe, Cuba ha implementado políticas que sostienen a las enfermeras en su desarrollo profesional. Se han desarrollado itinerarios e incentivos claros que apoyan la formación de postgrado en los niveles de máster y doctorado en enfermería y salud. Estas enfermeras trabajan con un planteamiento multisectorial para prestar cuidados en estrecha colaboración con otros profesionales clínicos, proveedores de cuidados secundarios, instituciones educativas, investigadores, sistemas de bienestar y otras agencias gubernamentales con el fin de proporcionar un planteamiento completo de cuidados para las personas y la comunidad.

Presentado por: Dra. Idalmis G. Infante Ochoa, Enfermera jefe nacional de Cuba

ESTUDIO DE CASO 3.2: SUPERANDO LAS BARRERAS LEGISLATIVAS PARA LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN DIRECTA, CANADÁ

"A pesar del progreso realizado, aún hay numerosas leyes federales que requieren una actualización. En ausencia de estas modificaciones, persisten barreras de acceso a los cuidados para muchos canadienses"

- Carolyn Pullen

Hace más de 20 años, las enfermeras de atención directa (EAD) se convirtieron en una clase de proveedores de atención de salud regulados en Canadá con el fin de mejorar el acceso a la atención primaria por parte de numerosos ciudadanos, especialmente los pueblos indígenas que viven en comunidades rurales y remotas. A día de hoy, hay casi cinco mil EAD en Canadá y muchas de ellas forman parte de equipos de cuidados multidisciplinares y son las proveedoras de atención primaria para más de tres millones de canadienses.

Desde la introducción de las EAD, se han ido modernizando gradualmente numerosas leyes provinciales, territoriales y federales en aras de su reconocimiento e incorporación en las listas de profesionales autorizados a prestar toda una serie de servicios de salud. Sin embargo, aún quedan numerosas enmiendas legales por implementar para incrementar el ámbito de la práctica de las enfermeras registradas y extender a todo el mundo el acceso a los cuidados.

Las actualizaciones efectuadas hasta la fecha han permitido que las EAD puedan aprobar oficialmente todo un abanico de documentos jurídicos y administrativos que atestiguan que han examinado o tratado a un paciente valorando su idoneidad para un programa federal.

La Columbia Británica ha sido líder en la eliminación de barreras provinciales allá donde era necesario modernizar la legislación para incluir a las EAD. En 2014, el Colegio de médicos y cirujanos de la Columbia Británica y el Colegio de enfermeras registradas de la Columbia Británica colaboraron para abordar con éxito esta cuestión logrando que la provincia aprobara el proyecto de ley 17 para realizar 11 enmiendas en nueve leyes.

A medida que progresa en el nivel provincial, la Asociación de enfermeras de Canadá (CNA) y sus socios, incluida la Asociación de enfermeras de práctica avanzada de Canadá y la Asociación de enfermeras indígenas de Canadá, siguen trabajando con el gobierno federal para realizar cambios legislativos similares en el nivel federal. Los cambios legislativos requeridos son menores pero, en su conjunto, potenciarán enormemente el acceso a los cuidados.

La CNA sigue defendiendo firmemente a nivel federal la realización de cambios en 34 leyes federales. En la actualidad, está trabajando en una solución general que quizá se pueda implementar en 2017 para abordar la cuestión en su conjunto. El resultado más reciente es un elevado nivel de concienciación sobre el tema entre los políticos y los legisladores federales, así como un fuerte apoyo al cambio.

LA CSU ES FUNDAMENTAL PORQUE MIL MILLONES de personas carecen de acceso a atención de salud básica.[35]

AL MENOS 400 MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO carecen de acceso a uno o más servicios de salud esenciales.[35]

Como media, aproximadamente el **32%** del gasto en salud de cada país proviene de **PAGOS DEL BOLSILLO DE LOS CIUDADANOS.**[35]

LAS MEJORAS EN LA SALUD impulsaron la cuarta parte del incremento total de la renta en los países en desarrollo entre 2000 y 2011.[35]

Presentado por: Carolyn Pullen, Directora, Politica, Apoyo y estrategía, Canadian Nurses Association

© Dominic Chavez / World Bank

ESTUDIO DE CASO 3.3: VIRUS DEL ÉBOLA EN SIERRA LEONA

"Defender y asesorar sobre cómo colaborar para mejorar y apoyar los programas de salud en algunos de los lugares del mundo más alejados y de difícil acceso garantiza que las iniciativas de salud global llegan a quienes las necesitan contribuyendo así a los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los niveles global y local." - Amanda McClellan

En 2014, Sierra Leona captó la atención en todo el mundo a causa del brote del virus del Ébola. Se ha calculado que unas 28,616 personas contrajeron el virus y que más de 11,310 fallecieron. La enfermedad tuvo un impacto devastador en el país con familias desgarradas, niños que perdieron a sus padres, además de disturbios civiles y escasez de alimentos.[84]

El sistema de salud completo estuvo a punto de derrumbarse. Gran cantidad de profesionales de la salud fallecieron a causa de la enfermedad. Las clínicas estaban llenas de pacientes que habían contraído el Ébola, lo cual provocó problemas de acceso a los servicios de salud para las mujeres que tenían que dar a luz y a los afectados por enfermedades como malaria, neumonía o diarrea.

Amanda McClellan es una enfermera registrada de Australia y Asesora global de emergencias de salud pública de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Entre junio de 2014 y enero de 2015 fue trasladada a África Occidental para trabajar en Sierra Leona, Liberia y Guinea. Amanda era responsable de dirigir las operaciones de salud relacionadas con el Ébola asumiendo el papel de Asesora técnica para la operación. En el ámbito de sus funciones, apoyó la formación y supervisión de 200 profesionales clínicos y 6000 voluntarios.

Por desgracia, los cuerpos de las personas fallecidas son muy contagiosos. La realización de enterramientos y rituales de forma inadecuada fue un catalizador de numerosas infecciones. Una de las principales responsabilidades de Amanda era la supervisión de los enterramientos de fallecidos de manera sensible a su cultura a la par que segura. Otra de sus funciones clave es realizar coaching y mentorazgo para personal de salud. Asimismo, es fundamental apoyar a los trabajadores sanitarios locales y a los voluntarios de la Cruz Roja y la Media Luna Roja de manera que estén mejor preparados para responder a las catástrofes y a las emergencias de salud y sostener así el incremento de la resiliencia de las comunidades frente a las situaciones de shock. Implicar a las comunidades y trabajar con ellas para construir sistemas de salud más fuertes que puedan reducir el hambre y mejorar los resultados de salud es una de las funciones cruciales de los programas de salud de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja.

Además de esta labor de campo, buena parte del trabajo de Amanda consiste en representar a la Federación internacional en foros de coordinación y técnicos garantizando que se tiene en cuenta el papel de las comunidades, los voluntarios y los trabajadores de la salud locales en los niveles más elevados.

Presentado por Amanda McClellan, Federación internacional de Red Cross y Red Cressent

© Khasar Sandag / World Bank

OBJETIVO 4: EDUCACIÓN DE CALIDAD

El Condado de Pemiscot en el sudeste del Misuri rural, EE.UU., tiene una población de casi 20.000 residentes. Aproximadamente un cuarto son afroamericanos y el 30% de ellos viven en la pobreza, el 18% tienen una formación inferior al bachillerato y la tasa de desempleo supera el 10%. Los factores de riesgo en relación con una mayor carga de la enfermedad en esta área son insólitos y, como resultado, este condado tiene el mayor índice de enfermedades cardiovasculares de todo el estado. Un estudio[52] realizado en esta región ha demostrado que los niveles de educación desempeñan un importante papel en relación con la causa de esta carga de salud.

Se ha reconocido que el nivel de formación es un importante determinante social de la salud. La educación desempeña un papel significativo en relación con el tipo de oportunidades laborales que se tienen en el futuro: influye en nuestra toma de decisiones y en nuestras elecciones, además de posibilitar la obtención de recursos sociales y personales vitales para la salud física y mental. De hecho, el nivel de educación es un gran predictor de la salud a largo plazo y la calidad de vida.

La educación tiene el potencial de aportar numerosos beneficios a las personas, las familias, las comunidades y los países – también en términos de ingresos – además de beneficios sociales.

Sin embargo, no todos los niños tienen acceso al sector sanitario o están en contacto con él para recibir cuidados completos. Existen numerosos obstáculos en el acceso a la atención de salud como por ejemplo barreras geográficas, financieras, de transporte, socioculturales y de disponibilidad de servicios. Las enfermeras trabajan en colaboración con los proveedores de formación como medio de promoción de la salud y prevención de enfermedades, además para el cribado y detección temprana de enfermedades. Se trata de barreras que se pueden reducir trabajando con los proveedores de educación.

UN NIÑO QUE NACE CON UNA MADRE QUE SABE LEER TIENE UN 50% más de posibilidades de sobrevivir y superar los cinco años de edad.[54]

171 MILLONES DE PERSONAS PODRÍAN SALIR DE LA POBREZA si todos los estudiantes abandonaran la escuela con habilidades básicas de lectura.[54]

Las matriculaciones para recibir educación primaria en los países en desarrollo han llegado al **91% PERO 57 MILLONES DE NIÑOS ESTÁN SIN ESCOLARIZAR.**[54]

103 MILLONES de jóvenes de todo el mundo carecen de conocimientos básicos de alfabetización y **MÁS DEL 60% DE ELLOS SON MUJERES.**[54]

EN LOS PAÍSES DE LA OCDE, UN VARÓN DE 30 AÑOS GRADUADO UNIVERSITARIO tiene una esperanza de vida ocho años superior a la de un hombre que no haya completado la educación secundaria.[53]

EL 80% DE LOS GRADUADOS UNIVERSITARIOS ACUDEN A VOTAR mientras que de los adultos jóvenes que no han completado la **EDUCACIÓN SECUNDARIA SOLO VOTAN EL 54%.**[53]

LA PREVALENCIA DE FUMADORES ES MUCHO MÁS ELEVADA EN LAS PERSONAS CON MENOR NIVEL DE FORMACIÓN.[54]

INCREMENTAR EL NIVEL DE FORMACIÓN DE LAS NIÑAS AYUDA A LAS MUJERES A CONTROLAR SU NÚMERO DE HIJOS. En Mali, las mujeres con educación secundaria o superior tienen tres hijos como media mientras que las que carecen de formación tienen una media de siete hijos.[54]

ESTUDIO DE CASO 4.1: EDUCATION PLUS HEALTH, EE.UU.

"Education Plus Health eleva el papel de la enfermera escolar para ofrecer atención de salud más completa, garantizando accesibilidad a una atención primaria holística y servicios preventivos para todos los estudiantes." - Julie Cousler Emig

En Estados Unidos, al igual que en muchos otros países, las personas se enfrentan a una miríada de barreras potenciales a la hora de acceder a la atención de salud de alta calidad, especialmente los niños que viven en la pobreza. En las áreas de elevada pobreza de Filadelfia, EE.UU., el asma y la diabetes son las dos mayores preocupaciones a las que se enfrentan los niños, exacerbadas por altas tasas de obesidad (un 22% de los estudiantes atendidos fueron considerados obesos el año pasado).

Julie Cousler Emig es la Directora ejecutiva de Education Plus Health, una organización sin ánimo de lucro que mejora la educación y los resultados de salud proporcionando acceso a atención sanitaria de alta calidad y a educación para la salud a estudiantes directamente en sus escuelas. La amplia mayoría (75% a nivel nacional) también proporciona servicios de salud mental.

Education Plus Health es una organización diseñada específicamente para las áreas de escasos servicios y con poblaciones estudiantiles de elevada pobreza identificadas como el colectivo que se enfrenta a la mayoría de las barreras para una utilización consistente de la atención de salud. Esta organización ha desarrollado un planteamiento innovador y basado en la evidencia para afrontar mejor las necesidades de salud de los estudiantes a través de atención primaria preventiva y aguda.

El programa llega a más de 7.000 personas al año en Filadelfia a través de 15 centros de salud, con sede en las escuelas, gestionados por enfermeras. Education Plus Health es un modelo de dotación de personal rentable y dirigido por enfermeras de práctica avanzada (EPA) que trabajan colaborativamente con una enfermera técnica para prestar cuidados de enfermería escolar y atención primaria. Las enfermeras de atención directa trabajan para garantizar la colaboración con el hogar médico y los especialistas del estudiante para envolver a los niños vulnerables con atención de salud holística.

Los estudiantes participantes cumplen los requisitos establecidos para el programa de comidas escolares gratuitas financiado a nivel federal que en general está a disposición de aquellos estudiantes cuyos ingresos se encuentran por debajo del umbral de la pobreza. Asimismo, numerosos estudiantes viven en viviendas públicas pertenecientes a proyectos y algunos son sin techo o ex sin techo. El objetivo es afrontar las desigualdades considerando el principio de que la salud guarda una correlación directa con los resultados académicos y que es fundamental afrontar ambas cuestiones para mejorar las oportunidades de los estudiantes. Este modelo establece una óptima sede para que las EPA monitoricen a los niños con necesidades especiales de salud, así como para trabajar colaborativamente con proveedores de atención primaria y especialistas cuyo tiempo con los niños se limita a las visitas al consultorio o a las hospitalizaciones e intervenir rápidamente cuando los niños se enfrentan a un problema de salud agudo.

El éxito de Education Plus Health está avalado por casi 40 años de investigación que documenta la repercusión positiva de los centros de salud con sede en las escuelas en el desempeño y el bienestar de los estudiantes, además del ahorro de costes para la sociedad.

Entre sus beneficios, el programa ha logrado reducir el absentismo, especialmente entre los estudiantes asmáticos. Los estudiantes logran mejores resultados académicos e índices de asistencia, así como menores índices de retrasos, problemas de disciplina y fracaso escolar.

Asimismo, el programa reduce el uso inadecuado de los servicios de urgencias y los costes generales de los seguros de financiación pública, así como las tasas de hospitalización entre los niños asmáticos. Además, un 56% de los asmáticos han mejorado su asistencia a la escuela en los últimos tres años.

El modelo es eficaz para colaborar con los jóvenes en los servicios de salud mental puesto que el índice de probabilidades de que los estudiantes urbanos efectuaran consultas relacionadas con la salud mental en centros de salud con sede en las escuelas era 21 veces superior a la tasa de la red de seguridad de centros de salud tradicionales de la comunidad.

Presentado por: julie Cousler Emig, Directora Ejecutiva, Education Plus Health

© Scott Wallace / World Bank

OBJETIVO 5: IGUALDAD DE GÉNERO

Hoy en día, en algunas partes de África las adolescentes tienen siete veces más probabilidades de contraer el VIH que los adolescentes y el SIDA es la principal causa de muerte entre niñas y mujeres en edad reproductiva.[55] Que cualquier persona contraiga el SIDA es una tragedia terrible pero también es un claro síntoma de una injusticia: la desigualdad de género. La igualdad de género es un derecho humano fundamental. Pero a pesar de ello, las mujeres jóvenes y las niñas no reciben un trato igualitario en numerosos países. Muchas no pueden reducir su vulnerabilidad frente a enfermedades como el VIH porque no se les permite tomar decisiones sobre su propia atención de salud o sobre sus propios cuerpos. No pueden elegir a qué edad casarse, con quién hacerlo, cuándo mantener relaciones sexuales, cómo protegerse a sí mismas o cuántos hijos tener. Asimismo, padecen unas tasas devastadoras de violencia física y sexual.

Las repercusiones de la desigualdad de género son de amplio espectro y están generalizadas en todas las sociedades. La igualdad de género tiene una importancia intrínseca porque afecta a la capacidad de las personas de tomar decisiones sobre sus derechos humanos básicos. La desigualdad de género perjudica la salud de millones de mujeres y niñas como resultado de patrones de alimentación discriminatorios, violencia contra las mujeres, falta de acceso a recursos y oportunidades, así como de poder para tomar decisiones sobre su propia salud. Existen desigualdades de género en cuanto al poder, los recursos, los derechos, las normas y los valores, así como en la organización de los servicios.

Como profesión dominada por las mujeres y testigo de las disparidades de salud entre géneros, las enfermeras pueden realizar una aportación fundamental a la reducción de estas desigualdades. El Consejo internacional de enfermeras ha desempeñado un papel fundamental en el establecimiento de una agencia especial de Naciones Unidas para las mujeres: ONU Mujeres. Las enfermeras de un gran número de naciones escribieron al Panel de Coherencia de Naciones Unidas para apoyar la creación de una organización única para cumplir el mandato de lograr la igualdad de género y el avance de las mujeres. Según Paula Donovan – Asesora sénior, Cuestiones de las mujeres y los niños, Oficina del enviado especial de Naciones Unidas para el SIDA en África – las enfermeras desempeñaron un papel mucho mayor que el de cualquier otra fuerza de lobby. Paula cree que la preocupación desbordante de las enfermeras tuvo una influencia extraordinaria y contribuyó a convencer a los miembros del panel para que se tomaran en serio esta cuestión.[57]

Se está recurriendo a la enfermería como profesión para promover la igualdad de género. No se ha visto ni se debe ver como una profesión exclusivamente femenina aunque las mujeres en la actualidad conformen la mayor parte del personal de enfermería. Al hacerse enfermeras, numerosas chicas y mujeres en todo el mundo acceden a programas de formación y capacitación reglada obteniendo así ingresos y el respeto de sus comunidades. De este modo se liberan del ciclo de la pobreza. Asimismo, un personal de enfermería competente, cualificado y empoderado ayuda a otras mujeres a mejorar su salud y bienestar.[58]

– All-Party Parliamentary Group on Global Health, Triple Impact Report: How Nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth.

495 MILLONES DE MUJERES son analfabetas (64% de los adultos analfabetos).[56]

EL SUELDO DE LAS MUJERES ES UN 20-30% inferior que el de los hombres por un trabajo equivalente.[56]

PROPORCIÓN DE MUJERES EN LOS PARLAMENTOS NACIONALES: 27%.[56]

1 DE CADA 9 NIÑAS SE CASA antes de los 15 años de edad.[56]

En la Unión Europea[56]

- 1 de cada 3 niñas han experimentado violencia física o sexual.
- El 5% han sido violadas antes de cumplir los 15 años.
- 500.000 mujeres están en riesgo de sufrir mutilación genital femenina.
- Mayor riesgo de ser víctimas del tráfico de seres humanos.

ESTUDIO DE CASO 5.1: REDUCIENDO EL ESTIGMA DEL VIH, ZAMBIA

En Zambia, las enfermeras se están asociando con otras organizaciones para garantizar los derechos de las mujeres en relación con la gestión y el tratamiento de personas con VIH/SIDA. La Diócesis católica de Ndola, Zambia, ha establecido un Programa integral sobre el SIDA con colaboración entre los cuidados de enfermería y los médicos considerando también el apoyo socioeconómico, los derechos humanos y el apoyo legal y los cuidados psicológicos. Asimismo, existen estrechas alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para prestar cuidados a la comunidad. En las clínicas de enfermería y los entornos comunitarios, las enfermeras están facilitando información a las familias sobre la transmisión del VIH y la tuberculosis, corrigiendo así los errores de concepto para contribuir a concienciar sobre la necesidad que tienen las personas que viven con VIH de recibir el amor y el apoyo de sus familias y amigos e intentar reducir la estigmatización.

En el ámbito de su trabajo, colaboran con instituciones de tipo jurídico y con voluntarios en tema de derechos humanos y otras áreas legales para proporcionar protección jurídica contra el abuso infantil, la violencia contra las mujeres y ayudar a las viudas a proteger sus propiedades evitando que la familia de su marido fallecido se haga con ellas. Como resultado de esta labor, cada vez hay más mujeres que han dado un paso al frente para recibir los cuidados y el tratamiento que necesitan.[60]

En Sudáfrica se han puesto en marcha programas en los que el cuidado del VIH está integrado en servicios de atención primaria dirigidos por enfermeras.

Las enfermeras de atención primaria están dispensando, en primera línea, terapia antiretroviral (TARV), salud sexual y otros cuidados holísticos en sus clínicas,[61] lo cual ha incrementado el número de mujeres con acceso a tratamiento, especialmente tras ser víctimas de abusos sexuales. Se espera que, mejorando el acceso a la TARV en áreas con acceso limitado a cuidados médicos, se reduzca la transmisión del VIH.

ESTUDIO DE CASO 5.2: DESIGUALDAD DE GÉNERO EN ENFERMERÍA, EE.UU.

"Comprender mejor que las enfermeras son profesionales de ciencias, autónomos y formados fortalecerá los cuidados, la educación y la investigación de enfermería permitiendo así que las enfermeras salven más vidas." - Sandy Summer

La profesión de enfermería no ha sido inmune a la desigualdad de género. Como sigue siendo predominantemente una profesión femenina, la forma de tratar a las enfermeras en una determinada sociedad a menudo refleja la manera en que se trata a las mujeres. Por desgracia, en general, a menudo se retrata a las enfermeras caracterizando estereotipos femeninos; criadas de baja cualificación, objetos sexuales, ángeles o hachas de batalla. Los medios de comunicación siguen tendiendo a centrarse en la labor de los médicos y a subestimar los logros clínicos y de investigación de las enfermeras. En numerosos dramas de televisión, los médicos, que a menudo son personajes masculinos, reciben el crédito por la atención de salud principal mientras que la mayoría de personajes – mujeres enfermeras – asisten dócilmente mostrando ninguna autonomía y poca habilidad. Estos personajes quizá reflejen intentos de los creadores de proporcionar un alivio cómico o de cumplir con los objetivos étnicos o de diversidad realizando un esfuerzo mínimo. Y, por supuesto, el papel del médico – un hombre – parece más heroico cuando se ve al lado de el de las condescendientes enfermeras. Incluso la programación "progresista" que incorpora a mujeres actuando en el papel de médicos y que puede incluso incluir a hombres enfermeros tiende a reflejar los mismos supuestos con el estereotipo de género añadido de que los hombres en enfermería son gays o débiles. La publicidad sigue explotando la imagen de la "enfermera traviesa" que sugiere que las enfermeras existen sobre todo para proporcionar sexo a los pacientes o a los médicos. Los medios de comunicación a menudo han fortalecido estos conceptos erróneos de la enfermería en la sociedad global.

La enfermería debe combatir estos conceptos erróneos. La enfermera Sandy Summers es una gran defensora de las enfermeras y la Fundadora y Directora general de la organización internacional sin ánimo de lucro 'The Truth About Nursing' (la verdad sobre la enfermería), que combate los estereotipos y educa al mundo sobre el valor de la enfermería. Sandy lleva trabajando sin descanso desde 2001 para fomentar que la profesión se presente adecuadamente y enfrentándose a los medios de comunicación en relación con tergiversaciones de las enfermeras en numerosas ocasiones. Truth About Nursing también mantiene un amplio sitio web con análisis sobre la enfermería en los medios de comunicación, además de haber participado en gran cantidad de campañas de defensa en todo el mundo. Como resultado de su labor, se han modificado numerosos programas y campañas de publicidad.

Presentado por Sandy Summer, Fundador y Directora Ejecutiva, "The Truth About Nursing"

© Arne Hoel / World Bank

OBJETIVO 6: AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO

Scovia, 16, vive en Opolin, un pueblo de Uganda. Espera poder ir a la escuela algún día y formarse como enfermera porque quiere "salvar vidas."

Sufre procesos diarreicos de manera periódica que, junto con su ciclo menstrual, provocan que falte habitualmente a clase. La escuela a la que acude no dispone de agua para lavarse y tiene muy pocos baños. Tras ir al baño o tener el periodo, Scovia teme tocar cualquier objeto y comer por tener las manos sucias. Al igual que muchos de sus amigos de la escuela, se pone enferma habitualmente y es incapaz de asistir a las clases. Como resultado, tiene dificultades para prepararse para los exámenes y suspende con frecuencia. Para Scovia, se trata de una situación angustiosa porque ve cómo disminuyen sus esperanzas de ser enfermera y romper el ciclo de la pobreza.[62]

Tener agua segura y fácilmente a disposición es importante en materia de salud pública ya se utilice para beber, uso doméstico, producción de alimentos o con fines recreativos. Un mejor suministro de agua y condiciones de saneamiento son fundamentales para mejorar las vidas de millones de personas, así como para impulsar el crecimiento económico y reducir la pobreza.

Una de las grandes tragedias es que, incluso en el ámbito sanitario, existe una carencia de agua limpia. En 2015, se realizó un estudio sobre 66.000 instalaciones sanitarias en 54 países de renta baja y media (PRBM). El informe señaló que un tercio de esas instalaciones carecían de suficiente agua y jabón para que el personal y los pacientes se lavaran las manos y mantuvieran una higiene básica.[67]

El agua sucia y la falta de baños seguros están entre las cinco causas principales de muerte de mujeres en todo el mundo. Sin estas instalaciones básicas, los centros de salud no pueden prevenir y controlar las infecciones adecuadamente poniendo así a las madres y a sus hijos en riesgo durante el parto. Allá donde no hay letrinas, las madres parturientas pueden tener que salir fuera a aliviarse y tienden a abandonar las instalaciones sanitarias a las pocas horas de haber dado a luz dejando así escaso tiempo para recibir asesoramiento y apoyo.[68]

El acceso a agua limpia, saneamiento e higiene en las instalaciones sanitarias es fundamental para prestar servicios de calidad y promover la salud. La higiene de manos es una de las intervenciones más rentables para proteger la salud y, en este sentido, las enfermeras son fundamentales para garantizar que sea posible en cada entorno sanitario.

En todo el mundo, al menos **1.800 MILLONES DE PERSONAS UTILIZAN UNA FUENTE DE AGUA POTABLE** contaminada por heces.[63]

El agua contaminada puede transmitir enfermedades como diarrea, cólera, disentería, tifus y polio. Se calcula que el agua potable contaminada causa **502.000 MUERTES POR DIARREA AL AÑO.**[63]

663 MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO confían en fuentes de agua sin mejorar y, en particular, **159 MILLONES DEPENDEN DE AGUA DE SUPERFICIE.**[63]

Se cree que al menos el **10% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL** consume alimentos regados con aguas residuales.[64]

ESTUDIO DE CASO 6.1: MEJORA DEL SANEAMIENTO, UGANDA

Philomena Okello es una enfermera sénior en el Hospital de derivación Lira en Uganda. Este hospital tiene capacidad para 22 mujeres al día pero habitualmente recibe a más de 100 y en él se han visto de primera mano los devastadores efectos de la falta de agua segura y saneamiento en varias instalaciones sanitarias de Uganda. Sin embargo, Philomena cree que "si las personas están empoderadas, pueden exigir que les pongan agua limpia a disposición."

Por eso, ha dirigido un movimiento entre los profesionales de la salud y la comunidad en busca de mejoras en los hospitales para tener mejor acceso a agua limpia, saneamiento e higiene (WASH).

Como resultado, en los últimos dos años se han producido grandes mejoras. Philomena ha puesto de manifiesto que hay que dar a conocer WASH a las personas y animarlas a solicitar este derecho la par que insta a su personal y a los pacientes a participar en un movimiento para exigirlo. "No es solo nuestro derecho a ser escuchados, sino nuestro derecho a que nos escuchen permitiéndonos participar. Es la única forma de lograr un cambio sostenible," según ha declarado.[69]

Hambre

El acceso al agua permite tener seguridad alimentaria. Cuando se pierden menos cosechas, se reduce el hambre. Las escuelas pueden alimentar a los estudiantes gracias a tener huertos, reduciendo así los costes

Educación

Cuando los estudiantes se liberan de la tarea de ir a por agua, regresan a las aulas. Con letrinas adecuadas y seguras, las niñas permanecen escolarizadas durante su adolescencia

Pobreza

El acceso al agua puede romper el ciclo de la pobreza

Salud

Agua segura, manos limpias, cuerpos sanos. El tiempo perdido por enfermedades se reduce y las personas pueden volver a dedicarse a salir de la pobreza

Figura 4. Impacto del agua limpia en la salud[70]

Un estudio realizado en 66.000 instalaciones sanitarias en países de renta baja y media arrojó los siguientes resultados:[67]

Presencia de una fuente de agua o suministro de agua en la instalación o cerca de ella (en un radio de 500 m) para beber, higiene personal, actividades médicas, limpieza, lavandería y cocinar: **38% SIN ACCESO.**

Presencia de letrinas o baños en la instalación (sin considerar su funcionalidad o accesibilidad): **19% SIN ACCESO.**

Disponibilidad de estaciones para el lavado de manos con jabón o soluciones a base de alcohol en la instalación: **35% SIN ACCESO.**

© Sofie Tesson / TAIMANI FILMS / World Bank

OBJETIVO 7: ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE

En Totorabamba, Perú, Espirita está agachada junto a un fuego abierto tostando granos de cebada. En el tejado de paja hay una capa negra y gruesa de hollín a modo de recordatorio frecuente de las partículas que inhala cuando cocina. Para los millones de personas que cocinan así a diario es el equivalente a fumar casi 400 cigarrillos al día.[74]

La contaminación del aire de interiores afecta sobre todo a personas en países de renta baja y media, lo cual representa el 82% de la población mundial,[75] y está considerada entre los diez mayores riesgos para la salud[10] incluso por encima del agua insegura como causa de muerte en estos países.

La OMS atribuye el 22% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a la contaminación del aire de interiores derivada de combustibles sólidos. La EPOC provoca la muerte de niños de bajo peso al nacer, además de neumonía en niños y problemas coronarios y pulmonares en adultos. La ONU calcula que casi tres mil millones de personas cocinan utilizando fuegos abiertos y hornos tradicionales.[75]

El acceso insuficiente a energía limpia tiene un profundo efecto de amplio alcance en la salud. Afecta a la capacidad de comunicar los mensajes de promoción y prevención en materia de salud y a las condiciones que afectan directamente a la misma (por ejemplo, el acceso a agua limpia, la contaminación del aire de interiores, la malnutrición); limita los servicios que se pueden prestar con seguridad en las instalaciones sanitarias (por ejemplo desde el almacenamiento de la medicación hasta la aplicación de radioterapia); e impide que los trabajadores de la salud quieran trabajar en estas áreas (por ejemplo, situaciones de aislamiento e incapacidad para ejercer por no disponer de los instrumentos apropiados).

Es importante que reconozcamos la importancia de la energía limpia y sus efectos en la salud y la prestación de servicios sanitarios (**Figura 5**). Las enfermeras cuidan de personas como Espirita cada día. En el ámbito de los cuidados, debemos preguntarnos cómo podemos ayudar a las personas cuandolas enviamos de regresoal lugar que les hizo enfermar.

> **... el número anual de fallecidos por contaminación del aire de interiores seguirá por encima del millón y medio de personas. Una tasa superior a la de la malaria y la tuberculosis juntas ...**[73]
> – United Nations

ACCESO A COMBUSTIBLES LIMPIOS Y TECNOLOGÍAS: 58%[76]

1.100 MILLONES DE PERSONAS carecen de acceso a electricidad.[76]

4.3 MILLONES DE MUERTES PREMATURAS ANUALES POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES como infarto, enfermedad coronaria isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cáncer de pulmón se deben a la exposición a la contaminación del aire en el hogar.[77]

2.800 MILLONES DE PERSONAS RECURREN A MADERA, CARBÓN, restos de animales o desechos de las cosechas para cocinar sus alimentos o calentar sus hogares.[76]

MÁS DE 4 MILLONES DE PERSONAS MUEREN PREMATURAMENTE POR ENFERMEDADES ATRIBUIDAS A LA CONTAMINACIÓN del aire del hogar causada por cocinar con combustibles sólidos.[77]

MÁS DEL 50% DE LAS MUERTES PREMATURAS POR NEUMONÍA ENTRE NIÑOS MENORES de cinco años están causadas por materia en partículas (hollín) inhalada a causa de la contaminación del aire en el hogar.[76]

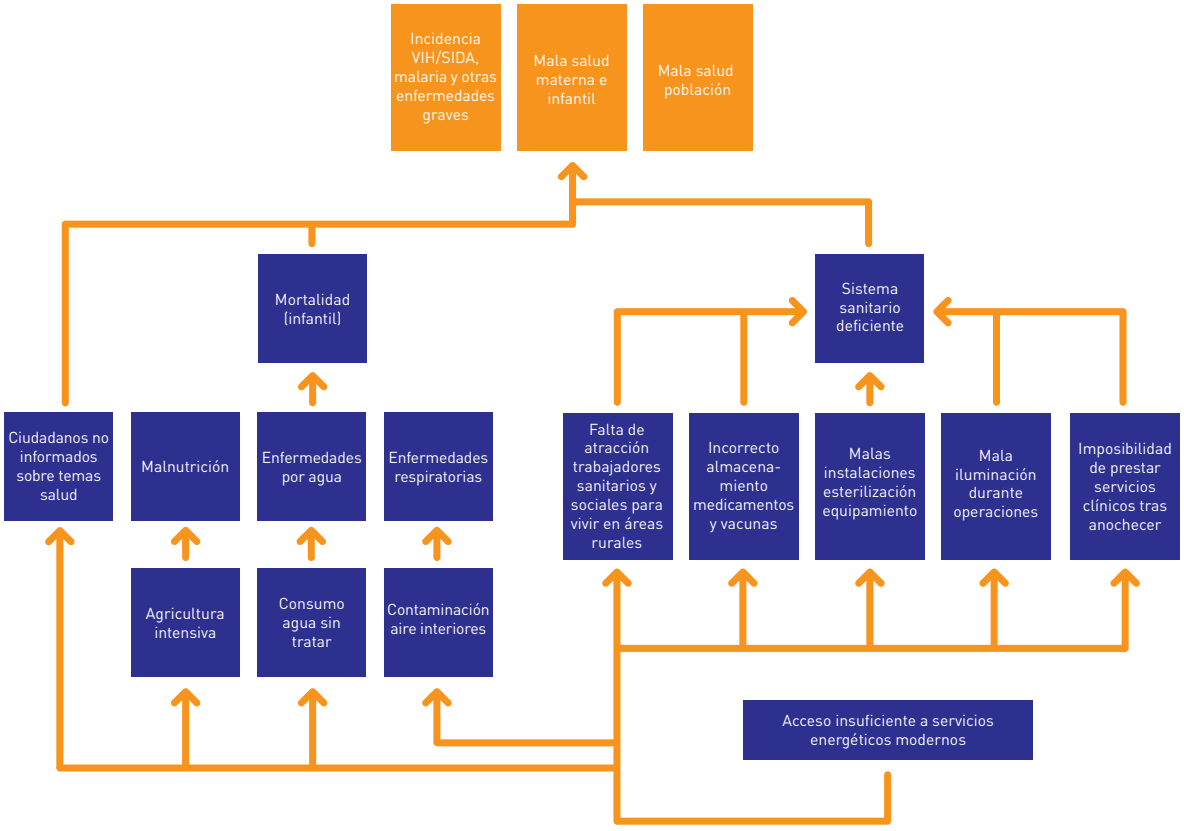


Figura 5. Impacto en la salud del acceso insuficiente a la energía[78]

ESTUDIO DE CASO 7.1: ABORDANDO LA EPOC, CHINA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en China. Existen una serie de causas al respecto como el tabaco, la predisposición genética y la contaminación del aire de interiores por el uso de combustibles sólidos.[79]

La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por limitaciones persistentes en el flujo de aire. Normalmente es progresiva y no es completamente reversible. La carga de la enfermedad es elevada y provoca discapacidad perjudicando así la calidad de vida. Asimismo, provoca una gran carga económica para los pacientes con un coste de aproximadamente el 40% de los ingresos medios anuales de las personas que viven en áreas urbanas y rurales de China.

En Guangzhou, China, un servicio respiratorio dirigido por enfermeras para tratar la EPOC ha mejorado las vidas de numerosos pacientes. La clínica se ha centrado en pacientes de EPOC con elevado riesgo de tener que regresar al hospital. El programa incluye una estratificación de los pacientes en función del riesgo, además de una evaluación holística de sus necesidades, visitas a domicilio según sean necesarias, empoderamiento del paciente y servicio de contacto 24 horas. Asimismo, ha logrado reducir las exacerbaciones agudas, mejorado la calidad de vida en relación con la salud, y ha reducido el gasto médico de los pacientes.[80]

© Dominic Chavez / World Bank

OBJETIVO 8: TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

El brote de Ébola de 2014 tuvo un efecto devastador en toda una serie de países de África provocando la muerte de miles de personas y una gran repercusión en sus condiciones socioeconómicas. Quedó demostrada la debilidad de los sistemas de salud pública del país y de la ayuda internacional de emergencia en cuestión de disponibilidad de personal y recursos necesarios para manejar la epidemia.[133]

El 17 de marzo de 2016, la OMS marcó el final del brote del Virus del Ébola en Sierra Leona.[84] Hoy, el país sigue en alerta para garantizar que la epidemia no se repite.

Sin embargo, es motivo de gran preocupación que las enfermeras de Sierra Leona lleven meses sin cobrar su salario. Su labor a menudo se realiza de manera voluntaria. Como resultado, las enfermeras están abandonando la profesión para buscar oportunidades laborales allá donde pueden obtener ingresos garantizados. Esta situación, además de perjudicar la prestación de servicios de salud en el país, también pone en riesgo la capacidad de Sierra Leona de manejar otra epidemia.[85]

Tener acceso a una fuerza laboral altamente cualificada y formada es fundamental para mejorar los resultados de salud a nivel local, nacional y global. En 2013, la OMS lanzó un informe titulado 'Una verdad universal: no hay salud sin agentes sanitarios'.[38] Los descubrimientos del informe ponen de manifiesto que los avances realizados en el ámbito de la salud son atribuibles a la mayor disponibilidad de profesionales sanitarios.

Pudiera pensarse que invertir en profesionales e infraestructura de ámbito sanitario es una sangría para la economía pero, en realidad, tiene el efecto contrario. El sector de la salud es un ámbito económico clave que genera puestos de trabajo y la demanda de servicios de salud sigue aumentando generando así millones de nuevos puestos de trabajo. Se calcula que el retorno de la inversión para generar nuevos puestos de trabajo de ámbito sanitario es de nueve a uno. La investigación en esta área también sugiere que por cada año adicional de esperanza de vida el PIB se incrementa un cuatro por ciento.[88]

La Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico[88] ha declarado que las inversiones en puestos de trabajo en el sector sanitario pueden mejorar las economías, acercar a los países a la cobertura sanitaria universal y actuar como baluarte contra brotes como el del Ébola. Con el incremento de las poblaciones y la incidencia de las enfermedades no transmisibles, en 2030 se necesitarán aproximadamente 40 millones de trabajadores sanitarios en todo el mundo.

Para lograr esta fuerza laboral, será necesario implementar una serie de estrategias para atraer personas a la profesión de enfermería y mantenerlas una vez ahí. Las estrategias para el reclutamiento y la retención en este sentido requieren el abordaje de algunos motivos de preocupación. En general, se trata de intervenir en las siguientes áreas problemáticas: educación – en particular, en el desgaste que se produce en los cursos de pregrado, el acceso a la formación de postgrado, la progresión del itinerario de carrera, las oportunidades de formación continuada, la remuneración y las condiciones laborales para que sean adecuadas – considerando la dotación de personal y la combinación de habilidades, además de las horas de trabajo y lograr que la enfermería sea una profesión más compatible con la familia y proporcionar un entorno seguro, saludable y gratificante.

> "Oigo a enfermeras decir, 'Yo solo soy una enfermera.' ¿Qué les parece? La persona más importante de un hospital infravalorándose. Las enfermeras son la piedra angular de la atención de salud y, a pesar de ello, no respetan su propia labor."
>
> – Margaret McClure (ex Enfermera jefe del Centro médico de la Universidad de Nueva York e investigadora pionera de los Hospitales Magnet)

Reino Unido

En el Reino Unido, desde 2010, el sueldo de las enfermeras se ha reducido en un 14% en términos reales, lo cual ha incrementado la presión financiera para muchas personas y, como resultado, numerosas enfermeras están abandonando la profesión. La brecha en términos de escasez de personal sigue aumentando.[89]

ESTUDIO DE CASO 8.1: BUENAS PRÁCTICAS, FORMACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO, MALDIVAS

"Conoce a la gestora y a la líder que llevas dentro porque eso es lo que son las enfermeras."

En numerosos entornos clínicos, las enfermeras trabajan demasiado y están infravaloradas mientras se ocupan de pacientes que dependen mucho de sus cuidados pero sin el tiempo necesario para cuidarles o interactuar con ellos adecuadamente.

Esto es lo que ha observado en su sala médica Fathimath Rasheeda, Jefa de sala en el Indira Gandhi Memorial Hospital de Malé, Maldivas. Asimismo, había mucha incertidumbre en relación con las actuaciones diarias puesto que muchas de ellas dependían en mayor o menor medida de la enfermedad del paciente en cuestión. Con 5-6 enfermeras trabajando en turnos de 8-9 horas, cuidando de 35 pacientes, la mayoría de las enfermeras no se podían tomar un descanso de una hora. Aproximadamente, entre el 75 y el 80% de los pacientes estaban encamados y eran altamente dependientes de los cuidados de enfermería.

La baja moral entre el personal provocaba conflictos y muchas enfermeras pensaban que se pasaban el día corriendo por todas partes como "pollos sin cabeza". Su comunicación era ineficaz y trabajaban mal en equipo entre ellas y con otras unidades del hospital. Algunos pacientes de cuidados críticos con ventilación mecánica estaban situados en cubículos en los que no se les podía observar adecuadamente y donde su seguridad estaba comprometida.

Tras un detenido análisis de la situación con las Subjefas de sala y otras enfermeras, Fathimath le propuso a la Directora de enfermería fusionar la sala médica con una pequeña sala general que tenía más de 10 enfermeras cuidando de pacientes que estaban preparados para recibir el alta, lo cual permitió incrementar el número de enfermeras en ambas unidades permitiendo que algunas enfermeras fueran asignadas durante una semana o dos a la unidad de cuidados intensivos críticos para aprender cómo cuidar de este tipo de pacientes.

Asimismo, otras dos enfermeras se sumaron al curso de diploma avanzado de enfermería de cuidados críticos y organizaron una sesión formativa para todas las enfermeras durante la reunión mensual de la plantilla de la sala médica. En las sesiones se abordaban temas de cuidados críticos como la interpretación de resultados de ABG, interpretación y reconocimiento de ECG anormales, y evaluaciones físicas (evaluaciones sistémicas, exámenes cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, neurológicos, etc.). También se enseñaba a realizar exámenes del sistema corporal y planificación de cuidados a los estudiantes de enfermería asignados a la sala para realizar prácticas clínicas.

> **"Trabajo en un hospital ocupado en Suráfrica y cada día siento una sensación abrumadora de la desesperación debido a las condiciones de trabajo extenuantes y del personal bajo. A menudo nos vemos obligados a hacer un trabajo fuera de nuestra descripción del trabajo sin la formación adecuada o el pago. No sólo estamos con escasez de personal, nuestros hospitales son peligrosos - hemos tenido incidentes donde los pacientes físicos y verbalmente atacó el personal de enfermería y la seguridad no llegó durante 10 minutos. Así que muchos colegas se han ido debido a la fatiga de agotamiento y compasión."**[90]

Presentado por : Fathimath Rasheeda, Ward manager (RNM, BSN, CCN), Indhira Gandhi Memorial Hospital (IGMH), Kanbaa Aisaarani Hingun, K. Male', Maldives.
Otras enfermeras han participado : Maryam Shaukath, Deputy Ward Manager, Zileena Mohamed Didi, Deputy Ward Manager, Aminath Rishfa, Deputy Ward Manager

El índice de desempleo en el mundo está aumentando, alcanzando casi los **202 MILLONES DE PERSONAS SIN UN PUESTO DE TRABAJO EN 2012.**[86]

EXISTE UNA CARENCIA DE 7.2 MILLONES DE TRABAJADORES SANITARIOS.[38]

Una mayor inversión en gasto sanitario de US $ 932 millones anuales a lo largo de 20 años por encima del gasto corriente prevendrá **54.000 MUERTES Y TENDRÁ UN RETORNO ECONÓMICO DE** US $ 14 por cada US $ 1 gastado.[87]

2.200 MILLONES DE PERSONAS VIVEN POR DEBAJO DEL UMBRAL DE LA POBREZA DE 2 US$.[86]

VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO[92]

En EE.UU. aproximadamente una de cada cuatro enfermeras ha sufrido una agresión física en el trabajo el último año.
Se producen más lesiones por violencia en el sector sanitario que en todos los demás sectores juntos.

Se calcula que:

- **Solo el 29% de las enfermeras que son objeto de una agresión física la denuncian.**
- **El 18% de las enfermeras temen represalias si denuncian situaciones de violencia.**
- **El 20% de las enfermeras afirman que no denunciarían situaciones de violencia física porque dicen que es una parte normal del trabajo.**

"Cada semana veo la peor parte de esta situación puesto que tengo aproximadamente media docena de familiares en enfermería y en varios otros ámbitos médicos. Enfermeras de planta, de urgencias, de quirófano y postoperatorias, además de otros cuidadores relacionados, cada día son objeto de lesiones o tratan a pacientes combativos enfrentándose también a situaciones de acoso sexual, por no hablar de las lesiones o el desgaste general del propio cuerpo al manejar el creciente porcentaje de pacientes de más de 130 kg. Realmente no se me ocurre ningún otro sector aparte de los de trabajo intensivo como el de la minería, la madera, etc. con las mismas probabilidades de sufrir una lesión grave. Si entras en el terreno de la enfermería, te puedo asegurar que te harás daño y, si pasa suficiente tiempo, es probable que sufras alguna lesión grave o termines con una discapacidad permanente."

– Comentario de Openuris sobre el artículo en The Atlantic citado el 5 de diciembre de 2016.[92]

© John Hogg / World Bank

OBJETIVO 9: INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA

Jane vivía en un área rural de Australia cuando le fue diagnosticado un cáncer de ovarios en fase uno. Tanto su madre como su hermana habían fallecido víctimas del cáncer así que este diagnóstico fue un duro golpe para ella. Como vivía en un lugar tan alejado, el hospital grande más cercano para proporcionar quimioterapia estaba a cuatro horas de distancia en automóvil. En muchas ciudades pequeñas, los hospitales locales no tienen la capacidad necesaria para ofrecer quimioterapia debido al reducido número de pacientes de cáncer, lo cual implica que hay pocos miembros en la plantilla con las competencias necesarias para administrar quimioterapia. Para recibir cuidados, a menudo los pacientes han de recorrer distancias considerables durante largos periodos de tiempo y lo encuentran demasiado difícil y costoso (380 US$ por consulta). Además, les obliga a estar lejos de su familia durante ese tiempo, de manera que no reciben tratamiento.[93]

El Hospital Townsville ha establecido un modelo innovador para la prestación de quimioterapia en áreas rurales. Se trata de un servicio de telesalud de quimioterapia que se presta desde el hospital hasta una clínica rural más pequeña para que una enfermera generalista, presente en esta última, pueda contar con la supervisión de una enfermera especialista por vídeo link desde el hospital de cuidados terciarios. Gracias a este modelo, los pacientes pueden recibir la misma intensidad de tratamiento con las mismas medidas de seguridad que si lo estuvieran recibiendo en el hospital general. Este modelo de cuidados ha mejorado la satisfacción de los pacientes y su acceso a los mismos, además de reducir los gastos, tanto para el paciente como para el hospital, mejorando así el bienestar de quienes reciben tratamiento.[94]

Para muchas personas en todo el mundo, acceder a atención sanitaria implica horas de viaje, a menudo cruzando terrenos difíciles. Las personas que viven en áreas rurales tienen opciones limitadas en relación con el trasporte, lo cual puede representar una carga significativa en términos de tiempo y dinero. El envejecimiento de las poblaciones y la mayor incidencia de las enfermedades crónicas a menudo requieren visitas frecuentes a las instalaciones sanitarias.

Lo ideal sería que las personas pudieran acceder a determinados servicios de manera conveniente y fiable como por ejemplo a atención primaria, odontología, salud comportamental, servicios de emergencia y salud pública. El acceso a atención de salud es importante por las siguientes cuestiones:

- **Bienestar general, físico, social y mental.**
- **Prevención de enfermedades.**
- **Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.**
- **Mejores tasas de morbilidad y mortalidad.**

© John Hogg / World Bank

Para cubrir la difícil demanda de salud y prestación de asistencia sanitaria, muchos gobiernos y ejecutivos hospitalarios están abogando por la innovación. Han reconocido que la forma de hacer las cosas se ha quedado antigua y no es sostenible, de manera que están buscando otras soluciones.
Según el antiguo Instituto para la innovación y la mejora del servicio sanitario nacional "La innovación supone hacer las cosas de otra manera o hacer cosas diferentes para obtener beneficios en términos de desempeño. Es un mito eso de que la mayoría de las innovaciones provienen de los laboratorios, los legisladores o los grandes líderes. La mayor parte de la innovación llega de manos del personal que trabaja en esas organizaciones."[97]

En todo el mundo, las enfermeras son testigos en primera línea de las necesidades de los pacientes y de los retos que los sistemas sanitarios tienen que superar para satisfacerlas. Raramente se realiza una intervención, tratamiento o programa sanitario sin que las enfermeras desempeñen una función. De ahí que su papel sea esencial a la hora de determinar la calidad, la eficiencia y la accesibilidad de los cuidados.

Las enfermeras han de seguir explorando y liberando el potencial de la innovación en todos los niveles con el fin de potenciar la calidad, la eficiencia y la accesibilidad de los cuidados. Hemos de demostrar la repercusión y los resultados de estas intervenciones puesto que el futuro de la salud y el bienestar de las personas depende de nuestras ideas, creatividad y voluntad de participar en el cambio.

"Nunca quise ser nada en especial. Sencillamente quería hacer cosas importantes, esas cosas que te acechan, como los rostros de los niños migrantes o los zapatos tirados en la playa (en Sri Lanka tras el tsunami), cosas con significado e importancia social."

– Marla Salmon, ex Enfermera jefe, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

La distancia importa

Un estudio realizado en Suecia descubrió que los pacientes que experimentan un incremento de 50-60 kilómetros en la distancia hasta su hospital de referencia tenían un 15% menos de probabilidades de sobrevivir a un ataque al corazón respecto a los pacientes que vivían en un radio de diez kilómetros del mismo.[100]

Asimismo, un estudio efectuado en el Reino Unido demostró que cada incremento de 10 km en la distancia en línea recta hasta un servicio de urgencias está asociado a aproximadamente un 1% de incremento absoluto en la tasa de mortalidad.[101]

Y un estudio realizado en Australia descubrió una marcada correlación entre la distancia de los centros de radioterapia y los resultados en términos de supervivencia de las personas con diagnóstico de cáncer. Como media, había un 6% de incremento en el riesgo de mortalidad por cada incremento de cien kilómetros de distancia hasta la instalación de radioterapia más cercana.[102]

En Níger, en 2012, aproximadamente el 90% de las carreteras no estaban asfaltadas. En seis distritos no existen instalaciones de salud y se estima que la proporción de centros de salud por habitante es de 7.000. Durante la estación seca, el 39% de la población estaba a una hora a pie del centro de salud más próximo. Este porcentaje se redujo a 24% durante la estación lluviosa. Un estudio puso en evidencia una fuerte correlación entre las tasas de vacunación y la distancia. Encontró que si un niño estaba a una hora a pie del hospital, había casi el doble de probabilidades de completar programas de vacunación que los que vivían más lejos.[95]

ESTUDIO DE CASO 9.1: CUIDADOS DE PROXIMIDAD EN PAÍSES BAJOS

"Desarrollar una buena relación con nuestros pacientes nos ayuda a apreciar y comprender mejor su entorno. El tratamiento que podemos implementar después les empodera al darles autonomía sobre su situación."

En 2006, las enfermeras de distrito en Países Bajos cada vez estaban más descontentas con el modelo de cuidados dirigido a las personas con necesidades de salud complejas en la comunidad.

Los modelos tradicionales recurrían a personal de bajo coste y menos formado para prestar cuidados. Como respuesta, se estableció el modelo Buurtzorg (cuidados de proximidad en holandés). Dicho modelo consiste en el reclutamiento de profesionales de enfermería altamente cualificados para que trabajen en equipos de hasta 12 enfermeras asumiendo la responsabilidad de todos los aspectos de los cuidados de 50-60 pacientes de una determinada área.[177]

El modelo se basa en sistemas informáticos de programación de citas, documentación de evaluaciones de enfermería y facturación en línea con la intención de:

- **Crear equipos autodirigidos de enfermeras para prestar tanto servicios médicos como de apoyo a domicilio**
- **Transformarse en un modelo sostenible y holístico de cuidados comunitarios**
- **Mantener o recuperar la independencia de los pacientes**
- **Educar a los pacientes y a las familias en materia de autocuidado**
- **Crear redes de recursos del vecindario**
- **Confiar en el profesionalismo de las enfermeras**[177]

En 2015, Buurtzorg empleó a 8.000 enfermeras en 700 equipos y prestó un abanico completo de servicios médicos y de apoyo a más de 65.000 pacientes.

En el corazón de este modelo dirigido por enfermeras está el empoderamiento del cliente; al sacar el máximo partido de las capacidades, los recursos y el entorno de los clientes y al poner énfasis en la autogestión, los equipos han cosechado resultados de gran éxito.[176]

El programa ha reducido los costes de los clientes en un 40% logrando así un ahorro potencial de 2 mil millones de euros al año y reduciendo las horas de cuidados por paciente en un 50%. Asimismo, ha mejorado la calidad de los cuidados a medida que los pacientes han ido recuperando su autonomía con mayor rapidez registrándose menos hospitalizaciones y de menor duración.[177]

Ornella Zanin y Gerda Mast, Enfermeras de distrito especializadas en el triaje de heridas crónicas, han compartido la siguiente historia para ilustrar la fortaleza del programa:

Lars, un hombre de 70 años que reside en uno de los vecindarios que cuentan con los servicios Buurtzorg, necesitaba una intervención a causa de un problema grave. Obligado a permanecer en silla de ruedas tras una infección por polio de niño – además de padecer el síndrome de Guillain-Barré – se le produjo una úlcera en la parte inferior de una pierna que seguidamente se complicó por una micosis que se extendió por la pierna y los dedos del pie. El dolor impedía realizar terapia de compresión, lo cual le provocó un considerable edema en la pierna. Lars sufría numerosas limitaciones a causa de su estado de salud, era incapaz de cuidarse adecuadamente las piernas y los pies y era resistente a distintas formas de tratamiento.

Ornella y Gerda visitaron a Lars en su casa y trabajaron con él en el diseño de un plan de tratamiento para su herida. En seis semanas, la herida estaba curada. Al desarrollar una buena relación con él y comprender mejor su entorno, Ornella y Gerda pudieron implementar un plan de tratamiento que no solo tuvo éxito a corto plazo sino que empoderó a Lars para que prestara más atención al cuidado de sus piernas.

Presentado por: Buurtor Nederland, Ornella Zanin, district nurse, specialized triage chronic wounds. Gerda Mast, district nurse, specialized triage chronic wounds

© Dominic Chavez / World Bank

OBJETIVO 10: REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES

Morley era una joven indígena a la que le importaban mucho quienes estaban a su alrededor, especialmente su hermano más pequeño. Por desgracia, la madre de Morley había sufrido abusos cuando era niña y padecía procesos graves de depresión y numerosas adicciones. Lamentablemente, estas dificultades provocaban que descuidara a sus hijos y Morley había comenzado a hacerse cortes, además de intentar suicidarse. A pesar de que deseaba vivir en casa con su madre y su hermano, por su propia protección, se decidió que las autoridades se hicieran cargo de ella. En ese periodo, sus padres adoptivos comenzaron a informar de que Morley oía voces que le decían que se hiciera cortes. Un psiquiatra le diagnosticó trastorno de estrés postraumático. Su salud mental y su comportamiento se deteriorarían aún más y, tras otro intento de suicidio, la llevaron al hospital. Su situación era tal que tuvo que ser internada.[103]

Las circunstancias en las que nacemos afectan enormemente a nuestro desarrollo y crecimiento. Sin embargo, lo que determina cómo acaba una persona no es únicamente cómo comienza puesto que también influyen las ventajas y desventajas que se van acumulando a lo largo de la vida. Existen estudios que muestran que las personas que han sufrido cuatro o más tipos distintos de experiencias adversas en la infancia tienen casi cinco veces más probabilidades de haber vivido varias semanas con un estado de ánimo depresivo y 12 veces más probabilidades de riesgo de suicidio.[104] En el caso anterior, el ciclo de desventajas se perpetuó hasta llegar a una situación grave de mala salud para Morley.

Las ingentes diferencias en tema de salud y bienestar entre los colectivos favorecidos y los desfavorecidos pueden apreciarse con claridad en las poblaciones indígenas. Estar socialmente desfavorecido guarda relación con mayores índices de suicidio, abuso de alcohol y drogas, problemas de salud mental, enfermedades coronarias y pulmonares, obesidad, diabetes y muchos otros tipos de males y factores de riesgo. Normalmente, los menos desfavorecidos, y con un mejor estatus social, gozan de un estado de salud mucho mejor. Esta desigualdad existe tanto entre países como dentro de los mismos y ningún país es inmune a ella. Tal y como afirma elocuentemente Sir Michael Marmot, existe por la disparidad en cuanto al lugar de nacimiento de las personas y dónde se crían, trabajan, viven y envejecen, sin afectar únicamente a la esperanza de vida sino a la calidad de la misma.[104]

Los más desfavorecidos tienen más probabilidades de necesitar atención de salud pero es menos probable que la reciban. Asimismo, se ha reconocido que los pobres y los socialmente más desfavorecidos a menudo reciben opciones de tratamiento diferentes a las que reciben los menos desfavorecidos, lo cual puede deberse a que los sistemas de salud no están establecidos u organizados para prestar servicios de salud a las personas en la parte inferior de la estructura de clases. La enfermería es fundamental para afrontar estas cuestiones y abogar por los derechos de los pacientes. Las enfermeras, en colaboración con otros profesionales de la salud, pueden generar un ambiente en el que las diferencias socioeconómicas no sean inaceptables. Defender las necesidades de salud de todas las personas significa ser fieles al rico legado de la profesión.

"La prueba de nuestro progreso no es si añadimos más abundancia a quienes ya tienen mucho sino si proporcionamos lo suficiente a quienes tienen demasiado poco."

– Franklin D. Roosevelt, Ex Presidente de los Estados Unidos de América

EL 1% MÁS RICO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL CONTROLA HASTA EL 40% de los activos del mundo.[105]

EL 50% DE LA POBLACIÓN MÁS POBRE POSEE SOLO EL 0.5% de los activos del mundo.[105]

ESTUDIO DE CASO 10.1: CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C DIRIGIDA POR ENFERMERAS EN NUEVA ZELANDA

"Independientemente del área en que trabajen, las enfermeras tienen la oportunidad de plantarle cara a la discriminación e incrementar el diagnóstico del VHC en esta población a menudo oculta" - Jenny Bourke

200 millones de personas padecen hepatitis C en todo el mundo. Se trata de una cifra asombrosa considerando que son 40 millones las personas que tienen VIH. La gran mayoría de quienes la padecen son consumidores o ex consumidores de drogas por vía intravenosa para los que es difícil acceder a tratamiento a causa del estigma social y la marginación que les impide buscar asistencia y les convierte en un grupo de alto riesgo. Este es el motivo por el que a menudo los consumidores de drogas por vía intravenosa no consideran la posibilidad de recibir tratamiento para la hepatitis C.

Se calcula que en Nueva Zelanda hay 50.000 personas con hepatitis C y se prevé que esta cifra aumente en un 50% en los próximos 10 años. Lo que provoca que estas cifras sean aún más preocupantes es que, como esta enfermedad puede ser asintomática durante muchos años, aproximadamente solo la cuarta parte de los infectados son conscientes de ser portadores del virus y solo un 5% accede a tratamiento. El coste estimado para Nueva Zelanda en 2020 será de 400 millones de dólares anuales si las personas infectadas no reciben tratamiento.[174]

Jenny Bourke es Enfermera clínica especialista y gestora en la Clínica comunitaria para el tratamiento de la hepatitis C en Christchurch, una ciudad de unos 375.000 habitantes.[175] Junto con otras dos enfermeras, un trabajador social y un médico generalista ha constituido un equipo multidisciplinar que trabaja para reducir las barreras de acceso a los cuidados e incrementar la accesibilidad a las pruebas, al diagnóstico y al tratamiento de esta enfermedad.

Presentado por: Jenny Bourke, Enfermera clínica especialista, Clínica comunitaria para el tratamiento de la hepatitis C, Christchurch, Nueva Zelanda.

Jenny afirma que uno de los grandes logros de la clínica es la confianza y el respeto ganados, no solo por parte de los clientes sino también por parte de otros organismos (Servicios para problemas de alcohol y drogas, Programas para el intercambio de agujas, médicos generalistas y del segundo nivel de atención). Gracias a la construcción de alianzas colaborativas con otros profesionales y servicios de salud, han desarrollado un planteamiento integral mejorando así el acceso al tratamiento de la hepatitis C para personas que se inyectan drogas.

Gracias al papel clave que desempeñan las enfermeras en el cuidado continuado de quienes padecen esta enfermedad, desde la sensibilización hasta las pruebas para detectar nuevas infecciones, actuando como enlace con otros actores, impartiendo formación y apoyando a los drogodependientes por vía intravenosa, esta clínica es capaz de ofrecer a los clientes un entorno en el que no se les juzga junto con citas flexibles, habilidades de expertos en flebotomía, clínicas de extensión dirigidas por enfermeras y continuidad de los cuidados.

En los últimos tres años la clínica ha crecido exponencialmente. El servicio gestiona en la actualidad a 465 clientes y recibe unos 15-25 nuevos clientes cada mes. La clínica ha sido un éxito con un índice de asistencia del 98%.

LA DESIGUALDAD EN MATERIA DE INGRESOS SE INCREMENTÓ EN UN 11% en los países en desarrollo entre 1990 y 2010.[105]

LA ESPERANZA DE VIDA DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS ES HASTA 20 AÑOS menor que la de las poblaciones homólogas no indígenas.[106]

En Canadá, los índices de encarcelamiento de indígenas son **10 VECES SUPERIORES Y EN AUSTRALIA 14 VECES MÁS ELEVADOS.**[106]

En algunas partes de Ecuador, las poblaciones indígenas tienen **30 VECES MÁS PROBABILIDADES DE PADECER CÁNCER DE GARGANTA QUE LA MEDIA NACIONAL.**[106]

En EE.UU., un nativo americano tiene **600 VECES MÁS PROBABILIDADES DE CONTRAER TUBERCULOSIS Y UN 62% MÁS DE COMETER SUICIDIO.**[106]

A nivel global, más del **50% DE LOS ADULTOS INDÍGENAS PADECEN DIABETES TIPO 2.**[106]

© Dominic Chavez / World Bank

OBJETIVO 11: CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES

Se calcula que para 2050 el 70% de la población mundial vivirá en áreas urbanas y, por tanto, la salud global estará determinada sobre todo por las ciudades, que serán el contexto en el que las personas crezcan, vivan, trabajen y jueguen.[110]

El hecho de vivir en áreas urbanas está asociado a mejores niveles de renta y resultados de salud pero las presiones del crecimiento urbano han contribuido a la emergencia provocada por las marcadas desigualdades sociosanitarias presentes en las ciudades de todo el mundo.

Sao Paulo, en Brasil, es una metrópolis en rápido crecimiento: hace 100 años, la población de esta ciudad era de solo 100.000 habitantes y, desde entonces, ha crecido rápidamente hasta los más de 10 millones de habitantes (considerando los alrededores, la población aumenta hasta los 18 millones). Es una ciudad de grandes contrastes: en algunas secciones tiene gran vitalidad cultural y crecimiento económico mientras que en otras áreas existen altos índices de criminalidad y pobreza intensa. Tal y como señaló Wolfgang Nowak, "las grandes ciudades lo son todo: el primer mundo, el segundo mundo y el tercer mundo se juntan en una única ciudad".[108]

El rápido crecimiento de la población de la ciudad ha sido un factor importante en esta disparidad. La planificación realizada no ha logrado aguantar el rápido ritmo de su expansión, lo cual se ha traducido en la falta de idoneidad de determinados servicios como el saneamiento, la gestión de las aguas residuales, la movilidad, las normasde construcción, la calidad del aire de interiores y la comunicación, obstaculizándose también el acceso a las escuelas, los servicios de salud y los puestos de trabajo. Todos estos elementos han provocado disparidades en la percepción de los ciudadanos sobre su propia salud y bienestar. Los pobres a menudo son los más excluidos en materia de equidad social cuando se encuentran en los márgenes de las ciudades, por falta de inclusividad y por no acomodar adecuadamente a quienes tienen una situación económica menos favorable en el tejido urbano central minimizando así el grado de pobreza que aísla y permitiendo crear una auténtica infraestructura pública compartida por un amplio abanico de colectivos con distintos niveles de renta. Es necesario limitar la dispersión y tener ciudades lo más compactas posible como elemento crucial de la política social. Se puede recurrir a gran cantidad de características para lograr que una ciudad se vuelva saludable. Sin embargo, en el corazón de todas ellas, para poder disfrutar de las ventajas de las transformaciones que hay que realizar, es necesario abordar el tema de la equidad.[109]

ESTUDIO DE CASO 11.1: SALUD INCLUSIVA, MICAH PROJECTS, AUSTRALIA

"Es posible mejorar los resultados de salud de las personas que viven en la calle, poner fin a su falta de vivienda y ahorrar dinero al sistema hospitalario." - Kim Rayner

Kim Rayner es la Directora y enfermera clínica líder de Salud inclusiva de la organización Micah Projects, en Brisbane, Australia, que se constituyó como respuesta directa a los elevados índices de comorbilidades. De este modo, se estableció el riesgo de mortalidad entre personas y familias desfavorecidas sin techo y en situación de pobreza, exclusión social, con enfermedades mentales, discapacidad y violencia doméstica.

Brisbane, con una población de 1,15 millones de personas, tiene más de 4.300 personas viviendo en la calle (Consejo de la ciudad de Brisbane, 2016).[111]

Por este motivo, se constituyó Micah Projects, una organización no gubernamental en la que Kim ha desempeñado un papel crucial para el establecimiento de alianzas con algunos de los mayores hospitales privados de Brisbane con el fin de prestar servicios a los sin techo y a la población con viviendas vulnerables en la ciudad.

Con el objetivo de entender las necesidades sociosanitarias de la comunidad, las enfermeras del equipo adaptaron un instrumento de encuesta diseñado en Estados Unidos para calcular el índice de vulnerabilidad.

La encuesta arrojó los siguientes resultados:

- **El 59% era trimórbido: una enfermedad crónica, abuso de sustancias y enfermedad mental.**
- **El 36% tenía un historial de lesión o trauma cerebral**
- **El 30% tenía un historial de enfermedad hepática, cirrosis o enfermedad hepática en estadio terminal.**
- **El 28% tenía un historial de enfermedad coronaria o arritmia.**
- **El 9% tenía un diagnóstico de cáncer.**[112]

El análisis de estos datos permitió que el equipo diseñara un enfoque específico para prevenir e intervenir tempranamente con el fin de evitar que las personas acabaran sin techo; romper el ciclo que lleva a terminar sin vivienda; y mejorar los sistemas de prestación de servicios para dar respuesta a la falta de vivienda.

Como resultado, se diseñaron servicios de salud a medida para satisfacer las necesidades de este grupo de población vulnerable logrando así reubicar rápidamente en viviendas a los sin techo y prestando servicios de salud rentables en todas las fases del proceso de alojamiento (antes, durante y después de la reubicación en viviendas) con el fin de reducir los costes personales y sociales y la repercusión de carecer de vivienda en las personas y la comunidad.[113]

El servicio Homeless to Home Healthcare After-Hours (de sin techo a atención a domicilio fuera de horas) consta de dos equipos: uno que trabaja con la furgoneta Street to Home (de la calle al hogar) visitando espacios públicos, parques y viviendas ocupadas, y otro que realiza visitas a domicilio y a espacios públicos en el área metropolitana de Brisbane.

El servicio incluye:

- Planificación colaborativa e implicación en relación con los trabajadores de la comunidad centrados en el tema de la vivienda.
- Un único punto de acceso a servicios fuera de horas que incluye vivienda y atención de salud.
- Establecimiento de una buena relación de confianza con las personas y familias sin techo, así como con las personas vulnerables con vivienda.
- Una respuesta inmediata a las personas que se presentan al Centro de servicios para la falta de vivienda de Brisbane, así como a quienes están en las calles, parques y hogares de personas alojadas mediante iniciativas de Housing First (primero una vivienda).
- Evaluaciones de salud y derivaciones a atención primaria, incluidos los servicios de salud relacionados.
- Seguimiento de los cuidados apoyando la derivación a otros profesionales y la prestación de asistencia para navegar por el sistema de salud.
- Colaboración proactiva en atención sanitaria de intervención temprana y preventiva.
- Educación para la salud y coordinación de la atención sanitaria para las personas mediante acciones de enlace y defensa con clínicas locales de médicos generalistas y servicios especializados como tratamientos dentales o relacionados con las drogas, el alcohol, enfermedades renales, diabetes y vacunación.
- Funciones de enlace con hospitales y trabajadores hospitalarios sobre la planificación del alta y el seguimiento clínico.[114]

Este servicio está dirigido por un equipo de enfermería dedicado y demuestra que es posible mejorar los resultados de salud de las personas que viven en la calle, poner fin a su falta de vivienda y ahorrar dinero al sistema hospitalario.

Asimismo, es un éxito en todos los aspectos: ha mejorado la calidad de vida relacionada con la salud; ha reducido sustancialmente la utilización de hospitales entre las personas que recurren al servicio; ha reducido las hospitalizaciones de pacientes en un 37% y las visitas al servicio de urgencias en un 24%. Asimismo, se ha logrado una reducción importante en los costes hospitalarios con un ahorro neto de aproximadamente 6,45 millones de dólares australianos al año; un beneficio social neto anual de más de 12,6 millones de dólares australianos y una mejora a al menos 82 años de vida ajustados a la calidad por año.[114]

Presenado por: Kim Rayner, Gerente y Líder de enfermería clínica, Inclusive Health, Micah Projects, Brisbane, Australia

ESTUDIO DE CASO 11.2: PRESCRIPCIÓN SOCIAL, REINO UNIDO

La innovación desplegada por una organización comunitaria presente en una de las áreas más desfavorecidas de Inglaterra ha logrado una gran transformación: el Centro Bromley by Bow ha trabajado en alianza con proveedores de atención primaria y grupos de la comunidad para ayudar a las personas a mejorar sus habilidades, encontrar empleo y llevar una vida saludable y feliz.

Ahí, los médicos generalistas y las enfermeras registradas ponen a sus pacientes en contacto con los servicios que proporciona el centro y con la comunidad en sentido más amplio. El personal utiliza lo que se ha denominado 'prescripción social' – el proceso mediante el cual se deriva a las personas a servicios externos no clínicos como programas de estilo de vida saludable, bienestar y asesoramiento sobre vivienda, apoyo al empleo, deudas y asesoramiento financiero – tras reconocer que los problemas de salud pueden no deberse únicamente a causas físicas.

Alison Bell, una enfermera de esta consulta, anima a los pacientes de EPOC a apuntarse a un coro para ayudarles a controlar sus patrones de respiración. Los pacientes con problemas de articulaciones son derivados a clases de cerámica porque modelar este material les ayuda a mejorar la fuerza de las manos y su radio de movimiento. También se realizan derivaciones a grupos comunitarios para gestionar la pérdida de peso. La filosofía de la prescripción social es empoderar a los pacientes y conectarles con su comunidad y su entorno.[115]

En 2015, el **50% DE LA POBLACIÓN (3.500 MILLONES) VIVÍA EN CIUDADES.**[110]

828 MILLONES DE PERSONAS VIVEN EN CHABOLAS.[110]

En 2030, el **60% VIVIRÁ EN ÁREAS URBANAS.**[110]

1.600 MILLONES DE PERSONAS NO DISPONEN DE UNA VIVIENDA ADECUADA.[110]

EL 95% DE LA EXPANSIÓN URBANA se producirá en el mundo en desarrollo.[110]

La última vez que la ONU intentó realizar una encuesta mundial, aproximadamente **100 MILLONES DE PERSONAS ERAN SIN TECHO.**[110]

© Aisha Faquir / World Bank

OBJETIVO 12: PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES

Los hospitales y los servicios de salud son grandes consumidores de recursos y producen cantidades considerables de desperdicios. Se ha calculado que la industria sanitaria genera 7.000 toneladas de desechos al día, en particular desperdicios sólidos y desechos médicos. Asimismo, se ha estimado que las instalaciones de salud consumen aproximadamente 2.5 veces la cantidad de energía utilizada en un edificio comercial del mismo tamaño.[116]

Las instalaciones sanitarias han de realizar una contribución significativa en relación con la sostenibilidad de los recursos, algo que también repercute de manera directa en la salud de las personas. La OMS cree que únicamente el 58% de los residuos sanitarios se eliminan correctamente,[67] lo cual está poniendo a comunidades enteras en riesgo de contaminación cruzada de desechos derivados de residuos infecciosos y patológicos, lesiones por objetos punzocortantes infectados y envenenamiento por desechos químicos, farmacéuticos, genotóxicos y radioactivos.

ESTUDIO DE CASO 12.1: ATENCIÓN DE SALUD SIN PROVOCAR DAÑOS, EE.UU.

'Healthcare without harm' es una organización cofundada por Charlotte Brody – enfermera registrada – constituida como reacción a un informe de la Agencia de Protección Medioambiental de EE.UU. que apuntaba a la incineración de residuos médicos como la principal fuente de dioxinas, un potente carcinógeno. Se trata de una organización fundamental para la consecución de una serie de objetivos como eliminar prácticamente por completo el uso de equipos médicos con mercurio en EE.UU., además de abogar porque los hospitales realicen sus compras a proveedores locales que sostengan prácticas de agricultura sostenible.[119]

EL 85% DE LOS RESIDUOS GENERADOS POR LAS INSTALACIONES de salud son desechos de carácter general no peligrosos.[120]

Cada año se realizan **16 MIL MILLONES DE INYECCIONES** pero no todas las jeringuillas se eliminan correctamente.[120]

Las inyecciones no seguras son responsables de hasta **33.800 NUEVAS INFECCIONES POR VIH, 1.7 MILLONES DE INFECCIONES POR HEPATITIS B Y 315.000 INFECCIONES POR HEPATITIS C.**[120]

EL 15% DE LOS RESIDUOS SE CONSIDERAN MATERIAL PELIGROSO, ya sea infeccioso, tóxico o radioactivo.[120]

1/3 DE LOS ALIMENTOS PRODUCIDOS terminan en la basura (1.300 millones de toneladas de comida).[120]

Se generan diariamente **3 MILLONES DE TONELADAS DE BASURA.**[120]

© Lundrim Aliu / World Bank

OBJETIVO 13: ACCIÓN POR EL CLIMA

Ángela es una enfermera que trabaja en una gran ciudad de Estados Unidos. Se encarga de notificar el incremento en el número de personas que acuden a su clínica cuando el nivel de contaminación es elevado. Algunas de las intervenciones de Ángela para ayudar a sus pacientes consisten en ajustarles la medicación y educarles para que permanezcan en ambientes interiores los días en que la calidad del aire es mala.
Sin embargo, la mayoría de sus pacientes trabajan y, debido a sus circunstancias sociales, no tienen automóvil o aire acondicionado. Mantenerse alejados del aire de mala calidad no es una opción razonable.[121]

Las enfermeras y otros proveedores sanitarios están viendo de primera mano los efectos de las condiciones cambiantes el clima. La Dra. Margaret Chan, Directora general de la OMS, ha declarado que "el cambio climático es uno de los mayores retos de nuestro tiempo."[122] A pesar de haberse detectado algunos beneficios en relación con el cambio climático – menos muertes en invierno y un mayor rendimiento de las cosechas en determinadas áreas – este tendrá unos efectos adversos abrumadores, en particular en nuestros determinantes de la salud más fundamentales: suficiente comida, aire limpio, agua potable y refugio seguro. Las repercusiones del cambio climático no son pocas puesto que nos afecta a todos.
Sin embargo, existen personas más vulnerables que otras.

Las enfermeras y las organizaciones de enfermería a menudo adoptan rápidamente estrategias que afectan a la salud de las poblaciones y, por ello, están a la vanguardia en temas como el cambio climático.

Por ejemplo, en 2008 la Asociación de enfermeras de Canadá (CNA) publicó un informe titulado 'El papel de las enfermeras en el abordaje del cambio climático' reconociendo la amenaza que representa para la salud de las poblaciones y ofreciendo orientación a las enfermeras sobre las funciones que pueden desempeñar en las estrategias, tanto de adaptación como de mitigación. Las enfermeras han sido actores activos abogando a favor de la actuación de los gobiernos en materia de cambio climático.[123]

> "El cambio climático no es solo una cuestión medioambiental, como aún creen demasiadas personas, sino que es una amenaza que lo abarca todo."
>
> – Kofi Annan, Secretario general, Naciones Unidas, 2006

ESTUDIO DE CASO 13.1: ALIANZA DE ENFERMERAS PARA ENTORNOS SALUDABLES, EE.UU.

Las enfermedades derivadas del clima o transmitidas por vectores, como las que transmiten los mosquitos, tienen lugar en los climas templados de los estados costeros del sur de Estados Unidos. Para las poblaciones que se encuentran en el nivel federal de pobreza o por debajo, la educación y el asesoramiento sobre cómo evitar las enfermedades transmitidas por vectores, así como recibir asistencia para controlar y reducir los mosquitos, es especialmente importante.

En 2016, Lisa Campbell, DNP, RN, APHN-BC, miembro de la Junta de la Alianza de enfermeras para entornos saludables (AHNE) y del equipo de Texas, la Coalición para la acción del estado, se reunió con miembros sénior de la Administración de Obama y agencias federales con el fin de abordar la contribución de la enfermería para mitigar los efectos del cambio climático diseñando acciones para las enfermeras en materia de formación, investigación, práctica y políticas.

Lisa tiene muchos años de experiencia como directora de salud pública. Para ella abordar el cambio climático ha significado lo siguiente:

- Mantener programas eficaces de mitigación como el control de los mosquitos.
- Emitir alertas de salud y educación pública durante las olas de calor extremo.
- Trabajar con los servicios de gestión de emergencias para evaluar la comunidad y diseñar planes para afrontar inundaciones, huracanes y otras catástrofes.
- Defender la investigación sobre el cambio climático y la salud.

Cuando dirigía un departamento local de salud pública, la Dra. Campbell recurría a las tres funciones clave en materia de salud pública: evaluación, garantías y formulación de políticas para guiar su trabajo sobre el cambio climático. Las enfermedades derivadas del clima y las transmitidas por vectores, como las que transmiten los mosquitos, y la vigilancia son especialmente importantes en los climas templados de los estados costeros del sur donde Campbell y su plantilla han monitorizado casos del virus del Nilo occidental, dengue y otras enfermedades infecciosas emergentes como el virus de Zika. La Dra. Campbell ha logrado un programa competente para el control de los mosquitos mediante una plantilla dedicada al control de plagas en relación con la salud para prevenir el posible y/o probable contagio de enfermedades transmitidas por vectores a/o entre humanos. Gracias a una cuidadosa planificación ha podido garantizar la impartición de formación periódica, así como el mantenimiento del equipamiento y la adquisición de pesticidas apropiados. Ella y su plantilla han trabajado con agencias locales y estatales para diseñar planes de acción sobre el Zika incluyendo el control de mosquitos en una propiedad privada ante un caso confirmado de Zika. La emisión de alertas de salud pública durante la estación cálida de lluvias ha sido una estrategia clave para reducir las enfermedades transmitidas por vectores. Se comunicaron a los ciudadanos, a través de los medios locales y el sitio web del departamento de salud, las medidas para evitar enfermedades con esta modalidad de transmisión como por ejemplo permanecer en lugares interiores al anochecer y al amanecer, vestirse con prendas de manga larga y utilizar pantalones largos, aplicar repelente contra insectos y drenar el agua estancada.

Se han utilizado alertas de salud combinadas con educación pública durante las emergencias climáticas como las olas de calor extremo. Las alertas son importantes para prevenir enfermedades relacionadas con el calor, especialmente entre las poblaciones vulnerables como los niños, los ancianos y los económicamente desfavorecidos. Estas poblaciones más vulnerables tienen limitado el aire acondicionado o carecen de él, lo cual incrementa su riesgo de padecer enfermedades. El equipo ha trabajado con los medios de comunicación de ámbito local para difundir información y con agencias locales para proporcionar ventiladores y refugios refrigerados para los económicamente desfavorecidos. Todos los programas para abordar los problemas de salud relacionados con el clima se basaban en el Departamento de salud pública y las organizaciones asociadas.

Asimismo, la Dra. Campbell ha trabajado con la Oficina para la gestión de emergencias con el fin de evaluar las capacidades funcionales, determinar los bienes de la comunidad y diseñar planes para afrontar inundaciones, huracanes y otras catástrofes diseñando también un mapa con los habitantes de las zonas bajas con fines de evacuación. Además, ha establecido sistemas de cuidado masivo en asociación con organizaciones locales y estatales a través de acuerdos de colaboración.

Presentado por: Lisa Campbell, DNP, RN, APHN-BC, Miembro de la Junta de la Alianza de enfermeras para entornos saludables (AHNE) y profesora asociada en la Facultad de enfermería del Centro de ciencias de la salud de la Universidad Tech de Texas.[125]

EL NÚMERO DE CATÁSTROFES NATURALES RELACIONADAS CON EL CLIMA SE HA TRIPLICADO DESDE LOS AÑOS SESENTA DEL S. XX provocando 60.000 muertes cada año.[128]

MÁS DE LA MITAD DE LA POBLACIÓN MUNDIAL VIVE EN UN RADIO DE 60 KILÓMETROS DEL MAR. Puede haber personas que se vean obligadas a marcharse por el creciente riesgo de efectos para la salud, desde trastornos mentales hasta enfermedades transmisibles.[128]

EN 2012, 12.6 MILLONES DE MUERTES SE ATRIBUYERON AL MEDIO AMBIENTE, lo cual representa el 23% del total de fallecimientos.[127]

Si se mantienen así las condiciones, entre 2030 y 2050 **SE ESPERA QUE EL CAMBIO CLIMÁTICO PROVOQUE 250.000 MUERTES ADICIONALES** al año a causa de la malaria, la malnutrición, la diarrea y el estrés térmico.[128]

© Genti Shkullaku / World Bank

OBJETIVO 14: VIDA SUBMARINA

Tolne Sap, en Camboya, es el mayor lago del Sudeste Asiático y una de las piscifactorías de agua dulce más productivas del mundo. El lago sostiene a familias y comunidades enteras en Camboya y es la principal fuente de proteínas y otros micronutrientes fundamentales para la salud. Aprovechar el valor del lago es de vital importancia para prevenir la malnutrición infantil, que tanto ha predominado en el país. Sin embargo, la salud del lago está en riesgo a causa de prácticas de pesca ilegal, tala de bosques, contaminación e intereses en competición, de manera que se cernía una amenaza real sobre el futuro de la seguridad alimentaria derivada del lago para la región hasta que el gobierno realizó intervenciones adecuadas para apoyar su sostenibilidad.[129]

Es fundamental cuidar de nuestros océanos y vías fluviales puesto que proporcionan recursos naturales como alimentos, medicamentos, biocombustibles y otros productos. Asimismo, contribuyen a la degradación o eliminación de residuos y a la mitigación del cambio climático, además de a los esfuerzos de adaptación. También son recursos valiosos para fines de turismo y actividades recreativas. Tal y como afirmó la Organización para la Alimentación y la Agricultura, "La salud de nuestro planeta y nuestra propia salud y futura seguridad alimentaria dependen de cómo tratemos el mundo azul."[130]

© Chor Sokunthea / World Bank

OBJETIVO 15: VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES

En 2015, se declaró el fin del brote de Ébola dejando tras de sí una terrible huella de destrucción, matando a más de 11.000 personas (500 trabajadores sanitarios) e infectando a más de 30.000. Los supervivientes siguen sufriendo consecuencias, enfrentándose a su mermada situación de salud personal y a un sistema de salud dañado. Los efectos del Ébola seguirán sintiéndose durante muchos años mientras las industrias y los productores de alimentos intentan restablecer los recursos necesarios para recuperarse.[133]

Según un informe de la OMS[127], las variaciones en los patrones del paisaje y la biodiversidad pueden haber sido un factor clave en el brote de esta enfermedad. Dicho informe afirma que los cambios en el uso de la tierra inducidos por los seres humanos son las causas primarias de una serie de infecciones.

Se cree que las modificaciones en el uso de la tierra, la producción de alimentos y los cambios en la agricultura son responsables de casi la mitad de las emergencias derivadas de enfermedades infecciosas zoonóticas en el mundo. Con el incremento de la explotación forestal, la caza de animales silvestres, el desarrollo de los pueblos y los cambios en la agricultura, las personas se acercan cada vez más a reservas de huéspedes de enfermedades como el Ébola.[134]

Es vital contar con ecosistemas estables para sostener la vida humana. Todos los aspectos del bienestar humano dependen de bienes y servicios del ecosistema que, a su vez, dependen de la biodiversidad. La pérdida de biodiversidad y los cambios en los ecosistemas pueden tener consecuencias devastadoras y provocar brotes de enfermedades infecciosas menoscabándose así el progreso del desarrollo, poniendo en riesgo la seguridad alimentaria y la nutrición, además de la protección frente a catástrofes naturales.[134]

© Gennadiy Ratushenko / World Bank

OBJETIVO 16: PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES SÓLIDAS

Kabra, una niña de 14 años, y sus dos hermanos pequeños, Merhawi y Filmon, corrían el riesgo de ser ejecutados a causa de la religión con la que habían crecido. Tras huir de su hogar en Sudán, fueron esclavizados temporalmente por bandas que les obligaron a trabajar para ellas y, cuando lograron escapar de esta aterradora experiencia, aún tenían un largo viaje por delante: se unieron a 700 refugiados peligrosamente hacinados en un barco y viajaron durante dos días desde Libia hasta Sicilia realizando el mismo trayecto que ha provocado la muerte de cientos de personas. A día de hoy, estos niños ya tienen refugio pero aún están demasiado traumatizados para hablar y no saben si sus padres están vivos o muertos. Y hay muchos otros que no han llegado a un lugar seguro.[138]

Las bandas criminales y los traficantes se están aprovechando de la crisis migratoria. Muchas personas – en particular mujeres y niños – se ven obligadas a trabajar como esclavas sexuales o de otros tipos.[139]

En 2015, casi 96.000 niños sin acompañar solicitaron asilo en Europa. Aproximadamente el 10% de ellos han perdido el contacto con los organismos gubernamentales. Se entiende que las bandas de crimen organizado se han centrado en los niños porque "son fáciles de reclutar y rápidos de sustituir, además de porque pueden mantener bajo su control a estas víctimas infantiles de manera relativamente barata y discreta." Los niños objeto de tráfico se traen y se venden por sumas que van desde los 4.000 US$ hasta los 8.000 US$ y se les obliga a realizar trabajo sexual, trabajos forzados (agricultura y servicio doméstico) y mendicidad obligada.[140]

Es una situación brutal para nuestras emociones. Nos rompe el corazón, como no podría ser de otra manera. El mundo está experimentando una crisis humanitaria de dimensiones horrendas. Es un gravísimo síntoma de injusticia, desigualdad y guerra.

El juicio que realicen las futuras generaciones sobre nosotros como sociedad dependerá de nuestra respuesta a una crisis como esta.

Nuestra humanidad depende de la humanidad de todos. No se nos juzgará por nuestros avances científicos y tecnológicos, ni por cómo tratamos a los ricos y a los poderosos, sino por cómo tratamos a los pobres, los condenados, los desplazados y los encarcelados.

Para poner fin a esta crisis, debemos abordar la pobreza, la desigualdad y el caos con el fin de sustituirlos por paz y justicia. La profesión de enfermería es fundamental para liderar este cambio. Gozamos de la confianza de los ciudadanos, hemos visto el daño, sabemos que nuestra mente se alimenta de convicciones y podemos proporcionar soluciones para ayudar a las personas, las comunidades y las naciones.

> "Lo contrario de la pobreza es la justicia."
>
> – Bryan Stevenson, Abogado

La corrupción, los sobornos, los robos y la evasión fiscal tienen un coste de aproximadamente **1.26 BILLONES DE DÓLARES ESTADOUNIDENSES AL AÑO.**[141]

ÚNICAMENTE EL 50% DE LOS NIÑOS EN ÁREAS DE CONFLICTO han finalizado la escuela primaria.[141]

Existen **21.3 MILLONES DE REFUGIADOS EN TODO EL MUNDO.**[143]

21 MILLONES DE PERSONAS SON VÍCTIMAS DE TRABAJO FORZADO.[142]

34,000 PERSONAS SON DESPLAZADAS POR LA FUERZA CADA DÍA.[143]

4.5 MILLONES SON VÍCTIMAS DE LA EXPLOTACIÓN SEXUAL FORZADA.[142]

Protegiendo a los trabajadores sanitarios en Siria y otras zonas de conflicto.

Una de las metas del ODS 16 es "reducir significativamente todas las formas de violencia y muertes relacionadas en todos los lugares." El CIE trabaja muy activamente en la protección de los derechos de las enfermeras y otros trabajadores sanitarios con el fin de prestar cuidados seguros a las poblaciones sin que se vea amenazado su bienestar físico o mental.

En mayo de 2016, el CIE suscribió una declaración conjunta como miembro de la iniciativa Asistencia de salud en peligro instando al Consejo de Seguridad de Naciones Unidas a adoptar una resolución para proteger a los trabajadores sanitarios. Dicha declaración apremiaba a los Estados miembros del Consejo de Seguridad a reafirmar el derecho humanitario internacional y a adoptar medidas específicas para la protección de la atención de salud. Asimismo, instaba a los gobiernos a revisar y, en los casos necesarios, a promulgar legislación nacional para prevenir la violencia contra los pacientes, el personal sanitario, las instalaciones y los vehículos médicos.

En agosto de 2016, el CIE se sumó a la Asociación Médica Mundial para condenar la violencia continuada contra el personal sanitario en Siria y otras naciones denunciando que los ataques persistentes dirigidos a los médicos, enfermeras, personal médico de emergencia y otros trabajadores en Siria habían alcanzado niveles sin precedentes que deben alarmar al mundo.[145]

En diciembre de 2016, el CIE renovó un llamamiento conjunto a favor del respeto y la protección del acceso a atención de salud por parte de los heridos y los enfermos durante los conflictos y para que se detengan los ataques al personal y las instalaciones de salud.[146]

La iniciativa Asistencia de salud en peligro – con el apoyo de expertos y profesionales de distintos campos, en particular los que trabajan en primera línea, los gobiernos, las fuerzas armadas, las agencias humanitarias, las asociaciones profesionales internacionales y los servicios sanitarios, así como el Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja – ha formulado un conjunto sustancial de recomendaciones identificando medidas prácticas que, si todos los actores concernidos las implementan, aumentarán la protección de los servicios sanitarios en los conflictos armados u otras emergencias.

Además de sostener la Iniciativa Asistencia de salud en peligro, el CIE es miembro fundador de la Coalición para proteger la salud en los conflictos, que promueve el respeto por el derecho humanitario internacional y los derechos humanos en relación con la seguridad de las instalaciones sanitarias, los trabajadores de la salud, las ambulancias y los pacientes garantizando su seguridad durante los periodos de conflictos armados o violencia civil.

El CIE también es miembro del comité director y el comité científico de la Conferencia internacional sobre la violencia en el sector de la salud.

"El respeto por los servicios de salud es uno de los valores centrales del derecho humanitario internacional y el derecho humano a la salud. Los ataques a las enfermeras, los médicos y las instalaciones sanitarias en Siria y otras naciones deben detenerse urgentemente para que puedan seguir prestando los cuidados que necesitan sus poblaciones."

– Dra. Frances Hughes, Directora general del CIE

© Stephan Gladieu / World Bank

OBJETIVO 17: ALIANZA PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS

Rose llevaba fumando desde los 13 años. Como resultado, desarrolló cáncer de pulmón y tuvo que someterse a un intenso tratamiento durante más de dos años. Recibió radioterapia, cirugía, radiación y fue hospitalizada durante periodos prolongados. Le tuvieron que extirpar parte del pulmón mediante cirugía y, por una serie de complicaciones, tuvo que permanecer hospitalizada más de un mes.
Rose deseó haber tenido más días para pasar con sus amigos y su familia, en especial con sus tres nietos. Falleció en 2015 a causa de un cáncer provocado por fumar.[149]

Por desgracia, esta historia no es un caso aislado. Cada año, más de 1,6 millones de personas mueren de cáncer de pulmón.[150]

El incremento de las enfermedades no transmisibles resulta costoso para los países puesto que no solo pierden a sus ciudadanos prematuramente sino que los costes de tratarles son extremamente elevados. Por ejemplo, el coste del cáncer se está volviendo inasequible incluso para los países considerados ricos. En 2012, la US Food and Drug Administration aprobó 12 nuevos fármacos para el tratamiento de varios tumores. De los 12 medicamentos aprobados, 11 tenían un precio superior a los $100.000 por paciente y año.[34]

La prevención es de lejos la mejor opción puesto que reduce los costes del sistema de salud y mejora la calidad de vida de las personas. Es posible prevenir numerosas enfermedades infecciosas mediante vacunas o curarlas recurriendo a los medicamentos que ofrece el sector de la salud. Sin embargo, la prevención de las enfermedades no transmisibles es más problemática que la de las enfermedades infecciosas y, en consecuencia, debemos trabajar en alianza con otros actores para derrotarlas.

Por ejemplo, las principales causas de las enfermedades no transmisibles residen sobre todo en los sectores externos a la salud que menudo se escapan de la influencia directa de las políticas sanitarias. Cuando las políticas de salud tienen finalidades que se cruzan con los intereses económicos de ciertos sectores – como el comercio o las finanzas – en general prevalecen los intereses económicos.

Para que de verdad surtan efecto las estrategias de prevención, el sector de la salud no puede trabajar de manera aislada. Hemos de trabajar en tándem con la industria y otros departamentos del gobierno para generar beneficios ingentes.

"La salud es uno de los bienes más preciados en la vida. Sin embargo, depende mucho de la política y requiere inversiones. Para ello, se necesita liderazgo político, compromiso y diálogo con los ciudadanos."

– Dra. Margaret Chan, Directora general, OMS

"Al abordar situaciones duras, hay que recordar tres cosas: visión, alianzas y coraje. Hay que tomar siempre la carretera. Aunque a menudo sea el camino más duro, también es el más sólido."

– Marla Salmon, ex Enfermera jefe, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU[32]

ESTUDIO DE CASO 17.1: GESTIONANDO LA DEPENDENCIA DEL TABACO, HONG KONG

La Dra. Sophia Chan, Vicesecretaria de Alimentación y Salud en Hong Kong, ha demostrado su auténtico compromiso y pasión para derrotar las ENT. Antes de trabajar en el Gobierno, la Dra. Chan era Profesora de Enfermería y Directora de Investigación en la Facultad Universitaria de Enfermería de Hong Kong.[151] Se especializó en la promoción de la salud con un enfoque especial en el control de la dependencia del tabaco. La Dra. Chan ha sido una pieza fundamental en la elaboración de un programa de investigación para testar las intervenciones de las enfermeras dirigidas a cambiar los comportamientos de los fumadores y proteger a los niños del humo de su tabaco.

De este modo, se estableció el primer programa de asesoramiento del país para dejar de fumar en colaboración con todos los profesionales que realizan intervenciones para tratar el tabaquismo en China. Asimismo, puso en marcha el 'Grupo de trabajo de mujeres contra el tabaco' con el fin de ayudar a las mujeres chinas a dejar de fumar. Parte de su éxito puede atribuirse a las relaciones que entabló con la OMS, los organismos gubernamentales y varias coaliciones de promoción de la salud.[152]

Figura 6. Impacto potencial del comercio en los resultados de salud[153]

Las políticas externas al ámbito sanitario pueden tener una enorme repercusión en la salud y en sus determinantes. Por ejemplo, cuando Vietnam eliminó las restricciones sobre las inversiones extranjeras directas, las ventas de bebidas carbonatadas con azúcares añadidos aumentaron del 6.7% al 23% anual. Se prevé que Vietnam sea uno de los mercados de mayor crecimiento para Coca Cola y Pepsico.[154]

En este sentido, aunque un mayor nivel de comercio e inversión puede tener efectos positivos en la salud al estimular el crecimiento económico y reducir la pobreza, también hay que considerar los posibles riesgos para la salud.

ESTUDIO DE CASO 17.2: LIDERAZGO DE ENFERMERÍA PARA LOGRAR LOS ODS, CHINA

La salud del pueblo chino es una prioridad del gobierno y de los trabajadores sanitarios de China de manera que, en especial las enfermeras, se consideran la principal fuerza motriz para la promoción de la salud.

A lo largo del último año, las enfermeras han realizado grandes aportaciones a la esperanza de vida media en China, que ha aumentado hasta los 76.34 años en 2015. Asimismo, las enfermeras han desempeñado un papel fundamental en la reducción de la ratio de mortalidad de madres y lactantes, de 20.1 per cada 100.000 nacimientos y 8.1 por cada 1.000 nacimientos respectivamente.

La Dra. Li Xiuhua, Presidenta de la Asociación de enfermeras de China, atribuye este éxito a cuatro niveles de estrategias de liderazgo.

En primer lugar está la importancia de los puestos de carácter sanitario y la representación en el nivel nacional. El gobierno de China ha sido un firme defensor del desarrollo de los cuidados de enfermería y selecciona a miembros del Comité Nacional de la Conferencia Consultiva del Pueblo Chino y del Congreso Nacional del Pueblo para representar a las enfermeras, ofrecer asesoramiento y sugerencias, participar en asuntos y consultas de carácter político y para influir activamente en las políticas de salud. La Dra. Li ha sido miembro del Comité Nacional de la Conferencia Consultiva del Pueblo Chino durante dos mandatos en los que ha presentado al gobierno propuestas relacionadas con la enfermería de todos los ámbitos de la vida buscando el apoyo gubernamental y social.

En segundo lugar, se debe considerar la innovación como motor del desarrollo.

En tercer lugar, los sistemas de salud han de tener gran capacidad de implementación. Tenemos que avanzar una vez establecido el objetivo, sin tener miedo, independientemente de las dificultades que se encuentren, sin olvidar la intención original y asumiendo responsabilidades con valentía.

En cuarto lugar, debemos ser inclusivos, además de promover la cooperación y el trabajo multidisciplinar. Para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y abordar toda una serie de retos incluida la escasez mundial de personal de enfermería, la Dra. Li cree que los líderes nacionales de enfermería de todo el mundo deben trabajar juntos para formular una estrategia de desarrollo sostenible a largo plazo, promoviendo el progreso de la ciencia de la enfermería, el desarrollo de la carrera de enfermería, el avance de la enfermería industrial y la mejora del nivel de salud de las personas.Asimismo, pone énfasis en que se debe priorizar la mejora del conocimiento y la información, además de promover la respuesta a las emergencias globales y los primeros auxilios; los cuidados a los ancianos y el tratamiento de las enfermedades crónicas; las enfermedades infecciosas emergentes; la prevención y los estilos de vida saludables, así como la salud de madres y niños. También es una prioridad orientar en materia de salud a los colectivos vulnerables y marginados garantizando el acceso a la atención de salud por parte de todas las personas.

Presentado por Dr Li Xiuhua, Presidente de Chinese Nursing Association

"Los líderes de enfermería en todo el mundo deben esforzarse activamente para hacer una voz en nombre de las enfermeras y participar en las acciones que pueden cambiar la política de salud para avanzar en la influencia de las enfermeras".

PARTE TRES

¿CÓMO PUEDE SER UD. UNA VOZ PARA LIDERAR?

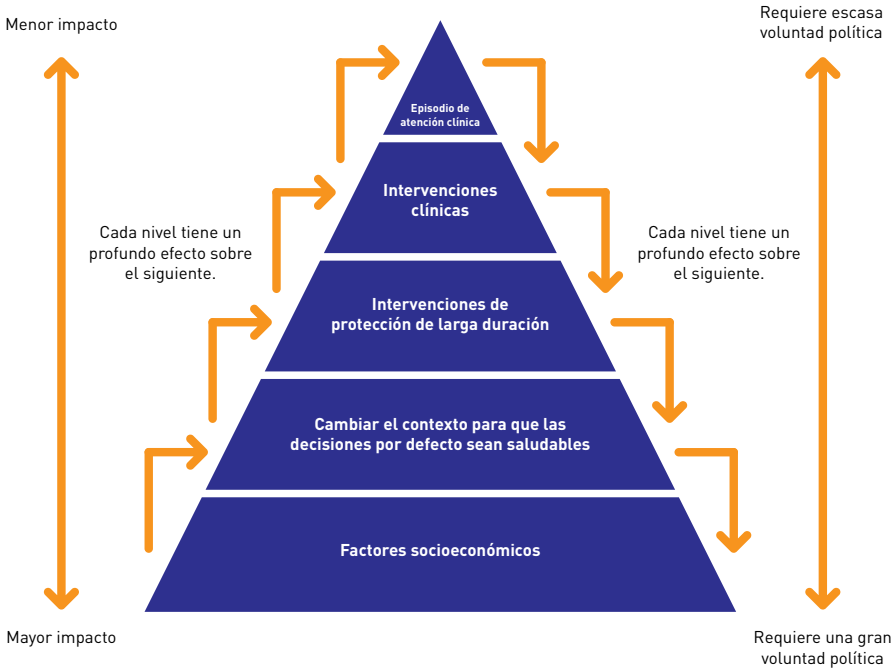
© Nugroho Nurdikiawan Sunjoyo / World Bank

Hay muchas formas de potenciar y mejorar la salud y el bienestar de las personas y las poblaciones. Ya sea en la práctica clínica, trabajando con personas y sus familias, mediante programas de apoyo y desarrollo de la comunidad, iniciativas y políticas nacionales de salud o compromisos y acuerdos internacionales para mejorar el acceso y la calidad de la atención de salud. Las enfermeras han de desempeñar un papel importante a todos los niveles ya sea prestando cuidados, realizando una evaluación precisa de las necesidades, diseñando la respuesta clínica o política, o evaluando los resultados y la eficacia.

Tal y como muestra la **Figura 7** estas acciones están conectadas e interrelacionadas y por este motivo las enfermeras deben participar y tener voz en todos los niveles de toma de decisiones.

Ud. puede ser una voz para liderar de tres maneras:

- Como persona a título individual.
- Como profesión.
- Como miembro de un equipo multidisciplinar.



Acción	Ejemplo
Mejorar los resultados episódicos de las intervenciones de salud	**Endoscopias realizadas por enfermeras:** En Queensland, las enfermeras han sido formadas y entrenadas para realizar procedimientos de endoscopia. La recopilación y el reporte regular de los datos demuestran el desempeño de alta calidad de las enfermeras. Una evaluación del modelo ha mostrado igualmente altos niveles de satisfacción entre los pacientes.
Modelos de atención (MDA) que mejoran el acceso, la calidad y la eficiencia de la atención, así como los resultados episódicos de las intervenciones de salud	**Equipos autogestionados:** El modelo Buurtzorg en Holanda constituye un modelo de atención innovador que ha mejorado la salud de las comunidades y ha ahorrado cada año millones de euros al sistema de salud. Un equipo independiente de enfermeras especializadas asume la responsabilidad del cuidado de los pacientes en un área definida. Los equipos buscan empoderar a los usuarios y mejorar la autogestión.
MDA que adoptan un enfoque holístico* al abordar las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades.	**Asociaciones de colaboración:** Las Asociaciones de Salud Inclusiva dan una respuesta integrada, centrada en la persona y sensible a los traumas a las necesidades de salud de las personas vulnerables, incluyendo a las personas sin hogar. El modelo de atención reconoce la amplia gama de factores sociales que influyen en la salud de las personas. El trabajo se desarrolla conjuntamente con los servicios jurídicos, de vivienda y de asistencia social para lograr los resultados deseados.
La salud es tomada en consideración en todas las políticas	**Comercio:** Tras la eliminación de la inversión extranjera directa en Vietnam, las ventas de bebidas gaseosas azucaradas se ha incrementado del 6,7% al 23% anual. La OMS afirma que el incremento del consumo de bebidas azucaradas va asociado al aumento de peso, el cual conduce al sobrepeso y a la obesidad. (OMS, 2016).
Reducción de la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.	**Cobertura sanitaria universal:** En 2002, Tailandia había conseguido la cobertura universal de la atención médica, incorporando un paquete integral de servicios asistenciales para pacientes ambulatorios, pacientes hospitalizados, accidentes, urgencias, atenciones de alto costo y suministro de medicamentos de acuerdo con las listas de medicamentos esenciales de la OMS, así como servicios de prevención y promoción personal, con una exclusión mínima (OMS 2008).

Figura 7. Marco de acciones de promoción de la salud.

Adaptado de Frieden (2010)[155]

1. UNA VOZ PARA LIDERAR: COMO PERSONA A TÍTULO INDIVIDUAL

¡El cambio y el impacto comienzan con Ud.! El tema del DIE - Enfermeras: una voz para liderar – no se refiere únicamente a unos pocos privilegiados. Todas y cada una de las enfermeras de este planeta tienen una voz que pueden utilizar para marcar la diferencia, tal y como habrá podido observar en los numerosos estudios de casos contenidos en esta carpeta. El liderazgo y el activismo político son clave para lograr que se escuche su voz.

> "Lo que cada uno de estos líderes de enfermería tenía en común era su activismo político derivado del conocimiento personal adquirido al prestar cuidados a los pobres, a los migrantes y a otros tipos de poblaciones vulnerables comprendiendo que sus esfuerzos para lograr la justicia social eran tan importantes para la salud como los cuidados directos de enfermería más inmediatos que prestaban 'corriente abajo'."[157]
>
> – Adeline Falk-Rafael

TRANSFÓRMESE EN UN LÍDER

Las enfermeras quizá no estén acostumbradas a verse a sí mismas como líderes pero no es necesario tener un puesto tradicional, designado o electo, para liderar y provocar un cambio que beneficie a los demás en nuestra comunidad local o global.[156]

La capacidad de las enfermeras de provocar el cambio es igual de importante que su capacidad técnica para prestar cuidados seguros y eficaces. Su influencia llega a todos los niveles.

El liderazgo es un proceso no un puesto. Las opiniones de hoy en día sobre el liderazgo se han ido modificando hasta definir este concepto considerando procesos colaborativos que se producen en grupos y comunidades. El liderazgo está relacionado con la responsabilidad social y la buena ciudadanía, lo cual enlaza con las responsabilidades profesionales y éticas de las enfermeras de defender el derecho humano a la salud.

En primera línea, las enfermeras colaboran con los pacientes utilizando su influencia para empoderarles de manera que ellos mismos puedan realizar cambios positivos.

Las enfermeras no solo influyen en los demás durante su labor cotidiana sino que poseen habilidades expertas en el arte de la persuasión, un proceso que implica relaciones y negociación. Persuadir a una persona mayor que padece demencia para que se duche, o a un niño para que coopere mientras se le vacuna, o a sus padres para permitir la vacunación, son ejemplos de cómo el poder de persuasión en acción ayuda a negociar un resultado deseable para ambas partes.

La esfera de influencia de las enfermeras como profesionales sanitarios va más allá de las personas, las familias, los grupos y las comunidades con los que trabajan puesto que se extiende por todo el sector de la salud hasta llegar a los colegas de enfermería y obstetricia, así como a los colegas médicos, de profesiones de salud afines y a quienes tienen responsabilidades políticas, de gestión y fiscales.

El Sr. Mohammad Sharifi Moghadam ha sido muy influyente en el crecimiento profesional de la enfermería en Irán. Ha sido un firme defensor del aumento del papel de la profesión de enfermería en la gestión de la salud, la política y las decisiones políticas. Además, a través de su papel en numerosas organizaciones de enfermería y políticas, y colaborando con otros médicos, Mohammad Sharifi Moghadam ha mejorado activamente el perfil y el respeto de la profesión de enfermería entre otros profesionales de la salud y el ministerio de salud.

ELEVE LA VOZ EN LA MESA POLÍTICA

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son una oportunidad para las enfermeras de influir en los procesos de toma de decisiones y las políticas sanitarias. La formulación de políticas es un instrumento práctico para el cambio[159] y cuando las enfermeras participan en el proceso los cuidados son seguros, de alta calidad, accesibles y asequibles.

No hay ninguna duda de que las enfermeras deben participar en la toma de decisiones políticas, como extensión y expresión lógicas de los cuidados y la compasión de la profesión,[157] en particular cuando se afronta el tema de la asignación de recursos y el acceso a atención de salud para las poblaciones vulnerables.[160]

Las enfermeras son necesarias y queridas alrededor de la mesa política[161]. De manera que, tal y como resalta el Institute of Medicine, "es necesario cambiar cómo ven las enfermeras su responsabilidad frente a las personas que cuidan; deben verse como socios de pleno derecho con los demás profesionales de la salud" para poder participar eficazmente.[162]

El activismo es un continuo.[163] En el primer nivel, la reacción al contexto desencadena la sensibilización política.

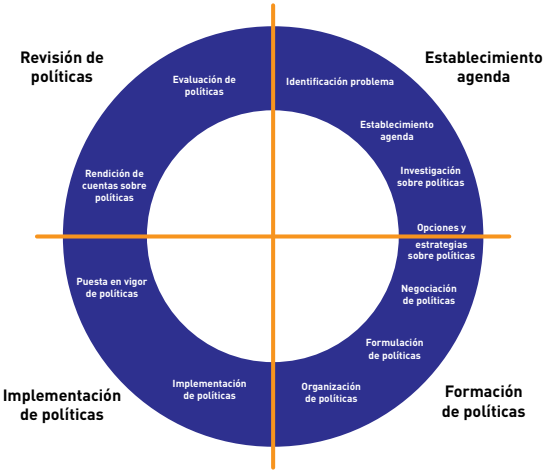


Figura 8. Ciclo de las políticas

Este continuo sobre el activismo político apunta a lo raro que es que una persona resuelva un gran problema social actuando por sí sola.

El éxito se alcanza cuando las enfermeras trabajan juntas en todos los niveles para participar eficazmente en el proceso político. Hay cuatro etapas principales en el proceso de las políticas, a saber, establecimiento de la agenda, formulación de la política, implementación y revisión (véase **Figura 8**).[165] Las enfermeras, realizando una cualquiera de estas funciones, o varias, pueden participar en cada una de estas fases.

El segundo nivel requiere el establecimiento de la agenda para el cambio, colaborando con quienes trabajan para lograr una finalidad común. Por ejemplo: las enfermeras que trabajan con grupos de consumidores y asociaciones nacionales de enfermería normalmente desarrollan un nivel de sofisticación política considerable. De este modo, forman coaliciones con otros grupos de mentalidad afín (enfermería), contribuyen a la formulación de políticas y trabajan activamente para promover la designación de enfermeras para puestos políticos relacionados con la salud.

En el tercer nivel, las enfermeras deben liderar esa agenda para incorporar en ella temas que van más allá de los que tienen impacto en la enfermería, es decir, los temas que abordan las preocupaciones de las políticas sociosanitarias en sentido más amplio, que guardan relación con aquellas condiciones políticas o económicas que producen y mantienen un mal estado de salud.[164]

"Nunca ha habido un momento en el que fuera más urgente contar con la voz de las enfermeras en los niveles más elevados de formulación de políticas y toma de decisiones que ahora."

– Judith Shamian, Presidenta del CIE[158]

Los defensores políticos desempeñan un papel central porque ponen en contacto soluciones y problemas, además de examinar y esperar a que llegue el ambiente político adecuado.[166] Sin un defensor político que reconozca que un problema, propuesta y ambiente político están preparados para converger, las buenas ideas no funcionan.[167] Cualquiera puede colaborar como defensor político y las enfermeras están especialmente bien posicionadas y equipadas para desempeñar esta función. Cualquier enfermera que esté trabajando como defensor político necesita el apoyo de otras enfermeras, de manera que todas las enfermeras pueden contribuir al proceso de formulación de políticas.

2. UNA VOZ PARA LIDERAR: COMO PROFESIÓN

El CIE hace mucho tiempo que cree en las asociaciones de enfermería como vehículo de influencia para lograr los objetivos de la profesión. Trabajando a través de su asociación nacional, y reuniendo a la profesión, logramos solidaridad en nuestros objetivos y, juntos, podemos ser una única voz para liderar.

Como miembros del Consejo internacional de enfermeras, las ANE se benefician del respeto global que el CIE ha cosechado durante más de 100 años como actor clave en la toma de decisiones políticas en el ámbito de la salud a nivel internacional. Asimismo, el CIE proporciona a sus miembros la plataforma y el medio para lograr objetivos comunes actuando de manera colaborativa, trabajando juntos en beneficio de la sociedad, el avance de la profesión y el desarrollo de sus miembros. Todo suma poder a nuestra visión: la fortaleza de nuestros números, nuestras contribuciones estratégicas y económicas, nuestra colaboración con los ciudadanos, los profesionales de la salud, así como con otros socios y personas, familias y comunidades a los que prestamos cuidados.

A través del CIE, las enfermeras han desempeñado un papel clave en el desarrollo y la implementación de numerosas piezas clave de las políticas, en particular la Estrategia mundial de la OMS sobre los recursos humanos para la salud: personal sanitario de aquí a 2030 y las recientes recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. Numerosas ANE han recibido aportaciones similares en sus políticas nacionales.

¿Qué hacen las ANE? Las Asociaciones nacionales de enfermería representan los intereses de sus miembros y promueven el avance de la profesión fomentando elevados estándares de práctica, además de promoviendo un entorno de trabajo seguro y ético, fortaleciendo la salud y el bienestar de las enfermeras y defendiendo las cuestiones de atención de salud que afectan a las enfermeras y a los ciudadanos (adaptación de la ANA).

¿Qué hacen las Enfermeras jefe? El puesto de enfermera jefe influye en las políticas de salud y en los funcionarios gubernamentales del ámbito de la sanidad, además de ofrecer la posibilidad de que la enfermería influya en las agendas en materia de políticas de salud. Asimismo, cabe esperar que la Enfermera jefe proporcione asesoramiento experto de alto nivel y orientación sobre las políticas de enfermería y salud.[166]

¿Qué hace el CIE? El Consejo internacional de enfermeras es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermería en representación de los más de 16 millones de enfermeras en todo el mundo. En calidad de voz mundial de la enfermería, potencia y promueve la profesión y utiliza la voz de las enfermeras para mejorar la salud de las personas, las comunidades y los países en todo el mundo. El CIE representa a las enfermeras en la Asamblea Mundial de la Salud.

3. UNA VOZ PARA LIDERAR: COMO MIEMBRO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Asimismo, es igual de importante que se escuche la voz de las enfermeras en el ámbito de un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud. La Alianza del CIE con la federación internacional que representa a los médicos, los dentistas y los fisioterapeutas es un ejemplo de ello. Asimismo, el CIE trabaja de cerca con la Confederación internacional de matronas. Para cuidar de los pacientes, el trabajo en equipo y la comunicación entre profesiones es esencial para prestar cuidados que de verdad estén centrados en el paciente.

Dada la importancia de los determinantes sociales de la salud, queda claro que los profesionales sanitarios también deben trabajar con otras disciplinas: formadores, abogados, políticos, servicios sociales, etc.

Hemos de comprender las necesidades familiares y sociales de los pacientes junto con su situación económica. Hemos de trabajar con los nutricionistas, los fisioterapeutas y los trabajadores sociales para integrar los cuidados que prestamos a los pacientes en su comunidad y en su vida cotidiana. Sobre todo, hemos de trabajar con ellos para forjar una relación basada en el respeto mutuo.

Una característica común en materia de colaboración es que a menudo aúna a personas u organizaciones con conocimientos, habilidades y/o recursos diferentes. Asimismo, representa un compromiso de todas las partes para lograr el éxito de su iniciativa común. Juntos, los profesionales de la salud, los pacientes, el gobierno, trabajando colaborativamente, podemos tener un impacto significativo en las políticas de salud de nuestras naciones y en las vidas de las personas a las que atendemos.

LIDERE DE MANERA QUE SE LE ESCUCHE

Cada acción cuenta, independientemente de lo pequeña que sea. Una forma en que Ud. puede utilizar su voz para liderar es a través de las redes sociales, como Facebook y Twitter. De manera responsable, las enfermeras pueden utilizar estas plataformas para difundir información basada en la evidencia a los colegas y al público en general, además de para elevar el perfil profesional de la enfermería.[168, 169] Cuando las enfermeras comparten sus preocupaciones en estos espacios públicos no solo están actuando como buenos ciudadanos sino también como la voz legítima de la profesión de enfermería.

Aunque se trata de pequeños actos individuales de activismo político, en su conjunto tienen el poder de influir en la opinión pública y, en última instancia, provocar cambios en las políticas públicas.

El CIE y las Asociaciones nacionales de enfermeras realizan campañas con regularidad en las redes sociales que se pueden seguir con un esfuerzo mínimo y compartir cada uno con sus propias redes con la ventaja añadida de mantener a las enfermeras al día sobre los temas y los eventos regionales, nacionales y globales. Puede comenzar ahora siguiéndonos en Twitter **@ICNurses** y utilizando los hashtags **#IND2017** y **#VoiceToLead**.

También puede unirse a nosotros en Facebook, **https://www.facebook.com/icn.ch**, para compartir sus conocimientos y experiencia, además de para promover los temas de preocupación para la enfermería.

Un valioso instrumento para ayudarnos a desarrollar conocimientos y pericia en un área específica de interés es la suscripción a las alertas por e-mail y la participación en los webinarios. Sumarse a campañas de enfermería ya establecidas y respetables fortalece el mensaje gracias a tener una voz colectiva y, por ende, más poderosa. ¡Imagínese lo que hubieran podido hacer nuestros predecesores si hubieran tenido acceso a estos instrumentos de publicidad!

Por último, también puede enviarnos sus éxitos, innovaciones e historias para compartirlos con el CIE y sus colegas en todo el mundo. **indstories@icn.ch**

ACCIONES DE LOS GOBIERNOS

Mientras que las enfermeras tienen la responsabilidad de trabajar en aras de los ODS y, sobre todo, en las metas relacionadas con la salud, los gobiernos tienen la responsabilidad recíproca de proporcionar los medios que permitan que las enfermeras contribuyan de manera útil a la consecución de dichas metas.

Evidentemente, los gobiernos tienen responsabilidades tanto sobre las iniciativas políticas nacionales como sobre las globales ya sea logrando y sosteniendo el acceso universal a la atención de salud, reclutando, apoyando y reteniendo a la fuerza laboral, ya sea garantizando el desarrollo sostenible y facilitando y coordinando alianzas y colaboración entre numerosos sectores y organizaciones diferentes. Sin embargo, cabe argumentar que el papel más importante que tienen los gobiernos es su liderazgo político reconociendo que gastar en salud es una inversión y no una sangría económica.

El diagrama a continuación demuestra con gran sencillez cómo generan crecimiento las poblaciones saludables a pesar de que, en demasiadas partes del mundo, se está recortando el gasto en salud y se está invirtiendo menos de lo necesario en servicios sanitarios. Nos hace falta un cambio de mentalidad política y las enfermeras – independientemente de dónde trabajen y cuál sea su función – tienen una voz que puede liderar este cambio. Depende de nosotros – todos y cada uno de nosotros – ser una voz para liderar a los demás, a nuestros pacientes, a nuestros colegas, a nuestras comunidades y a nuestros gobiernos hacia una mejor salud. ¡Haga que se escuche su voz!

Figura 9. Invertir en salud genera poblaciones saludables y crecimiento económico[170]

BIBLIOGRAFÍA

1. Kounang, N. Aleppo's angel: A nurse's devotion to Syria's children. 2016 [estado el 21 de diciembre del 2016]; Internet: http://edition.cnn.com/2016/08/13/health/nurse-childrens-hospital-syria/
2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización mundial de la Salud. 2006 [estado el 22 de diciembre del 2016]; Internet: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/sp/constitucion-sp.pdf
3. Davidson, P.M. Not Angels but Shining Examples. 2016 [estado el 7 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.huffingtonpost.com/patricia-m-davidson/not-angels-but-shining-ex_b_11567674.html.
4. Organización mundial de la Salud. Global Health Observatory (GHO) Data: Life Expectancy. 2016 [estado el 7 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/.
5. Parlamento del Reino Unido. Health inequalities - extent, causes, and policies to tackle them 2009 [estado el 22 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/28605.htm.
6. Cook, L. U.S. Education: Still Separate and Unequal 2015 [estado el 22 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.usnews.com/news/blogs/data-mine/2015/01/28/us-education-still-separate-and-unequal.
7. Breierova, L. et Duflo E. The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Fathers Really Matter Less Than Mothers? 2004.
8. Organización mundial de la Salud. What are the social determinants of health? 2016 [estado el 22 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.
9. Associación Canadiense de enfermeras. Social Determinants of health and Nursing: A Summary of the Issues. CNA Backgrounder 2005 [estado el 22 de diciembe del 2016]; Internet: https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/social-determinants-of-health-and-nursing_a-summary-of-the-issues.pdf?la=en..
10. Forouzanfar, M.H., et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet, 2016. 388(10053): p. 1659-1724.
11. Organización de las naciones unidas. Objectivos del desarrollo sostenible: 17 objectivos para transformar nuestro mundo. 2016 [estado el 7 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/
12. Nightingale, F. Notes on Nursing: What it is, and What it is not. 1860; Internet: http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html.
13. Bridges, D.C. A history of the International Council of Nurses, 1899-1964: The first sixty-five years. 1967: Lippincott.
14. Henderson, V. Harmer and Henderson's Textbook of the Principles and Practice of Nursing. 1955, Macmillan: New York.
15. Kagan, P.N., M.C. Smith, and P.L. Chinn (éd). Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis. Routledge Studies in Health and Social Welfare. 2014, Routledge: New York.
16. Marmot, M. et Bell R. Fair society, healthy lives. Public health, 2012. 126: p. S4-S10.
17. Marmot, M. Boyer Lectures: Sir Michael Marmot highlights health inequalities and 'causes of the causes'. 2016 [estado el 21 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.abc.net.au/news/2016-09-03/boyer-lecture-sir-michael-marmot-highlights-health-inequalities/7810382.
18. Williams, Y. What is Relative Poverty? 2015 [estado el 9 de diciembre del 2016]; Internet: http://study.com/academy/lesson/what-is-relative-poverty-definition-causes-examples.html#transcriptHeader
19. Nippon.com. Japan's Worsening Poverty Rate. 2014 [estado el 19 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.nippon.com/en/features/h00072/.
20. Organisación de las naciones unidas. Objectivo 1: Acabar con la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo. 2016 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/
21. Grupo del Banco Mundial. Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change. Overview booklet. 2016, Banco mundial: Washington DC.
22. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Human Development Report: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. 2014 [estado el 9 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.compassion.com/multimedia/human-development-report-2014-undp.pdf.
23. Grupo del Banco Mundial. Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity. 2015 [estado el 9 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.compassion.com/multimedia/ending-poverty-sharing-prosperity-world-bank.pdf.
24. Unión Europea. Background Document: The social and economic consequences of malnutrition in ACP Countries. 2016 [estado el 11 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/acp/dv/background_/background_en.pdf.
25. Organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura. Comprender el verdadero coste de la malnutrición. 2014 [estado el 11 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.fao.org/zhc/detail-events/es/c/238398/ .
26. International Food Policy Research Institute. Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. 2016: Washington, DC.
27. Organización para la cooperación y el desarrollo económico. Obesity Update. 2014 [estado el 11 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf.
28. Banco mundial. Prevalance of undernourishment 2016 [estado el 11 de noviembre del 2016]; Internet: http://data.worldbank.org/indicator/SN.ITK.DEFC.ZS?locations=MX.
29. Jordan, M. Malnutrition Blights Mexico's Young. 2003 [estado el 11 de noviembre del 2016]; Internet: https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2003/06/09/malnutrition-blights-mexicos-young/c8170157-7ed3-4c03-a003-b9609ad090b9/.
30. McNeil, S. Khaled Naanaa and his family fled to Perth after death threats in Syria, in Perth Now. 2016, Perth Now: Western Australia.
31. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura y el programa de alimentación munidal. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. 2015 [estado el 17 de enero del 2017]; Internet: http://www.fao.org/3/aa5ef7f6-edc8-4423-aae3-88bf73b3c77c/i4646s.pdf
32. Houser, B. et K. Player. Words of Wisdom from Pivotal Nurse Leaders. 2008, Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
33. Organización mundial de la Salud. Cobertura universal de salud. Lista de verificación. 2016 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/.
34. Chan, M. La Directora General de la OMS interviene en la Reunión ministerial sobre cobertura sanitaria universal. 2015 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/dg/speeches/2015/singapore-uhc/es/
35. Organización munidal de la Salud. The Global Push for Universal Health Coverage. 2015 [estado el 9 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf.
36. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. 2000, Ginebra: CII.
37. Currie, J., M. Chiarella et T. Buckley. An investigation of the international literature on nurse practitioner private practice models. International Nursing Review, 2013. 60(4): p. 435-447.
38. Organización mudial de la Salud. Una verdad universal: no hay salud sin agentes sanitarios. 2013 [estado el 30 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_Sp_web.pdf?ua=1
39. Prensa Latina. World Health Organisation describes Cuba's health system as exemplary. 2015 [estado el 7 de noviembre del 2016]; Internet: http://en.granma.cu/mundo/2015-10-21/world-health-organization-describes-cubas-health-system-as-exemplary.
40. Lamrani, S. Cuba's Health Care System: a Model for the World. 2014 [estado el 7 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.huffingtonpost.com/salim-lamrani/cubas-health-care-system-_b_5649968.html.
41. Columbia University School of Nursing. A Lesson in Cuban Health Care. 2016 [estado el 7 de noviembre del 2016]; Internet: http://nursing.columbia.edu/lesson-cuban-health-care.
42. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. 2016 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/.
43. Organización mundial de la Salud, Centro de prensa. Paludismo, Nota descriptiva n°94. 2015, OMS: Ginebra.
44. Organización mundial de la Salud, Centro de prensa. Tuberculosis. Nota descriptiva n°104. 2015, OMS: Ginebra.

45. Organización mundial de la Salud, Centro de prensa. Cobertura vacunal. Nota descriptiva n°378. 2015, OMS: Ginebra.
46. Organización mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2015 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/
47. Organización mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud mental [el 23 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/
48. International Medical Corps. Mental Health: The Invisible Burden. The Facts. 2014 [estado el 23 de diciembre del 2016]; Internet: https://internationalmedicalcorps.org/document.doc?id=312.
49. Organización mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. 2015 [estado el 23 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/
50. Age International. Facing the facts: The truth about ageing and development. 2015 [estado el 23 de diciembre del 2016]; Internet: https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Age%20International%20Facing%20the%20facts%20report.pdf.
51. Gapminder. Gap Minder World Poster. 2016 [estado el 23 de diciembre del 2016]; Internet: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.gapminder.org/GapminderMedia/wp-uploads/20161010170934/countries_health_wealth_2016_v84.pdf.
52. Barnidge, E.K., et al. The effect of education plus access on perceived fruit and vegetable consumption in a rural African American community intervention. Health Educ Res, 2015. 30(5): p. 773-85.
53. Organización por la Cooperación y el desarrollo Económicos. Education Indicators in Focus. 2013 [estado el 11de noviembre del 2016]; Internet: https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EDIF%202013--N%C2%B010%20(eng)--v9%20FINAL%20bis.pdf.
54. UNESCO. Education Counts: Towards the Millennium Development Goals. 2010 [cited 2016 11 November]; Available from: http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001902/190214e.pdf
55. UNAIDS & The African Union. Empower Young Women and Adolescent Girls: Fast-Tracking the end of the AIDS Epeidemic in Africa. 2015 [cited 2016 11 November]; Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2746_en.pdf
56. Comisión Europea. Compromiso estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres. 2016-2019. 2016 [estado el 11 de noviembre del 2016]; Internet: http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/document/files/strategic_engagement_en.pdf.
57. Oulton, J.A. Nurses as advocates for women worldwide. Int Nurs Rev, 2007. 54(1): p. 11.
58. Grupo parlamentario interpartido sobre la salud del parlamento del Reino Unido. Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. 2016, APPG: Londres.
59. Abwao, P. Kenya's Nurses Can Empower Women through Family Planning. 2015 [estado el 22 de diciembre del 2016]; Internet: https://www.intrahealth.org/vital/kenya%E2%80%99s-nurses-can-empower-women-through-family-planning.
60. ONUSIDA. HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case studies of successful programs, ONUSIDA editor. 2005: New York.
61. Uebel, K., et al. Integrating HIV care into nurse-led primary health care services in South Africa: a synthesis of three linked qualitative studies. BMC Health Services Research, 2013. 13(1): p. 1.
62. WaterAid. Her right to education: How water, sanitation and hygiene in schools determines access to education for girls. 2013, WaterAid: Londres.
63. Organización mundial de la Salud, Centro de prensa. Agua. Nota descriptiva. n°391. 2016, OMS: Ginebra.
64. Organización mundial de la Salud. Progress on Drinking Water and Sanitation 2014 Update. 2014, OMS: Ginebra.
65. Organización mundial de la salud, Centro de prensa. Saneamiento. Nota descriptiva n°392. 2015, OMS: Ginebra.
66. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Informe sobre Desarrollo humano 2014. Sostener el progreso humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia 2014, PNUD: Ginebra.
67. Organización mundial de la Salud y fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Water, sanitation and hygiene in health care facilities Status in low- and middle-income countries and way forward. 2015 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/.
68. Lamble, L. Lack of safe water, sanitation and soap 'an embarrassment', says WHO. 2015 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: https://www.theguardian.com/global-development/2015/mar/17/lack-safe-water-sanitation-soap-embarrassment-who-priority.
69. WaterAid. Breaking down barriers: why quality health care is reliant on water, sanitation and hygiene (WASH) and how to make integration happen. 2015 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.wateraid.org/~/media/Publications/Breaking-down-barriers-event-report.pdf?la=en.
70. The Water Project. Poverty and Water. 2016 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: https://thewaterproject.org/why-water/poverty.
71. Chamney, M. et R. James. Dialysis water quality for renal nurses. Renal Society of Australasia Journal, 2008. 4(1).
72. Gill, C.J. et G.C. Gill. Nightingale in Scutari: her legacy reexamined. Clin Infect Dis, 2005. 40(12): p. 1799-805.
73. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 7—Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos . 2015 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: https://unchronicle.un.org/es/article/objetivo-7-garantizar-el-acceso-una-energ-asequible-fiable-sostenible-y-moderna-para-todos
74. Fraser, B. Killer cookstoves: Indoor smoke deadly in poor countries; cleaner stoves elusive. 2012 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.environmentalhealthnews.org/ehs/news/2012/not-so-improved-cookstoves.
75. Organización mundial de la salud. Burden of disease from Household Air Pollution for 2012. 2014 [état le 20 novembre 2016]; Internet: http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf.
76. Organización de las Naciones Unidas. Leaving no one behind: Energy for humanitarian response and sustainable development. 2016 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: https://sustainabledevelopmentun.org/?page=view&nr=2016&type=13&menu=1634.
77. Organización mundial de la Salud. Contaminación del aire de interiores y salud. Nota descriptiva n°292. 2016 [estado el 20 de noviembe del 2016]; Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/es/
78. Comisión Europea. The role of energy services in the health, education and water sectors and cross-sectoral linkages. 2006: London.
79. Gao, J. et N. Prasad. Chronic obstructive pulmonary disease in China: the potential role of indacaterol. Journal of thoracic disease, 2013. 5(4): p. 549.
80. Li, P. et al. A new mode of community continuing care service for COPD patients in China: participation of respiratory nurse specialists. International Journal of Clinical and Experimental Medicine, 2015. 8(9): p. 15878.
81. Agencia internacional de la energía atómica. The Advisory Group on increasing access to Radiotherapy Technology in low and middle income countries. 2013 [estado el 7 de noviembre del 2016]; Internet: https://cancer.iaea.org/documents/AGaRTBrochure.pdf.
82. Organización mundial de la Salud. Breast Cancer Awareness Month: increased awareness, equitable access to early diagnosis and timely, effective, and affordable treatment needed globally. 2016 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/cancer/breast_cancer_awareness/en/.
83. Agencia internacional de la energía atómica. Poverty's Cancer. 2011 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://cancer.iaea.org/newsstory.asp?id=87.
84. Organización mundial de la Salud. Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre el fin del nuevo brote de ebola en Sierra Leona. 2016 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-flare-ebola-sierra-leone/es/
85. Shyrock, R. Some Sierra Leone nurses have not been paid in months. 2016 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.voanews.com/a/3609710.html.
86. Organización de la Naciones Unidas. Objetivo 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos. 2016 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/economic-growth/
87. The Lancet Commission on Investing in Health. Graduation of Ghana and Kenya to lower-middle income status: fiscal implications for health financing. 2016 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: http://globalhealth2035.org/sites/default/files/afhea-fiscal-analysis-ghana-and-kenya.pdf.
88. Comisión de alto nivel sobre el empleo en salud y el crecimiento económico. Comprometerse por la salud y el crecimiento. Inverti en el pesonel sanitario. 2016, OMS: Gineba.
89. Royal College of Nursing. RCN responds to 1% pay award for NHS nursing staff. 2016 [estado el 20 de noviembre del 2016]; Internet: https://www.rcn.org.uk/news-and-events/news/rcn-responds-to-1-per-cent-pay-award-for-nhs-nursing-staff.

90. Oosthuizen, M.J. The portrayal of nursing in South African newspapers: A qualitative content analysis. 2011 [estado el 29 de noviembre del 2016]; Internet: http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/8897/ajnm_v14_n1_a6.pdf?sequence=.
91. UCL Institute of Health Equity. Health inequalities in Taiwan. 2016, Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare: Taïwan.
92. Campbell, A.F. Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade. The Atlantic. 2016 [estado el 2 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/.
93. Fernbach, N. Townsville Hospital's tele-health delivers cancer treatments to outback patients. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.abc.net.au/news/2016-04-20/tele-health-chemotherapy-saving-lives-and-money/7341724.
94. Males, T. Remote Chemotherapy Supervision via Telehealth. 2014 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: https://www.healthroundtable.org/Portals/0/PublicLibrary/2014/HRT1420/1c/1.1c-10-TimMales-TownsvilleQld.pdf.
95. Blanford, J.I. et al. It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger. International Journal of Health Geographics, 2012. 11(1): p. 1.
96. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 9: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/infrastructure/
97. National Health Service. Institute for Innovation and Improvement; Innovation Making it Happen. 2011 [estado el 9 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.institute.nhs.uk/innovation/innovation/introduction.html.
98. Burkett, E. et I. Scott. CARE-PACT: a new paradigm of care for acutely unwell residents in aged care facilities. Australian Family Physician, 2015. 44(4): p. 204.
99. Organización mundial de la Salud. mHealth New horizons for health through mobile technologies. 2011 [estado el 6 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.
100. Avdic, D. A matter of life and death? Hospital distance and quality of care: Evidence from emergency room closures and myocardial infarctions. University of York HEDG Working Paper, 2014. 14: p. 18.
101. Nicholl, J., et al. The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study. Emergency Medicine Journal, 2007. 24(9): p. 665-668.
102. Baade, P.D. et al. Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland. Med J Aust, 2011. 195(6): p. 350-354.
103. Rusnell, C. et J. Russell. Alberta report details 'heartbreaking' life stories of 7 Indigenous youths who committed suicide. 2016 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-report-details-heartbreaking-life-stories-of-7-indigenous-youths-who-committed-suicide-1.3551181.
104. Marmot, M. The Health Gap. 2015, Londres: Bloomsbury.
105. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 10: Reducir las desigualdades dentro los países y de un país a otro. 2016 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/
106. Organización de las Naciones Unidas. La situación de los pueblos indígenas del mundo. 2010 [estado el 6 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP/press%20package/sowip-press-package-es.pdf
107. Health Canada. Awards of Ecellence in Nursing. 2016 [estado el 22 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/nurs-infirm/profil/index-eng.php
108. The London School of Economics. Cities and Social Equity: Detailed Report. 2009 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: https://lsecities.net/publications/reports/cities-and-social-equity/.
109. The London School of Economics. Cities and Social Equity: Implications for policy and practice. 2009 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: https://lsecities.net/media/objects/articles/cities-and-social-equity-implications-for-policy-and-practice/en-gb/.
110. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/cities/.
111. Brisbane City Council. Brisbane City Council: Housing and homelessness. 2016 [estado el 1ro de noviembre del 2016]; Internet: https://www.brisbane.qld.gov.au/community-safety/community-support/housing-homelessness.
112. Walsh, K., B. Stevens et K. Rayner. Homeless to Home Healthcare - More Healthcare Please. 2013 [estado el 7 de noviembre del 2016]; Internet: http://chp.org.au/wp-content/uploads/2013/05/Karyn.pdf.
113. Connelly, L., K. Walsh et K. Rayner. Micah Projects. 2015 [estado el 4 de noviembre del 2016]; Internet: http://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2016/02/160218_Presentation_PerthMicahHealthEvaluation_KarynWalsh.pdf.
114. Connelly, L. An economic evaluation of the homeless to home healthcare after-hours service. 2013 [estado el 4 de noviembre del 2016]; Internet: http://micahprojects.org.au/assets/docs/Publications/IR_130_An-Economic-Evaluation-of-the-Homeless-to-Home-Healthcare-After-Hours-Service.pdf.
115. Bhardwa, S. Social prescribing pioneers. 2015 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.independentnurse.co.uk/professional-article/social-prescribing-pioneers/89126/.
116. iSustainableEarth. Sustainability and Healthcare: The Green Connection. 2012 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.isustainableearth.com/sustainable-living/sustainability-and-healthcare-the-green-connection.
117. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 12: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-consumption-production/.
118. ONE. Ensure sustainable consumption and production patterns. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: https://www.one.org/international/globalgoals/responsible-consumption/.
119. ISustainable Earth. Nurses Taking the Lead in Green Initiatives. 2012 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.isustainableearth.com/green-jobs/nurses-taking-the-lead-in-green-initiatives.
120. Desechos de las actividades de atención sanitaria. Nota descriptiva n° 253. 2015 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/es/.
121. Domrose, C. The climate connection: Nurses examine effects of climate change on public health. 2015 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: https://www.nurse.com/blog/2015/10/12/44479/.
122. Organización mundial de la Salud. Mensaje de la Directora General de la OMS. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/world-health-day/dg_message/es/.
123. Canadian Nurses Association. The Role of Nurses in Addressing Climate Change. 2008 [estado el 6 de diciembre del 2016]; Available from: https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/climate_change_2008_e.pdf?la=en
124. Organización mundial de la Salud. Cambio climático y salud humana. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/globalchange/climate/es/.
125. Crimmins, A. et al. The impacts of climate change on human health in the United States: a scientific assessment. Global Change Research Program: Washington, DC, USA, 2016.
126. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/climate-change-2/
127. Organización mundial de la Salud. Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. 2016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1.
128. Organización mundial de la Salud. Cambio climático y salud. Nota descriptiva N°2662016 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/es/
129. WorldFish. Building resilient community fisheries in Cambodia. 2013 [estado el 6 de diciembre del 2016]; Internet: https://www.ard-europe.org/fileadmin/SITE_MASTER/content/eiard/Documents/Impact_case_studies_2013/WorldFish_-_Building_resilient_community_fisheries_in_Cambodia.pdf.
130. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. El estado mundial de la pesca y la acuicultura (SOFIA). 2014 [estado el 3 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.fao.org/3/7870db4d-2558-4714-9c56-0cf49f010f3e/i3720s.pdf.
131. Brunner, E.J. et al. Fish, human health and marine ecosystem health: policies in collision. International Journal of Epidemiology, 2009. 38(1): p. 93-100.

132. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 14: Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible. 2016 [estado el 6 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/oceans/
133. Morrison, S. After the Ebola Catastrophe. 2015 [estado el 6 de diciembre del 2016]; Internet: https://www.csis.org/analysis/after-ebola-catastrophe.
134. Romanelli, C. et al. Connecting global priorities: biodiversity and human health: a state of knowledge review. 2015. Organización mundial de la Salud/Secretaría de la Convención de las Naciones Unidas sobre la diversidad biológica.
135. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 15: Gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad. 2016 [estado el 6 de diciemnre del 2016]; Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/biodiversity/
136. Centers for Disease Control and Prevention. Drought and Health. 2012.
137. Colfer, C. et al. Forests and human health in the tropics: some important connections. [estado el 22 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.fao.org/docrep/009/a0789e/a0789e02.html.
138. Hill, P. Freedom for the child refugees sold into slavery during 2,000-mile journey through hell. 2016 [estado el 7 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.mirror.co.uk/news/world-news/freedom-child-refugees-sold-slavery-8334676.
139. Comisión Europea. Rapport sur les progrès réalisés dans la lutte contre la traite des êtres humains Informe sobre los progresos realizados en la lucha contra la trata de personas. (2016). 2016 [estado el 7 de diciembre del 2016]; Internet: http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/FR/1-2016-267-FR-F1-1.PDF.
140. Rankin, J. Human traffickers 'using migration crisis' to force more people into slavery 2016 [estado el 7 de diciembre del 2016]; Internet: https://www.theguardian.com/world/2016/may/19/human-traffickers-using-migration-crisis-to-force-more-people-into-slavery.
141. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 16: Promover sociedades, justas, pacíficas e inclusivas. 2016, Internet: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/peace-justice/.
142. Organización internacional del Trabajo. Trabajo forzoso, formas modernas de esclavitud y trata de seres humanos. 2016 [estado el 6 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/lang--es/index.htm
143. Alto-comisariado de la Naciones Unidas para los refugiados. Figures at a Glance. 2015 [estado el 7 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html.
144. Hawtin, J. Monica Burns, Médecins Sans Frontières and The Royal Children's Hospital. 2016 [estado el 22 de diciembre del 2016]; Internet: http://blogs.rch.org.au/global/2016/10/01/profile-monica-burns/.
145. Consejo Internacional de enfermeras y asociación médico munidal. Physician and Nursing Leaders condemn Syrian Attacks on Health Personnel. 2016: Ginebra.
146. Consejo Internacional de enfermeras y Asistencia de salud en peligro. Everyone, wounded or sick during an armed conflict, has the right to health care. 2016.
147. Organización mundial de Salud. Tabaco. Nota descriptiva n.º 339. 2016 [estado el 13 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/
148. Reuters. Ukraine drops lawsuit against Australia over plain-packaging tobacco laws, WTO says. 2015 [estado el 9 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.abc.net.au/news/2015-06-04/plain-packaging-tobacco-ukraine-drops-lawsuit-against-australia/6520160.
149. Centers for Disease Control and Prevention. Rose's Story. 2016 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/stories/rose.html.
150. Organización mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva n°297. 2015 [estado el 8 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/.
151. Chan, S.S.-C. Sophia Chan, PhD, MPH, MEd, RN, RSCN, FFPH, FAAN. 2016 [estado el 10 de diciembre del 2016]; Internet: https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AANNET/c8a8da9e-918c-4dae-b0c6-6d630c46007f/UploadedImages/docs/Featured%20Nurse%20Leader/2016/2016-01-11%20Sophia%20Chan.pdf.
152. Chan, S.S.-C. Professor in Nursing and Director of Research School of Nursing, The University of Hong Kong. [estado el 13 de diciembre del 2016]; Internet: http://www.nurse.cmu.ac.th/inter2012/Document/SophiaChan_bio.pdf.
153. Ruckert, A. et al. Policy coherence, health and the sustainable development goals: a health impact assessment of the Trans-Pacific Partnership. Critical Public Health, 2016: p. 1-11.
154. Schram, A. et al. The role of trade and investment liberalization in the sugar-sweetened carbonated beverages market: a natural experiment contrasting Vietnam and the Philippines. Globalization and Health, 2015. 11(1): p. 1.
155. Frieden, T.R. A framework for public health action: the health impact pyramid. American Journal of Public Health, 2010. 100(4): p. 590-595.
156. Wagner, W., D.T. Ostick et S.R. Komives. Leadership for a better world: Understanding the social change model of leadership development. 2010, National Clearinghourse for Leadership Programs. San Francisco, Estados-Unidos: Jossey-Bass.
157. Falk-Rafael, A. Speaking Truth to Power: Nursing's Legacy and Moral Imperative. Advances in Nursing Science, 2005. 28(3): p. 212-223.
158. Shamian, J. Global perspectives on nursing and its contribution to healthcare and health policy: Thoughts on an emerging policy model. Nursing Leadership, 2014. 27(4): p. 44-51.
159. Hughes, F. Policy - a practical tool for nurses and nursing [Editorial]. Journal of Advanced Nursing, 2005. 49(4): p. 331-331.
160. Consejos internacional de enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. 2012; Internet: http://www.icn.ch/es/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/
161. Khoury, C.M. et al. Nursing leadership from bedside to boardroom: a Gallup national survey of opinion leaders. Journal of Nursing Administration, 2011. 41(7-8): p. 299-305.
162. Institute of Medicine. The future of nursing: Focus on scope of practice. 2010; Internet: http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Scope%20of%20Practice%202010%20Brief.pdf.
163. Cohen, S.S. et al. Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go. Nursing Outlook, 1996. 44(6): p. 259-266.
164. Tomm-Bonde, L. The Naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing. BMC Nursing, 2012. 11: p. 5-5.
165. Organización mundial de la Salud. Health in all policies: Training manual. 2015, Ginebra: OMS.
166. Hughes, F.A. et al. Enhancing nursing leadership: Through policy, politics, and strategic alliances. Nurse Leader, 2006. 4(2): p. 24-27.
167. Kingdon, J.W. Agendas, Alternatives, and Public Policies. 1995, New York: Longman.
168. Risling, T. Social media and nursing leadership: Unifying professional voice and presence. Nursing Leadership (1910-622X), 2016. 28(4): p. 48-57.
169. Jackson, J. et R. Mitchell. Day in the Life: Live tweets as a professional tool. American Nurse Today, 2015. 10(6): p. 14-22.
170. Foro económico mundial. Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off. 2015, WEF.
171. Consejo internacional de enfermeras. (1987) La Definición de Enfermería -. Internet: http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/
172. Organización mundial de la Salud.(2016) Global Directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020.
173. Taylor, P. (2016) WA community in shock after suicide of Aboriginal child. Internet: http://www.theaustralian.com.au/news/wa-community-in-shock-aftersuicide-of-aboriginal-child/news-story/c28fb9e534657ee3fc1a00609d8b3799
174. Andrews, K. (2011). "The little community clinicthat could." Internet: https://www.drugfoundation.org.nz/book/export/html/2318
175. Christchurch City Council (2016). "Christchurch City Council: Population." Internet: https://www.ccc.govt.nz/culture-and-community/statistics-and-facts/facts-stats-and-figures/population
176. Belardi, L. (2014). "Dutch model offers new approach to home care." Internet: http://www.australianageingagenda.com.au/2014/07/30/dutch-model-offers-alternative-approach-home-care/.
177. The Commonwealth Fund (2015). "Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model." Internet: http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands.
178. Australian Bureau of Statistics. (2015). Cause of Death, Australia, 2013. Internet http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0~2013~Main%20Features~Suicide%20by%20Age~10010

www.icnvoicetolead.com

Para seguir las conversaciones, le rogamos utilice:
#VoiceToLead y **#IND2017**

www.icn.ch