



Combinación de capacidades

Introducción

En un contexto de escasez mundial de enfermeras y costos crecientes de la atención de salud, los gobiernos, los dirigentes y los gestores siguen buscando nuevas estrategias para prestar cuidados de salud seguros, eficaces y eficientes.¹ Con la determinación de la combinación de capacidades más eficaz dentro del equipo de atención de salud, ya se trate del conjunto de capacidades o competencias que posee una persona, de la proporción de categorías junior y senior en una única disciplina o de la agrupación de distintos tipos de personal dentro de un equipo multidisciplinar, se persigue el objetivo de conseguir la combinación de capacidades necesarias para prestar cuidados de calidad de la forma más eficaz y eficiente.² Ello cambiará en función de las necesidades concretas, los recursos y la capacidad de las instituciones de salud, e influirán la disponibilidad del personal y el nivel de conocimientos, capacidades y responsabilidades requeridas en cada escalafón del servicio de salud.³

¿Qué es la combinación de capacidades?

La combinación de capacidades se ha definido, de manera amplia, como la combinación o agrupación de diferentes categorías de trabajadores que se utiliza para dispensar los cuidados a los pacientes. Se puede aplicar a una planificación general en el nivel macro (por ejemplo, en el plano nacional) o en un nivel micro, en el contexto de las prestaciones locales de servicios.

Puede referirse a:

- una combinación de capacidades disponibles en un momento determinado;
- un conjunto de puestos de trabajo en una institución determinada;
- un conjunto de empleados en un puesto;
- una combinación de las actividades en cada función;
- las diferencias entre grupos profesionales, como enfermeras y médicos, o entre distintos sectores del sistema de salud; o
- una combinación dentro de un grupo profesional, como por ejemplo entre distintos tipos de proveedores de atención de enfermería con niveles diferentes de formación y diferente salario.⁴

Optimización de la combinación de capacidades

Se ha utilizado una variedad de planteamientos o un conjunto de planteamientos para determinar la combinación de capacidades más adecuada. Los motores de cualquier modelo de combinación de capacidades deberían ser la atención de calidad, la seguridad de los pacientes y la rentabilidad.⁵ En sus directrices para gestores, la Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos describe los tres principales factores de la manera siguiente:⁶

- **En relación con la atención a los pacientes:** tiene en cuenta el número de pacientes, la intensidad de los cuidados y las condiciones físicas y psicológicas de los pacientes.
- **En relación con el personal:** incluye la experiencia del personal, su formación, sus capacidades, el nivel de control sobre los pacientes y el grado de participación en prácticas de calidad.
- **Los factores de organización:** relacionados con la eficacia y eficiencia de los servicios de apoyo, el acceso oportuno a la información sobre los pacientes y la seguridad del entorno de trabajo.

El conjunto de instrumentos del CIE sobre *Personal fiable, vidas salvadas* también puede ser una guía útil para determinar la combinación de capacidades adecuada y óptima.⁷

La combinación de capacidades y el cambio de tareas

La aplicación de una nueva combinación de capacidades puede suponer un cambio de tareas cuando otro equipo, dentro del personal, lleva a cabo elementos unitarios de los cuidados. Como ejemplo, se incluyen la función ampliada de las enfermeras de salud mental, que tratan las depresiones y los trastornos de ansiedad y evalúan a los pacientes que reciben inyecciones anti-psicóticas⁸ y las enfermeras en funciones avanzadas que derivan casos hacia especialistas. Algunas tareas de las enfermeras también pueden asignarse a personal con menor cualificación, como ayudantes de atención de salud o trabajadores administrativos. La Alianza mundial de profesiones de salud (AMPS), que representa a más de 25 millones de profesionales de salud en el mundo y de la que el CIE es socio importante, ha establecido unos principios esenciales para el cambio de tareas, que se resumen en el cuadro siguiente:⁹

Principios para el cambio de tareas – AMPS 2008

Decisiones sobre la combinación de capacidades	Las decisiones sobre la combinación de capacidades deben ser específicas para cada país, han de tomar en consideración las necesidades locales de prestación de servicios, los recursos disponibles y la capacidad de formación, y han de incluir a los profesionales de salud en la adopción de decisiones.
Competencia de las funciones	Las funciones y la descripción de los puestos han de formularse según la competencia necesaria para dispensar el servicio.
Sistemas y apoyos	Tiene que haber suficientes profesionales de salud para ofrecer la necesaria selección, aprendizaje, dirección, supervisión y formación continua de los trabajadores en todos los niveles.
Funciones complementarias	No debe emplearse a trabajadores auxiliares a expensas de profesionales de salud desempleados o subempleados.

Planificación y vigilancia	Ha de hacerse una planificación adecuada y mantener vigilancia constante para evitar el peligro de generar un sistema fragmentado e inconexo que no satisfaga todas las necesidades de salud del paciente y pueda dar lugar a la desmotivación y al abandono de la profesión.
Necesidades de reglamentación	Han de establecerse reglamentos para el personal auxiliar y para el cambio de tareas con la plena participación de la profesión. Debe exponerse con claridad quién es el responsable de una supervisión favorable del personal de apoyo.
Compensación y seguridad en el trabajo	El personal auxiliar ha de tener compensaciones y ventajas equiparables a un salario digno, un lugar de trabajo seguro y medios adecuados que garanticen su propia seguridad y la de los pacientes a los que cuidan.
Nuevas demandas	El despliegue de personal auxiliar aumentará la demanda de responsabilidades de los profesionales de salud en tanto que instructores y supervisores.
Análisis económico	Ha de hacerse un análisis fiable del beneficio económico del cambio de tareas, para garantizar iguales o mejores beneficios en los resultados de salud, la rentabilidad de los costos, la productividad y la eficiencia.
Vigilancia de la calidad del sistema	Cuando el cambio de tareas se produce en respuesta a determinados problemas de salud, tales como el VIH, debe hacerse una evaluación y una vigilancia periódicas de todo el sistema de salud. Es esencial cerciorarse de que los programas mejoran la salud de los pacientes en todo el sistema de atención de salud y de que no dan lugar a efectos yatrogénicos no planeados o no previstos.
Sostenibilidad	Cuando el cambio de tareas trata de ser una estrategia de largo plazo, ha de ser sostenible. Si trata de ser de corto plazo, ha de haber una estrategia clara de sustitución.
Integración de los trabajadores	Los trabajadores auxiliares han de integrarse en los sistemas de prestación de atención de salud y deben ser tratados como parte del equipo.

La combinación de capacidades y los resultados en los pacientes

Aunque la investigación ofrece a veces resultados contradictorios, en la gran mayoría de los estudios se demuestra que una combinación más amplia de personal de salud está vinculada a mejores resultados en los pacientes, mayor satisfacción de los pacientes, mayor rentabilidad de los costos y menores complicaciones y adversidades.

- En un estudio dirigido por Roy Carr Hill *et al.* de la Universidad de York en 2008, se indicaba que la combinación de categorías tiene un efecto directo sobre la calidad de la atención, y se observaron mejores resultados en los pacientes y mayor satisfacción con personal más cualificado en comparación con los cuidados prestados por personal menos cualificado.¹⁰
- Siguiendo las observaciones del Dr. Tso Ying Lee *et al.* de Taiwan, un equilibrio óptimo entre enfermeras tituladas y ayudantes de atención de salud puede reducir los costos, sin producir diferencias significativas en incidencias de caídas de pacientes o errores de medicación.¹¹

- En un estudio llevado a cabo en Ontario por la Universidad Toronto, Canadá (2003), se indicaba que un sistema de combinación de capacidades con un mayor número de enfermeras tituladas produce mejores resultados en los pacientes y mayor satisfacción en el momento del alta clínica, con un nivel menor de errores en la medicación y de infección de heridas. No obstante, no se observaron marcadas diferencias en una revisión al cabo de seis semanas.¹²
- Con la ampliación de las funciones y el despliegue de enfermeras especialistas clínicas y de ayudantes de enfermería, se ha mejorado la calidad de los cuidados y se han reducido los costos de organización.¹³
- Las enfermeras prestan atención médica eficaz y equivalente a la que prestan los médicos en entornos de atención primaria y salas de maternidad.¹⁴
- Las ayudantes de enfermería aportan información más relevante que los médicos e invierten más tiempo con los pacientes, mejorando así la satisfacción de éstos.¹⁵
- La utilización de auxiliares de cuidados y de auxiliares de enfermería para los pacientes ha reducido de manera eficaz los costos, sin efectos adversos sobre la satisfacción de los pacientes.¹⁶
- En zonas remotas, en las que es difícil contratar y retener a profesionales de salud, es bastante eficaz la introducción de nuevas categorías en el sistema de combinación de capacidades.¹⁷
- En el sistema nacional de salud del reino Unido (NHS UK), se cree firmemente que entre el 30% y el 70% de las labores realizadas por los médicos podrían desempeñarse por enfermeras auxiliares de enfermería, beneficiándose el sistema de mayor rentabilidad.¹⁸

Sin embargo, en algunos sectores en los que se ha introducido la combinación de capacidades se ha observado una atención de peor calidad, un alto nivel de abandono de la profesión entre el personal con menor cualificación y una mayor carga de trabajo y de supervisión para las enfermeras tituladas.¹⁹

Cuestiones de aplicación

Al tratar de aplicar cambios en la combinación de capacidades, deberían considerarse algunas cuestiones²⁰, entre ellas:

- las implicaciones para el marco reglamentario y, si hay que modificarlo, cómo se llevará a cabo;
- la gestión de la calidad y los sistemas de evaluación y revisión;
- las capacidades, habilidades y características demográficas de los recursos humanos actuales;
- la naturaleza y la disponibilidad de la oferta de trabajadores de atención de salud;
- los requisitos de formación y desarrollo, y las capacidades;
- los cambios en la gestión y la comunicación;
- los acuerdos de supervisión y el desarrollo profesional;
- el entorno de trabajo y la seguridad laboral;
- los costos asociados a la puesta en práctica y el apoyo continuo; y
- las consecuencias para los acuerdos de empleo y las cuestiones sindicales.

Conclusión

La combinación de capacidades y el cambio de tareas existen desde el establecimiento de los sistemas multidisciplinarios de salud. Sin embargo, la escasez mundial de enfermeras empleadas ha dado lugar a numerosas dificultades que requieren actuaciones innovadoras para determinar las pautas y los modelos más adecuados de dotación de personal, sin comprometer la calidad de la atención y los resultados en los pacientes. En este momento de recursos humanos de salud escasos, la panacea puede ser una combinación de capacidades eficaz dentro de un sistema operativo de envío de casos de salud.

Para obtener más información, pónganse en contacto con:
ichrn@secretariat.org

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de 133 asociaciones nacionales de enfermeras, que representa a los millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para conseguir unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

El Centro internacional para los recursos humanos de enfermería fue establecido en 2006 por el Consejo Internacional de Enfermeras y su principal fundación, la Fundación Internacional Florence Nightingale. El Centro está dedicado a fortalecer los recursos humanos de enfermería en todo el mundo mediante la preparación, la vigilancia constante y la difusión de información exhaustiva y de instrumentos relativos a la política de recursos humanos, la gestión, la investigación y la práctica de enfermería.

Referencias

1. Consejo internacional de enfermeras (2009). *Adopción de decisiones sobre la combinación de capacidades para la enfermería*. Ginebra. CIE
2. Sibbald B, Shen J & McBride A (2004). *Changing the skill mix of the health care workforce*. Journal of Health Services Research and Policy.
3. OMS Europa (2008). *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E & Wrede S.
www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_ePB_11.pdf
4. Buchan J & O'May F (2000). *Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals*, Human Resources Development Journal, Vol. 4, Issue 2.
www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_07.pdf
5. Buchan J, Ball J & O'May F (2000). *Skill Mix in the Health Workforce*. Issues in Health Services Delivery, Discussion Paper No.3. Department of Organisation of Health Services Delivery (OSD), Geneva: WHO.
6. Asociación de enfermeras de los Estados Unidos (2000 y 2005). *Framework Guidelines on Assessing Nurse Staffing Needs in a Skill Mix System*.
7. Consejo internacional de enfermeras (2006). *Personal fiable, vidas salvadas*. Ginebra. CIE.
8. Crosland A & Kai.J (1998). *They think they can talk to nurses: Practice nurses' views of their roles in caring for mental health problems*. British journal of general practice.
9. Alianza Mundial para las Profesiones de Salud (2008). *Joint Health Professions Statement on Task Shifting*. Ginebra. AMPS.
10. Carr-Hill R, Dixon P, Gibbs I, Griffiths M, Higgins M, McMaughan D & Wright K (1992). *Skill mix and the effectiveness of nursing care* Centre for Health Economics, University of York.

11. Lee TY; Yeh ML; Chen HH & Lien GH (2005). *The skill mix practice model for nursing: measuring outcome*. Journal of advanced Nursing , Volume 51, Number 4, August 2005 , pp. 406-413(8).
12. McGillis Hall L, Irvine D, Baker GR, Pink G, Sidani S, O'Brien Pallas L & Donner G (2001). *A Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System & Nurse Outcomes*. Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto and Canadian Health Services Research Foundation/Ontario Council of Teaching Hospitals.
13. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C & Leese B (2000). *Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care*. *BMJ* 2000;320:1048-1053
14. Buchan J & Dal Poz M (2002). *Skill Mix in the Health Care Workforce: Reviewing the Evidence* - Bulletin of the World Health Organization 2002; 80:575-580.
15. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, Stainthorpe A, Fraser A, Butler CC & Rogers C (2000). *Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care*. *BMJ* 2000;320:1043-1048.
16. Hesterly SC & Robinson M (1990). *Alternative caregivers: cost effective utilization of registered nurses*, Journal of Nursing Administration 14:45-57.
17. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI & Craveiro VA (2000). – *Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de saude program*. Revista Panamericana de Salud Pública, vol.7, no.5.
18. Richardson G & Maynard A (1995). *Fewer doctors? More nurses? A review of the knowledge base of nurse-doctor substitution*, Centre for Health Economics, University of York, No 135
19. Garfink CM, Kirby KK, Bachman SS & Starck P (1991). *The University Hospital Nurse Extender Model*.
20. Organización Mundial de la Salud, PEPFAR y ONUSIDA (2008). *Task Shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. global recommendations and guidelines*

ICN/MK/AC/ Marzo 2010

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación en su totalidad o en parte (por impresión, fotocopia, microcopia u cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin la autorización expresa del Consejo Internacional de Enfermeras. No obstante, pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.