

Orientaciones estratégicas mundiales sobre
**ENFERMERÍA
Y PARTERÍA**

2021-2025

educación

empleos

liderazgo

prestación de servicios

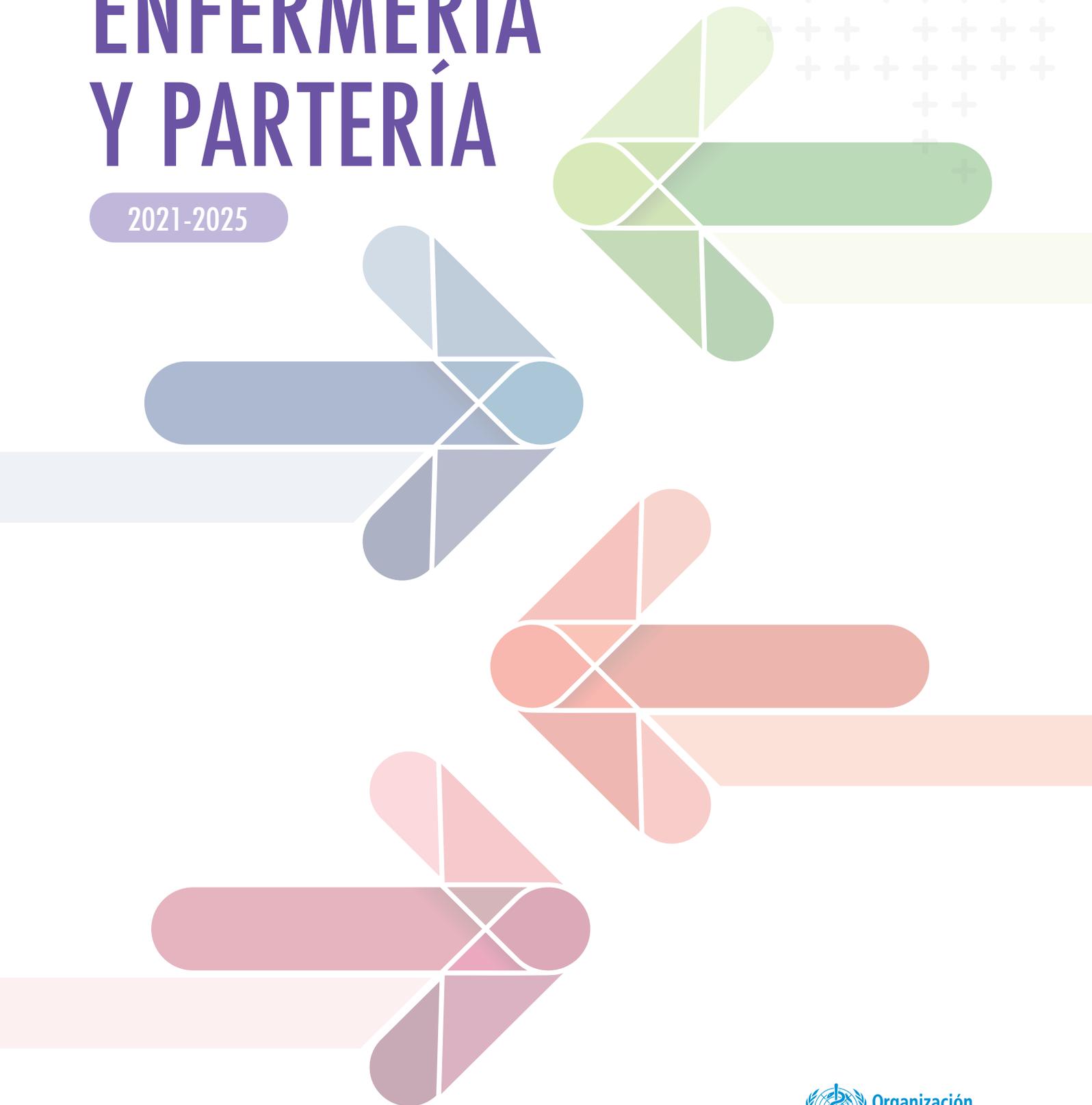


Organización
Mundial de la Salud

*Orientaciones estratégicas
mundiales sobre*

ENFERMERÍA Y PARTERÍA

2021-2025



Organización
Mundial de la Salud

Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025 [Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025]

ISBN 978-92-4-003652-9 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-003653-6 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2021

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025 [Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/about/policies/publishing/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descarga generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

Agradecimientos	iv
Resumen ejecutivo	v
CAPÍTULO 1 Antecedentes	1
CAPÍTULO 2 Orientaciones estratégicas y prioridades normativas 2021-2025	3
2.1 Enfoque normativo: <i>educación</i>	7
2.2 Enfoque normativo: <i>empleos</i>	11
2.3 Enfoque normativo: <i>liderazgo</i>	15
2.4 Enfoque normativo: <i>prestación de servicios</i>	17
Conclusión	20
Referencias	21
Anexo: Marco de seguimiento y rendición de cuentas	25

Agradecimientos

El Departamento de Personal de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa su agradecimiento a las numerosas personas y organizaciones que participaron en las consultas mundiales y regionales a través de internet y formularon observaciones por correo electrónico, así como a los Estados Miembros por sus valiosas aportaciones al borrador revisado del documento.

La OMS también da las gracias a los centros colaboradores de la OMS para la enfermería y la partería, a la campaña mundial *Nursing Now!*, al Consejo Internacional de Enfermeras, a la Confederación Internacional de Matronas y a otras organizaciones profesionales por sus contribuciones al borrador del documento *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025*.

La conceptualización, la elaboración técnica y la coordinación general del trabajo fueron llevados a cabo por Carey McCarthy, del Departamento de Personal de Salud, con el apoyo de las oficinas regionales de la OMS, el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y el Envejecimiento, y la Oficina del Oficial Principal de Enfermería de la OMS. Giorgio Cometto, Jefe de Unidad, y James Campbell, Director del Departamento de Personal de Salud, se encargaron de la supervisión y dirección técnicas.

La producción de este documento ha sido posible gracias al apoyo económico de Alemania, Noruega y la Alianza para la Cobertura Sanitaria Universal (OMS, Unión Europea, Bélgica, Canadá, Francia, Irlanda, Japón, Luxemburgo y Reino Unido).

Resumen ejecutivo

Las *Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería 2021-2025* presentan prácticas basadas en la evidencia y un conjunto interrelacionado de prioridades normativas que pueden ayudar a los países a velar por que el personal de partería y enfermería contribuya eficazmente a la consecución de la cobertura sanitaria universal (CSU) y otros objetivos de salud de la población.

Estas orientaciones comprenden cuatro áreas de interés político: educación, empleos, liderazgo y prestación de servicios. Cada área tiene una «orientación estratégica» sobre la que se articula un objetivo para el periodo de cinco años, e incluye entre dos y cuatro prioridades normativas. Si se aplican y se mantienen, estas prioridades pueden favorecer el avance en las cuatro direcciones estratégicas: 1) formar a suficientes profesionales de partería y enfermería con competencias para satisfacer las necesidades sanitarias de la población; 2) crear puestos de trabajo, gestionar la migración y contratar y retener a este personal allí donde más se necesita; 3) reforzar el liderazgo de la enfermería y la partería en los sistemas sanitarios y académicos; y 4) garantizar que este personal esté apoyado, respetado, protegido, motivado y equipado para contribuir de forma segura y óptima en sus entornos de prestación de servicios.

Las prioridades normativas se expresan a través de la óptica del mercado laboral sanitario. Esta perspectiva permite comprender de forma exhaustiva las fuerzas que generan la escasez y los excedentes, los desequilibrios geográficos y las contribuciones insuficientes de los profesionales de partería y enfermería en los entornos de prestación de servicios. El enfoque de aplicación sugerido para estas orientaciones es un proceso inclusivo basado en datos y análisis sólidos, un diálogo político intersectorial y una toma de decisiones basada en pruebas sobre las acciones e inversiones adecuadas. El marco de seguimiento y rendición de cuentas abarca el proceso continuo de datos, diálogo y toma de decisiones, y aprovecha los mecanismos de notificación establecidos por los Estados Miembros de la OMS.

Los principales destinatarios de las orientaciones son los planificadores y responsables políticos del personal de salud, así como las instituciones educativas, los empleadores del sector público y privado, las asociaciones profesionales, los sindicatos, los asociados para el desarrollo bilaterales y multilaterales, las organizaciones internacionales y la sociedad civil.

La repercusión prevista es que los países habiliten plenamente las contribuciones de los profesionales de partería y enfermería para los siguientes objetivos comunes: atención primaria de salud para la CSU y gestión de la pandemia de COVID-19; mitigación de los efectos sobre la salud del cambio climático; gestión de la migración internacional; y garantía de acceso en las zonas rurales y remotas y en los pequeños Estados insulares en desarrollo.

En estas orientaciones se utilizan las expresiones «personal de partería» y «personal de enfermería» para referirse a los distintos grupos profesionales descritos en la *Clasificación internacional uniforme de ocupaciones de 2008*. La OMS aprecia la distinción profesional que existe entre la práctica de la enfermería y la partería. Este documento pone de relieve las cuestiones prioritarias y las respuestas de políticas comunes que repercuten en ambas ocupaciones. Las acciones deben ser específicas para cada contexto y grupo ocupacional con el fin de maximizar las contribuciones del personal de partería y enfermería en pos de una mayor eficiencia y eficacia del personal de salud y mejorar el acceso a servicios de salud de calidad.



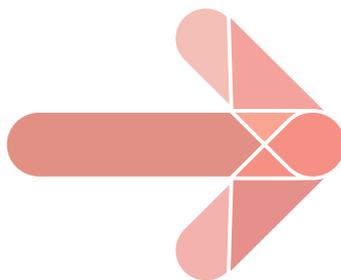
*La pandemia de COVID-19 reforzó
la necesidad universal de
**proteger e invertir en todas
las ocupaciones que participan
en la capacidad de preparación
y respuesta,**
en las funciones de salud pública y en la
prestación de servicios sanitarios esenciales.*



Antecedentes

1. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecen metas claras en materia de salud, educación, igualdad de género, trabajo decente y crecimiento inclusivo (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ejerce un liderazgo mundial en relación con el ODS 3, que se basa en el concepto de cobertura sanitaria universal (CSU), y apoya a los Estados Miembros de la OMS para que obtengan el máximo rendimiento de su personal de salud con vistas a la consecución de la CSU y otras metas de salud (2).
2. La OMS facilitó la elaboración de la *Estrategia mundial de las Naciones Unidas para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016-2030)* (3). En 2016, sus Estados Miembros adoptaron la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: fuerza de trabajo 2030* (4), que determinó un posible déficit de aproximadamente 18 millones de trabajadores sanitarios para 2030 en comparación con las necesidades de personal de salud para alcanzar los ODS relacionados con la salud. Las opciones políticas de la estrategia mundial están en consonancia con la meta 3c de los ODS, ya que pretenden aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la formación y la retención del personal de salud para lograr la CSU. No obstante, en muchos países, la necesidad de personal de salud que tiene la población no se corresponde con la demanda social y económica, ni con los recursos técnicos y económicos para producir el personal de salud requerido.
3. Reconociendo el desajuste de los mercados laborales de la salud a nivel nacional y mundial y la necesidad de dar una respuesta intersectorial, el Secretario General de las Naciones Unidas puso en marcha la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico (5). La Comisión constató que la inversión en educación y creación de empleo en los sectores sanitario y social puede impulsar el crecimiento económico inclusivo, en particular el empoderamiento económico de las mujeres y los jóvenes: casi el 70% de los puestos de trabajo en el sector sanitario lo ocupan mujeres. Además, la Comisión formuló recomendaciones para estimular y orientar la creación de al menos 40 millones de nuevos empleos en los sectores sanitario y social, y reducir la falta prevista de 18 millones de trabajadores sanitarios.

4. La designación de 2020 como Año Internacional de la Enfermería y la Partería (6) fue una oportunidad excepcional para acelerar la aplicación de las resoluciones y decisiones anteriores de la Asamblea Mundial de la Salud con respecto al personal de enfermería y partería. Durante ese año se realizaron actividades de promoción y presentación de datos sin precedentes, que contribuyeron a la elaboración del primer informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo* (7) y del tercer informe sobre la *Situación de la partería en el mundo* (8). La OMS alentó a los países a aprovechar el impulso generado y a utilizar las conclusiones de los informes y los «perfiles de país» para mantener un diálogo político intersectorial sobre cómo y dónde invertir en los recursos humanos de enfermería y partería con el fin de afrontar mejor las prioridades sanitarias nacionales.
5. El año 2020 fue también un tiempo de desafíos sanitarios sin igual y de trastornos socioeconómicos mundiales. La pandemia de COVID-19 reforzó la necesidad universal de proteger e invertir en todas las ocupaciones que participan en la capacidad de preparación y respuesta, en las funciones de salud pública y en la prestación de servicios sanitarios esenciales. La importancia del personal de salud en la respuesta a esta pandemia y a otras futuras exige que las contribuciones del personal de partería y enfermería a la CSU y a los ODS se potencien mediante un enfoque cohesivo que funcione de forma concertada con las estrategias existentes apoyadas por la OMS y los asociados principales.



Orientaciones estratégicas y prioridades normativas 2021-2025

6. En la reanudación de la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud se pidió a la OMS que «se comprometa con todas las regiones de la OMS a actualizar las Orientaciones estratégicas mundiales para la enfermería y la partería 2016-2020 y, tras consultar a los Estados Miembros, presente esta actualización a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud para su examen» (9).¹ En mayo de 2021, la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó las *Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025* en la resolución WHA74.15.

7. Las orientaciones estratégicas abarcan los cuatro ámbitos de educación, empleos, liderazgo y prestación de servicios. Cada «orientación estratégica» consta de dos a cuatro acciones prioritarias de política necesarias para alcanzarla. Las prioridades normativas proceden de los datos publicados en los informes de la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* (7) y la

Situación de la partería en el mundo (10).

Para determinar las medidas políticas más importantes, se llevó a cabo un ejercicio de priorización con más de 600 dirigentes de enfermería y partería pertenecientes a ministerios de salud, asociaciones nacionales de enfermería y partería, organismos reguladores, centros colaboradores de la OMS para la enfermería y la partería, y la campaña *Nursing Now!*, que asistieron al Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería, celebrado cada dos años, y a la reunión de la tríada organizada por la OMS, la Confederación Internacional de Matronas y el Consejo Internacional de Enfermeras (11). Los procesos de consulta regionales y mundiales corroboraron y ayudaron a perfeccionar las políticas prioritarias.

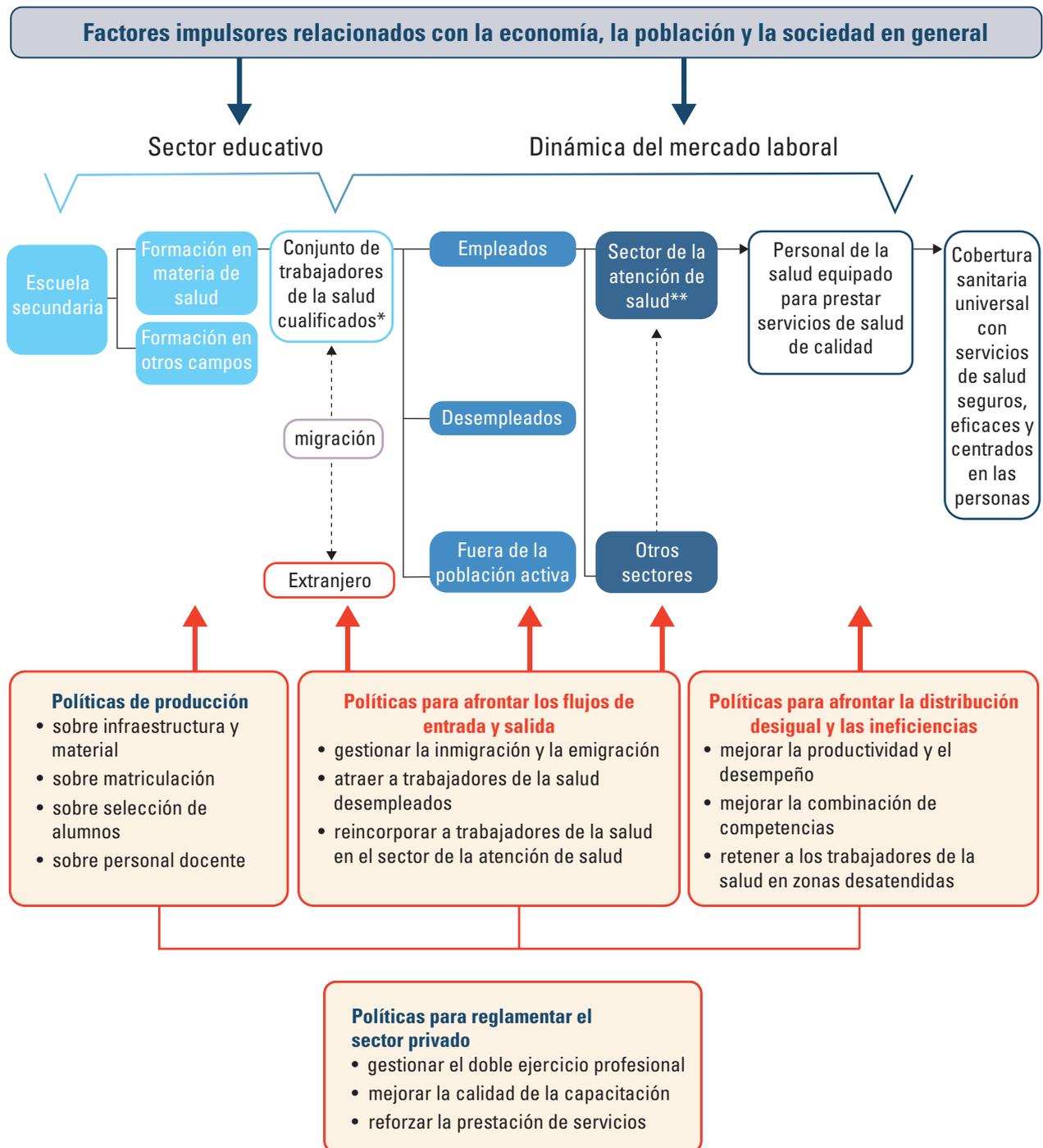
8. Las prioridades normativas están interrelacionadas: las cuestiones y las respuestas políticas de una están

¹ Se difundió mundialmente un «borrador para consulta» en todos los idiomas oficiales de la OMS y en portugués. Se recibieron comentarios por escrito y a través de 10 consultas regionales y mundiales con los jefes de servicios públicos de enfermería y partería y las partes interesadas pertinentes; en marzo de 2021 se llevó a cabo un proceso de consulta formal con los Estados Miembros para revisar y aprobar el documento antes de presentarlo a la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud.

correlacionadas con las cuestiones y las respuestas políticas de las otras. La relación entre las prioridades normativas puede entenderse gracias a la siguiente ilustración sobre el marco del mercado laboral de la salud (figura 1).

9. Un marco del mercado de trabajo sanitario permite comprender los principales factores que influyen en la disponibilidad, la distribución, la capacidad, el entorno de prestación de servicios y el rendimiento de los trabajadores de enfermería y partería en dispensar servicios centrados en la persona para lograr la CSU (12). Las orientaciones estratégicas son intencionadamente sucintas; se anima a los lectores a que consulten los informes de la *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y la *Situación de la partería en el mundo 2021* para obtener más detalles sobre las pruebas justificativas. Se han añadido referencias para incorporar las pruebas pertinentes publicadas durante o desde la elaboración de los dos informes.
10. La estrategia de aplicación sugerida refleja un proceso inclusivo que comienza con un amplio compromiso para garantizar datos nacionales sólidos, un diálogo político intersectorial respaldado por datos y análisis, y una toma de decisiones basada en pruebas sobre las acciones políticas y las inversiones adecuadas. Aunque el documento hace hincapié en las acciones del ministerio de salud nacional, el papel que desempeñan las principales partes interesadas en el intercambio de datos, la participación en el diálogo político y el avance en la aplicación de las políticas a través del trabajo coordinado y las inversiones alineadas es esencial para lograr movimientos significativos en cada orientación estratégica.
11. El marco de seguimiento y rendición de cuentas se estructura en torno a un proceso continuo de datos, diálogo y decisiones (véase el anexo). La futura información sobre los avances obtenidos se canaliza deliberadamente a través de dos mecanismos preexistentes para el intercambio de datos e información: la plataforma de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS) (13) y el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería, que se celebra cada dos años junto con la reunión de la tríada.
12. En este documento, los términos «profesionales de partería» y «profesionales de enfermería» se refieren a los distintos grupos profesionales descritos en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de 2008 (14). La OMS reconoce y aprecia las distinciones profesionales y los ámbitos de práctica de ambas disciplinas, así como el hecho de que muchos países optan por educar y regular a los profesionales de partería y enfermería conjuntamente para satisfacer las necesidades de prestación de servicios de salud. En las orientaciones se ponen de relieve las cuestiones prioritarias de mayor interés para ambas profesiones. Cuando los retos y las respuestas a nivel político son diferentes, se exponen por separado.

Figura 1 **Marco del mercado laboral del sector de la salud**



* Suministro de trabajadores cualificados de los ámbitos de la salud y la asistencia social que desean trabajar.

** Demanda de trabajadores de los ámbitos de la salud y la asistencia social en los sectores de atención de la salud y de asistencia social relacionada con la salud.

Fuente: Adaptado de Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:892-4.

EDUCACIÓN →

Orientación estratégica: el número de titulados en partería y enfermería se ajusta o supera la demanda del sistema de salud y tiene los conocimientos, las competencias y las actitudes necesarias para cumplir con las prioridades nacionales en materia de salud.

Prioridad normativa: armonizar los niveles de formación de enfermería y partería con funciones actualizadas dentro de los sistemas sanitario y académico.

Prioridad normativa: mejorar la producción nacional de personal de partería y enfermería para satisfacer o superar la demanda del sistema de salud.

Prioridad normativa: crear programas de formación basados en competencias, aplicar un diseño de aprendizaje eficaz, cumplir con las normas de calidad y alinearse con las necesidades de salud que tiene la población.

Prioridad normativa: procurar que el profesorado esté debidamente formado en los mejores métodos y tecnologías pedagógicas, con experiencia clínica demostrada en las áreas temáticas.

EMPLEOS →

Orientación estratégica: aumentar la disponibilidad de personal de salud mediante la creación sostenible de puestos de trabajo de enfermería y partería, la contratación y retención efectiva de personal de partería y enfermería, y la gestión ética de la movilidad y la migración internacionales.

Prioridad normativa: llevar a cabo la planificación y previsión de las plantillas de enfermería y partería desde la perspectiva del mercado laboral sanitario.

Prioridad normativa: garantizar una demanda adecuada con respecto a la prestación de servicios sanitarios para la atención primaria y otras prioridades de salud de la población.

Prioridad normativa: reforzar la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

Prioridad normativa: atraer, contratar y retener a profesionales de partería y enfermería allí donde más se necesitan.

LIDERAZGO →

Orientación estratégica: aumentar la proporción y la autoridad de los profesionales de partería y enfermería en los altos cargos sanitarios y académicos y desarrollar continuamente la próxima generación de líderes de enfermería y partería.

Prioridad normativa: establecer y reforzar los puestos de alta dirección para la gobernanza y la gestión de los recursos humanos de enfermería y partería, así como su aportación a la política sanitaria.

Prioridad normativa: invertir en el desarrollo de las capacidades de liderazgo de los profesionales de partería y enfermería.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS →

Orientación estratégica: el personal de partería y enfermería trabaja al máximo de su educación y formación en entornos de prestación de servicios seguros y favorables.

Prioridad normativa: revisar y reforzar los sistemas de regulación profesional y apoyar el fomento de la capacidad de los reguladores, cuando sea necesario.

Prioridad normativa: adaptar los lugares de trabajo para que los profesionales de partería y enfermería puedan contribuir al máximo a la prestación de servicios en equipos sanitarios interdisciplinarios.



Evidencia

- 13. En todos los países existen muchos programas educativos de «nivel de ingreso» para convertirse en partera o enfermera.** Cada nivel tiene diferentes requisitos de admisión y duración del programa, así como credenciales de formación, que van desde un certificado o diploma hasta una licenciatura o un máster (15-17). Una vez que encuentran un empleo en el sistema sanitario, el título y las funciones no distinguen el nivel de formación de la partera o la enfermera. El camino para llegar a ser partera puede consistir en seguir una formación inicial como enfermera, o entrar directamente en un programa de formación en partería. Cada vez se pide más que la formación mínima en partería y enfermería se homogeneice a nivel de licenciatura (18-23). Los profesionales de partería y enfermería con una formación avanzada pueden asumir responsabilidades más amplias en el sistema sanitario, como la dirección, la investigación y la docencia (17, 24).
- 14. Garantizar la calidad de los programas educativos de enfermería y partería y la preparación de profesorado cualificado siguen siendo retos fundamentales.** En los informes *Situación mundial de la enfermería 2020* y *Situación mundial de la partería 2021*, una gran proporción de países informaron de que contaban con normas educativas y mecanismos de acreditación. Sin embargo, en muchos países donde existen mecanismos de acreditación, el proceso no llega a identificar las cuestiones de calidad ni a conseguir que la enseñanza sea eficaz y pertinente para cubrir las prioridades sanitarias locales (25-27). Por ejemplo, en la enseñanza de la partería, los obstáculos a la calidad de la educación incluyen la garantía de que los estudiantes hagan prácticas suficientes en entornos clínicos y de atención a la maternidad adecuados (28-30). La escasez de profesorado cualificado para formar a profesionales de partería y enfermería es un problema generalizado, sobre todo a nivel de licenciatura y superior (31-33). Entre los 70 países que respondieron a una encuesta de 2019-2020 de la Confederación Internacional de Matronas, menos de la mitad (46%) informaron de que todas sus educadoras de partería eran «profesionales de partería cualificados» (8).
- 15. Muchos países no forman a un número suficiente de profesionales de partería y enfermería para satisfacer la demanda del sistema sanitario o las necesidades de salud de la población.** La producción insuficiente de estas profesionales con respecto a la demanda del sistema sanitario puede deberse a diferentes factores: la capacidad limitada de las instituciones para contratar o formar a un número adecuado de alumnos; la insuficiencia del gasto público; la normativa que restringe las admisiones; o los problemas relacionados con la infraestructura, el profesorado o los centros de práctica clínica. Cuando existe capacidad, la matriculación puede ser insuficiente debido a la percepción cultural o social de las profesiones, o porque las condiciones de trabajo, los salarios o las trayectorias profesionales no son atractivos (34-36). Por último, un país puede acusar una escasez si las personas tituladas no tienen las competencias necesarias para satisfacer las necesidades sanitarias de la población. Para compensar una

producción nacional insuficiente de titulados, algunos países, especialmente los de ingresos altos, tienden a recurrir en mayor medida a la movilidad y la migración internacionales de profesionales de partería y enfermería (7, 37). En los informes *Situación mundial de la enfermería 2020* y *Situación mundial de la partería 2021*, los países informaron de tener grandes dificultades para recopilar datos relacionados con la capacidad educativa, los graduados, los costes y la financiación.

- 16. La respuesta a la COVID-19 puso de manifiesto prioridades nuevas y ya existentes en la formación de profesionales de partería y enfermería.** Hacer frente a la pandemia ha dejado al descubierto la necesidad de contar con métodos innovadores, resilientes y eficaces para la esta formación. También ha vuelto a subrayar que es preciso formar a estos profesionales con competencias transversales en materia de cuidados interprofesionales, basados en el trabajo en equipo y culturalmente apropiados, incluido el uso de las tecnologías digitales (38-44). Aunque en algunos lugares se están ampliando eficazmente las sesiones de educación digital y simulación para los estudiantes (45-49), se necesitan mayores inversiones para que el diseño del aprendizaje resulte eficaz, accesibilidad digital, evaluaciones adecuadas y enseñanza adaptada, así como apoyo al profesorado para idear e impartir el aprendizaje digital.

Orientación estratégica: el número de titulados en partería y enfermería se ajusta o supera la demanda del sistema de salud y tiene los conocimientos, las competencias y las actitudes necesarias para cumplir con las prioridades nacionales en materia de salud.

- 17. Prioridad normativa: armonizar los niveles de formación de enfermería y partería con funciones actualizadas dentro de los sistemas sanitario y académico.** Analizar la adecuación de los niveles de los programas con respecto a una combinación equilibrada de competencias de los profesionales sanitarios puede indicar la necesidad de adaptar o mejorar los requisitos de acceso o finalización de los programas de formación en enfermería y obstetricia. Una consideración esencial es mantener una amplia variedad de puntos de acceso a los programas educativos, al tiempo que se eleva el estatus de la enfermería y la partería mediante títulos de educación superior que conllevan mayores responsabilidades en los entornos sanitarios, así como oportunidades de promoción profesional. No obstante, esto debe coincidir con la capacidad institucional de los nuevos programas y la capacidad de absorber a los titulados en los sistemas sanitarios y académicos.

- 18. Medidas instrumentales:** evaluar si los programas educativos de enfermería y partería de nivel de ingreso preparan a los graduados para asumir funciones en el sistema sanitario y en entornos académicos que utilicen todo el potencial de su educación y formación. Considerar los programas puente y otros mecanismos para mejorar las credenciales educativas de los estudiantes y determinar cómo la educación avanzada puede corresponderse con una mayor responsabilidad en el lugar de trabajo y una remuneración acorde. Analizar la armonización geográfica de los requisitos de acceso y finalización de estudios, incluidas las oportunidades de educación interprofesional, con el fin de

preparar a los estudiantes para el trabajo en equipo multidisciplinar una vez que estén en los lugares donde se prestan los servicios.

- 19. Prioridad normativa: mejorar la producción nacional de profesionales de partería y enfermería para satisfacer o superar la demanda del sistema de salud tanto del sector público como del privado.** En muchos países, se necesitarán inversiones para aumentar el número de graduados nacionales, facilitar la formación del profesorado y resolver las limitaciones de infraestructura y tecnología. Una serie de recursos de financiación y de otro tipo pueden facilitar los itinerarios educativos en la atención primaria de salud, ayudar a aumentar la diversidad de los estudiantes y del profesorado, garantizar un periodo mínimo de servicio en el sector público o el despliegue y la retención de los graduados para que ejerzan en comunidades rurales y remotas.
- 20. Medidas instrumentales:** un diálogo político intersectorial con datos sobre el mercado laboral sanitario procedentes de instituciones públicas y privadas puede ayudar a encontrar opciones políticas para reajustar la producción a las necesidades de la población y las demandas del sistema sanitario, por ejemplo, abordando la producción insuficiente, la baja matriculación o la falta de adecuación de las competencias de los graduados a las necesidades sanitarias de la población. Los datos y el diálogo también pueden aportar información sobre si los instrumentos de financiación y de otro tipo (subvenciones, becas, formación en zonas rurales, políticas de admisión específicas con mecanismos de apoyo) pueden ayudar a armonizar la educación con las prioridades normativas.
- 21. Prioridad normativa: crear programas de formación basados en competencias, aplicar un diseño de aprendizaje eficaz, cumplir con las normas de calidad y alinearse con las necesidades de salud que tiene la población.** La formación centrada en las competencias, como enfoque dirigido a resultados que respondan al diseño y la aplicación de los planes de estudio, puede contribuir a la salud de la comunidad cuando los problemas de salud específicos del contexto se utilizan para determinar las habilidades deseadas (50). La acreditación de la formación, si bien es principalmente un mecanismo de rendición de cuentas para garantizar que las instituciones cumplan con los estándares de calidad, también sirve para detectar y abordar áreas que permitan mejorar las competencias y el número de profesores, los criterios de admisión y las capacidades de los estudiantes a través de planes de estudio actualizados y contextualmente adecuados (26). Los criterios de acreditación deben reflejar las nuevas tendencias que surjan en los servicios de salud, que influirán en la práctica sanitaria del futuro, como la carga cambiante de las enfermedades, el rediseño de los sistemas de salud, la atención interprofesional en equipo, la preparación para las catástrofes, la seguridad del paciente y el uso de las tecnologías.
- 22. Medidas instrumentales:** en colaboración con las partes interesadas del ámbito de la salud y la educación, definir los resultados de los planes de estudio en consonancia con las necesidades sanitarias y las funciones de los profesionales de partería y enfermería que trabajan en entornos sanitarios y asistenciales centrados en las personas, integrados y basados en el trabajo en equipo. Proporcionar una base adecuada de conocimientos que permita ofrecer las mejores prácticas en la prestación de cuidados y oportunidades adecuadas de aprendizaje clínico previo al servicio. Exigir la acreditación de todos los programas educativos de enfermería y partería, incluidos los privados con fines de lucro, para apoyar una educación de alta calidad. Colaborar con las organizaciones de acreditación para detectar y corregir los problemas relacionados con la calidad. El *Marco de acción para reforzar la formación de partería* es una guía

que tiene por objeto ofrecer una formación de partería sostenible y de alta calidad antes y durante el servicio, con un plan de acción de siete pasos para las partes interesadas (51).

23. Prioridad normativa: procurar que el profesorado esté debidamente formado en los mejores métodos y tecnologías pedagógicos, con experiencia clínica demostrada en las áreas temáticas. Para aumentar el número de profesores y garantizar su calidad será necesario impartir formación avanzada o cursos sobre procesos y métodos educativos, así como colaborar con los centros clínicos para localizar a médicos expertos que puedan orientar o supervisar a los estudiantes en estos entornos. También se requerirá una mayor inversión en tecnologías e infraestructuras digitales y la formación del profesorado en el uso de la tecnología digital para el aprendizaje a distancia, las simulaciones clínicas y el compromiso con los mentores clínicos y los estudiantes en zonas remotas o rurales. Los educadores deben ser capaces de mantener la competencia clínica, así como de desarrollar y fortalecer las habilidades de enseñanza e investigación clínica y didáctica.

24. Medidas instrumentales: utilizar los resultados de la acreditación para determinar dónde hay que invertir en la contratación, retención y formación del profesorado. Puede ser necesario invertir en tecnología de la información o en equipamiento, y aumentar el acceso a la tecnología digital para los estudiantes y el profesorado de las zonas rurales o remotas. Crear procesos para recompensar o promover al profesorado de alto rendimiento. Fomentar el uso de programas puente (por ejemplo, la finalización del bachillerato) o de programas para ampliar el número de clínicos expertos que puedan matricularse en programas de posgrado que preparen al profesorado en funciones de dirección, gestión de sistemas y realización de investigaciones clínicas, incluidos los cursos de posgrado. Las redes de académicos e investigadores y los programas internacionales de intercambio de profesores han sido eficaces para crear capacidad de investigación entre los educadores.



Evidencia

- 25. El número y la distribución del personal de partería y enfermería en todo el mundo no están en consonancia con las metas de la CSU y los ODS.** Los 27,9 millones de trabajadores de enfermería que hay en el mundo equivalen a que hay un déficit de 5,9 millones de profesionales de partería y enfermería en función de las necesidades. Esta escasez es abrumadora (89%) en los países de ingresos bajos y medianos bajos. Si bien se prevé que el personal de enfermería crezca hasta los 36 millones en 2030, el 70% del aumento previsto se producirá en los países de ingresos medianos altos y altos. Se calcula que el personal de partería asciende a 1,9 millones, con una escala similar de distribución desigual en los países de ingresos bajos y medianos bajos. Si tuvieran acceso a una formación adecuada, a una regulación y a otro tipo de ayudas, los profesionales de partería podrían atender alrededor del 90% de las necesidades mundiales de intervenciones esenciales en materia de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y de los adolescentes (8). Sin embargo, estos profesionales representan menos del 10% del personal mundial que presta estos servicios, lo que indica la necesidad de ampliar la demanda económica para la creación de puestos de trabajo de partería. Aunque los datos comunicados por los países sobre sus plantillas de enfermería y partería para los informes *Situación mundial de la enfermería 2020* y *Situación mundial de la partería 2021* eran sólidos en términos de recuento o existencias, sigue siendo difícil distinguir con precisión entre profesionales de partería, enfermería y enfermería-partería, así como notificar los datos complementarios que se necesitan para la planificación de los efectivos y los análisis del mercado laboral sanitario.
- 26. La movilidad laboral y la migración internacionales tienen una importancia creciente en multitud de sectores y partes interesadas.** Aproximadamente una de cada ocho personas dedicadas a la enfermería trabaja en un país distinto al de su nacimiento o formación. La dependencia del personal de enfermería nacido y formado en el extranjero era 15 veces mayor en los países de ingresos altos que en otras categorías de ingresos. Del mismo modo, en el caso del personal de partería, la dependencia de las personas nacidas o formadas en el extranjero era menor en los países de ingresos bajos y medianos. Los pequeños Estados insulares en desarrollo pueden tener dificultades especiales para retener a los trabajadores sanitarios que pueden ganar salarios más altos en países vecinos con mejores recursos (52-54). Aunque se ha producido un aumento de los acuerdos entre gobiernos relacionados con la movilidad internacional de los trabajadores sanitarios, los ministerios de salud y otras partes interesadas en el ámbito sanitario no participan sistemáticamente en la negociación y la aplicación de estos acuerdos (55). Es posible que la movilidad laboral y la migración internacionales hayan aumentado durante la pandemia de COVID-19 debido a la demanda de puestos de trabajo en el sector de la enfermería y a la relajación de las barreras de acceso a la práctica (56).

27. La contratación y la retención es una lucha casi universal, sobre todo para las zonas rurales y remotas y los pequeños Estados insulares en desarrollo (52, 57, 58). En algunas circunstancias, la disminución de la disponibilidad puede coexistir con el desempleo y con situaciones en las que los puestos de trabajo (vacantes) no se cubren debido a las limitaciones del espacio fiscal o económico necesario para emplear a estos profesionales, o porque han elegido trabajar en otros sectores (59, 60). Una vez empleados, los profesionales de partería y enfermería experimentan factores de tira y afloja bien documentados, como los sesgos de género y de poder que pueden impregnar las políticas y los reglamentos del lugar de trabajo (34, 61, 62). Los datos indican que una serie de incentivos económicos y de otro tipo pueden ayudar a retener al personal de partería y enfermería en zonas rurales, remotas y otras zonas desatendidas, incluida la autonomía profesional y la capacidad de trabajar en todo el espectro de competencias (53, 57, 58, 63-65). En el caso de ambas profesiones, la COVID-19 ha puesto de manifiesto la existencia de lagunas en las políticas que son importantes para retener a estas profesionales en los entornos asistenciales, a fin de garantizar la salud y la seguridad en el trabajo, cuya ausencia provoca infecciones, enfermedades y muertes, junto con agotamiento, absentismo y el consiguiente impacto en la prestación de servicios sanitarios (66-69).

Orientación estratégica: aumentar la disponibilidad de personal de salud mediante la creación sostenible de puestos de trabajo de enfermería y partería, la contratación y retención de profesionales de partería y enfermería, y la gestión ética de la movilidad y la migración internacionales.

28. Prioridad normativa: llevar a cabo la planificación y previsión de las plantillas de enfermería y partería desde la óptica del mercado laboral de la salud. La utilización de esta perspectiva permite tener un conocimiento integral de los factores que inducen la escasez y el exceso de personal de salud, la combinación de capacidades y los desequilibrios geográficos, así como el rendimiento insuficiente. Los datos sobre las existencias y la distribución, así como sobre la educación (solicitantes, profesores, graduados) y el empleo (vacantes, rotación, migración), son esenciales de cara a formular políticas eficaces en materia de personal de salud y a prever y planificar las necesidades futuras. Los países suelen emplear un análisis del mercado laboral de la salud en el proceso de elaboración o actualización de sus planes estratégicos y de inversión en personal de salud.

29. Medidas instrumentales: un enfoque multisectorial dirigido por el ministerio de salud y los jefes de enfermería y partería del gobierno, en coordinación y colaboración con los ministerios de educación, finanzas, trabajo, desarrollo social y los sectores privado, no gubernamental y sin fines de lucro, es fundamental para señalar las cuestiones políticas clave y los datos necesarios para el análisis. Los países deberían acelerar la aplicación del sistema de cuentas nacionales del personal de salud (CNPS) con objeto de recopilar los datos necesarios para realizar análisis del mercado de trabajo de la salud y gestionar los recursos humanos. La planificación y la previsión deberían tener en cuenta ámbitos de práctica optimizados, por ejemplo, la práctica autónoma de los profesionales de partería en entornos comunitarios y la prestación de servicios de enfermería en la atención primaria, incluida la gestión de enfermedades no transmisibles. El diálogo desde la perspectiva del mercado laboral de la salud también puede tener en cuenta cómo los modelos de prestación de servicios (p. ej., la continuidad

de la atención dirigida por personal de partería) pueden influir en el acceso, la calidad de la atención, la satisfacción laboral y la contratación y la retención.

30. Prioridad normativa: garantizar una demanda adecuada (puestos de trabajo) con respecto a la prestación de servicios sanitarios para la atención primaria y otras prioridades de salud de la población.

Los 5,9 millones de nuevos puestos de trabajo de enfermería y partería necesarios para satisfacer las necesidades de la población pueden crearse en la mayoría de los países con la financiación nacional existente a través de un mayor enfoque en la movilización de recursos internos (70). Algunos países de ingresos bajos y medianos bajos tendrán dificultades para generar puestos de trabajo debido a una demanda insuficiente para emplear al personal de partería y enfermería requerido para alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU); en otros países puede ser necesario aumentar la capacidad de absorción o la participación en el mercado laboral en general (71). La armonización y el alineamiento de los compromisos de los donantes, los asociados para el desarrollo y las instituciones financieras internacionales pueden permitir un apoyo sostenible y firme, adecuando los flujos de financiación y las políticas a las prioridades económicas, sociales y medioambientales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (72). Esto permitirá reforzar las plantillas de enfermería y partería, al tiempo que se garantiza que la masa salarial pueda ampliarse y mantenerse para acelerar el progreso hacia la CSU y otros objetivos de salud.

31. Medidas instrumentales: un examen del mercado laboral sanitario, junto con un análisis de viabilidad económica, pueden ayudar a fundamentar las acciones destinadas a optimizar la inversión en el personal de enfermería y partería. La movilización de recursos nacionales puede conllevar una asignación presupuestaria adicional para el empleo relacionado con la enfermería y la partería, así como la inclusión del sector privado en modelos de financiación diversos y sostenibles que permitan asegurar la disponibilidad de profesionales de partería y enfermería a largo plazo. Los países que reciben ayuda para el desarrollo pueden tener que buscar oportunidades para aprovechar la financiación intersectorial en apoyo de las estrategias de personal de salud y poner en marcha mecanismos de financiación innovadores, como la mancomunidad de fondos institucionales, al tiempo que se reconstruye la capacidad para la expansión sostenible de la masa salarial. La creación de puestos de trabajo y las nuevas oportunidades de empleo deben estar disponibles de forma equitativa y contribuir a que las plantillas de enfermería y partería sean representativas de las poblaciones a las que sirven.

32. Prioridad normativa: reforzar la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (el «Código»).

El Código es ampliamente reconocido como el marco ético universal que vincula la contratación internacional de personal de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud. La aplicación del Código puede ayudar a que los avances hacia la CSU, y la capacidad de responder y gestionar las emergencias sanitarias en los Estados Miembros, sirvan para apoyar, en lugar de comprometer, logros similares conseguidos en otros Estados Miembros.

33. Medidas instrumentales: los intereses de las partes interesadas del sistema sanitario, incluidos los ministerios de salud, deben tenerse en cuenta como parte de los debates relacionados con la migración y la movilidad internacionales de los trabajadores sanitarios. En la medida de lo posible, los acuerdos entre países en este ámbito deben basarse explícitamente en los análisis del mercado laboral sanitario (procurando que no haya repercusiones negativas en el sistema sanitario del país de origen) y deben comunicarse a través del mecanismo de

notificación del Código. En la actual economía globalizada, existen marcos de gobernanza y regulación de las normas de empleo para promover la igualdad de oportunidades de todos los géneros a obtener un trabajo decente y productivo (73).

34. Prioridad normativa: atraer, contratar y retener a profesionales de partería y enfermería allí donde más se necesitan. El compromiso intersectorial de las partes interesadas es esencial para identificar los problemas y las soluciones destinadas a mejorar la contratación y la retención de personal de partería y enfermería en relación con las áreas de mayor necesidad y para no dejar a nadie atrás. Las políticas en el lugar de trabajo pueden servir para aumentar el acceso equitativo a los servicios de salud, abordar la discriminación de género y garantizar la seguridad de profesionales de partería y enfermería. Estos aspectos son especialmente importantes en las emergencias sanitarias, en las que, en ausencia de tales políticas, el personal de partería y enfermería puede verse expuesto a riesgos inaceptables y a violaciones de sus derechos fundamentales como trabajadores sanitarios, incluidos los desplazamientos y los riesgos de una crisis humanitaria.

35. Medidas instrumentales: las políticas agrupadas de retención que abarcan la educación, la regulación, los incentivos y el apoyo personal y profesional (74). Pensar en una «vía rural» de estudiantes que se formen como profesionales de la salud y regresen a sus comunidades para ejercer. Poner en marcha protecciones sociales legislativas y administrativas, como la indemnización del ejercicio profesional por infección, incapacidad o muerte, la baja por enfermedad pagada y el seguro de riesgos laborales. Analizar las escalas salariales nacionales con respecto a salarios dignos y comprometerse con un sistema de remuneración justo y neutral en cuanto al género entre los trabajadores sanitarios, también en el sector privado. Reconocer el avance en la formación de profesionales de partería y enfermería asignándoles las correspondientes responsabilidades individuales y la remuneración correspondiente. Aplicar políticas de tolerancia cero a la discriminación de género y al acoso verbal, físico y sexual.



Evidencia

- 36. Las mujeres representan casi el 70% de los trabajadores sanitarios a nivel mundial, el 89% de los profesionales de la enfermería y el 93% del personal de partería, pero solo ocupan el 25% de los puestos de responsabilidad en las organizaciones de salud (61).** Las diferencias de liderazgo entre hombres y mujeres se deben a los estereotipos, la discriminación, el desequilibrio de poder y los privilegios (57, 75, 76). Las aportaciones de las mujeres directivas en el ámbito de la salud (por ejemplo, parteras y enfermeras) amplían la agenda sanitaria y dan lugar a políticas de salud que apoyan más a las mujeres y los niños (34, 77-80). La capacidad de liderazgo eficaz que tienen las parteras y las enfermeras que son jefas repercute positivamente en la retención de estas profesionales y en la prestación de servicios, y puede reducir la angustia psicológica durante una pandemia (64, 80-84). Con la ausencia de estas mujeres directivas en el nivel de toma de decisiones, o de las aportaciones de los profesionales de partería y enfermería a las políticas sanitarias para la salud de la población, el progreso hacia la CSU y los ODS se ve debilitado en general (85).
- 37. Aproximadamente entre el 50% y el 70% de los países que facilitaron datos indicaron la existencia de un cargo gubernamental de alto nivel nacional para enfermería y partería, respectivamente.** El 9% de los países que comunicaron datos para el informe *Situación de la partería en el mundo 2021* indicaron que no había ninguna partera que ocupara un puesto de dirección. Una «encuesta rápida» realizada por el Consejo Internacional de Enfermeras sobre las directoras de enfermería gubernamentales reveló que pocas tenían autoridad para asesorar e influir a nivel estratégico (86). Sólo el 50% de los países que respondieron a la encuesta indicaron la existencia de programas de desarrollo del liderazgo para los profesionales de enfermería con apoyo nacional. Esto es significativo porque no todos los niveles de preparación de la educación de enfermería y partería incluyen habilidades de liderazgo en los planes de estudio (79, 82, 87). Los países que informaron de que había una jefa de enfermería gubernamental y un programa nacional de desarrollo del liderazgo, contaban con una red más sólida de regulaciones en el lugar de trabajo y la formación.

Orientación estratégica: aumentar la proporción y la autoridad de los profesionales de partería y enfermería en los altos cargos sanitarios y académicos, y desarrollar y capacitar continuamente a la próxima generación de líderes de estos dos ámbitos.

38. Prioridad normativa: establecer y reforzar los puestos de liderazgo de alto nivel para la gobernanza y la gestión de los recursos humanos de enfermería y partería, así como su aportación a la política sanitaria.

Las jefas de enfermería y partería gubernamentales deberían trabajar en igualdad de condiciones con otros dirigentes profesionales de la salud en la toma de decisiones estratégicas que repercutan en la planificación de los servicios de salud encaminados a satisfacer las necesidades de salud de la población. A nivel nacional, este puesto debería tener responsabilidades y recursos para la gobernanza y la gestión de los recursos humanos de enfermería y partería, así como para impulsar el intercambio y el análisis de datos sobre enfermería y partería, convocar a las partes interesadas para entablar un diálogo político y dirigir la toma de decisiones basada en datos.

39. Medidas instrumentales: garantizar que la función esté dotada de recursos y que las responsabilidades incluyan una autoridad adecuada para la toma de decisiones y la contribución a la formulación de políticas sanitarias. Proporcionar formación y desarrollo de habilidades a las jefas de enfermería y partería del gobierno, según sea necesario, en áreas de finanzas y administración, gestión y planificación del personal para la salud de la población, utilizando análisis del mercado laboral y del espacio fiscal. Es posible que sea necesario establecer o reforzar los mandatos o mecanismos para la notificación de datos sobre el personal y la convocatoria de las partes interesadas para compartir datos y dialogar sobre políticas. En los países con una administración del personal de salud descentralizada, puede ser necesario crear competencias y mecanismos institucionales a nivel subnacional.

40. Prioridad normativa: invertir en crear capacidades de liderazgo para profesionales de partería y enfermería. Los programas de formación para mejorar las capacidades técnicas, administrativas y de gestión pueden dotar al personal de partería y enfermería de competencias de liderazgo que no siempre se incluyen en los planes de estudio. Los programas que contemplan prácticas o tutorías con diferentes tipos de organizaciones o líderes pueden exponer al personal joven de partería y enfermería a una variedad de cuestiones de atención sanitaria y al uso de la investigación como fundamento de la práctica y las políticas de salud.

41. Medidas instrumentales: asegurar que se asigna un presupuesto a los programas nacionales o regionales. Exigir la igualdad de oportunidades entre géneros, razas, grupos lingüísticos y étnicos, y oportunidades diferenciadas para el personal joven de partería y enfermería, así como para los grupos con escasa representación en los puestos de dirección. Trabajar con organizaciones educativas, de investigación y sanitarias para establecer programas de desarrollo del liderazgo y oportunidades de tutoría. Crear mecanismos de premio y reconocimiento para llamar la atención sobre las contribuciones de la enfermería y la partería a las prioridades de salud y proporcionar modelos de conducta a los futuros profesionales.



Evidencia

- 42. Los profesionales de partería y enfermería pueden proporcionar con seguridad y eficacia una gran parte de la atención primaria de salud, pero a menudo no desempeñan su labor en toda la extensión de la educación y la formación recibidas.** La plena utilización de las competencias del personal de partería y enfermería puede ayudar a disminuir las disparidades en el acceso a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables, rurales y remotas, incluso en periodos de emergencias y crisis sanitarias (88-91). La cobertura universal de las intervenciones realizadas por personal de partería podría evitar el 67% de la mortalidad materna, el 64% de la mortalidad neonatal y el 65% de la mortinatalidad (92). Se ha demostrado que el personal de enfermería de práctica avanzada presta con seguridad y eficacia una amplia gama de servicios, ya sea como generalistas (p. ej., enfermería de atención primaria familiar) o como especialistas (p. ej., en anestesia, salud infantil, neonatología o geriatría) (93-95). Los profesionales de enfermería pueden brindar eficazmente una extensa variedad de servicios de atención primaria de salud y de atención de enfermedades no transmisibles, lo que incluye la prescripción de medicamentos y ciertas pruebas diagnósticas (96-98). Además de las pruebas, las leyes y los reglamentos pueden limitar intencionadamente a estos profesionales el ejercicio de ciertas competencias adquiridas en su formación, a veces por problemas territoriales con otros grupos laborales (99-102). Las políticas nacionales, las estrategias específicas para cada enfermedad (p. ej., el virus de la inmunodeficiencia humana) y las políticas o protocolos de los establecimientos de salud también pueden influir en el conjunto de servicios que los profesionales de partería y enfermería pueden proporcionar (103).
- 43. Los reglamentos profesionales y los sistemas de regulación no suelen reflejar las funciones cada vez más amplias del personal de partería y enfermería en los entornos de servicios, su movilidad internacional y las necesidades de intercambio de datos.** Los reglamentos profesionales incluyen el requisito de estar registrado y/o titulado como profesional de la partería o enfermería, el alcance de la práctica de cada ocupación y las condiciones, si las hay, para mantener el registro o la licencia. Los informes *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y *Situación de la partería en el mundo 2021* indicaron que algunos países no tienen un examen de habilitación para evaluar la competencia inicial y otros no exigen pruebas de competencia continua (como el desarrollo profesional permanente) para renovar sus credenciales. En muchos países, los ámbitos de la práctica no reflejan el alcance del contenido de los programas de educación y formación en enfermería y partería, ni las pruebas sobre su seguridad y eficacia en ámbitos de práctica. El aumento de la movilidad internacional del personal de partería y enfermería ha puesto de manifiesto importantes retrasos o barreras a la hora de recibir el pleno reconocimiento profesional cuando intentan ejercer en otra jurisdicción; las barreras también pueden estar relacionadas con las habilidades comunicativas y lingüísticas (104-108). Con frecuencia, los retrasos obedecen a la falta de información necesaria para verificar las credenciales y evaluar la competencia para ejercer.

44. La respuesta a la COVID-19 reforzó la necesidad de contar con entornos de trabajo propicios que apoyen una prestación de servicios óptima por parte de los profesionales de partería y enfermería. El personal de salud y asistencial se enfrentó a graves problemas en la respuesta a la pandemia de COVID-19, como la sobrecarga de trabajo, la falta de equipos de protección personal y otros equipos esenciales, el riesgo de infección y muerte, la cuarentena, la discriminación y los ataques sociales, y la doble responsabilidad de cuidar a amigos y familiares (67, 109-111). Los efectos perjudiciales para la salud mental han sido notables (112-114). Estos problemas también influyen en la seguridad y la calidad de la prestación de servicios (115, 116). Aunque la mayoría de los países experimentaron una interrupción en la prestación de servicios sanitarios, muchos innovaron o integraron nuevos enfoques (117, 118). Sin embargo, afloró la preocupación de que el planteamiento de reasignar a profesionales de partería con formación en enfermería para atender a pacientes con COVID-19 disminuyera aún más la disponibilidad de los servicios maternos y neonatales (119). La respuesta a la COVID-19 también sirvió para demostrar la viabilidad y la eficacia de proporcionar formación totalmente virtual, en el servicio, para el desarrollo de capacidades y habilidades de profesionales de partería y enfermería (120-122). Los entornos adecuados también abarcan la dotación de personal seguro, el respeto y la colaboración de otros profesionales de la salud, los recursos adecuados, los sistemas de derivación eficaces, los dirigentes con experiencia y la gestión de los centros de apoyo (34, 57, 64, 123).

Orientación estratégica: los profesionales de partería y enfermería trabajan al máximo de su educación y formación en entornos de prestación de servicios seguros y favorables.

45. Prioridad normativa: revisar y reforzar los sistemas de regulación profesional y apoyar la creación de capacidad de los reguladores, cuando sea necesario. Además de proteger al público, las regulaciones pueden facilitar la incorporación eficiente de personal de partería y enfermería cualificado al personal activo para aumentar el acceso a servicios sanitarios de calidad. La armonización de las normativas entre países y el establecimiento de acuerdos de reconocimiento mutuo pueden agilizar la movilidad entre las jurisdicciones participantes. La revisión de la legislación y la reglamentación debe llevarse a cabo teniendo en cuenta los resultados de la formación de profesionales de partería y enfermería y las funciones optimizadas en los entornos de prestación de servicios. En el caso del personal de partería que también está acreditado como profesional de enfermería, es esencial que pase un tiempo adecuado prestando servicios de partería para mantener una competencia continua en la atención a la maternidad. Los mecanismos de garantía de la calidad pueden ayudar a evaluar y supervisar la actuación de los reguladores y la eficiencia y eficacia de la normativa (124).

46. Medidas instrumentales: la legislación y la normativa deberían actualizarse teniendo en cuenta su formación y el aumento de las funciones que han de desempeñar en la práctica. Los ámbitos de la práctica de ambos profesionales deberían diferenciarse adecuadamente para evitar una posible mala gestión o distribución inadecuada. Se pueden mantener registros activos de las personas «aptas para la práctica» exigiendo a estos profesionales que renueven periódicamente su registro o licencia y exigiendo que se demuestre de forma continuada la competencia o el desarrollo profesional continuo. Los reguladores pueden facilitar que se mantengan las competencias existentes y que se adquieran otras nuevas permitiendo que la formación continua aplicable o los cursos adicionales cuenten como requisito. Se debe considerar la posibilidad de armonizar las regulaciones entre países y los acuerdos de reconocimiento mutuo. Estos arreglos deberían estar respaldados por un registro «vivo» que se pueda utilizar en todo el sistema de salud y otros reguladores. En algunos países, es posible que los reguladores necesiten crear capacidades, apoyo administrativo o sistemas y recursos de tecnología de la información más eficaces.

47. Prioridad normativa: adaptar las políticas del lugar de trabajo para permitir que el personal de partería y enfermería contribuya al máximo a la prestación de servicios en equipos sanitarios interdisciplinarios. Las políticas del puesto de trabajo deben reforzar el trabajo decente y los entornos propicios, lo que incluye abordar cuestiones de género, discriminación, poder, jerarquía y respeto (125). Para responder a emergencias, conflictos, catástrofes y prestar los servicios correspondientes, los profesionales de partería y enfermería necesitan recursos, formación y equipos adecuados. Quizás sea necesario crear capacidad en las áreas de evaluación de riesgos, prevención, preparación, respuesta y recuperación. La OMS ha alentado a que los países impliquen a todas las partes interesadas para adoptar las decisiones políticas y de gestión pertinentes para salvaguardar los derechos de los trabajadores sanitarios y asistenciales, el trabajo decente y los entornos de práctica (111).

48. Medidas instrumentales: los profesionales de partería y enfermería que trabajan en situaciones de emergencia, como la respuesta a la COVID-19, deben disponer de horas extraordinarias y de una remuneración por riesgo cuando sea necesario, y beneficiarse de medidas integrales de salud y seguridad en el trabajo, como equipos de protección personal adecuados, formación sobre prevención y control de infecciones, diagnóstico y gestión de casos clínicos, y apoyo y servicios de salud mental. Los empleadores deben garantizar una dotación de personal segura y una carga de trabajo manejable, y recopilar datos estandarizados y actualizados sobre los trabajadores sanitarios, incluidos los casos de infecciones, muertes y agresiones por COVID-19. Los datos pueden utilizarse para realizar perfiles de riesgo del personal y redistribuirlo en consecuencia para salvaguardarlo de los riesgos laborales, por ejemplo, mediante el uso de servicios de telesalud. Las herramientas para estimar el número, la asignación y las funciones óptimas de los profesionales de partería y enfermería como miembros del equipo sanitario pueden ayudar a conseguir una dotación de personal segura (126-128). La habilitación de una práctica completa podría incluir la provisión de tecnología de apoyo a la toma de decisiones y mecanismos eficientes de derivación para personal de partería y enfermería en zonas remotas o que ejercen solas, y la integración efectiva en entornos de maternidad secundarios y terciarios para profesionales de partería en las comunidades. Poner en marcha entornos de trabajo que transformen la perspectiva de género, incluida la tolerancia cero ante la violencia y el acoso sexual, así como políticas para corregir las desventajas a las que se enfrentan las mujeres con responsabilidades familiares, domésticas y de cuidado no remuneradas.

Conclusión

49. El impacto de la pandemia de COVID-19 ha reforzado la necesidad mundial de disponer de profesionales de partería y enfermería cualificados y ha puesto de relieve la urgencia de invertir en su formación, empleos, liderazgo y entornos de prestación de servicios. Las orientaciones estratégicas proporcionan

áreas prioritarias para las políticas destinadas a empoderar a estos profesionales del mundo. El proceso de aplicación se basa en la participación amplia e intersectorial de los países en la presentación de datos, el diálogo político y la toma de decisiones sobre las medidas políticas adoptadas.



Referencias

1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución adoptada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Nueva York NY, Naciones Unidas, 2015.
2. 13.º Programa General de Trabajo 2019–2023. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>), consultado el 16 de junio de 2021.
3. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Nueva York NY, Naciones Unidas, 2015.
4. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
5. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
6. 2020: Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería: A72/54 Rev.1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
7. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.
8. El Estado de las Matronas en el Mundo 2021. Nueva York NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021.
9. 73.ª Asamblea Mundial de la Salud A73/B/CONF./2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.
10. Ten Hoop-Bender P, Homer C, Matthews Z, Nove A, Sochas L, Campbell J, et al. McManus J, editor. The state of the world's midwifery: a universal pathway, a woman's right to health. Nueva York NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014.
11. Declaración de la Triada de 2020. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, Confederación Internacional de Matronas, Organización Mundial de la Salud, 2020.
12. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bull World Health Organ. 2013;91:892-4.
13. Cuentas nacionales del personal de salud: guía de implementación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
14. Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2008.
15. Castro Lopes S, Nove A, Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Bokosi M, Moyo NT, et al. A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway. Hum Resour Health. 2016;14:37.
16. Hermansson E, Mårtensson LB. The evolution of midwifery education at the master's level: a study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna process. Nurse Educ Today. 2013;33:866-72.
17. Kumakech E, Anathan J, Udho S, Auma AG, Atuhaire I, Nsubuga AG, et al. Graduate midwifery education in Uganda aiming to improve maternal and newborn health outcomes. Ann Global Health. 2020;86:52-.
18. Cho E, Park J, Choi M, Lee HS, Kim EY. Associations of nurse staffing and education with the length of stay of surgical patients. J Nurs Scholarsh. 2018;50:210-8.
19. Harrison JM, Aiken LH, Sloane DM, Brooks Carthon JM, Merchant RM, Berg RA, et al. In hospitals with more nurses who have baccalaureate degrees, better outcomes for patients after cardiac arrest. Health Aff (Millwood). 2019;38:1087-94.
20. White EM, Smith JG, Trotta RL, McHugh MD. Lower postsurgical mortality for individuals with dementia with better-educated hospital workforce. J Am Geriatr Soc. 2018;66:1137-43.
21. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert CF, Hill J, Riefert MJ, et al. Academisation of the midwifery profession and the implementation of higher education in the context of the new requirements for licensure. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2020;80:1008-15.
22. Plappert C, Graf J, Simoes E, Schönhardt S, Abele H. The academization of midwifery in the context of the amendment of the German midwifery law: current developments and challenges. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2019;79:854-62.
23. Reuschenbach B, Komlew A. Attitudes towards Bachelor-level education amongst Bavarian midwives: results of a descriptive cross-sectional survey in Bavaria, Germany. Europ J Midwifery. 2018;2:17.
24. Bogren M, Doraiswamy S, Erlandsson K. Building a new generation of midwifery faculty members in Bangladesh. J Asian Midwives. 2017;4:52-8.
25. Nove A, Pairman S, Bohle LF, Garg S, Moyo NT, Michel-Schuldts M, et al. The development of a global midwifery education accreditation programme. Glob Health Action. 2018;11:1489604-.
26. Bogren M, Banu A, Parvin S, Chowdhury M, Erlandsson K. Findings from a context specific accreditation assessment at 38 public midwifery education institutions in Bangladesh. Women Birth. 2021;34:e76-e83.
27. Markaki A, Moss J, Shorten A, Selleck C, Loan L, McLain R, et al. Strengthening universal health: development of a nursing and midwifery education quality improvement toolkit. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3188-e.
28. Lendahls L, Oscarsson MG. Midwifery students' experiences of simulation- and skills training. Nurse Educ Today. 2017; 50:12-16.
29. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. Int J Med Educ. 2018;9:64-71.
30. Lakhani A, Jan R, Baig M, Mubeen K, Ali SA, Shahid S, et al. Experiences of the graduates of the first baccalaureate midwifery programme in Pakistan: A descriptive exploratory study. Midwifery. 2018;59:94-9.
31. West F, Homer C, Dawson A. Building midwifery educator capacity in teaching in low and lower-middle income countries. A review of the literature. Midwifery. 2016;33:12-23.
32. Erlandsson K, Doraiswamy S, Wallin L, Bogren M. Capacity building of midwifery faculty to implement a 3-years midwifery diploma curriculum in Bangladesh: A process evaluation of a mentorship programme. Nurse Educ Pract. 2018;29:212-8.
33. Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. BMC Nurs. 2018;17:3.

34. Midwives voices, midwives realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
35. Celebi E, Kargin M. Social gender and nursing in Turkey: a qualitative research. *J Pak Med Assoc.* 2019;69:1184-6.
36. Tawash E, Cowman S. The NURSING-Positive recruitment Arabic model (NURS-P.R.A.M.): A mixed methods study. *J Adv Nurs.* 2018;74:2630-9.
37. Williams GA, Jacob G, Rakovac I, Scotter C, Wismar M. Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. *Eur J Public Health.* 2020;30(Suppl._4):iv5-iv11.
38. Donnelly C, Ashcroft R, Bobbette N, Mills C, Mofina A, Tran T, et al. Interprofessional primary care during COVID-19: a survey of the provider perspective. *BMC Fam Pract.* 2021;22:31.
39. Lomiguen CM, Rosete I, Chin J. Providing culturally competent care for COVID-19 intensive care unit delirium: a case report and review. *Cureus.* 2020;12:e10867-e.
40. National Council of State Boards of Nursing. NCSBN's environmental scan COVID-19 and Its impact on nursing and regulation. *J Nurs Reg.* 2021;11:S1-S36.
41. Scott J, Johnson R, Ibemere S. Addressing health inequities re-illuminated by the COVID-19 pandemic: how can nursing respond? *Nurs Forum.* 2021;56:217-21..
42. Waya JLL, Ameh D, Mogga JLK, Wamala JF, Olu OO. COVID-19 case management strategies: what are the options for Africa? *Infect Dis Poverty.* 2021;10:30.
43. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, Prince-Paul M, Johnson RR. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2021;104:438-51.
44. Yan C, Zhang X, Gao C, Wilfong E, Casey J, France D, et al. Collaboration structures in COVID-19 critical care: retrospective network analysis study. *JMIR Hum Factors.* 2021;8:e25724-e.
45. Chen T, Peng L, Yin X, Rong J, Yang J, Cong G. Analysis of user satisfaction with online education platforms in China during the COVID-19 pandemic. *Healthcare (Basel).* 2020;8:200.
46. Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez M. Experiences of nursing students during the abrupt change from face-to-face to e-learning education during the first month of confinement due to COVID-19 in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:5519.
47. Tawalbeh LI. Effect of simulation modules on Jordanian nursing student knowledge and confidence in performing critical care skills: a randomized controlled trial. *Int J Afr Nurs Sci.* 2020;13:100242.
48. Fogg N, Wilson C, Trinka M, Campbell R, Thomson A, Merritt L, et al. Transitioning from direct care to virtual clinical experiences during the COVID-19 pandemic. *J Prof Nurs.* 2020;36:685-91.
49. Knobel R, Menezes MO, Santos DS, Takemoto MLS. Planning, construction and use of handmade simulators to enhance the teaching and learning in Obstetrics. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3302.
50. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376:1923-58.
51. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
52. Homer CS, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. *Women Birth.* 2017;30:193-9.
53. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (Human Resources for Health Observer Series No 25).
54. Rolle Sands S, Ingraham K, Salami BO. Caribbean nurse migration-a scoping review. *Hum Resour Health.* 2020;18:19.
55. Informe del Grupo consultivo de expertos de la OMS encargado de examinar la pertinencia y eficacia del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. Informe del Director General a la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.
56. Dempster H, Smith R. Migrant health workers are on the COVID-19 frontline. We need more of them. Washington, DC: Center for Global Development; 2020.
57. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One.* 2016;11:e0153391.
58. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT, et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:55.
59. Siankam Tankwanchi A, N'Simbo A, Hagopian A. Health worker unemployment in low- and middle-income countries with shortage. Draft evidence brief no. 9. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
60. Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Akugri FA, Nabyonga-Orem J. The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Hum Resour Health.* 2020;18:16.
61. Delivered By women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
62. Renfrew MJ, Ateva E, Dennis-Antwi JA, Davis D, Dixon L, Johnson P, et al. Midwifery is a vital solution-what is holding back global progress? *Birth.* 2019;46:396-9.
63. Buchan J, Schaffer FA, Catton H. Policy brief: nurse retention. Philadelphia, PA: International Center on Nurse Migration; 2018.
64. Ngabonzima A, Asingizwe D, Kouveliotis K. Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. *BMC Nurs.* 2020;19:35.
65. Mburu G, George G. Determining the efficacy of national strategies aimed at addressing the challenges facing health personnel working in rural areas in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Primary Health Care Fam Med.* 2017;9:e1-e8.
66. Irshad M, Khattak SA, Hassan MM, Majeed M, Bashir S. How perceived threat of Covid-19 causes turnover intention among Pakistani nurses: A moderation and mediation analysis. *Int J Ment Health Nurs.* 2020;10.1111/inm.12775.

67. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020;323:1439-40.
68. Armstrong D, Moore J, Fraher EP, Frogner BK, Pittman P, Spetz J. COVID-19 and the health workforce. *Med Care Res Rev*. 2020;1077558720969318.
69. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. *J Glob Health*. 2020;10:010345.
70. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e875-e87.
71. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e1500-e10.
72. Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Financiación para el Desarrollo. *Financing for Sustainable Development Report 2020*. Nueva York NY, Naciones Unidas, 2020.
73. Las reglas del juego: Una introducción a la actividad normativa de la Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2019.
74. Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.
75. Varghese J, Blankenhorn A, Saligram P, Porter J, Sheikh K. Setting the agenda for nurse leadership in India: what is missing. *Int J Equity Health*. 2018;17:98.
76. Newman CJ, Stilwell B, Rick S, Peterson KM. Investing in the power of nurse leadership: what will it take? *Nursing Now*; 2019.
77. Downs JA, Reif LK, Hokororo A, Fitzgerald DW. Increasing women in leadership in global health. *Acad Med*. 2014;89:1103-7.
78. Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International nursing: caring in nursing leadership-a meta-ethnography from the nurse leader's perspective. *Nurs Adm Q*. 2018;42:E1-E19.
79. Ferguson SL, Al Rifai F, Maay'a M, Nguyen LB, Qureshi K, Tse AM, et al. The ICN Leadership For Change™ Programme--20 years of growing influence. *Int Nurs Rev*. 2016;63:15-25.
80. Rosa WE, Kurth AE, Sullivan-Marx E, Shamian J, Shaw HK, Wilson LL, et al. Nursing and midwifery advocacy to lead the United Nations Sustainable Development Agenda. *Nurs Outlook*. 2019.
81. Pfeiffer E, Owen M, Pettitt-Schieber C, Van Zeijl R, Srofenyoh E, Olufolabi A, et al. Building health system capacity to improve maternal and newborn care: a pilot leadership program for frontline staff at a tertiary hospital in Ghana. *BMC Med Educ*. 2019;19:52.
82. Foster AA, Makukula MK, Moore C, Chizuni NL, Goma F, Myles A, et al. Strengthening and institutionalizing the leadership and management role of frontline nurses to advance universal health coverage in Zambia. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6:736-46.
83. Ahmed F, Zhao F, Faraz NA. How and when does inclusive leadership curb psychological distress during a crisis? Evidence from the COVID-19 outbreak. *Front Psychol*. 2020;11:1898.
84. Colwell FJ. Leadership strategies to improve nurse retention. *Int J Nurs*. 2019;6:171-84.
85. Downs JA, Mathad JS, Reif LK, McNairy ML, Celum C, Boutin-Foster C, et al. The ripple effect: why promoting female leadership in global health matters. *Public Health Action*. 2016;6:210-1.
86. Encuesta rápida del CIE: en el Año de la Enfermera y la Partera aproximadamente solo la mitad de los países del mundo tienen una Enfermera Jefe. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2020 (<https://www.icn.ch/es/noticias/encuesta-rapida-del-cie-en-el-ano-de-la-enfermera-y-la-partera-aproximadamente-solo-la>), consultado el 16 de junio de 2021.
87. Hafsteinsdóttir TB, Schoonhoven L, Hamers J, Schuurmans MJ. The leadership mentoring in nursing research program for postdoctoral nurses: a development paper. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52:435-45.
88. Rosa WE, Fitzgerald M, Davis S, Farley JE, Khanyola J, Kwong J, et al. Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. *Int Nurs Rev*. 2020;10.1111/inr.12632.
89. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, Ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384:1146-57.
90. Kollie ES. Experiences of nurses and midwives during the Ebola outbreak in Liberia, West Africa [thesis]. Loma Linda, CA: Loma Linda University; 2016.
91. Holmgren J, Paillard-Borg S, Saaristo P, von Strauss E. Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa. *Nurs Open*. 2019;6:824-33.
92. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9:e24-e32.
93. Hassmiller S, Pulcini J, editors. *Advanced practice nursing leadership: a global perspective*. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2020.
94. Christmans CD, Armstrong SJ. Curriculum framework for advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a multimethod study. *BMJ Open*. 2020;10:e035580-e.
95. Dlamini CP, Khumalo T, Nkwanyana N, Mathunjwa-Dlamini TR, Macera L, Nsibandze BS, et al. Developing and implementing the family nurse practitioner role in Eswatini: implications for education, practice, and policy. *Ann Glob Health*. 2020;86:50.
96. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: a scoping review. *Nurs Open*. 2020;7:1197-207.
97. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the nursing role effectiveness model in evaluating nursing contributions in primary health care: a scoping review. *Nurs Open*. 2019;6:685-97.
98. Martinez-Gonzalez NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:214.

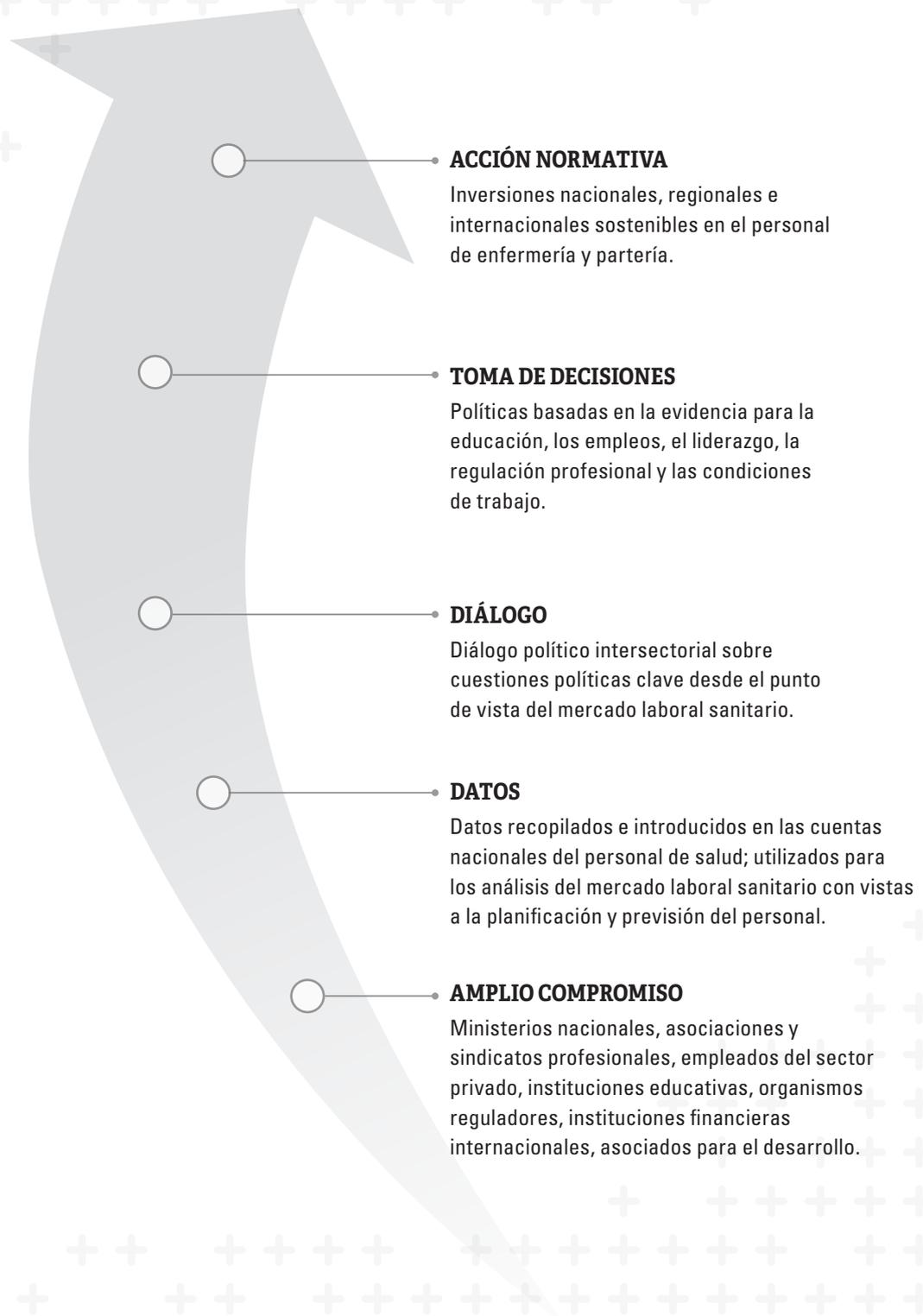
99. Miyamoto S, Cook E. The procurement of the UN sustainable development goals and the American national policy agenda of nurses. *Nurs Outlook*. 2019;67:658-63.
100. Scanlon A, Cashin A, Bryce J, Kelly JG, Buckely T. The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian context. *Collegian*. 2016;23:129-42.
101. Markowitz S, Adams EK, Lewitt MJ, Dunlop AL. Competitive effects of scope of practice restrictions: public health or public harm? *J Health Econom*. 2017;55:201-18.
102. Karimi Shahanjarini A, Shakibzadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4; CD010412.
103. Zakumumpa H, Taiwo MO, Muganzi A, Ssengooba F. Human resources for health strategies adopted by providers in resource-limited settings to sustain long-term delivery of ART: a mixed-methods study from Uganda. *Hum Resour Health*. 2016;14:63.
104. Gosic N, Tomak T. Professional and normative standards in midwifery in six Southeast European countries: a policy case study. *Europ J Midwifery*. 2019;3:18.
105. Baker C, Cary AH, da Conceicao Bento M. Global standards for professional nursing education: the time is now. *J Prof Nurs*. 2021;37:86-92.
106. Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing. *Nurs Stand*. 2019;34:45-50.
107. Davda LS, Gallagher JE, Radford DR. Migration motives and integration of international human resources of health in the United Kingdom: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies using framework analysis. *Hum Resour Health*. 2018;16:27.
108. Philip S, Manias E, Woodward-Kron R. Nursing educator perspectives of overseas qualified nurses' intercultural clinical communication: barriers, enablers and engagement strategies. *J Clin Nurs*. 2015;24:2628-37.
109. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e29-e30.
110. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2020;288:112936.
111. Políticas y gestión en materia de personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.
112. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30:102-16.
113. Aksoy YE, Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34:427-33.
114. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: what are the mental health risks? In French]. *L'Encephale*. 2020;46:S73-S80.
115. Charter on health worker safety; a priority for patient safety. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.
116. Sloane DM, Smith HL, McHugh MD, Aiken LH. Effect of changes in hospital nursing resources on improvements in patient safety and quality of care: a panel study. *Med Care*. 2018;56:1001-8.
117. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020.
118. Walton G. COVID-19. The new normal for midwives, women and families. *Midwifery*. 2020;87:102736.
119. Parteras unidas para apoyar a las embarazadas durante la pandemia. Bruselas, Departamento de Comunicación Global de las Naciones Unidas, 2020.
120. Cheung VK, So EH, Ng GW, So SS, Hung JL, Chia NH. Investigating effects of healthcare simulation on personal strengths and organizational impacts for healthcare workers during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Integr Med Research*. 2020;9:100476.
121. Dieckmann P, Torgeirsen K, Qvindelund SA, Thomas L, Bushell V, Langli Ersdal H. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Adv Simul (London)*. 2020;5:3.
122. Dubé M, Kaba A, Cronin T, Barnes S, Fuselli T, Grant V. COVID-19 pandemic preparation: using simulation for systems-based learning to prepare the largest healthcare workforce and system in Canada. *Adv Simul (London)*. 2020;5:22.
123. Brook J, Aiken L, Webb R, MacLaren J, Salmon D. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2019;91:47-59.
124. Benton DC, González-Jurado MA, Beneit-Montesinos JV. Defining nurse regulation and regulatory body performance: a policy Delphi study. *Int Nurs Rev*. 2013;60:303-12.
125. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2018.
126. Doosty F, Maleki MR, Yarmohammadian MH. An investigation on workload indicator of staffing need: a scoping review. *J Educ Health Promot*. 2019;8:22.
127. Wundavalli L, Kumar P, Dutta S. Workload indicators of staffing need as a tool to determine nurse staffing for a high volume academic emergency department: an observational study. *Int Emerg Nurs*. 2019;46:100780.
128. Joarder T, Tune S, Nuruzzaman M, Alam S, de Oliveira Cruz V, Zapata T. Assessment of staffing needs for physicians and nurses at Upazila health complexes in Bangladesh using WHO workload indicators of staffing need (WISN) method. *BMJ Open*. 2020;10:e035183.
129. Cuentas Nacionales del Personal de Salud: un manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.

Anexo:

Marco de seguimiento y rendición de cuentas

50. La aplicación de las *Orientaciones Estratégicas Mundiales sobre Enfermería y Partería 2021-2025* se basa en la siguiente teoría del cambio: la participación de una amplia gama de partes interesadas es esencial para obtener datos y análisis sólidos a nivel de país desde la perspectiva del mercado laboral sanitario; estos son la base para el diálogo político intersectorial sobre las cuestiones clave identificadas por los datos y los análisis; el diálogo político permite la toma de decisiones fundamentada en pruebas y los compromisos sobre las prioridades normativas. Las acciones e inversiones en las prioridades normativas efectuadas por todos los países harían avanzar al mundo por la vía de las orientaciones estratégicas e impulsarían el progreso hacia los ODS (figura A1).
51. **Seguimiento:** la puesta en práctica de las prioridades normativas se llevaría a cabo y se sometería a seguimiento a nivel nacional. Los países que se han movilizado para recopilar datos nacionales sobre los recursos humanos de enfermería y partería, mantener un diálogo político en torno a cuestiones clave y adoptar decisiones o compromisos sobre acciones políticas, también están realizando progresos notables encaminados a la consecución de cada prioridad normativa. Por lo tanto, el marco de seguimiento y rendición de cuentas considera también estos pasos como medidas importantes que se deben vigilar. Los avances en cada una de las etapas del proceso de aplicación pueden notificarse a través de los mecanismos preexistentes en los Estados Miembros de la OMS.
52. **Notificación:** para cada prioridad normativa, existen los correspondientes indicadores de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS) que pueden mostrar el progreso hacia la prioridad normativa (129). Los Estados Miembros utilizan la plataforma de las CNPS para informar anualmente de sus datos sobre el personal de salud, y la OMS agrupa los datos para analizar el progreso hacia la CSU y otros ODS. Los indicadores y la plataforma de las CNPS fueron los mecanismos de intercambio de datos para los informes *Situación de la enfermería en el mundo 2020* y *Situación de la partería en el mundo 2021*. Los países utilizan habitualmente sus datos de las cuentas nacionales para los análisis del mercado laboral de la salud y otros métodos de previsión y planificación del personal de salud.
53. La información sobre los avances logrados en el diálogo político, la adopción de decisiones y la acción normativa tendrá lugar en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería, que se celebra cada dos años, y en la reunión de la tríada, organizada conjuntamente con la Confederación Internacional de Matronas y el Consejo Internacional de Enfermeras. En 2020, más de 130 países participaron en estas reuniones; las próximas tendrán lugar en 2022 y 2024. La consecución de las distintas orientaciones estratégicas se evaluará en 2025 utilizando los datos agregados de las CNPS y los informes combinados de los países de 2022 y 2024. Los cuadros A1-A4 ofrecen un resumen del planteamiento de seguimiento y rendición de cuentas para cada área de interés político.

Figura A1. Orientaciones estratégicas para la enfermería y la partería 2021-2025: teoría del cambio



Cuadro A1.

ENFOQUE NORMATIVO: EDUCACIÓN

				Frecuencia de seguimiento	Mecanismo de seguimiento
ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA					
Los graduados en partería y enfermería se ajustan o sobrepasan la demanda del sistema sanitario y tienen los conocimientos, las competencias y las actitudes necesarias para responder a las prioridades sanitarias nacionales.				Una vez, 2025	Análisis por la OMS de los datos de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS) y de los informes de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería, celebrado junto con la reunión de la triada.
PRIORIDADES NORMATIVAS					
Alinear los niveles de formación de enfermería y partería con funciones actualizadas dentro de los sistemas sanitarios y académicos.	Diseñar programas educativos que se basen en competencias, aplicar un diseño de aprendizaje eficaz, cumplir con las normas de calidad y alinearse con las necesidades de salud de la población.	Optimizar la producción nacional de profesionales de partería y enfermería para satisfacer o superar la demanda del sistema sanitario.	Asegurarse de que el profesorado está debidamente formado en los mejores métodos pedagógicos y tecnologías, y que tiene una experiencia clínica demostrada en determinadas áreas de conocimiento.	Una vez, 2025	Análisis por la OMS de los datos de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS) y de los informes de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería, celebrado junto con la reunión de la triada.
TOMA DE DECISIONES (EJEMPLOS)					
Racionalizar o actualizar los programas de educación de nivel inicial disponibles para la enfermería y la partería; tratar de armonizar con las jurisdicciones vecinas.	Actualizar las normas de educación y reforzar los mecanismos de acreditación para la formación de enfermería y partería de nivel de entrada.	Cuando así lo indique un análisis del mercado laboral sanitario, aumentar la producción nacional para satisfacer la demanda.	Comprometerse a proporcionar al profesorado los recursos y las oportunidades apropiadas para actualizar las competencias docentes y clínicas.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la triada.
DIÁLOGO (EJEMPLOS)					
Revisar los distintos programas de acceso para profesionales de partería y enfermería: requisitos para acceder a un plan de estudios, duración del plan, normas utilizadas y credencial(es) otorgada(s).	Definir los resultados y competencias de los programas de acceso a la enfermería y la partería con respecto a la optimización de las funciones en el ámbito sanitario y académico.	Asociaciones intersectoriales y mecanismos de coordinación para reforzar la notificación de datos del sector educativo a nivel nacional.	Revisar las credenciales del profesorado para garantizar que los títulos y licencias sean acordes con el título o certificado concedido a los graduados del programa.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la triada.
DATOS (EJEMPLOS) CONSULTE EL MANUAL SOBRE LAS CNPS PARA LA DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES					
CNPS 2-02 CNPS 3-01 CNPS 9-04	CNPS 3-02 CNPS 3-03 CNPS 3-04 CNPS 3-06 CNPS 3-07 CNPS 9-04	CNPS 2-03 CNPS 2-04 CNPS 2-05 CNPS 2-07 CNPS 4-02 CNPS 9-04 CNPS 10-04	CNPS 2-05 SoWN NN-3	Anualmente, 2021-2025	Plataforma de las CNPS.
COMPROMISO					
Ministerio de salud, ministerio de educación, instituciones de educación y formación, empleadores públicos y privados, organismos reguladores profesionales, asociaciones nacionales de enfermería y partería, organizaciones de acreditación.					
HERRAMIENTAS Y RECURSOS					
Marco de competencias mundial de la OMS para la cobertura sanitaria universal; Marco de Acción: fortalecimiento de la educación en partería de calidad para la cobertura sanitaria universal; Estrategia de salud digital de la OMS; Estándares mundiales de la Confederación Internacional de Matronas para la educación en partería; Competencias básicas del educador de enfermería de la OMS; Competencias básicas del educador de partería de la OMS: creación de capacidades de los educadores de partería.					

Abreviaturas: CNPS (cuentas nacionales del personal de salud), SoWN NN (Indicador del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, no procedente de las CNPS).

Cuadro A2.

ENFOQUE NORMATIVO: EMPLEOS

				Frecuencia de seguimiento	Mecanismo de seguimiento
ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA					
Aumentar la disponibilidad de personal de salud mediante la creación sostenible de empleos de enfermería y partería, la contratación y retención efectiva de profesionales de ambas disciplinas, y la gestión ética de la movilidad y la migración internacionales.				Una vez, 2025	Análisis por la OMS de los datos de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS), el instrumento nacional de presentación de informes y los informes de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería, celebrado junto con la reunión de la tríada.
PRIORIDADES NORMATIVAS					
Llevar a cabo la planificación y previsión de los recursos humanos de enfermería y partería desde el punto de vista del mercado laboral sanitario.	Asegurar una demanda adecuada (empleos) con respecto a la prestación de servicios de salud para la atención primaria de salud y otras prioridades de salud de la población.	Reforzar la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (el «Código»).	Atraer, contratar y retener a personal de partería y enfermería donde más se necesita.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
TOMA DE DECISIONES (EJEMPLOS)					
Llevar a cabo un análisis del mercado laboral de la salud con el fin de que sirva de base a los planes estratégicos y de inversión para las plantillas de enfermería y partería.	Ampliar la demanda económica para la creación de empleos de enfermería y partería.	Cumplimentación del instrumento nacional de presentación de informes.	Elaborar y ofrecer un conjunto de intervenciones pertinentes para el contexto con el fin de atraer, contratar y retener a profesionales de partería y enfermería en las zonas identificadas.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
DIÁLOGO (EJEMPLOS)					
Nombrar un grupo consultivo multisectorial para determinar las principales partes interesadas, las cuestiones políticas y las fuentes de datos que permitan realizar un análisis del mercado laboral de la salud.	Revisar un análisis del impacto de los costos salariales o un análisis de viabilidad económica para la creación de empleos de enfermería y partería.	Debates bilaterales relacionados con la migración y la movilidad del personal de salud internacional celebrados con el ministerio de salud y otras partes interesadas en la salud.	Establecer las zonas y los entornos en los que más se necesitan profesionales de partería y enfermería.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
DATOS (EJEMPLOS) CONSULTE EL MANUAL SOBRE LAS CNPS PARA LA DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES					
CNPS 9-01 CNPS 9-03	CNPS 1-01 CNPS 1-05 CNPS 7-01 CNPS 10-05	CNPS 1-07 CNPS 1-08 CNPS 10-02	CNPS 1-02 CNPS 5-07 CNPS 6-01 CNPS 6-02 CNPS 6-06 CNPS 8-03	Anualmente, 2021-2025	Plataforma de las CNPS.
COMPROMISO					
Ministerios de salud, trabajo, finanzas, migración y otros; organismos reguladores profesionales, empleadores públicos y privados (incluidos los hospitales), asociaciones nacionales de enfermería y partería, sindicatos, reclutadores, instituciones de educación y formación, organizaciones de la sociedad civil; ciudadanos, asociaciones de empleadores, fondos de seguros.					
HERRAMIENTAS Y RECURSOS					
Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud; Directrices de la OMS sobre desarrollo, atracción, contratación y retención del personal sanitario en zonas rurales y remotas; Conjunto de herramientas de la OMS para el análisis del mercado laboral de la salud (de próxima aparición). Cuentas nacionales del personal de salud: un manual; Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Financiación para el Desarrollo. Informe sobre la Financiación para el Desarrollo Sostenible 2020.					

Abreviaturas: CNPS (cuentas nacionales del personal de salud)

Cuadro A3.

ENFOQUE NORMATIVO: LIDERAZGO

		Frecuencia de seguimiento	Mecanismo de seguimiento
ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA			
Aumentar la proporción y la autoridad de profesionales de partería y enfermería en los altos cargos sanitarios y académicos y formar continuamente a la próxima generación de líderes en ambas disciplinas.		Una vez, 2025	Análisis por la OMS de los datos de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS), el instrumento nacional de presentación de informes y los informes de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería, celebrado junto con la reunión de la tríada.
PRIORIDADES NORMATIVAS			
Establecer y reforzar los puestos de alta dirección para la gobernanza y la gestión de los recursos humanos de enfermería y partería, así como su aportación a la política de salud.	Invertir en el desarrollo de habilidades de dirección para profesionales de partería y enfermería.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
TOMA DE DECISIONES (EJEMPLOS)			
Establecer un puesto de jefe de servicios públicos de enfermería y partería, de jefe de servicios públicos de enfermería o de jefe de servicios públicos de partería, y ofrecer oportunidades para el refuerzo de las capacidades.	Establecer y apoyar de forma sostenible programas oficiales de formación en liderazgo y desarrollo profesional para profesionales de partería y enfermería.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
DIÁLOGO (EJEMPLOS)			
Definir las funciones y responsabilidades en la planificación y gestión del personal de salud, la comunicación y el uso de los datos, los análisis del mercado laboral y el espacio fiscal.	Conversaciones con asociaciones profesionales y organizaciones sanitarias para establecer oportunidades de desarrollo de liderazgo y tutoría.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
DATOS (EJEMPLOS) CONSULTE EL MANUAL SOBRE LAS CNPS PARA LA DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES			
CNPS 1-04 CNPS 9-01 CNPS 9-02 SoWN NN-4	SoWN NN-5 SoWN NN-6	Anualmente, 2021-2025	Plataforma de las CNPS.
COMPROMISO			
Ministerios de salud, jefes gubernamentales de enfermería y partería, asociaciones nacionales de enfermería y partería, empleadores públicos y privados, organizaciones de asistencia sanitaria.			
HERRAMIENTAS Y RECURSOS			
Funciones y responsabilidades de los jefes gubernamentales de enfermería y partería: manual de creación de capacidades (OMS).			
<i>Abreviaturas:</i> CNPS (cuentas nacionales del personal de salud), SoWN NN (Indicador del informe sobre la <i>Situación de la enfermería en el mundo 2020</i> , no procedente de las CNPS).			

Cuadro A4.

ENFOQUE NORMATIVO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

		Frecuencia de seguimiento	Mecanismo de seguimiento
ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA			
Los profesionales de partería y enfermería trabajan al máximo de su educación y formación en entornos de prestación de servicios seguros y favorables.		Una vez, 2025	Análisis por la OMS de los datos de las cuentas nacionales del personal de salud (CNPS) y los informes de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería, celebrado junto con la reunión de la tríada.
PRIORIDADES NORMATIVAS			
Revisar y reforzar los sistemas de regulación profesional y apoyar la creación de capacidades de los reguladores, cuando sea necesario.	Adaptar las políticas laborales para que el personal de partería y enfermería pueda contribuir al máximo a la prestación de servicios en equipos sanitarios interdisciplinarios.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
TOMA DE DECISIONES (EJEMPLOS)			
Actualizar y armonizar la legislación y los reglamentos a fin de que los profesionales de partería y enfermería puedan ejercer plenamente su formación.	Establecer un grupo de trabajo para planificar un análisis de los indicadores de la carga de trabajo de las necesidades de personal para la dotación de personal seguro.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
DIÁLOGO (EJEMPLOS)			
Revisar la periodicidad y el proceso de renovación de las credenciales profesionales, incluidos los requisitos para demostrar la competencia continua.	Debatir cómo el diseño del sistema sanitario, la dotación de personal de los establecimientos de salud y las políticas laborales pueden contribuir a que los profesionales de partería y enfermería realicen una labor óptima.	2022 2024	Informe de las delegaciones de los países en el Foro mundial de la OMS de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la reunión de la tríada.
DATOS (EJEMPLOS) CONSULTE EL MANUAL SOBRE LAS CNPS PARA LA DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES			
CNPS 3-08 CNPS 3-09 CNPS 8-06 SoWN NN-1 SoWN NN-2	CNPS 6-03 CNPS 6-04 CNPS 6-05 CNPS 6-07 CNPS 6-08 CNPS 6-09 CNPS 6-10 CNPS 9-05	Anualmente, 2021-2025	Plataforma de las CNPS.
COMPROMISO			
Ministerios de salud, jefes gubernamentales de enfermería y partería, asociaciones nacionales de enfermería y partería, empleadores públicos y privados, organizaciones de asistencia sanitaria.			
HERRAMIENTAS Y RECURSOS			
Carta de la OMS sobre la seguridad del paciente de 2020; Programa de Trabajo Decente de la Organización Internacional del Trabajo, Política y gestión del personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: orientación provisional. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención sanitaria. Proyecto de trabajo para consulta. Estrategia de salud digital de la OMS.			

Abreviaturas: CNPS (cuentas nacionales del personal de salud), SoWN NN (Indicador del informe sobre la *Situación de la enfermería en el mundo 2020*, no procedente de las CNPS).

