



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La construcción de la práctica avanzada en enfermería en el contexto sanitario catalán

Avanzando en la disciplina enfermera

Montserrat Comellas Oliva



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0. Spain License.**



Escola Universitària d'Infermeria

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras

LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERIA EN EL CONTEXTO SANITARIO CATALÁN

AVANZANDO EN LA DISCIPLINA ENFERMERA

Montserrat Comellas Oliva

Licencia:



Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas. La licencia se puede consultar en:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Esta licencia permite descargar la obra y compartirla siempre que se reconozca la autoría, pero no puede ser modificada de ninguna manera ni ser utilizada con finalidad comercial.



Escola Universitària d'Infermeria

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras

**LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN
ENFERMERIA EN EL CONTEXTO SANITARIO CATALÁN**

AVANZANDO EN LA DISCIPLINA ENFERMERA

Montserrat Comellas Oliva

TESIS DOCTORAL

Directoras:

Dra. Gloria Novel Martí

Dra. Anna Ramió Jofré

Tutora:

Dra. Roser Valls Molins

Barcelona, 2015

AGRADECIMIENTOS

Agradecer es saludable, y ha llegado el momento al finalizar la tesis de empezar a hacer un ejercicio de salud repensando el proceso de todo el recorrido realizado, siendo muchas las personas que de una forma u otra han hecho posible que finalmente este documento sea una realidad.

A las primeras personas que tengo que agradecer el haber llegado hasta aquí, es a mi familia, especialmente a Miquel y Marta, así como a mi madre, y son las primeras, porque como expongo en la introducción, llegar a iniciar la tesis supuso ya un período importante de mi vida para conseguir situarme en el nivel académico requerido proviniendo de una diplomatura. Muchas renuncias por el camino quedaron, muchos fines de semana invertidos y al fin en 2010 conseguí matricular la tesis.

En segundo lugar, quiero agradecer a mis directoras de tesis a la Dra. Gloria Novel Martí por aceptarme y acompañarme especialmente en mis primeros pasos, a la Dra. Anna Ramió Jofré por realizar un seguimiento y acompañamiento riguroso con muchísima amabilidad y confianza y también a mi tutora la Dra. Roser Valls por el soporte en todo el proceso.

Quiero agradecer también a las directoras de enfermería de los hospitales donde realice el trabajo de campo, que aunque continúan en el anonimato por cuestiones de confidencialidad, me acogieron y me permitieron realizar esta investigación en sus organizaciones.

Una especial gratitud también para todas las enfermeras que colaboraron aportando información y argumentando sobre su contribución a la práctica avanzada, no sé si ellas aprendieron de nuestro encuentro, pero yo aprendí mucho más que los datos recogidos de ellas, aprendí de su pasión por la enfermería y de su interés para mejorar las condiciones de salud de sus pacientes.

A las referentes de la profesión, que aceptaron la realización de las entrevistas y me permitieron mantener un espacio de discusión sobre la práctica avanzada, de personas con un gran conocimiento sobre el entorno legal y profesional, todas realizando aportaciones de gran valor para el tema nuclear de esta investigación.

A Mercè Extrem que sin pedírselo, me facilitó el grupo de discusión y todas las facilidades para poder realizar la grabación necesaria, y a las direcciones de enfermería que participaron por el maravilloso tiempo que nos dedicamos y que entiendo fue fructífero para todas.

Un agradecimiento especial a Carmen Pérez-Ventana, Rosa M^a Piqué y M^a Angels Pujols, equipo de bibliotecarias del *Consorci Sanitari de Terrassa* y de la *Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa* (EUIT) por su soporte en la gestión documental, que ha sido de un valor incuestionable.

También agradecer a Sergi y a Laura por su soporte en la grabación y las transcripciones.

Fuera del proceso de la tesis, han sido muchas las enfermeras, directivos y otros profesionales de la salud que me han animado a seguir, que sin decir nombres por no olvidarme de otros, quiero agradecerles el soporte y la fuerza que me han generado en mi interior y que sin duda han ayudado a finalizar la misma.

Un especial agradecimiento al equipo de profesorado de la EUIT, el doctorado está siendo un reto para muchas de las profesoras y profesores, donde el soporte mutuo ayuda a no desfallecer y continuar avanzando cuando en algunos momentos piensas que no tiene sentido continuar.

También a mis gerentes de estos años, Pere Vallribera e Ignasi Riera por permitir que avanzara aunque esto supusiera ausentarme del trabajo diario.

Y el último agradecimiento vuelve a ser para mi familia, prioritariamente a Miquel y a Marta por haber hecho de la tesis un proyecto común, especialmente en los últimos meses donde la presión por llegar a la fecha del depósito requería de un esfuerzo no solo personal sino también familiar.

RESUMEN

Título: La construcción de la práctica avanzada en el contexto sanitario catalán.

Subtítulo: Avanzando en la disciplina enfermera.

Antecedentes: La enfermera de práctica avanzada aparece a mediados del siglo XX en EE.UU. y ha ido progresando hacia otros países como Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda entre otros. En España hace escasamente una década que oímos hablar de la práctica avanzada. Como autoras, destacaremos a Patricia Benner(1), a la que se considera precursora de la práctica avanzada por su teoría sobre la progresión de la enfermera y el nivel de expertez. De los diferentes modelos para conceptualizar la práctica avanzada, el modelo de integración de Ann B. Hamric(2) es uno de los más completos ya que tiene una mirada más allá de la formación y la competencia clínica, integrando un conjunto de competencias que ella denomina adicionales, a la vez que integra los elementos del entorno que influyen en el desarrollo de la práctica avanzada.

Objetivo: Comprender el significado que se le da a la enfermera de práctica avanzada en el ámbito hospitalario del contexto sanitario catalán, basándose en el modelo de integración de Hamric.

Ámbito de estudio: Hospitales de la provincia de Barcelona.

Metodología: Es una investigación con metodología cualitativa, porque lo que interesa es estudiar el fenómeno de la práctica avanzada en el entorno de Barcelona y profundizar en el ámbito de estudio para poder generar conocimiento. El diseño de estudio se circunscribe en el paradigma constructivista. Se realiza desde una perspectiva fenomenológica interpretativa y la metodología sigue la teoría heideggeriana. Las técnicas de generación de datos son las entrevistas y el grupo de discusión, realizándose un análisis de contenido. Se han aplicado, también, criterios de rigor científico de confiabilidad y flexibilidad, además de criterios de rigor ético.

Resultados y discusión: Las tipologías de enfermeras que se identifican como EPA son aquellas que atienden a un grupo determinado de personas/pacientes que comparten una situación de salud-enfermedad común. También presentan algunas características que las diferencia de la enfermera convencional como son: las actitudes y habilidades comunicativas, la capacidad para realizar cuidados avanzados y gestión clínica, el pensamiento experto y reflexión crítica además de la capacidad de liderazgo y trabajo en equipo.

En la comparación con el modelo de integración, la formación y la certificación presenta claras diferencias habiendo consenso en algunos aspectos competenciales, como son: la perspectiva holística, la prevención y educación a los pacientes, el conocimiento fisiopatológico de la enfermedad, el control del paciente, la coordinación y gestión de pacientes y también en algunos referidos al liderazgo y la colaboración. Los aspectos con más dificultades son las capacidades para hacer frente a situaciones emocionalmente críticas, el desarrollo proactivo de la reflexión crítica sobre la práctica, las habilidades en la utilización de la evidencia como guía para la práctica, especialmente en la búsqueda activa de artículos científicos, en la práctica sensible a los resultados de investigaciones y la dificultad en actuar como finalistas en sus procesos por motivos relacionados con la prescripción entre otras.

La situación de la prescripción es el aspecto legislativo actual que más está afectando a la práctica avanzada, aunque las políticas de salud parecen alineadas con un desarrollo a corto plazo de la misma.

El análisis también evidencia una confusión en los términos relacionados con la práctica avanzada, como son: la competencia, la expertez, la especialidad, la competencia avanzada y el rol avanzado.

Conclusiones: La práctica avanzada en el contexto sanitario catalán requiere realizar un recorrido tanto a nivel legislativo, universitario, de política sanitaria y organizacional en las empresas sanitarias y también requiere recorrido por parte de las enfermeras de práctica avanzada y de las enfermeras en general.

Palabras clave¹: enfermería de práctica avanzada; rol de la enfermera, competencia clínica, práctica profesional, enfermería.

¹ Descriptores incluidos en el DeCS (Descriptores de ciencias de la salud)

Abstract

Title: The building of Advanced Practice in the Catalan health-care context.

Subtitle: Progressing in the nursing discipline.

Background: The Advanced Practice Nurse (APN) appears in mid-20th Century in United States and it has been progressing into other countries such as Canada, United Kingdom, Australia, and New Zealand among many others. In Spain, scarcely for decade now, we have been hearing about Advanced Practice. As an author, P. Benner(1) stands out since she is considered one of the precursors of Advanced Practice due to her theory about the improvement of the nurse and the level of expertise. Among the different models to conceptualise Advanced Practice, A.B. Hamric's(2) model of integration is one of the most complete since it looks further ahead of training and the clinical competence integrating a set of competencies that she refers to as additional, at the same time that it integrates the elements in an environment that affects the development of Advanced Practice.

Aim: Understanding the meaning given to the Advanced Practice Nurse in the hospital scope of the Catalan Healthcare context, based on Hamric's Integration model.

Field of study: Hospitals of the area of Barcelona

Methodology: It is an investigation conducted with qualitative methodology, since the interesting focus was on studying the phenomenon of Advanced Practice nursing in the environment of Barcelona and deepen the field of study in order to generate knowledge. The study design is circumscribed by constructivist paradigms. It is carried out from a phenomenological interpretative perspective and the methodology follows Heidegger's theory. The techniques of data generation are the interviews and group discussion. Besides, an analysis of the content has been carried out. Criteria on the scientific rigour of trustworthiness and reflectivity have also been applied, as well as ethic criteria.

Results and discussion: The types of nurses who identify themselves as APN are those who care for a particular group of people/patient that share a common health-disease condition. Besides, they present some features that distinguish them from the conventional nurse: communicative attitudes and skills, abilities to perform advanced care and clinical management, expert and critic thinking and leadership and teamwork capability. The comparison with the integration model, the training and the accreditation show clear differences. On the competence aspects there is consensus on some aspects like the holistic perspective, prevention and patient's training, the pathophysiological knowledge of the illness, patient's control, patients' coordination and management, and also, some aspects of leadership and collaboration. The aspects with more difficulty are the capacities to face critic emotional situations, the proactive development of the critic reflection about the practice, the abilities in the use of evidence as a practice guide especially in the active search of scientific articles and sensitive practice according to the results of the investigations and the difficulty in acting as finalists in their processes for reasons related to the prescription among others. The situation of the prescription is the current legislative aspect which is affecting Advanced Practice the most, although health policies seem aligned with a short-term development of advanced practice. The analysis demonstrates confusion on the terms related to Advanced Practice such as competency, expertise, speciality, advanced competency and advanced role.

Conclusions: Advanced Practice in the Catalan health-care contexts requires conducting a review on the following levels: legislative, academic, health-care and organisational policy in health-care companies. It also requires a review by advanced practice nurses and nurses in general.

Key words²: advanced practice nursing, role of the nurse, clinical competence, professional practice, nursing.

² Descriptores incluidos en el Mesh (Medical subject headings)

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO TEÓRICO.....	9
2.1.	CONCEPTO DE ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA.....	9
2.1.1.	Aportaciones a la definición	9
2.1.2.	Origen y desarrollo de la Enfermera de Práctica Avanzada	12
2.1.3.	Áreas de confusión	15
2.2.	MODELOS CONCEPTUALES.....	17
2.2.1.	El Modelo precursor de Patricia Benner	17
2.2.2.	Los Dominios de la práctica experta de Fenton y Brykczynski	20
2.2.3.	El Modelo de la <i>Advanced Nursing Practice</i> de Calkin	21
2.2.4.	El Modelo de <i>Advanced Practice Nursing</i> de Brown's	22
2.2.5.	El Modelo de la <i>Advanced Practice Nursing</i> del <i>Strong Memorial Hospital's</i>	22
2.2.6.	El Modelo de Oberle y Allen: La naturaleza de la <i>Advanced Practice Nursing</i> ...	23
2.2.7.	El Modelo de <i>Nurse Practitioner Practice</i> de Shuler	24
2.2.8.	Teoría de la influencia legítima	26
2.2.9.	Modelo de integración de Hamric.....	27
2.2.10.	Similitudes y diferencias entre los diferentes modelos	27
2.3.	MODELO DE INTEGRACIÓN DE HAMRIC	28
2.3.1.	Criterios primarios.....	30
2.3.1.1.	Formación.....	31
2.3.1.2.	Certificación.....	31
2.3.1.3.	Realizar una práctica focalizada en el paciente y la familia	32
2.3.2.	Competencias Nucleares.....	33
2.3.2.1.	Competencia central: Práctica clínica directa	33
2.3.2.1.1.	Perspectiva holística.....	34
2.3.2.1.2.	Educación en cooperación terapéutica con los pacientes	35
2.3.2.1.3.	Pensamiento clínico experto.....	36
2.3.2.1.4.	Práctica reflexiva	40
2.3.2.1.5.	Utilizar la evidencia como guía para la práctica.....	41
2.3.2.1.6.	Utilizar las diversas aproximaciones para la gestión de la salud y la enfermedad.....	43
2.3.2.1.7.	Áreas de intervención en la práctica clínica directa	44

2.3.3.	Competencias adicionales.....	45
2.3.3.1.	<i>Coaching</i>	46
2.3.3.2.	Consultoría.....	48
2.3.3.3.	Investigación.....	50
2.3.3.4.	Sistemas de liderazgo clínico y profesional.....	53
2.3.3.5.	Colaboración.....	56
2.3.3.6.	Toma de decisiones éticas.....	59
2.3.4.	Elementos críticos del entorno que afectan a la APN.....	62
2.3.4.1.	Las leyes, normativas y requerimientos de acreditación.....	63
2.3.4.2.	Las políticas de salud.....	63
2.3.4.3.	Los aspectos prácticos de la gestión de la empresa.....	65
2.3.4.4.	Planificación del negocio y reembolso de la prestación.....	66
2.3.4.5.	<i>Marketing</i> y contratación.....	67
2.3.4.6.	La cultura y la estructura de la organización.....	69
2.3.4.7.	Los resultados de evaluación y mejora de la actuación.....	69
2.4.	VISIÓN INTERNACIONAL.....	71
2.4.1.	Estados Unidos.....	71
2.4.1.1.	Categorías - titulaciones.....	71
2.4.1.2.	Formación.....	73
2.4.1.3.	Acreditación del programa formativo.....	74
2.4.1.4.	Certificación-Recertificación.....	74
2.4.1.5.	Roles y competencias.....	74
2.4.2.	Canadá.....	77
2.4.2.1.	Categorías - titulaciones.....	77
2.4.2.2.	Formación.....	78
2.4.2.3.	Certificación.....	78
2.4.2.4.	Roles y Competencias de la APN.....	78
2.4.3.	Reino Unido.....	79
2.4.3.1.	Categorías - Titulaciones.....	79
2.4.3.2.	Formación.....	80
2.4.3.3.	Competencias acordadas para la EPA.....	81
2.4.4.	Australia.....	81
2.4.4.1.	Categorías – titulaciones.....	81
2.4.4.2.	Formación.....	82

2.4.4.3.	Competencias.....	83
2.5.	CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN ESPAÑA.....	83
2.5.1.	Legislación	84
2.5.2.	Categorías - Titulaciones	86
2.5.3.	Formación.....	87
2.5.4.	Investigación.....	88
2.5.5.	Experiencias en la introducción de la EPA.....	89
2.5.5.1.	Experiencia en Andalucía	90
2.5.5.2.	Experiencia en <i>Euskadi</i>	93
2.5.5.3.	Experiencia en Catalunya	94
2.6.	ROLES Y COMPETENCIAS DE LA EPA	100
2.7.	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE PRÁCTICA AVANZADA....	100
2.7.1.	Estudios que comparan la práctica médica y la práctica de la EPA	101
2.7.2.	Estudios que miden el impacto de las intervenciones de la EPA en diferentes tipologías de pacientes en términos de eficacia y eficiencia.....	105
2.7.3.	Consideraciones a la evaluación del impacto de la EPA	109
3.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	111
3.1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	111
3.2.	OBJETIVO GENERAL.....	111
3.3.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	111
4.	METODOLOGÍA.....	113
4.1.	ÁMBITO DEL ESTUDIO	113
4.2.	DISEÑO DEL ESTUDIO	113
4.3.	SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PARTICIPANTES	115
4.3.1.	Criterios de selección de las organizaciones sanitarias participantes	115
4.3.2.	Metodología para la selección de las organizaciones sanitarias participantes.	115
4.3.3.	Características de las organizaciones que respondieron afirmativamente	118
4.3.4.	Características de las EsPA que se describieron las organizaciones	119
4.3.5.	Características de las organizaciones sanitarias participantes	121
4.4.	OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	121
4.4.1.	Criterios de selección de las EsPA participantes	123
4.4.2.	Criterios de selección de les enfermeras referentes de la profesión	123
4.4.3.	Criterios de selección de otros participantes clave.....	124
4.5.	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA TEÓRICA	124

4.5.1.	CARACTERÍSTICAS DE LAS EsPA.....	125
4.5.2.	Características de las directoras de enfermería.....	128
4.5.3.	Características de las enfermeras referentes de la profesión	129
4.5.4.	Características de otros participantes clave.....	130
4.6.	TÉCNICAS DE GENERACIÓN DE DATOS, PROCESOS DE OBTENCIÓN E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS	130
4.7.	ANÁLISIS DE DATOS.....	133
4.8.	CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	133
4.9.	CRITERIOS DE RIGOR ÉTICO.....	135
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	137
5.1.	TIPOLOGÍAS DE ENFERMERAS QUE SE IDENTIFICAN COMO EPA	141
5.2.	ANÁLISIS A PARTIR DE LA COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS CON EL MODELO DE HAMRIC.....	146
5.2.1.	Criterios primarios.....	146
5.2.1.1.	Formación.....	147
5.2.1.2.	Certificación.....	149
5.2.1.3.	Practica focalizada en el paciente y la familia.....	153
5.2.2.	Competencias nucleares: práctica clínica directa	156
5.2.2.1.	La utilización de la perspectiva holística	156
5.2.2.2.	La educación en cooperación terapéutica con los pacientes.....	160
5.2.2.3.	Pensamiento clínico experto y práctica reflexiva.....	163
5.2.2.4.	Utilizar la evidencia como guía para la práctica.....	166
5.2.2.5.	Aproximaciones en la gestión de la salud y la enfermedad	169
5.2.2.6.	Áreas de intervención en la práctica clínica directa.....	171
5.2.2.7.	Gestión de casos complejos	181
5.2.2.8.	La autonomía en las intervenciones de la EPA.....	184
5.2.3.	Competencias nucleares: adicionales	186
5.2.3.1.	<i>Coaching</i>	187
5.2.3.2.	Consultoría	190
5.2.3.3.	Investigación.....	192
5.2.3.4.	Liderazgo clínico y profesional	196
5.2.3.5.	Colaboración	200
5.2.3.6.	Toma de decisiones éticas.....	204
5.2.4.	Elementos críticos del entorno que afectan a la EPA	206
5.2.4.1.	Aspectos legislativos.....	207

5.2.4.2.	Políticas de salud	209
5.2.4.3.	Política empresarial.....	213
5.2.4.4.	<i>Marketing</i>	218
5.2.4.5.	Cultura de la organización.....	220
5.2.4.6.	Resultados de evaluación y mejora de la actuación	225
5.3.	DIFICULTADES Y SATISFACCIÓN PROFESIONAL.....	229
5.4.	CONCEPTUALIZAR LA PRÁCTICA AVANZADA. ANÁLISIS DE LA POLISEMIA DE LOS TÉRMINOS	231
5.4.1.	Sobre la palabra competencia.....	232
5.4.2.	Sobre el concepto de expertez.....	237
5.4.3.	Sobre el concepto de especialista y su relación con la PA y la expertez.....	241
5.4.4.	Sobre las competencias avanzadas	245
5.4.5.	Sobre el concepto del rol avanzado	254
5.4.6.	Propuesta de definición de la enfermera de práctica avanzada en el contexto sanitario catalán.	258
6.	PROPUESTA DE FUTURO PARA EL CONTEXTO SANITARIO CATALÁN.....	261
6.1.	PROPUESTAS DIRIGIDAS A INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES, PATRONALES, UNIVERSIDADES Y PROFESIONALES	261
6.2.	PROPUESTAS DIRIGIDAS A LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS	263
6.3.	PROPUESTAS QUE AFECTAN A LAS EsPA.....	267
6.4.	PROPUESTAS QUE AFECTAN A LAS ENFERMERAS EN GENERAL.....	268
7.	LÍNEAS DE FUTURO EN INVESTIGACIÓN	271
8.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	273
9.	CONCLUSIONES	275
	BIBLIOGRAFIA.....	281
	RESUMEN DE FIGURAS Y TABLAS.....	303
	ANEXOS	307

ACRÓNIMOS

AACN	American Association of Colleges Nursing
ABNS	American Board of Nursing Specialties
ACN	Australian College Nursing
AE	Atención Especializada
AH	Atención Hospitalaria
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIFICC	Associació d'Infermeres Familiars i Comunitaries de Catalunya
AMA	American Medical Association
ANA	American Nurses Association
ANCC	American Nurses Credentialing Center
ANECA	Agencia Nacional Española de Calidad y Acreditación
ANP	Advanced Nurse Practitioner
AP	Atención Primaria
APN	Advanced Practice Nursing
APRN	Advanced Practice Registered Nurse
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
CC. AA.	Comunidades Autónomas
CCECS	Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut
CCFCPS	Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries
CEIC	Comité de Ensayos e investigación Clínica
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras
CNA	Canadian Nurses Association
CNC	Clinical Nurse Consultants
CNS	Clinical Nurse Specialist
CNM	Certified Nurse-Midwife
CPIC	Consell de les Professió Infermera a Catalunya
COIB	Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
CRNA	Certified Registered Nurse Anesthetist

CSMA	Case Management Society of America
CST	ConSORCI Sanitari de Terrassa
DE	Direcciones de Enfermería
DPBS	Dempster Practice Behavior Scale
DUE	Diplomada Universitaria de Enfermería
EBE	Enfermería Basada en la Evidencia
EBP	Enfermería Basada en la Práctica
ECTS	European Credit Transfer System
EIR	Enfermera Interna Residente
EPA	Enfermera de práctica avanzada
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EsPA	Enfermera susceptible de Práctica Avanzada
GD	Grupo de Discusión
GPC	Guia de Práctica Clínica
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICC	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
ICS	Institut Català de la Salut
IOM	Institute of Medicine
NCCA	National Commission for Certifying Agencies
NCSBN	National Council of State Boards of nursing
NHS	National Health Services
NMBA	Nursing and Midwifery Board of Australia
NMC	Nursing and Midwifery Council
NP	Nurse Practitioner
NS	Nurse Specialist
OECD	The Organization for Economic Cooperation and Development
PA	Práctica Avanzada
PADES	Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte
PAPPA	Programa d'Atenció al Pacient Pluripatològic d'Assistència
PBE	Práctica Basada en la Evidencia

PICC®	Peripherally Inserted Central Catheter
PICCO®	Pulse Induced Contour Cardiac Output
RCN	Royal College Nursing
RN	Registered Nurse
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TIC	Tecnología de la información y la comunicación
UBA	Unidad Básica Asistencial
UCA	Unitat de Continuïtat Assistencial
UCH	Unió Catalana d'Hospitals
UFISS	Unidad Funcional Interdisciplinar Socio Sanitaria
UPP	Úlcera Por Presión
VAC	Vacuum Assisted Closure
VINCAT	Vigilància de la infecció nosocomial als hospitals de Catalunya
XSUPC	Xarxa Sanitaria d'Utilització Pública de Catalunya
7/24	Atenció 7 dies / 24 hores

1. INTRODUCCIÓN

Presentación

Realizar una tesis doctoral a los cincuenta puede parecerle a quien no es enfermera³ que una despertó tarde, o que ya no es edad para esto, pero la realidad supera la ficción. Como muchas otras enfermeras, formo parte de una generación en la que nuestra formación universitaria de base no nos permitía acceder al doctorado, por ser una carrera de primer ciclo y por tanto si investigar quedaba lejos, realizar la tesis doctoral era misión imposible.

Así que finalizada la carrera universitaria, y sintiéndome orgullosa de ser enfermera tenía la aspiración de llegar lejos, aunque realmente no sabía con exactitud qué era lo que quería, había tenido la oportunidad de tener un profesorado excelente, que me habían dejado huella y yo sentía que el listón para las buenas enfermeras estaba muy alto.

Decidí iniciar una vida profesional con implicación y un gran sentido de la responsabilidad, optando por formarme, llegando a realizar con el tiempo un posgrado y dos másteres que junto con la experiencia me capacitaron especialmente en el campo de la gestión y la calidad asistencial.

Las circunstancias me llevaron a una de las experiencias más extraordinarias de mi vida profesional, ser “*surveyor*” de *Joint Commission-FAD*, dicho en otras palabras, formar parte de un equipo de evaluadores en el estado español para evaluar organizaciones sanitarias con los estándares de calidad de la *Joint Commission International*(3), lo cual continúo realizando en la actualidad. Esta experiencia, desde el inicio marco para mí un antes y un después no solo en lo que debía ser la gestión enfermera sino también en como encarar el desarrollo profesional a partir de las competencias enfermeras en las diferentes áreas de atención.

Fue a los treinta y tantos que algunas enfermeras vimos la luz de llegar al doctorado por la vía de hacer otra carrera de segundo ciclo, y así lo hice. Realice Antropología Social y Cultural, unos estudios que aunque poco me sirvieron como antropóloga, si me permitieron desarrollar una capacidad de reflexión sobre la influencia social y cultural en los comportamientos de las personas, la cual cosa he aplicado en todas las esferas de mi vida pero especialmente en la complejidad de la vida profesional.

³ Se utilizará la forma femenina *enfermera* o *enfermeras* para referirnos de forma indistinta tanto a los enfermeros como a las enfermeras, en singular o plural.

Posteriormente, todavía me quedaban sesenta créditos para poder iniciar el doctorado y un nuevo máster en liderazgo y gestión de servicios en enfermería me permitió matricularme en el programa de doctorado.

Mi trayectoria profesional también ha sido diversa no solo por haber prestado servicios en diferentes tipos de organizaciones privadas y públicas sino también porque esta se ha desarrollado en diferentes ámbitos, como enfermera asistencial, en el ámbito de la gestión sanitaria y gestión de la calidad y actualmente, desde hace escasamente tres años en el ámbito universitario.

Ya en el 2010, como directora de enfermería del *Consorci Sanitari de Terrassa*, lideré un proyecto para definir las competencias enfermeras en los diferentes ámbitos y áreas asistenciales, con el fin de crear un sistema de gestión de competencias que permitiera y potenciara el avance profesional a partir del área de atención a la persona/paciente/comunidad. Este proyecto culminó en 2014 con la validación del instrumento *PIMAC-CST*[®](4).

En el 2011, viendo el desarrollo que estaba suponiendo la práctica avanzada en otros países y la necesidad de reorientar la atención a los pacientes crónicos hacia una atención más centrada en la persona y a la vez más costo-eficiente, tomé la decisión, que situar la práctica avanzada y aportar luz para el futuro de la misma en Catalunya podía suponer un reto a nivel profesional, además de una aportación a la profesión.

Así, fue como emprendí este viaje en forma de tesis doctoral y que finaliza con este documento, con el deseo que sirva de avance para la profesión y que abra otras vías de investigación que den soporte al desarrollo de la práctica avanzada en nuestro país.

Espero y deseo también, que las enfermeras actuales de Grado en Enfermería vean en la realización del doctorado una forma de “profesionalizar” la enfermería a través de la investigación, aportando evidencia a los cuidados y generando conocimiento para mejorar la atención enfermera a la sociedad.

La investigación hoy, no es un tema de las élites, ni es un tema de las docentes, ni tan siquiera es un tema de unas pocas que quieren investigar, la investigación hoy debe formar parte de la vida profesional de la enfermera, aunque sea desde la perspectiva de analizar e implantar los conocimientos que generan otras investigaciones. La enfermera tiene la obligación de aportar a la sociedad el mejor cuidado y tratamiento del momento actual, y esto pasa como mínimo, en conocer las mejores evidencias y aplicarlas al cuidado de la persona/paciente/comunidad.

La tesis que se presenta, es fruto del trabajo realizado para contextualizar y comprender la situación actual de la práctica avanzada en el entorno sanitario catalán.

La motivación para el estudio de este tema, proviene fundamentalmente del interés de la autora para el avance de la profesión enfermera desde una perspectiva exclusivamente profesional.

Presentación del tema y su importancia

El término *Advanced Practice Nursing* (APN)⁴ o enfermera de práctica avanzada (EPA)⁴ surgió en Estados Unidos a mediados del siglo XX como una forma de especialización de las enfermeras y a consecuencia de una infradistribución de médicos en áreas rurales que hacía que las enfermeras asumieran roles y competencias que en las áreas urbanas y en los hospitales no asumían.

Desde sus orígenes, el término APN ha sido controvertido porque rompía con la clásica mirada enfermera y añadía elementos más allá del cuidado y la técnica, elementos relacionados con la expertez⁵ más allá de la experiencia, con el razonamiento crítico, con las habilidades en la individualización del cuidado, con anticiparse a los problemas de salud y con la toma de decisiones en situaciones complejas.

También, ha sido controvertido porque la APN se centra en la práctica clínica, porque es la razón principal de la existencia de la enfermera y este es el objetivo principal de la práctica avanzada, dejando fuera otras enfermeras dedicadas a gestión, docencia, investigación u otros.

Diferentes autores han teorizado sobre la práctica avanzada (PA), aunque se considera a Patricia Benner(1) como una de las precursoras por su teoría de la práctica progresiva de la enfermera, en la que la enfermera experta, es el último nivel en la progresión, y se caracteriza por haber desarrollado un nivel de detección y agudeza en la percepción de problemas de salud gracias al reconocimiento de patrones y a la confrontación de muchos casos prácticos con la teoría. Más adelante, autores como Oberle y Allen(5) o A.B. Hamric(2), entre otros, han aceptado que la práctica avanzada es una extensión de la práctica experta pero con un nivel de conocimiento teórico mucho más elevado.

⁴ Los términos APN o EPA se utilizarán indistintamente para nombrar a las enfermeras de práctica avanzada.

⁵ La palabra expertez no existe en el Diccionario de la Real Academia Española, pero nos referiremos a ella como la palabra inglesa: “*expertise*” que se refiere a tener conocimientos y habilidades de experto.

De entre las distintas aproximaciones teóricas, en esta investigación se ha escogido el modelo teórico-conceptual de Ann B. Hamric y sus colaboradoras(2), conceptualizando así la práctica avanzada no solo a través de las competencias que le son propias, denominadas nucleares, sino también desde los prerrequisitos o criterios primarios necesarios e imprescindibles para realizar PA, además de considerar toda una serie de elementos del entorno a nivel de políticas de salud y de las organizaciones que influyen en el desarrollo de la EPA.

El desarrollo de la enfermera de práctica avanzada ha ido expandiéndose hacia Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia, Irlanda, Finlandia, Japón y China, entre otros, con un nivel de implantación muy variable. Algunos de los elementos clave que explican su expansión, son la creciente complejidad de los pacientes, la necesidad de adecuarse a sus necesidades y el nivel de efectividad, eficiencia y satisfacción que concluyen las investigaciones actuales.

La enfermera de práctica avanzada es un término que empezó a aparecer en España y Catalunya a inicios de la actual década, a partir del cambio de estrategia en la atención a los pacientes crónicos, con la finalidad de reorientar el modelo asistencial más centrado en las personas y a la vez más costo-eficiente.

Pero, este término de PA, ha provocado al igual que en otros países una gran confusión, ha sido utilizado para denominar a enfermeras que se les ha adjudicado un nuevo rol profesional, también para denominar a una parte de las funciones que realizaban estas enfermeras en su nuevo rol, e incluso para reivindicar la competencia de la prescripción. Por el contrario, es un término que ha sido criticado como si hasta el momento ninguna de las enfermeras hubiese realizado PA y porque se ha considerado que la palabra “avanzada” significaba invadir las competencias de otros profesionales⁶, principalmente los médicos.

Por otra parte, aunque han empezado a aparecer publicaciones para conceptualizar la práctica avanzada en nuestro entorno, todavía no hay una definición clara de cuáles son sus competencias, qué diferencias hay entre enfermera de base y enfermera de práctica avanzada y entre enfermera especialista y enfermera de práctica avanzada.

Así pues, merece la pena invertir esfuerzos en comprender y profundizar en este concepto, desde una perspectiva amplia e internacional para esclarecer los términos y analizar las características que conforman las competencias de la práctica avanzada.

⁶ Otros profesionales, se refiere a profesionales del equipo de salud: médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales, farmacéuticos...

Estructura de la investigación

La investigación se estructura en siete partes claramente diferenciadas:

1) El marco teórico, que pretende dar una visión general del concepto de PA y de los modelos teóricos que realizan una aproximación a la PA y su entorno, para centrarse en el modelo de integración de Hamric(2), el cual se desarrolla ampliamente. Dentro de este mismo capítulo se da una visión general de la PA en los países con más desarrollo (EE. UU., Canadá, Reino Unido y Australia) para centrarse en la situación actual de España y Catalunya, ofreciendo finalmente un resumen de los roles y competencias específicas que describen diferentes publicaciones y por último hay un apartado sobre la evaluación de programas de PA.

2) La pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos.

3) La metodología, que centra el ámbito de estudio en hospitales de la provincia de Barcelona y el diseño de estudio se plantea desde la metodología cualitativa, en el paradigma constructivista y la perspectiva fenomenológica interpretativa siguiendo la teoría heideggeriana. La selección de los hospitales participantes se realiza a través de una estrategia innovadora a partir de la cual se selecciona la muestra, las técnicas para la recogida de datos son las entrevistas en profundidad, entrevistas semiestructuradas y un grupo de discusión. Se realiza un análisis del contenido con el soporte del aplicativo informático NVivo versión 10.

4) Los resultados y discusión se organizan a partir de la clasificación de resultados en siete dimensiones y se estructura en tres apartados: a) las tipologías de enfermeras que actualmente se identifican como EPA en nuestro contexto; b) la comparación de los resultados con el modelo de integración de Hamric(2), que se clasifica en las cuatro partes fundamentales del modelo (criterios primarios, práctica clínica directa, competencias adicionales y elementos críticos del entorno; c) el análisis de la polisemia de los términos involucrados o relacionados con la PA (la competencia, la expertez, el ser especialista, las competencias avanzadas y el rol avanzado) y d) donde se realiza una propuesta de la EPA en el contexto sanitario catalán.

5) Las conclusiones más relevantes para dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados.

6) Una propuesta de futuro para el avance de la PA en el contexto sanitario catalán, a nivel de los diferentes niveles del sistema sanitario y universitario.

7) Una propuesta de líneas de investigación para avanzar en la EPA en el contexto sanitario catalán.

Justificación

Esta investigación pretende aportar claridad al concepto de PA y EPA, a la vez que esclarecer términos como “rol avanzado”, “competencias avanzadas” y “práctica avanzada”. También puede ayudar a situar las competencias de la EPA en el entorno sanitario catalán considerando el modelo teórico-conceptual de Hamric(2) y a partir de esta investigación se puede realizar una propuesta para avanzar en la construcción de la práctica avanzada en Catalunya.

Por otra parte, la PA es una oportunidad para las enfermeras y la profesión de enfermería, porque por primera vez, puede haber una manera de construir una trayectoria profesional para la enfermera asistencial más allá de la gestión o la realización de funciones no asistenciales. Una trayectoria fundamentada en las capacidades reales de la enfermera, que dé relevancia a su “saber”, a su “saber hacer” y a su “saber estar”, diferenciando claramente el cúmulo de años de experiencia, del desarrollo avanzado de la competencia. Pero para ello, hay que poder descifrar cada uno de los términos a la vez que situar cada competencia o gradiente de competencia en el profesional adecuado.

La PA también es una oportunidad para las organizaciones sanitarias, porque bien gestionada, permitirá maximizar las competencias que ya tiene la enfermera para realizar actividades hasta ahora no conocidas en su ámbito profesional, que aporten más valor en términos de resultados para el paciente y substituyendo actividades que siempre han realizado otros profesionales por ellas, haciendo en su conjunto un sistema más eficaz y eficiente que el actual.

De esta forma, la PA puede acontecer una oportunidad para paliar la situación estructural endémica que tiene Catalunya y España con respecto al desequilibrio medico-enfermera. En el informe de la OECD del 2015(6) se pone en evidencia una vez más que existe margen de mejora para reducir el gasto total en salud (existen 4,10 médicos por cada 1000 habitantes, 0,59 por encima de la media y las enfermeras se sitúan en 5,39 por cada 1000 habitantes, 4,85 por debajo de la media).

En definitiva la PA es una oportunidad para la sociedad, porque podrá aprovechar todo el potencial profesional de las enfermeras y de otros profesionales que realizaran actividades más acordes a su competencia.

Ahora bien, todo este potencial no será gratuito, no saldrá de la nada, ni del esfuerzo único de las enfermeras. Para que esta oportunidad sea una realidad, habrá que realizar una apuesta firme a nivel gubernamental, profesional y de las organizaciones sanitarias, para poder así,

redefinir aspectos legales, formativos y competenciales, pero también organizativos y laborales.

Así pues, este trabajo de investigación, pretende situar la PA en el contexto internacional actual, estudiar con profundidad las competencias de las enfermeras susceptibles de práctica avanzada en el contexto sanitario catalán y compararlas con las del modelo teórico-conceptual de Hamric(2), para finalmente analizar la polisemia de los términos relacionados con la PA en el entorno sanitario catalán.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTO DE ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

2.1.1. Aportaciones a la definición

Revisando conceptualizaciones, Orem(7) en 1980 en la 1a edición de *Nursing: Concepts of practice* ya utilizó el término “profesional de enfermería avanzado” para designar a las enfermeras que trabajaban en funciones de gobierno y liderazgo y también para diferenciar las enfermeras preparadas a nivel universitario de las enfermeras preparadas a nivel de diploma. Pero el término, que se empezó a recoger en la literatura, rápidamente sufrió un cambio en el enfoque de las funciones que se les asignarían a las enfermeras que desarrollan práctica avanzada.

El término “*Advanced Practice Nursing*” (APN) o lo que es lo mismo “enfermera de práctica avanzada”(EPA) empieza aparecer en revistas indexadas en la década de los 80 del siglo pasado, y a partir de entonces ha habido una creciente literatura con más de 8000 artículos y diversos libros que relatan este hecho(5). Seguramente y en gran medida, esta cantidad de artículos se debe a la confusión que el propio término produce entre los diferentes autores, los cuales han generado amplia discusión y debate para aclarar y a la vez armonizar la base conceptual de la práctica avanzada(PA)(8).

Referentes teóricos, asociaciones profesionales de enfermería y gobiernos implicados han dedicado esfuerzos en la última década a definir y describir a la EPA, a interpretar los patrones de comportamiento y conceptualizarla, así como a diferenciarla de otros niveles de enfermera, proporcionarle un marco de competencias, estándares y de cartera de servicios, e incluso un marco legislativo para la práctica.

Patterson y Haddad en 1992, describían a la EPA como la futura frontera entre la práctica enfermera y el desarrollo profesional, “es una forma de ver el mundo que permite cuestionar las actuales prácticas, la creación de nuevos conocimientos y la mejora de los cuidados de enfermería y los servicios de salud”(9).

La *American Nurses Association* (ANA)(10) define la APN como el tener conocimientos y habilidades clínicas especializadas a través de la formación de máster o doctorado que prepara a los alumnos para la especialización, la ampliación y el progreso en la práctica. La

especialización se limita o concentra en una parte del todo del campo de la enfermería. La ampliación se refiere a la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades prácticas, incluyendo el conocimiento y habilidades legitimadas como rol autónomo, dentro de las áreas de práctica que se superponen a los límites tradicionales de la práctica médica. Progresar, incluye a la vez especialización y ampliación, caracterizándose por la integración de conocimientos teóricos y prácticos basados en la investigación, dándose esto como parte de la formación posgraduada de enfermería. La APN se considera un término genérico para mencionar los cuatro roles o especialidades: La especialista en enfermería clínica, denominada *Clinical Nurse Specialist* (CNS), la enfermera anestesista, *Certified Registered Nurse Anesthetist* (CRNA), la enfermera matrona, *Certified Nurse-Midwife* (CNM) y la enfermera profesional, *Nurse Practitioner* (NP).

La *Canadian Nurses Association* (CNA) define la APN como un término genérico que describe un nivel avanzado de práctica clínica enfermera, que maximiza la utilización de la preparación educativa de posgrado con un profundo conocimiento y experiencia en atender las necesidades de salud de individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones. Se trata de analizar y sintetizar el conocimiento, entender, interpretar, a la vez que aplicar la teoría y la investigación enfermera, desarrollando el conocimiento avanzado de enfermería y la profesión como un todo(11).

El posicionamiento de la CNA es que las enfermeras con APN tienen la formación, la experiencia clínica, las habilidades de liderazgo y la comprensión de las organizaciones. Ellas tienen un papel importante en la política sanitaria y toman decisiones que afectan a los resultados de salud del cliente y del sistema. Son parte importante en la construcción del conocimiento enfermero, ayudando a mejorar la profesión de enfermería y contribuyendo de forma sustancial y efectiva al sistema de cuidados de salud. Las enfermeras de práctica avanzada mejoran la atención sanitaria de forma oportuna, accesible, costo-efectiva y de alta calidad para todos los canadienses(12).

El *Department of Health, Social Services and Public Safety* de Reino Unido(13) define a la *Advanced Nurse Practitioner* (ANP) como una enfermera que trabaja de forma autónoma dentro del alcance de su práctica clínica, guiada por el código de normas de conducta, de actuación y de ética para enfermeras y matronas. La ANP demuestra un alto conocimiento y habilidades en evaluación, diagnóstico, análisis y juicio clínico.

El *National Health Services* (NHS) de Escocia, identifica a la ANP como profesionales clínicos experimentados, que han desarrollado sus habilidades y conocimientos teóricos a un nivel muy

alto. Están facultadas para tomar decisiones clínicas de alto nivel y con frecuencia tienen sus propios casos(14).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), por su parte, define a la enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada como una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada, se recomienda un título de nivel medio universitario(15).

El *Australian College Nursing* (ACN), adopta la definición de la CIE cuando argumenta su posición en relación a la APN, y añade que está específicamente regulada en la legislación(16).

Un aspecto importante al definir la práctica avanzada, es la clarificación de los términos porque en enfermería, los términos avanzado y práctica avanzada se usan indistintamente y diferentes autores han puesto de relieve esta confusión terminológica(17)(18), en especial en la terminología anglosajona entre la APN (*Advanced Practice Nursing*) la ANP (*Advanced Nursing Practice*).

En la APN la enfermería realiza un rol de práctica clínica y funciona a un nivel avanzado de la práctica, requiere formación de posgrado, experiencia clínica, licencia y certificación(18), habiendo un consenso en varios modelos en que la práctica clínica es el objetivo principal de la práctica de enfermería avanzada(2)(19)(20) y aunque no existe una definición única, sí que hay un amplio acuerdo en que la APN amplía el ámbito tradicional de la enfermería, maximiza el nivel de autonomía, así como la utilización de los conocimientos y contribuye al desarrollo de la profesión. En esta definición, se integra en la práctica: el conocimiento teórico, la investigación, la docencia, el liderazgo y el desarrollo profesional para mejorar la salud del paciente(21)(22). En el Reino Unido se utiliza indistintamente APN o ANP cuando se habla de práctica clínica.

De forma generalizada, la ANP, involucra al denominado rol múltiple, que puede incluir otras funciones como la docencia, la investigación, el desarrollo profesional y el liderazgo organizacional(18).

Así pues, se hace necesario clarificar que en esta investigación se tratará a la EPA como la APN, o sea la enfermera que realiza una práctica clínica directa con el paciente y que tiene unas competencias avanzadas o realiza un rol con competencias avanzadas.

Otro aspecto a considerar son las aportaciones críticas a los intentos de definición de la APN, las encontramos con Rasch y Frauman que en 1996 defendían que aún no había habido ningún intento de abordar la enfermería de práctica avanzada con un enfoque conceptual más amplio, y sugerían que debían ser abordadas algunas preguntas, cómo: ¿Qué es una *Nurse Practitioner* y una *Clinical Nurse Specialist*?, ¿Hay alguna diferencia?, ¿Qué necesidad hay de separar las funciones avanzadas de la práctica enfermera?(8).

Otros autores como Hanson y Hamric, ponen en cuestión que la especialización limita el ámbito de la enfermería avanzada y opinan que mientras que la especialización es un elemento de la práctica avanzada, esta va mucho más allá(23). El peligro de igualar la APN con la enfermera especialista, es la medicalización de la enfermería actuando como un reemplazo del médico en lugar de proporcionar cuidados de enfermería avanzada(24).

Esta consideración ¿De cuál es el ámbito profesional de la CNS, la NP y la APN?, ha sido abordada por asociaciones profesionales y referentes teóricos proporcionando a la APN un espacio distinguido por el alto nivel de conocimientos y habilidades que demuestran las APNs(12)(23)(25)(26)(27)(28).

2.1.2. Origen y desarrollo de la Enfermera de Práctica Avanzada

Existen diferentes aproximaciones sobre las fechas en las que se adopta el concepto de enfermera de práctica avanzada para hablar de la enfermera clínica con funciones, roles y competencias avanzadas.

Según la revisión realizada por Mantzoukas y Watkinson, surgió a principios del siglo XX en EE. UU. debido a fuerzas socio-políticas y también profesionales, este concepto se inició como una forma de especialización(24). Según Patterson y Haddad, el concepto de enfermera de práctica avanzada emerge el siglo pasado en EE. UU. a finales de los 60, seguida por Canadá e iniciándose en el Reino Unido a principios de los 80(9).

Rasch y Frauman, con la idea de esclarecer los inicios de la práctica avanzada en EE. UU., argumentan que históricamente ha habido motivos para que evolucionara la práctica avanzada debido a una mala distribución de médicos. Así pues, en asistencia primaria, la NP estaba muy extendida porque habían relativamente pocos médicos, esto motivó que las enfermeras realizaran roles y funciones que en otros lugares eran desarrollados por los médicos. Cuando desde las Escuelas de Medicina se insistió en que los residentes hicieran atención primaria

(AP), la atención hospitalaria (AH) se vio repercutida y las CNS empezaron a aumentar y a realizar práctica avanzada(8).

Anteriormente, en la atención hospitalaria las CNS habían sufrido varios cambios para encontrar un espacio profesional, atribuyéndoseles funciones desde gestión y organización de enfermeras, desarrollo de políticas y procedimientos o la cobertura de enfermeras de base. A finales de la década de los 90 se le incluyeron funciones de enfermera de práctica avanzada(8).

Por otra parte, la CNA, respecto a los antecedentes, argumenta que la demanda, la tecnología y el conocimiento de como realizar la atención a la salud, cambia, y las tendencias en la prestación de asistencia sanitaria proporcionan oportunidades para las enfermeras, ampliando las funciones actuales además de otras nuevas Sosteniendo, que este no es un progreso meramente técnico y de formación que ha impulsado el desarrollo de las APNs, sino que las necesidades de los clientes y la creciente complejidad de estos también han contribuido(12).

También, países como Reino Unido, que inicio la PA en 1980 según el *Royal College Nursing* (RCN), decidió modernizar el sistema sanitario para adecuarse a las necesidades crecientes y de complejidad de sus pacientes. En el año 2000, el Plan para la reforma del *National Health Services* (NHS) incluye el aumento de enfermeras en el sistema, la adecuación de la formación y los 10 roles clave de cambio para las enfermeras que permitirían ajustarse a las necesidades individuales de los pacientes, entre estas estaban el derecho a hacer y recibir derivaciones, ingresar y dar de alta a pacientes, pedir pruebas diagnósticas u otras investigaciones y prescribir medicamentos(29).

Así pues, hay un aspecto relevante a considerar, y es ¿Cómo afecta el sistema de salud en el desarrollo de la práctica avanzada?, el sistema de salud influencia en los roles de la APN mediante las fluctuaciones de la oferta y la demanda en la provisión de cuidados, las nuevas tendencias de la práctica y las presiones económicas que afectan a la prestación de servicios. Por ejemplo, la necesidad de contención de costes, a través de la reducción de estancias hospitalarias, ha llevado a realizar una mayor evolución en la atención ambulatoria y comunitaria a la vez que un desarrollo de roles para la APN.

También las prioridades del gobierno en materia de salud, influyen en el desarrollo de funciones de la APN, a través de los cambios en las políticas y la asignación de presupuestos(18)(30).

En el informe realizado por Delamaire y Lafortune, en 2010, para la *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) sobre las enfermeras con roles avanzados en 12 países:

Australia, Bélgica, Canadá, Chipre, República Checa, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Polonia, Reino Unido y Estados Unidos, estos tienen un nivel de implantación muy variable(30). El desarrollo de nuevas funciones en EE. UU. y Canadá se estableció a mediados de la década de los 60. Tanto el Reino Unido como Finlandia, tienen también una larga experiencia en el uso de diferentes formas de colaboración entre médicos y enfermeras. El desarrollo en Australia e Irlanda es más reciente, pero han sido muy activos en el establecimiento de programas en la educación superior. En el resto de países el reconocimiento de las enfermeras de práctica avanzada es todavía incipiente, aunque las prácticas avanzadas no oficiales es posible que ya existan en la realidad(21)(22)(23)(24)(25)(26)(27)(28)(29)(30).

Un nuevo informe fue realizado por la CIE en 2014 sobre la APN en: Canadá, Irlanda, Alemania, Reino Unido, China y Nigeria(31). Destaca la historia y el trabajo realizado en Canadá especialmente en la definición de perfiles y formación. En Irlanda, las APN son autónomas, competentes y responsables de su propia práctica y demuestran altos niveles de experiencia en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas complejos de salud de los individuos, grupos y comunidades. Cuentan con el apoyo de un consultor médico y la mayoría de ellas están certificadas para recetar medicamentos y radiación ionizante. En Reino Unido, destaca la descripción de competencias, la formación y el rol de prescripción. En China, hay un desarrollo distinto en Hong Kong en relación a la China Continental, y aunque hay una vía de formación para las APN no existe una regulación particular para la práctica avanzada, la normalización y la certificación de los programas de APN. También destacan que en Alemania y en Nigeria la APN es muy incipiente, aunque no son comparables porque parten de situaciones académicas distintas.

En España, no es hasta inicios de la década del 2000, ante la necesidad de realizar un cambio en el modelo asistencial para gestionar a los pacientes crónicos de forma distinta, cuando la administración y los gestores sanitarios empiezan a dar valor al papel que debe tener la enfermera en la gestión de los pacientes crónicos. La precursora de la EPA para la gestión de los pacientes crónicos tiene sus orígenes en el 2001 con la denominada “enfermera de enlace”(32) cuyo objetivo era asegurar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales derivando actualmente en una EPA llamada “gestora de casos”(33)(34) con unas competencias clínicas y unas competencias gestoras.

Otros tipos de enfermeras que en otros países se consideran roles avanzados, también existen en España desde hace años, estos roles bien podrían ser los desarrollados por las enfermeras

que atienden a personas con diabetes, las enfermeras de ostomías o las enfermeras de lesiones crónicas entre otras(35).

Ahora bien, en España no existe en la actualidad una regulación legislativa ni profesional de la EPA. Así, algunas de las competencias que las EPA realizan en otros países, en el estado español todavía no están reconocidas a nivel nacional, tal es el caso de la prescripción farmacológica(36), o la autorización para realizar altas hospitalarias entre otras.

2.1.3. Áreas de confusión

Existe diversa literatura referente a la dificultad de conceptualizar a la enfermera de práctica avanzada. Spross(37) detalla las cuatro áreas de confusión e incertidumbre en la evolución de la APN.

1. Existe una ausencia de definición de los términos que son de aplicación para definir a la APN, según Spross, la falta de un vocabulario coherente y estable se puede ver en la literatura, son diversas las etiquetas: dominios, teorías, roles, sub-roles, señas de identidad, competencias, funciones, actividades, habilidades y atribuciones. Estas etiquetas no son comparables en los diferentes modelos porque no tienen un significado universal. Sin embargo, ello podría minimizarse si las investigaciones en este campo, las políticas enfermeras y otros utilizaran términos de referencia.

2. Muchos de los intentos para articular modelos de APN no tienen en cuenta la literatura existente relevante, que de algún modo conceptualiza las actividades que realiza, esto según Spross puede ser debido a la explosión de conocimiento que existe y el desfase entre la conceptualización y las publicaciones definitivas.

3. Existe una falta de claridad con respecto a las diferentes conceptualizaciones entre y dentro de los niveles de la práctica clínica. Así, tenemos que la práctica de la APN se diferencia entre: las enfermeras expertas por la experiencia, sin realización de programas de máster frente las enfermeras certificadas en una subespecialidad como podría ser la oncología. Algunos autores escriben acerca de la APN citando al modelo de Benner(1), sin clarificar que este se deriva de enfermeras expertas desde la experiencia y no desde la APN, aunque el modelo de Benner es relevante para conceptualizar a la enfermera de práctica avanzada, como han demostrado autores como Fenton's y Brykczynski's(38).

4. La clarificación de las diferencias entre la APN y la medicina. Los estudiantes luchan con este problema como parte del desarrollo de su propio rol. Esta falta de clarificación conceptual es aparente e invita a médicos y APN a practicar un mismo trabajo. Fawcett(2) como buen líder enfermero, dice: ¿Qué significa mezclar enfermería y medicina?, la respuesta de Hamric es que la EPA no es un médico junior.

Según Spross(37), los modelos conceptuales recogen la filosofía, los valores y la práctica de la profesión, además de la discusión en la conceptualización. Dependiendo principalmente del fortalecimiento de los diferentes campos de la profesión enfermera y del consenso respecto a la naturaleza de la APN, que puede llegar a tener programas de acreditación y certificación.

Así pues, la clarificación y el consenso en la conceptualización de la naturaleza de la APN dará lugar a:

1. Diferenciar claramente la APN de otros niveles de la práctica clínica enfermera.
2. Diferenciar claramente la APN de la práctica médica y de otros proveedores no enfermeros.
3. Establecer claramente las similitudes y diferencias entre los roles de la APN.
4. Regular y acreditar a las APNs para proteger al público y garantizar un trato equitativo de todas las APNs.
5. Articular claramente, las políticas de salud nacionales y federales, que:
 - a) Reconozcan y hagan visible las contribuciones sustantivas de las APNs, a nivel de calidad, costo-efectividad y resultados en los pacientes.
 - b) Asegurar el acceso al público de los cuidados de la APN.
 - c) Asegurar explícita y apropiadamente mecanismos de facturación y pago de los cuidados proporcionados por la APN.
6. Una maximización de la contribución social, incluyendo la mejora en los resultados de salud, y la calidad de vida relativa a la salud de las personas sobre las que actúan las APNs.

2.2. MODELOS CONCEPTUALES

Para ampliar la conceptualización de la práctica avanzada en enfermería, se hace necesario revisar los modelos que se han descrito con la finalidad de explicar este fenómeno y poder distinguir entre la práctica básica, la práctica experta y la práctica avanzada.

2.2.1. El Modelo precursor de Patricia Benner

Patricia Benner, doctora de la Universidad de California (EE. UU.), realizó una importante contribución a la profesión enfermera, aplicando el modelo de adquisición de habilidades y aptitudes concebido por Hubert L. Dreyfus y Stuart E. Dreyfus a la práctica enfermera.

En su investigación, describe las conductas que la enfermera va adquiriendo en su práctica clínica, desde que es aprendiz hasta que llega al máximo nivel, el cual Benner cataloga de experta, pero muy pocas de ellas consiguen ser enfermeras expertas.

Fruto de su investigación realiza una primera publicación *“From Novice to Expert”* en 1984(39), que en su edición en español de 1987 pasó a denominarse *“Practica progresiva en enfermería”*(1).

En el modelo de práctica progresiva, Benner pone de relieve el conocimiento acumulado con el paso del tiempo en el ámbito de toda ciencia aplicada y el saber derivado de la pericia profesional.

“La pericia se desarrolla cuando el clínico verifica y decanta proposiciones, hipótesis y expectativas basadas en postulados teóricos, en un contexto de situaciones reales acaecidas en el ámbito profesional [...], la experiencia es un requisito previo a la pericia”(1).

Los diferentes niveles para la práctica progresiva de la enfermera, se clasifican en cinco categorías, que se resumen en lo siguiente:

1. Categoría: principiante, no tiene experiencia, la conducta se rige por las reglas, es limitada e inflexible. La importancia de las situaciones puede ser sobredimensionada o infravalorada. Tiene dificultades para diferenciar aspectos relevantes de los que no lo son, no sabe priorizar, con dificultad llega a hacerse cargo de una situación. Muestra

inseguridad, acostumbra a trabajar por imitación. El núcleo de la dificultad radica en la falta de experiencia ante la situación que afronta y es preciso que reciba directrices para encauzar la situación.

Se encuentran en esta situación los estudiantes de enfermería y cualquier enfermera que cambia de servicio clínico donde no tiene experiencia asistencial.

Se espera que en un mismo lugar consiga el siguiente nivel en 6 meses aproximadamente.

2. Categoría: principiante avanzado, es un profesional que ha afrontado un número suficiente de situaciones prácticas para observar aspectos significativos y recurrentes. Sigue normas y se orienta para las tareas que ha de realizar, aunque depende mucho del consejo de enfermeras más expertas. Empieza a ser capaz de discernir cuales son las necesidades más importantes del paciente. Necesita tiempo para hacer valoraciones y discernir lo que es importante de lo que es accesorio. Necesita tiempo para saber la exigencia de la situación a la que se enfrenta. Necesita soporte y consejo de una enfermera más experta. Se espera que en un mismo lugar de trabajo consiga el siguiente nivel en 2-3 años.
3. Categoría: competente, es un profesional que da una asistencia eficaz y planificada. La atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de tareas. Tiene dificultades en gestionar el tiempo y las tareas en función de las necesidades de los pacientes. Tiene en cuenta aspectos no solo del presente sino también aspectos que ha de prever en el futuro o que puede omitir. Se informa de la situación de la unidad, prioriza con orden y planifica las actividades a realizar. Está preparada para salir del paso ante las numerosas contingencias que surgen. Aún no es capaz de tener una visión global de las necesidades de los pacientes a medio y largo plazo.
4. Categoría: aventajado, es un profesional que entiende las situaciones en su contexto como un todo y no en función de aspectos o tareas concretas porque tiene una visión a largo plazo. Aprende de la experiencia los episodios típicos que cabe esperar en una situación concreta y sabe modificar su actuación según estos episodios se sucedan. Se centra en aquellos aspectos o problemas más importantes según las circunstancias del momento. Posee la facultad de identificar consignas o señales de alarma precoz. Está en situación de prever en qué circunstancias no se da la evolución esperada.
5. Categoría: Experto, es un profesional que no necesita de un principio analítico (reglas, pautas...) para justificar la comprensión de una situación. Tiene una gran experiencia,

capta por vía intuitiva todas las situaciones y se centra en el núcleo concreto del problema. Parte de un profundo conocimiento de la situación global, y en función del caso actúa. La expertez no le viene dada por el tiempo transcurrido sino por la valoración y confrontación de muchos casos prácticos y del contraste entre la teoría y la realidad práctica. La facultad que ha desarrollado es la detección y agudeza en la percepción gracias al cúmulo de experiencia. Es consultora de otras enfermeras y su ayuda es de gran valor para facilitar la valoración clínica del paciente. En general, la enfermera experta es fácil de identificar porque gestiona situaciones clínicas complejas de forma sobresaliente.

Ahora bien, el sentido de la experiencia, tal como se conceptúa el término no se refiere al mero discurrir del tiempo, sino como la valoración de nociones y postulados teóricos mediante la confrontación con muchos casos prácticos reales, que añaden matices o leves precisiones a la teoría, o dicho de otro modo, conforme se adquiere experiencia se genera una “sabiduría clínica” que es una mezcla de saberes prácticos elementales y de conocimientos teóricos no depurados.

Así, los conocimientos y habilidades que adquiere la enfermera para ir progresando por los diferentes niveles hasta el de experto, provienen de la práctica clínica, de encontrarse con diferentes y múltiples situaciones clínicas que a través del raciocinio y el análisis reflexivo la enfermera mejora el juicio clínico.

Diferentes autores consideran que Benner ha sido la precursora de la PA porque defienden que para realizar PA la enfermera ha de ser una enfermera experta. Así Oberle y Allen(5), defienden que la PA es una extensión de la práctica experta.

Y otros, como el equipo de Adams y colaboradores(40), consideran que las aportaciones de la investigación de Benner son un punto de partida para la investigación y el debate sobre la experiencia en la práctica, sostienen que la influencia de la intuición en el conocimiento enfermero y la práctica ha de ser puesto a debate y ser investigado.

Domínguez Alcón(41), también parte de la idea de que la excelencia en el cuidar, o el mejor cuidado se realiza con la aplicación del conocimiento experto y Ramió Jofré(42) apunta que los elementos clave que construyen e identifican la expertez profesional, desde la reflexión crítica de la práctica enfermera son: (a) el equilibrio personal; (b) el esfuerzo físico y emocional; (c) la satisfacción profesional; y (d) el ser enfermera versus trabajar como

enfermera, que comporta un nivel alto de seguridad, confianza y necesidad de formación; y (e) la actualización de conocimientos y formación.

English(43), también ha criticado el conocimiento intuitivo de la enfermera experta gracias al conocimiento acumulado de la experiencia, sostiene que si la enfermería es una profesión basada en la investigación, la práctica enfermera debería fundamentarse en el conocimiento científico y los procedimientos que realiza la enfermera deberían fundamentarse en la investigación empírica.

Por último, en el modelo de Benner(1), también se identifican 7 dominios o grupos de competencias que tienen una similar intención, función y significado: el rol de ayuda; la administración y monitorización de intervenciones y regímenes terapéuticos; la gestión eficaz de situaciones que evolucionan rápidamente; el diagnóstico y la función de monitorización; la función de profesor-entrenador; monitorizar y garantizar la práctica de los cuidados de la salud y finalmente, las competencias organizacionales y los roles en el trabajo.

2.2.2. Los Dominios de la práctica experta de Fenton y Brykczynski

Fenton y Brykczynski de la Universidad de Texas, en 1993(38) investigaron la práctica de la CNS y de la NP respectivamente, describiendo las semejanzas y diferencias entre ellas.

Fenton y Brykczynski usaron los dominios, competencias, roles y funciones de Benner y verificaron que las APNs eran de hecho expertas como las había definido Benner. Pero ellos demostraron que estas, poseían algo más que las expertas por la experiencia, poseían un dominio no descrito por Benner, el ser enfermeras consultoras de otras enfermeras, que denominaron: “El rol de consultoría de la enfermera”

A la vez, Brykczynski, identifico un nuevo dominio: “la gestión de la salud/enfermedad en centros de atención ambulatorios” que no era más que un dominio entre “El diagnóstico y la función de monitorización” y “la administración y monitorización de intervenciones y regímenes terapéuticos” de Benner.

También identificaron competencias, que estaban englobadas en los dominios ya descritos. En resumen, ellos también describieron caminos de la APN en dos tipologías de enfermeras la CNS y la NP, algo diferentes al considerar los dominios y competencias.

2.2.3. El Modelo de la *Advanced Nursing Practice* de Calkin

Calkin de la Universidad de Wisconsin-Madison (EE. UU.), desarrollo un modelo para la *Advanced Practice Nursing* (1994)(19). Este era un modelo de ayuda a las enfermeras administradoras para determinar como eran las diferencias de la APN desde otros niveles de la práctica clínica en las políticas de personal.

La definición de la APN de Calkin, es:

“La APN determina el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de respuestas humanas a los problemas reales o potenciales para la salud. La APN puede proporcionar una explicación para la elección de los procesos de diagnóstico y tratamiento. La PA está acompañada por el conocimiento especializado y la capacidad para tratar una respuesta humana que trasciende de los problemas de salud o con un grupo de respuestas humanas a un problema real o potencial identificable o un grupo de respuestas humanas con problemas específicos de la edad o una combinación de éstos”.

Calkin propuso que la APN debería cumplir tres supuestos: a) que tuviese un nivel de conocimientos para dar respuesta a los problemas de salud de los pacientes; b) que tuviese un nivel de habilidades para dar respuesta a los problemas de salud de los pacientes y c) que respondiera a los problemas de salud de los pacientes.

El modelo, plantea 3 curvas de Gauss superpuestas en un gráfico de distribución normal, en donde quedan representados los conocimientos y habilidades de la enfermera principiante o novicia por un lado, de la enfermera experta por la experiencia por otro y finalmente el de la enfermera de práctica avanzada, y todo ello para responder a los problemas de salud desde los más simples a los más complejos. De esta forma se muestra que la APN es la que tiene el nivel de conocimientos y habilidades para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Según Calkin, la identificación de las respuestas en los extremos de las curvas es importante para la investigación enfermera, de esta forma podríamos saber cómo intervenir en las respuestas negativas de los extremos y cambiar los efectos en la respuesta de los pacientes.

Spross y Lawson(37) sostienen que la principal ventaja del modelo de Calkin es que las habilidades, formación y conocimientos que las enfermeras necesitan, deben basarse en las necesidades de los pacientes.

2.2.4. El Modelo de *Advanced Practice Nursing* de Brown's

Sarah Jo Brown PHD, RN, consultora de investigación en Norwich (Reino Unido), elaboró un modelo de la APN, denominado "*Brown's model*" (1998)(17), que incluye los ambientes que rodean e impactan en la práctica.

Los cuatro conceptos principales del modelo son:

1. El entorno: la sociedad, la economía de la salud, las condiciones locales, la enfermería de práctica avanzada en la comunidad.
2. El papel de la legitimidad: la formación de grado, la certificación y la licencia.
3. La enfermera de práctica avanzada: el alcance de la práctica, la atención clínica, las competencias, la gestión del entorno de los cuidados, la participación profesional en el discurso de la salud.
4. Los resultados: del paciente, los cuidados de la salud, la profesión de enfermería, y los resultados individuales como APN.

Brown propone la siguiente definición de enfermera de práctica avanzada:

"El profesional que realiza actividades de cuidados de salud centradas en el servicio clínico y en la comunicación enfermera–cliente, utiliza una orientación enfermera. Tiene un alcance definido pero dinámico y en evolución, además de basarse en competencias adquiridas a través de la educación de posgrado de enfermería".

Este modelo, es uno de los pocos que explica los diferentes componentes del marco conceptual. Brown, define conceptos, articula presunciones y propone enlaces entre conceptos que pueden ser evaluados. El modelo se dirige a explicar la naturaleza de la práctica y también el contexto en el que ocurre la práctica. Es suficientemente explicativo: hace una diferenciación de la práctica, diseña el currículo y propone la evaluación de la práctica avanzada. Brown utiliza también dominios y competencias para evaluar la práctica enfermera.

2.2.5. El Modelo de la *Advanced Practice Nursing* del *Strong Memorial Hospital's*

Ackerman, Norsen, Martin, Wiedrich y Kitzman del Hospital *Strong Memorial* en *New York* (EE. UU.), desarrollaron el modelo "*Strong Memorial Hospital's*" o "*Strong Model*" (1996)(20).

El modelo de práctica avanzada fue desarrollado a partir del diseño de los dominios y competencias de la enfermera en cuidados intensivos, combinando las habilidades de la NP con las de la CNS. Los dominios que proponen son:

- La atención integral directa
- El apoyo de los sistemas
- La formación
- La investigación y
- La publicación y el liderazgo profesional.

Cada uno de estos dominios tiene actividades asociadas a competencias de la NP y la CNS y a su vez estos dominios tienen unas líneas conductoras que se representan de forma circular, continua y concéntrica hacia el paciente. Estas son: la ayuda, la colaboración y el empoderamiento. Estas líneas tienen su operatividad en la práctica de cada dominio.

Ackerman (2000)(44), hacen hincapié en que el modelo se basa en los roles desarrollados por la APN desde su estadio de novicia hasta su estadio de experta como APN.

Según Spross y Lawson(37), este modelo tiene muchas similitudes con otros modelos, por ejemplo estos dominios son parecidos a las competencias en el Modelo de Hamric (que se describe en el apartado 3), porque postula directamente que las competencias centrales son las que de ellas se derivan el resto, y en el *Strong Model* todos los dominios de la práctica incluyen la atención directa.

2.2.6. El Modelo de Oberle y Allen: La naturaleza de la *Advanced Practice Nursing*

Oberle y Allen de la Universidad de Calgary (Canadá) en 2001, publicaron “La naturaleza de la práctica enfermera”(5), donde conceptualizaron la corriente de la APN como un proceso dialectico entre el conocimiento enfermero y sus experiencias cuando estas se relacionan con los pacientes. Consideran que el modelo que proponen se conceptualiza en el paradigma de la simultaneidad ya que sugieren que hay una relación directa entre el pensamiento y la actuación para realizar el bien.

Según las autoras, la enfermera requiere dos clases de conocimiento: el general y el particular. El general incluye una parte teórica (saber qué y porqué), el reconocimiento de patrones y una parte práctica (saber como). El conocimiento particular se refiere al conocimiento particular

sobre el paciente (saber quién). Saber cuándo una acción en particular es más útil para un paciente es la individualización de los cuidados, a la que se denomina: la sabiduría práctica.

En este proceso dialéctico, las enfermeras utilizan el conocimiento general y particular, lo sintetizan generando nuevas opciones de cuidados que ofrecen a los pacientes. Creando de este modo, nuevo conocimiento desde la experiencia y reflexionan a la vez que difunden el pensamiento. Este es un proceso dialéctico que ocurre una y otra vez en la relación con los pacientes y que contribuye al desarrollo de la experiencia.

Para Oberle y Allen:

“La práctica avanzada es una extensión de la práctica de experta y se caracteriza por el mayor nivel de sabiduría práctica, o sea se caracteriza por tener una alta capacidad de individualizar el cuidado”.

La diferencia inherente entre el experto por la experiencia y la práctica avanzada, es que la enfermera de práctica avanzada primero tiene que ser una enfermera experta con un buen desarrollo de la sabiduría práctica y de habilidades. Posteriormente para ser APN debe obtener más conocimiento teórico con el añadido de una mayor integración entre la teoría y la práctica a través de los estudios de posgrado.

Así las autoras proponen que los programas de posgrado para ser APN han de fomentar la integración de la teoría con la práctica, el conocimiento de lo particular y fomentar en especial la reflexión sobre el cuidado y la práctica transformadora.

Según Spross y Lawson(37), este modelo presenta dos limitaciones claras. Una hace referencia a la no presencia del entorno, el cual es un concepto teórico significativo en general y en la práctica en particular. La segunda limitación, está en que el modelo, pone el énfasis en la experiencia práctica de la enfermera, cuando el futuro de la conceptualización de la APN habrá de tener en cuenta que la ayuda de la experiencia práctica en el posgrado servirá para desarrollar la sabiduría práctica, que es esencial para realizar una práctica enfermera eficaz.

2.2.7. El Modelo de *Nurse Practitioner Practice* de Shuler

Pamela A. Shuler de la Universidad de Kentucky (EE. UU.) y Jean E. Davis de la Universidad de California (EE. UU.) publicaron en 1993: “El Modelo Shuler para la práctica enfermera: Un modelo teórico para la enfermera clínica, la educadora y la investigadora”(45).

Shuler y Davis argumentan que en los modelos clásicos existen barreras para aplicar la teoría en la práctica y estas son básicamente tres:

- 1) El vocabulario, cada modelo utiliza palabras distintas y que no representan la práctica natural.
- 2) Se centran en “cómo debe ser la enfermera” más que en “el cómo es realmente”.
- 3) No están basados en teorías que surgen de la práctica y por esto, según las autoras están infrutilizados.

El modelo Shuler se apoya en una combinación única de teorías de diversas disciplinas para incorporar el dominio de la práctica de la NP, requiriendo una integración de los valores y las creencias con respecto a los conceptos de persona, salud, enfermera y medio ambiente. La conceptualización de estos aspectos es la base sobre la cual se realiza el proceso de enfermería y se plantean los objetivos del paciente.

Para conceptualizar el modelo Shuler se definen los conceptos de: persona, salud, enfermería, el rol de la enfermera (NP) y el entorno, así como se definen las asunciones y los conceptos básicos para el constructo del modelo. Para ello se sirve de las teorías de Callista Roy, Ludwig Von Bertalanffy, David M. Clark, Robert Guralnik y también de la *American Nurse Association* (ANA).

Persona. Reconocen a la persona de forma holística, cada persona es visualizada desde una perspectiva general y se compone de aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. La persona está en constante interacción con el entorno, este es dinámico y la persona busca mantener la estabilidad y es libre para decidir adaptarse. Individualmente tiene derecho a aceptar o rehusar la atención sanitaria. La persona es la última responsable de su salud y se la debe proveer de información y coraje para que sea un participante activo en su atención sanitaria.

Salud. La NP ha de ver la salud como un estado dinámico y permanente que tiene que ver con aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales de los individuos. Abarca los procesos de salud, enfermedad, prevención de enfermedades, promoción de la salud, el cuidado personal, rehabilitación y la educación. El estado de salud de un individuo es a la vez una responsabilidad personal y social. Los servicios de salud deben ser desarrollados y prestados de la manera más rentable posible.

Enfermería. La enfermería es vista como un proceso y como una disciplina. La función de la enfermera consiste en utilizar una base científica para conseguir un objetivo en el proceso

interpersonal. Este proceso incluye la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales y a la promoción de la salud.

El rol de la NP. El ámbito de la práctica abarca el bienestar y el rol tradicional de la enfermera de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales, a diferencia del médico que diagnostica y trata la condición de enfermedad. Además la NP tiene un enfoque al cuidado del paciente único porque realiza una evaluación de las necesidades de forma holística.

La NP requiere tener nivel de máster en enfermería, así como habilidades médicas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas. La NP es un miembro más del equipo.

Entorno. La NP debe apreciar la relación que existe entre las personas y su entorno. El entorno abarca todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la existencia de un individuo o grupo de personas. Incluye objetos animados e inanimados, clima, ubicación geográfica de residencia, vivienda además de otros seres humanos. El ambiente modifica las personas, siendo este, modificado por la presencia de acciones, causando un efecto directo sobre la salud de las poblaciones, grupos, familias e individuos.

El modelo incorpora 12 asunciones y 6 conceptos básicos que conforman el constructo del modelo, los cuales se resumen en: Las necesidades holísticas del paciente, interacción NP / Paciente, autocuidado, la prevención de la salud, la promoción de la salud, el bienestar.

2.2.8. Teoría de la influencia legítima

La Dra. Carol Ball del *National Health Services* en el Reino Unido y la Dra. Carol Cox de la Universidad de West Smithfield de Londres, publicaron en el 2003 “Parte 1: Restaurando la salud de los pacientes-resultados e indicadores de la ANP en cuidados intensivos”(46).

Ellas realizaron uno de los pocos estudios empíricos de la APN a nivel internacional centrado en las NPs, las CNSs y las *Clinical Nurse Consultants* (CNC), con una muestra de 38 participantes de EE. UU., Australia, Nueva Zelanda, y Reino Unido. Como criterios de inclusión, requerían tener nivel de máster o estudios de grado y realizar roles de APN.

De este estudio, emergió la “Teoría de la legítima influencia” que se representa como una balanza en la que hay una serie de actividades estratégicas para mejorar la estancia del paciente y otras para mejorar los resultados del mismo.

Las actividades estratégicas se centran en: la mejora del cuidado del paciente, las actividades de continuidad de cuidados y la educación al paciente

Los resultados e indicadores empíricos de la APN en cuidados intensivos de adultos se centraron en: la satisfacción del paciente, permitir la independencia, la trayectoria de continuidad, preparar la transición y comprensión clara de los problemas de salud y su control por parte de los pacientes.

2.2.9. Modelo de integración de Hamric

La Dra. Hamric de la Universidad de Virginia (EE. UU.) y sus colaboradoras Spross y Hanson han sintetizado un modelo de práctica avanzada integrado, el cual fue publicado en 1996 y reeditado en 2000, 2005 y 2009(2).

Este modelo se desarrolla ampliamente en el apartado 2.3., dado que en la presente investigación formará parte del objetivo principal.

2.2.10. Similitudes y diferencias entre los diferentes modelos

Se han comparado las similitudes y diferencias entre los diferentes modelos estudiados, atendiendo a los aspectos o condiciones que los mismos modelos identifican para las APN. Estos son:

- El ámbito de aplicación, siete de los modelos (Benner(1), Fenton & Brykczynski(38), Calkin(19), Brown’s(17), Oberle & Allen(5), Shuler(45) y Hamric(2)) aplican en todos los ámbitos de la profesión enfermera y dos de los modelos (modelo Strong(20) y el de la Influencia legítima(46)) han sido generados para aplicarlos en cuidados intensivos.
- El origen en la práctica, todos los modelos estudiados se han originado desde la práctica asistencial, excepto el modelo de Shuler(45) que es un modelo teórico el cual pretende ser aplicado por la enfermera clínica, la educadora y la investigadora.

- El énfasis en la práctica clínica, todos los modelos estudiados hacen hincapié en la práctica clínica de la enfermera.
- El énfasis en la formación, solo tres de los modelos estudiados (el de Calkin(19), el de Shuler(45) y el de Hamric(2)) dan importancia a la formación que ha de tener la APN, porque consideran que es la forma de aumentar el conocimiento científico y las habilidades clínicas.
- El énfasis en el entorno de la asistencia, todos los modelos estudiados explican los elementos clave de la APN en la práctica clínica, pero solo en tres de ellos (Brown's(17), Strong(20) y Hamric(2)) se tiene en consideración el entorno de la asistencia para favorecer la práctica clínica de la APN.
- La inclusión de competencias que favorecen la práctica de la APN, todos los modelos estudiados incluyen de forma heterogénea en cantidad y tipología competencias como: el liderazgo, la consultoría, la colaboración, la mentoría y el *coaching*, el *empowerment*, la docencia a profesionales y el liderazgo clínico. Pero el modelo de Strong(20) y el de Hamric(2) son los únicos que consideran todas estas competencias en la definición del mismo.

Como resultado, se observa que el modelo de integración de Hamric(2) es el único que cumple con las condiciones de: aplicación en todos los ámbitos de la profesión enfermera; se origina a partir de la práctica; pone el énfasis en la práctica clínica con el paciente como el único foco de atención de la APN, así como enfatiza en la necesidad de tener niveles elevados de formación para ser considerada APN. También toma en consideración el entorno de la práctica el cual influencia directamente sobre el desarrollo de la APN y además incluye todas las competencias que se describen para favorecer la práctica de la APN.

2.3. MODELO DE INTEGRACIÓN DE HAMRIC

Este modelo con un enfoque integrativo, en su edición de 2009 ha sido coordinado por la Dr. Hamric, junto a Spross y Hanson(2). Estas autoras han tenido otras colaboraciones, de las cuales se destacan para esta investigación a: Lawson, Brykczynski, Tracy, Barrow, White, DePalma, Hanson, Delgado, Bennett, Hodnicki, O'Grady, Johnson, Nevidjon, Simonson, Ingersoll y Mahn-DiNicola.

Este modelo propone una definición conceptual de la APN a partir de la definición de la ANA del 2006(22):

La APN registrada manifiesta un alto nivel de expertez en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las respuestas complejas de los individuos, familias o comunidades a los problemas de salud reales o potenciales, prevención de la enfermedad, enfermedad y mantenimiento y provisión del bienestar y confort. La APN registrada tiene una formación de máster o doctorado centrado en un área específica de la práctica, tuvo supervisada la práctica durante su formación y está en la actualidad en la práctica clínica. La APN registrada sigue realizando muchas de las intervenciones de la práctica de enfermería básica. La diferencia en su práctica se refiere a una mayor profundidad y amplitud de conocimientos, además de un mayor grado de síntesis de datos y de complejidad en las habilidades e intervenciones.

Y de la integración con esta definición, relata la siguiente definición conceptual:

APN es la aplicación de una gama más amplia de competencias prácticas y teóricas basadas en la investigación de fenómenos experimentados por los pacientes dentro de un área clínica especializada de la gran disciplina de enfermería.

En definitiva, la APN del modelo de integración, necesita ser entendida de una forma conceptualmente clara que reconozca las competencias básicas que comparten todas las APNs. La claridad conceptual puede guiar los planes de estudio para asegurar que todas las APNs aprendan las competencias esenciales para la práctica exitosa, siendo necesaria una elevada experiencia para el desarrollo de las competencias y de la práctica clínica experta que caracteriza a la APN.

Para ello el modelo integra las teorías, investigaciones y presunciones de otros autores las cuales están alineadas con la misma argumentación.

Las afirmaciones más importantes del modelo son:

- APN es una función que deriva de la formación y la preparación práctica junto a una constelación de criterios primarios y de competencias básicas.
- La práctica clínica directa es una competencia central de cualquier rol de la APN y de ella derivan todas las otras competencias.

- Todos las APNs comparten los mismos criterios y competencias básicas, a través del conjunto de habilidades clínicas habituales, donde las diferencias dependen de las necesidades de la población de pacientes o especialidad APN.

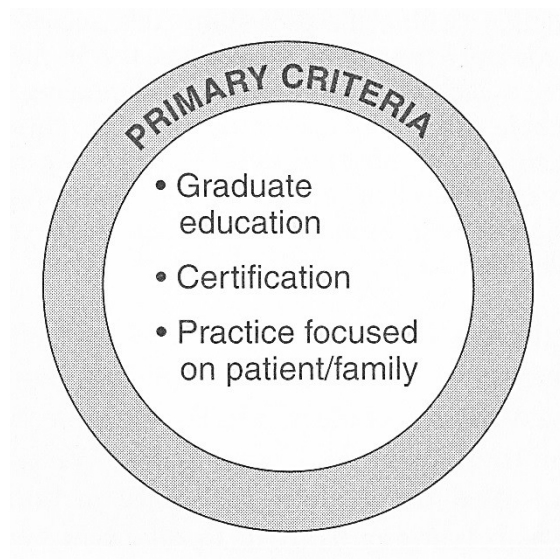
El modelo de integración de Hamric incluye los criterios primarios, las competencias nucleares y los elementos críticos del entorno.

2.3.1. Criterios primarios

Los criterios primarios o también llamados cualificaciones, son aquellos que deben cumplirse de entrada y aunque estos criterios básicos no son suficientes en sí mismos, son elementos básicos necesarios antes que una enfermera pueda ser considerada una APN(22).

Estos criterios incluyen la formación, la certificación y la práctica focalizada en el paciente y la familia. Siendo representados en la figura 1 como la parte central de la representación del modelo.

Figura 1. Modelo de integración. Criterios primarios



Publicada en: Hamric A.B., Spross J.A., Hanson C.M. Advanced Practice Nursing. An integrative approach. 4th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2009.

2.3.1.1. Formación

Haber obtenido el título de máster o doctorado en un rol o especialidad concreta con una práctica supervisada. El currículo formativo contiene teorías y resultados de investigaciones relativas al núcleo del rol o la especialidad.

Todos los estudios de APN contienen cursos específicos de valoración de la salud y exploración física, fisiopatología avanzada y farmacología avanzada, adquiriéndose estas habilidades a través de la práctica.

Los programas de máster en *Advanced Practice Nursing* requieren un mínimo de 500 h de práctica clínica y los programas de doctorado un mínimo de 1000 h.

Las habilidades en investigación, necesitan de la “enfermería basada en la evidencia” (EBE).

Algunas de las diferencias entre la formación básica y la de APN son: la profundidad y la amplitud de los conocimientos; las habilidades de anticipación a las respuestas de los pacientes frente a la enfermedad y las intervenciones enfermeras; las habilidades de analizar críticamente situaciones y explicar fenómenos; la habilidad en la natural reflexión sobre la práctica; las habilidades de evaluación dirigiendo los aspectos no clínicos que afectan al cuidado; así como en la atención a las consecuencias del cuidado y la mejora de los resultados.

2.3.1.2. Certificación

El modelo de Hamric incorpora la certificación profesional para la práctica de la APN siguiendo la “declaración de política social” de la ANA de 1980, que en su última edición de 2010 “*Nursing’s Social Policy Statement: The Essence of the Profession*”(47) incorpora las decisiones del “*Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification, and Education*” (2008)(48).

La ANA define la certificación como el juicio sobre la competencia realizada por las enfermeras dentro de su área de especialización. Es el reconocimiento formal de los conocimientos, destrezas, habilidades, juicio y experiencia demostrada por la consecución de los criterios formales identificadas por la profesión(47).

Las juntas de acreditación desarrollan y aplican exámenes y procedimientos de certificación para las enfermeras que desean ser reconocidas por la profesión y el público sobre el

conocimiento en la práctica de su especialidad. Algunos organismos de evaluación de credenciales pueden optar por utilizar la psicometría u otro tipo de pruebas legalmente reconocidas.

Además, los programas de posgrado o de especialidad tienen una amplia variabilidad de créditos-horas y el modelo sostiene que únicamente el programa curricular no puede proporcionar evidencia suficiente de la competencia a efectos de regulación(22).

Para la ANA(47), enfermería, al igual que otras profesiones, es una parte esencial de la sociedad en la que creció y en la cual sigue evolucionando. La enfermería es responsable ante la sociedad en el sentido de que el interés profesional de enfermería debe ser percibido en como servir a los intereses de la sociedad.

Según Donavedian(49), La autoridad para la enfermería, como para otras profesiones, se basa en la responsabilidad social, que a su vez deriva de una base social compleja y un contrato social entre la sociedad y la profesión. Bajo estos términos, la sociedad otorga autoridad y autonomía a las profesiones para desarrollar sus funciones y a cambio, se espera que los profesionales actúen de manera responsable, siempre conscientes de la confianza pública. La autorregulación para asegurar la calidad y el rendimiento está en el corazón de esa relación. Es el sello auténtico de la profesión madura.

El informe de consenso realizado por el Comité Asesor del Consejo Nacional de Juntas Estatales de Enfermería en EE. UU.(48), pretende ser un modelo de regulación que garantice la formación de la *Advanced Practice Registered Nurse* (APRN) y la certificación, siendo este proceso tan válido como fiable, basado en estándares reconocidos y aceptados a nivel nacional.

La profesión de enfermería a través de la certificación de competencias de la APRN en un rol o especialidad concreta, asegura a la sociedad la competencia de la misma para satisfacer las necesidades de la población.

2.3.1.3. Realizar una práctica focalizada en el paciente y la familia

En el modelo de Hamric(22), el límite de la definición de la APN está focalizado en la práctica clínica con pacientes y familias, las razones que destaca son: la enfermería es una profesión

práctica; la relación enfermera-paciente es el núcleo de la práctica de enfermería; y en última instancia la razón por la que existe la profesión es la necesidad que tienen las personas de los servicios de enfermería. La expertez en la práctica clínica se desarrolla a partir de la relación enfermera-paciente y esto es el “corazón” de la APN.

Para Hamric, sin realizar una inmersión regular en la práctica, la generación de la pericia clínica no se puede sostener.

Así pues, el modelo sostiene que en la definición de la APN no se pueden incluir los roles no-clínicos ni el desarrollo de mecanismos que los regule como APN.

Una crítica a la interpretación de esta definición de APN es que no es una declaración de valor, sino más bien, una diferenciación de un grupo de enfermeras (las que están en la práctica clínica) en relación a otros grupos en aras de la claridad, dentro y fuera de la profesión. Algunas enfermeras de gestión, investigación y salud pública han visto que el requerimiento de la práctica clínica ha devaluado su profesión.

Aunque estos criterios primarios a menudo son los únicos utilizados para regular la práctica de la APN en EE. UU. porque son objetivos y fáciles de medir para Hamric no son suficientes para considerar a una enfermera APN.

2.3.2. Competencias Nucleares

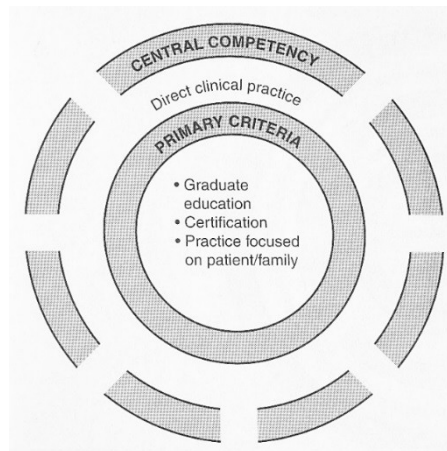
Hamric define siete competencias nucleares de las cuales una de ellas la considera “competencia central” y las otras seis “competencias adicionales a la competencia central”.

2.3.2.1. Competencia central: Práctica clínica directa

Esta competencia es fundamental para entender las otras seis, de tal forma que estas tienen sentido gracias a la competencia central, aunque la experiencia clínica por si sola no puede ser equiparada a la práctica avanzada enfermera. Según Hamric(22), el trabajo de Benner y sus colegas es una gran contribución para entender la expertez clínica en la práctica enfermera, a pesar de que ellas no estudiaron las diferencias entre las enfermeras expertas por la experiencia y las APNs con formación de máster. Las conductas que observaron en la práctica clínica se ajustan a la categoría de experta en cuidados clínicos.

La competencia central queda representada en la figura 2, alrededor de los criterios primarios.

Figura 2. Modelo de integración. Competencia central



Publicada en: Hamric A.B., Spross J.A., Hanson C.M. *Advanced Practice Nursing. An integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2009.

Tracy(50), argumenta que aunque la experiencia clínica es un ingrediente central de la práctica de la APN, los cuidados directos de la APN se distinguen por seis características:

1. Usar la perspectiva holística
2. Educación en cooperación terapéutica con los pacientes
3. Usar el pensamiento clínico experto y tener actuaciones hábiles
4. Usar la práctica reflexiva
5. Utilizar la evidencia como guía para la práctica
6. Utilizar las diversas aproximaciones para la gestión de la salud y la enfermedad

2.3.2.1.1. Perspectiva holística

Según Tracy(50), La perspectiva holística del cuidar entiende que cada paciente es una persona única y compleja que tiene múltiples dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural y espiritual donde las relaciones entre ellas es mayor que la suma de sus partes.

Esta perspectiva, también reconoce que el individuo es un conjunto unitario en proceso mutuo con el entorno.

Otra visión(51) es que el holismo incorpora otras perspectivas como: que el paciente es una parte integrada con la energía del entorno; que la mente, el cuerpo y el espíritu están relativamente cerradas y por tanto esta dimensión debería estar considerada desde las otras;

que se debería focalizar en la salud, la enfermedad y las opciones de cuidados observando el comportamiento y las respuestas del paciente como una elección de su patrón de vida.

2.3.2.1.2. Educación en cooperación terapéutica con los pacientes

La educación en cooperación terapéutica con los pacientes, tiene que ver con: facilitar la obtención de información al paciente para comprender la enfermedad y también a animarles en participar de la toma de decisiones para el manejo de su enfermedad.

En este sentido, Tracy(50) apunta que hay un continuo en la participación del paciente en la toma de decisiones en relación a su propio cuidado de la salud. En un extremo del continuo están los pacientes que quieren participar plenamente en colaboración con los profesionales en la toma de decisiones, mientras que en el otro extremo del continuo están los pacientes que quieren depender de los miembros de la familia o de los profesionales de la salud para tomar decisiones sobre su tratamiento.

En estos últimos, se incluyen a menudo enfermos que tienen creencias culturales que les llevan a aplazar las decisiones a los demás. En este caso, el profesional puede establecer una asociación de colaboración, para que las decisiones se tomen en congruencia con sus creencias y valores.

Así pues, la APN debe determinar individualmente las preferencias de cada paciente para participar en la toma de decisiones y ser sensible al hecho de que las preferencias del mismo pueden cambiar con el tiempo, a medida que llega a conocer mejor al profesional y surgen diferentes tipos de problemas de salud.

Una vez que el paciente ha manifestado su preferencia, el profesional, APN, debe adaptar su estilo de comunicación y la toma de decisiones a la preferencia del paciente.

De este modo, Tracy apunta que muchos pacientes no han tenido experiencias previas de atención médica en la que las decisiones ni tan siquiera eran una posibilidad, pero cuando se les ha ofrecido la oportunidad, muchos la han elegido con precaución en algunos casos y con entusiasmo en otros.

En la colaboración terapéutica con los pacientes, la APN debe ser consciente de sus propias creencias personales y sistemas de valores para poder entrenar a los pacientes en la toma de decisiones. Si ella no es consciente o tiene problemas no resueltos, puede ejercer una influencia indebida, no intencional, en las decisiones de los pacientes. Así pues para mantener

un enfoque terapéutico, la APN debe reflexionar sobre las propias respuestas cognitivas y afectivas para no influenciar en las decisiones de los pacientes.

2.3.2.1.3. Pensamiento clínico experto

Diferentes estudios exponen las diferencias entre la práctica experta de la APN y la práctica de la enfermera base. El juicio clínico experto se caracteriza por la habilidad de hacer distinciones entre características específicas, reconociendo cambios en la situación del paciente que permitan adelantarse o solucionar problemas de salud ya instaurados.

Pero para exponer el pensamiento clínico experto, es necesario introducir, de forma complementaria al modelo de Hamric, el concepto de conocimiento enfermero en su utilización en la práctica clínica, para llegar al pensamiento crítico y al juicio clínico experto.

Conocimiento enfermero

Carper en 1978(52), habla del saber de la enfermera y argumenta que la enfermera ha de tener cuatro tipos de conocimiento:

- 1) El saber empírico (la ciencia enfermera), aquel conocimiento que es organizado, sistemático, que se soporta por leyes y teorías y que gracias a los esfuerzos en investigación avanza en la generalización de explicaciones controladas por pruebas objetivas.
- 2) El conocimiento estético o el arte de enfermería, que es aquel conocimiento generado a partir de la práctica de habilidades técnicas, las cuales han sido aprendidas en un estilo de aprendizaje de imitación y acumulación de experiencias.
- 3) El conocimiento personal, que según Carper es el conocimiento más importante, más dificultoso. Enfermería se considera que es un proceso interpersonal de interacciones, relaciones y transacciones entre ella y el paciente, habiendo evidencia que la calidad en el contacto interpersonal tiene gran influencia en el devenir de las enfermedades y de la salud. El conocimiento personal se relaciona con el conocerse a uno mismo, así cuanto mayor es el conocimiento propio mejor es el contacto interpersonal con otros.
- 4) El conocimiento ético, que es simplemente el conocimiento del código ético de la disciplina. Incluye todas las acciones voluntarias que están deliberadamente sujetas a juicio para bien o para mal.

Paul y Heaslip en 1995(53) dan relevancia al conocimiento intuitivo de la enfermera y lo describen como “la más común de las experiencias”. A modo de ejemplo, el niño gana

conocimiento intuitivo porque aprende a describir exactamente en su propio lenguaje las cosas que tiene a su alrededor, conocimiento que lo ganan inmediatamente, sin esfuerzo y sin el beneficio del razonamiento consciente. De la misma forma, el estudiante de enfermería gana conocimiento intuitivo de enfermería por el aprendizaje descrito de forma exacta, precisa y en lenguaje enfermero a las respuestas comunes en situaciones de cuidados. Ella desarrolla este tipo de conocimiento si aprende de forma apropiada en un número de situaciones de cuidados con los pacientes. Ella en un momento dado acumula mucho conocimiento intuitivo disponible sin ser consciente de haber obtenido este conocimiento.

Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard en 1999(54), pusieron a debate el conocimiento científico versus el conocimiento intuitivo de la enfermera experta, sosteniendo que la buena enfermera clínica debe aprovechar la mejor evidencia científica disponible para hacer juicio clínico, así como, mejorar las habilidades de razonamiento para desarrollar la mejor consideración en una situación clínica.

Otra aportación, es el conocimiento desde la vertiente humanista de Jean Watson y la corriente del *Caring* que vinculan la práctica de los cuidados a la dimensión emocional tanto del paciente como del profesional(55).

Watson afirma que una persona desde sus propios sentimientos, difícilmente lograra entender los de otras personas, y la aceptación de la expresión de los sentimientos propios y ajenos, permite una empatía que trasciende del propio yo y que favorece el proceso del cuidado(56).

Pensamiento crítico

El pensamiento crítico, es un proceso complejo y en la revisión de la literatura, Paul y Heaslip en 1995(53), argumentan que mientras el prejuicio es contrario al pensamiento crítico, el pensamiento crítico no es contrario al pensamiento intuitivo, de hecho el pensamiento intuitivo requiere del pensamiento crítico i el pensamiento crítico necesita del intuitivo.

La enfermera experta, monitoriza diariamente mediante práctica intuitiva los puntos críticos que requieren la activación del razonamiento crítico. Ella ha aprendido a diferenciar los datos significativos de los insignificantes y es capaz de identificar cual es la información esencial para una práctica segura. La experiencia le conduce a anticiparse y a reconocer las desviaciones de la norma en la práctica clínica(53).

Benner, Hooper-Kyriakidis y Stannard en 1999(54), sugieren que hay que empezar la crítica pensando en la práctica, de forma activa, Davies y Hughes en 2002(21), consideran que el pensamiento crítico y las habilidades analíticas son componentes esenciales de la APN viendo el proceso de reflexión–acción como un proceso inherente a ellas.

Mantzoukas y Watkinson en 2006(24), señalan que una característica integral de las APNs es el potencial de pensar críticamente acerca de situaciones clínicas e interpretarlas en términos de los antecedentes inmediatos del paciente. Este proceso es ayudado por la previsión clínica efectiva, la cual requiere de la mejor interpretación científica del caso en particular y de la sabiduría adquirida a través de la experiencia.

Alfaro en 2009(57) argumenta que la diferencia entre pensamiento y pensamiento crítico es el propósito y el control. Pensar se refiere a cualquier actividad mental, aunque esta sea inconsciente, pero el pensamiento crítico es controlado, con un objetivo, usando estrategias bien razonadas para obtener los resultados requeridos. Pensar críticamente en un entorno clínico (un entorno complejo, desafiante y regulado por leyes y estándares) es un proceso que tiene un objetivo y está orientado a los resultados, siendo el juicio clínico el resultado de tal proceso.

Este proceso de pensamiento crítico, tiene las características de: estar dirigido por los estándares profesionales, códigos éticos y leyes; identificar cuidadosamente los problemas clave, las cuestiones y riesgos implicados, incluyendo a los pacientes, familias y cuidadores; basarse en principios del proceso enfermero, la solución de problemas y el método científico (requiere formarse opiniones y tomar decisiones basadas en la evidencia); aplicar la lógica, intuición y creatividad, y se basa en conocimientos específicos, habilidades y experiencias; estar dirigido por las necesidades del paciente, la familia y la comunidad; requiere de estrategias que obtengan el máximo potencial humano y finalmente, implica una constante reevaluación, autocorrección y lucha por mejorar.

El pensamiento crítico según Alfaro es contextual, cambia según las circunstancias, requiere de conocimientos, habilidades y actitudes específicas y debe contemplarse en tres perspectivas(57):

- Pensar por adelantado. Es la capacidad de ser proactiva, es decir, anticipar lo que podría suceder, e identificar lo que puede pasar para estar preparada.
- Pensar durante la acción. Es la habilidad de “pensar sobre la marcha”, es un razonamiento rápido y dinámico, que considera varias cosas a la vez. Está muy influido

por el conocimiento previo y la experiencia sobre el terreno. Las enfermeras expertas manejan bien este pensamiento.

- Pensar retrospectivamente (pensamiento reflexivo). Es la habilidad de reflexionar sobre su razonamiento para buscar fallos, adquirir una mayor comprensión, corregir y mejorar.

Según Facione en 2011(58), el pensamiento crítico, es el juicio de autorregulación, que se traduce en la capacidad de interpretar, analizar, evaluar e inferir, y se demuestra con la capacidad de explotar los datos, los conceptos, los métodos y los criterios o contextos en los que se basa el juicio.

Algunos autores como Kaddoura en 2011(59) abogan por la utilización de métodos de aprendizaje basado en casos que desarrollen la capacidad de pensar críticamente y *Insight Assessment*(60) abogan por la necesidad de evaluar la competencia de los profesionales de la salud en pensamiento crítico.

Juicio clínico experto

El pensamiento crítico y el juicio clínico tienen una relación estrecha, ya que el juicio clínico es el resultado después de profundizar en diferentes aspectos (éticos, estándares, evidencia científica, leyes...) a través del pensamiento crítico.

Para Alfaro(57), el desarrollo del juicio clínico es uno de los más importantes, a la vez que desafiantes retos de la enfermera, entraña aspectos como saber que buscar, como reconocer un cambio en la situación del paciente y que hacer en este caso. El desarrollo del juicio clínico llega con la experiencia clínica, requiriendo un compromiso con el estudio de los problemas de salud más comunes, la búsqueda de experiencias clínicas y estar preparado para el entorno clínico.

Según Donnelly(61), la profundidad y amplitud del conocimiento que sustenta la práctica avanzada incluye la capacidad de vincular los conceptos teóricos a la práctica, tomar decisiones clínicas complejas y elegir entre una gama más amplia de alternativas para el cuidado del paciente. Las transcripciones realizadas por Donnelly, G. en su investigación, revelaron claramente que estas enfermeras de práctica avanzada utilizan procesos intelectualmente disciplinados para guiar la práctica de enfermería.

Davies y Hughes(21) aportan que, razonar sobre los cambios de una situación clínica, determinar que hay que observar a partir de lo observado y seleccionar apropiadamente las acciones de enfermería a realizar indica tener competencia para el juicio clínico y la toma de decisiones.

En la revisión realizada por Mantzoukas y Watkinson en el 2006(24) ya argumentaban que tanto Tracy(50), como Ketefian(62) además de Furlong y Smith(63) consideran que el juicio clínico y la toma de decisiones son funciones básicas de la APN.

La experiencia práctica y la preparación de las APNs con formación de máster y doctorado en muchos casos, ayuda a la enfermera a desarrollar diferentes habilidades críticas y analíticas, que le permiten posteriormente tomar decisiones con sus pacientes.

Resumiendo, para Tracy(50) el pensamiento clínico es una tarea compleja. Se trata de la elaboración de los conocimientos en la memoria y la atención a múltiples fuentes de entrada en una situación, que a veces es difícil de interpretar ya que los problemas clínicos deben ser tratados durante un encuentro con el paciente, y hay varias maneras de pensar sobre cada tema. Estas complejidades hacen que el pensamiento clínico sea una tarea difícil, incluso bajo las mejores circunstancias.

2.3.2.1.4. Práctica reflexiva

Diferentes estudios de investigación han demostrado que la práctica reflexiva es un valioso método de aprendizaje para las enfermeras, porque esta incrementa la autoconfianza y promueve la responsabilidad(50).

Según Schön(64), Hoy en día está ampliamente aceptado que los profesionales, como consecuencia de su actividad, desarrollan un conocimiento práctico que les sirve de guía y orientación en la práctica. Para desarrollar este tipo de conocimiento, es necesario que se puedan integrar conocimiento teórico y conocimiento práctico en acciones de formación orientadas a la reflexión sobre la propia práctica. Esta integración del conocimiento práctico según Schön puede explicarse a través de tres procesos:

Conocimiento en la acción. Este conocimiento en la acción es fruto de la experiencia y de las reflexiones pasadas y se convierte en un conocimiento semiautomático y preconsciente. El conocimiento no es anterior a la acción, sino que reside en ella.

Reflexión en la acción. Muchas veces, como consecuencia de un resultado inesperado, podemos pensar sobre lo que hacemos incluso durante la misma acción. Pensamos, ideamos y

probamos nuevas acciones con las que exploramos la situación problemática y con las que, al mismo tiempo, verificamos nuestra comprensión provisional de ésta. Gracias a tal experimentación *in situ* reestructuramos nuevas estrategias de actuación al mismo tiempo que transformamos y modificamos nuestra comprensión de la situación.

Ahora bien, la reflexión en la acción difiere de la reflexión sobre la acción, esta se da cuando reflexionamos sobre la acción, bien cuando pensamos a posteriori sobre lo que hemos hecho (retrospectivamente), bien cuando detenemos la acción para pensar en ella (simultáneamente). Lo que la distingue de la reflexión en la acción, es que nos sirve para reorganizar lo que estamos haciendo en el instante de su realización.

Reflexión sobre la reflexión en la acción. Tras la reflexión en la acción pueden realizarse procesos de análisis sobre los procesos y resultados implicados en ella. De manera más sosegada y sin las demandas de inmediatez de las situaciones prácticas, el profesional puede reconstruir y comprender retrospectivamente sus procesos de reflexión en la práctica. En este caso, el análisis no se centrará únicamente en las características de la situación o contexto del problema, sino que también se cuestionarán los procedimientos llevados a cabo para designar el problema y determinar su naturaleza, la formulación de objetivos, la selección de las intervenciones en acción y, sobre todo, las teorías implícitas y los modos de entender a la vez que representar la realidad durante la acción. El análisis supone, en definitiva, una meta-reflexión en torno al conocimiento en la acción y la reflexión en la acción.

La utilización de la práctica reflexiva necesita tiempo, Reveley y Walsh(65), consideran que el pensamiento crítico, el razonamiento y el análisis son las características de más alto nivel para desarrollar las funciones de la APN.

2.3.2.1.5. Utilizar la evidencia como guía para la práctica

La utilización de la evidencia como guía para la práctica según Tracy(50) puede realizarse por diferentes caminos:

Práctica sensible Investigación, es una práctica en la que el individuo aporta resultados clínicos de la investigación para influir en la práctica de manera no estructurada. Para ello, la APN leería artículos y resúmenes de los resultados de las investigaciones de investigación primaria sobre una base regular. Esta es la forma de utilización de la investigación en la que cada profesional de enfermería debe participar. Es parte de estar al corriente de nuevos conocimientos en el área de la práctica clínica de uno mismo.

La práctica sensible Investigación, se da cuando de forma sistemática la APN selecciona artículos interesantes de su especialidad o área de conocimiento, y alternativamente se puede unir a un grupo multidisciplinar de forma periódica para discutir artículos o resúmenes de investigaciones que sean de interés mutuo. A partir de ahí se anotan los aspectos clínicos que se consideren interesantes para llevar a la práctica.

La práctica basada en la investigación, es una forma más sistemática, rigurosa y precisa de traducir los resultados de investigación a la práctica. El proceso de investigación basada en la práctica se utiliza dentro de una organización para diseñar un estándar de atención para una población de pacientes. El proceso de la práctica basada en la investigación es más formal, porque la atención basada en la investigación va a ser ampliamente utilizada como una guía para la atención y por lo tanto, las conclusiones científicas deben ser lo más libre de prejuicios y errores como sea posible.

En términos generales, el proceso consta de tres pasos: 1. Ubicación, evaluación y síntesis de la ciencia; 2. Traducir la ciencia en las recomendaciones clínicas; 3. Implementar estratégicamente las recomendaciones.

Las recomendaciones pueden tomar la forma de una guía de práctica clínica, un algoritmo de decisión, un protocolo clínico, los componentes de un programa clínico, o un cambio en las políticas o procedimientos.

La práctica basada en la evidencia (PBE), se trata de tomar decisiones en la práctica atendiendo a los resultados de investigación, pero también al tipo de pacientes, los datos de calidad, los paneles de expertos..., y no solo a partir de investigaciones externas. Sackett, opina que utilizar solamente la evidencia externa para tomar la decisión práctica es tan inaceptable como utilizar únicamente la práctica clínica individual.

Así pues, por lo general, cuando las APNs están involucradas en el diseño de la atención a una población de pacientes, todas las formas de evidencia objetiva deben utilizarse; esto incluiría datos de mejora de la calidad, los datos de las bases de datos internas, paneles de opinión de expertos, documentos de consenso, los datos de los socios de *benchmarking*, y los datos de las bases de datos estatales y nacionales. La agencia específica recoge información para identificar la naturaleza de un problema, es una prueba particularmente útil que debe ser combinada con el conocimiento más general, obtenida de los datos de investigación.

La práctica basada en la Teoría

La discusión anterior de la práctica basada en la investigación reconoce como la evidencia de investigación informa a la práctica, pero no tiene en cuenta el rol de la teoría. Las APNs están cada vez más cómodas con la idea de la evidencia de la investigación como una guía de la práctica, sin embargo, la idea de la práctica basada en la teoría es menos familiar. No debería ser así, porque contrariamente a la percepción común, la teoría puede ser una herramienta muy práctica. La teoría a menudo reúne resultados de la investigación de una manera que ayuda a que la práctica sea más útil, sistemática e integral.

En el pasado, la mayoría de las discusiones de la práctica basada en la teoría abordaban el uso de modelos conceptuales de enfermería para guiar la atención. Sin embargo, más recientemente, el énfasis se ha desplazado a las teorías de rango medio, que guían la práctica más específicamente, por ejemplo: una experiencia particular del paciente (vivir con artritis reumatólogica) o un problema (el manejo del dolor crónico); así su rango de aplicabilidad es relativamente estrecho. Sin embargo, este estrecho rango de aplicabilidad les permite desarrollarse para abordar los problemas específicos que se plantean en la práctica clínica.

2.3.2.1.6. Utilizar las diversas aproximaciones para la gestión de la salud y la enfermedad

El último elemento que considera el modelo para la práctica clínica directa(50), son las formas de aproximación al paciente-familia que utiliza la APN para gestionar la salud y la enfermedad.

Así la APN puede utilizar diversas aproximaciones o enfoques para impactar en el cambio del estado de salud o en el cambio de hábitos de vida. Muchas veces utiliza estrategias de *coaching* y educativas y puede ser con intervención farmacológica o no farmacológica.

Las intervenciones interpersonales se basan únicamente en las necesidades de información o de soporte psicológico. Incluyen el dar tranquilidad, dar información, realizar *coach*, dar reafirmación, guiar las decisiones, realizar escucha activa, expresar comprensión o estar disponible.

Otras intervenciones son a través del *telehealth*, o teleasistencia, una de las tecnologías de la información que ayudan a las APNs en intervenciones que pueden ser interesantes en zonas rurales o donde se necesite mucho tiempo de desplazamiento. El *telehealth* no sustituye el cuidado pero puede ser complementario, se puede utilizar en diferentes formatos: en alarmas, por fax, por correo electrónico, en videocámara...

Más adelante, en la competencia adicional de “consultoría” se reanudara el *telehealth* como un sistema de consultoría interprofesional.

2.3.2.1.7. Áreas de intervención en la práctica clínica directa

La práctica clínica directa, además de las seis características básicas incluye las áreas de intervención, tratamientos y gestión, así Tracy(50) diferencia entre: las intervenciones de gestión y tratamientos directos y la gestión de situaciones complejas.

Las Intervenciones de gestión y tratamientos directos, son los servicios preventivos en atención primaria, servicios preventivos en atención hospitalaria y domiciliaria, intervenciones terapéuticas que incluyen: la prescripción y recomendación de medicación, la utilización de terapias complementarias y alternativas, además de intervención individualizada escogiendo la mejor opción después de valorar los posibles resultados con el paciente.

La gestión de situaciones complejas, que incluye el seguimiento y coordinación de múltiples tipos de pacientes como son: pacientes mayores hospitalizados y desorientados, pacientes mayores en urgencias con riesgo de complicaciones, pacientes crónicos o terminales que presentan dolor, pacientes con dolor agudo, pacientes con ventilación mecánica de largo tiempo, pacientes con insuficiencia cardíaca, pacientes de neurocirugía, pacientes con fallos multiorgánicos, o trasplantados y también neonatos con enfermedades críticas.

El éxito de la APN, en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas es su defensa por el autocuidado del paciente. La clave es proporcionar educación para que los pacientes se autocuiden y autogestionen su enfermedad.

La educación para el autocontrol está dirigida a fomentar la confianza del paciente y la familia para poder llevar a cabo pautas de comportamiento, identificación de síntomas y resolución de problemas, estableciendo con el paciente y la familia objetivos a corto plazo.

Por último, en la competencia central de la práctica clínica directa, las características que se esperan de la APN, es la combinación del conocimiento por la experiencia en un área de cuidados directos y la formación en la especialidad o área de conocimiento específica que integre todos y cada uno de los elementos que se describen en el modelo.

2.3.3. Competencias adicionales

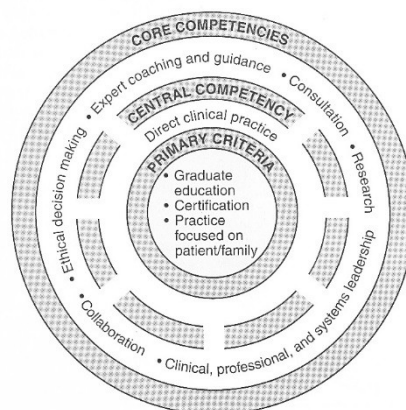
Las competencias adicionales a la competencia central son una constelación de competencias complejas que se desarrollan a través del tiempo y no emergen desde la formación de máster, algunas de estas competencias requieren de formación adicional con nuevos másteres. Estas competencias que han sido también identificadas por otros autores y asociaciones son las siguientes:

1. Experto en *coaching*
2. Consultor
3. Investigador
4. Clínico, profesional y sistemas de liderazgo
5. Colaboración
6. Toma de decisiones éticas

La unicidad de la APN es ver las sinergias entre la práctica clínica directa y esta constelación de competencias.

Las competencias adicionales se integran en las competencias nucleares y quedan representadas en la figura 3, con unos espacios de interconexión con la competencia central.

Figura 3. Modelo de integración. Competencias nucleares



Publicada en: Hamric A.B., Spross J.A., Hanson C.M. *Advanced Practice Nursing. An integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2009

2.3.3.1. Coaching

Etimológicamente el término *coaching* proviene de *coach*, una palabra de origen francés que significa medio de transporte de una persona que va de un lugar a otro, pero en su uso habitual *coach* significa profesor, un *coach* facilita pasar de forma segura de una situación a otra.

En su sentido teórico-filosófico, el *coaching* es conceptualizado de diferentes maneras en la literatura, pero se puede describir como una especie de relación (asociación colaborativa), en el cual el *coach* se compromete a apoyar y ayudar al aprendiz para que este pueda alcanzar cierto resultado(66).

Spross(67), ha definido el *coaching* para las APNs como un complejo, dinámico, colaborativo y como un proceso de interpretación holístico entre la APN y el paciente. La expertez en *coaching* en las APNs depende de la interacción de cuatro factores: la competencia clínica, la competencia técnica, la competencia interpersonal y la autoreflexión.

Elas adquieren esta habilidad en la formación de máster y con objetivos de formación en experiencia transicional.

Las APNs integran las habilidades físicas, cognitivas e intuitivas, atienden las reacciones del paciente y utilizan múltiples recursos de información.

La expertez en *coaching* requiere que las APNs sean tan autoconscientes y autoreflexivas como la transacción interpersonal, ellas pueden dar forma a la comunicación maximizando los comportamientos terapéuticos y los objetivos educacionales que se esperan.

A continuación, en la tabla 1, se presenta una síntesis de la tabla adaptada por Spross(67) de procesos de *coaching* de la APN y posibles resultados, donde se pone de manifiesto que con habilidades de *coaching* se pueden obtener resultados positivos para mejorar o adaptarse a la situación de salud.

Tabla 1. Procesos de *coaching* y posibles resultados.

Puntos de atención	Procesos de <i>coaching</i>	Posibles resultados
Físico	Demostrar las habilidades de auto-cuidado y de auto-monitorización. Describir la probable trayectoria física de la salud o la enfermedad, incluyendo la demanda o tareas que hay que realizar. Identificar factores de riesgo. Implementar la gestión de los síntomas de dolor Ofrecer alternativas, interpretación de las sensaciones...	Auto-cuidados efectivos. Estado funcional mejorado. Estado mental mejorado. Disminución del dolor. Normalización de la glucosa en sangre. Incremento del confort físico.
Afectivo, interpersonal, espiritual	Aceptar a la persona como es. Reconocer el valor, la fuerza u otras cualidades de la persona. Reconocer las expresiones de temores o preocupaciones. Sintonizar con las necesidades y objetivos del paciente. Estar disponible, estar presente. Vincular y establecer alianzas terapéuticas. Consolar a través del tacto, el comportamiento y las interacciones. Consolar. Ofrecer ayuda. Provocar expectativas que susciten significados y valores. Dar seguridad. Expresar confianza en las habilidades del paciente. Escuchar. Hacer seguimiento, estar atento.	Aceptar la ayuda de otros. Disminución de la ansiedad, el estrés, la incertidumbre. Disminución de la angustia espiritual. Encontrar significados. Esperar. Mejora de la calidad de vida. Aumento de la motivación. Aumento de las habilidades para autocuidarse. Autoaceptación. Autoreport de satisfacción con decisiones tomadas.
Comportamiento cognitivo	<i>Coaching</i> en comunicación y habilidades técnicas. Estrategias comunicativas. Confrontar e identificar contradicciones. Tratar los conflictos. Hacer demostración del rol modélico. Establecer objetivos. Ofrecer opciones. Negociar. Motivar. Monitorizar. Mediar. Guiar y ofrecer un plan. Identificar tareas adaptativas. Usar variedad de estrategias docentes. Usar estrategias de copia cognitiva. Usar el humor.	Cambio en las creencias o actitudes. Cambio en el estilo de vida. Disminución del estrés. Efectividad en el autocuidado y problemas solucionados relativos a la enfermedad. Mejora del estado funcional. Mejora de la calidad de vida.

Puntos de atención	Procesos de <i>coaching</i>	Posibles resultados
Social	Hacer de defensor del paciente. Vincular. Colaborar con el paciente y otros proveedores. Facilitar las relaciones importantes Interpretar los comportamientos, las necesidades, y los objetivos del equipo de salud. Preservar las tradiciones. Movilizar la comunidad, recursos sociales... Fortalecer los soportes sociales, a través de profesores, consultores...	Afecto. Alineación y estigmatización evitadas o minimizadas. Confort. Disminución de la carga del cuidador. Disminución del coste del cuidado. Mejorar la satisfacción con el cuidado. Mejorar el autocuidado. Satisfacción con el soporte social.

Síntesis de la adaptación de Spross J.A. (1996) en(68)

2.3.3.2. Consultoría

El termino consultora, según Barrow y White(69), siempre es una interacción entre dos profesionales, en la cual el consultante reconoce la expertez del consultado, siendo el propósito de la consultoría la mejora en el proceso de atención y en los resultados en el paciente. Es usado en varios ámbitos y hay que distinguir cada uno de los términos:

Consultoría clínica, para mejorar la atención al paciente, se puede ver o no al paciente directamente, el grado de implicación se negocia con quien consulta. En este caso, el responsable es el consultante, y este, es libre de aceptar o rechazar el consejo.

Cogestión, para mejorar la atención al paciente a través de la disponibilidad de conocimientos de dos profesionales (o más) que trabajan en conjunto para optimizar los resultados. Varios profesionales ven al paciente directamente y coordinan la atención, la APN se focaliza en la adaptación a las respuestas humanas. La responsabilidad es compartida.

Remisión, para mejorar la atención al paciente renunciando a la atención (o aspectos de la atención) de otro profesional, cuya experiencia se percibe como más importante en relación a quien realiza la remisión. Tanto el paciente como el profesional han de aceptar la remisión, y la responsabilidad de los resultados se negocia.

Supervisión, para mejorar la atención al paciente mediante la supervisión de la labor a un profesional de menor nivel. Se trata de que la persona supervisada, desarrolle alguna habilidad. La responsabilidad es compartida entre el supervisor y el supervisado.

Barrow y White señalan que algunas de las áreas de expertez en consultoría de las APNs son los cuidados directos en poblaciones frágiles como: los sin techo, personas mayores frágiles, personas con enfermedades crónicas mentales, personas institucionalizadas, incluso pacientes con infección de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), y que los conocimientos además de las habilidades adquiridas pueden extenderse a otras APN.

La consulta identifica un problema en una situación clínica, porque es una situación compleja, hay incertidumbre o no se conoce el problema en el paciente y se cree que el resultado de la consulta mejorara la situación del paciente.

Existen mecanismos que facilitan la consulta y que son muy interesantes para la APN, como son el uso de la tecnología. La teleasistencia, es definida como el uso electrónico de redes de comunicación para transmitir datos o información focalizada en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, la consulta, la educación y/o la terapia(70).

La CNA en 2007(71), publicó su posicionamiento con respecto a *telehealth*, considerando que las prácticas de enfermería en telesalud deben formar parte de un servicio integrado de atención de la salud y con ello mejorar los servicios de salud existentes, mejorando la accesibilidad, el uso y la eficiencia apropiada. La CNA cree que el modelo de telesalud propicia la seguridad de la atención, la competencia y la ética.

Actualmente, el uso de las tecnologías para mejorar la comunicación y realizar consultoría entre profesionales o entre paciente y profesional ya empieza a estar desarrollado, existiendo resultados de efectividad, eficiencia y satisfacción. Este es el caso de la experiencia del Consorci Sanitari de Terrassa (CST), que ha llevado a cabo dos programas:

El primero, entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE)(70), que en 2010 pusieron en marcha “el espacio interconsulta” para resolver preguntas asistenciales entre AP y AE, con la participación de 34 especialidades médicas y de enfermería, consiguiendo en el período 2010-2012 solucionar el 81 % de preguntas asistenciales sin necesidad de derivación a AE y reducir un 12 % la lista de espera de derivación a AE.

El segundo fue en el ámbito de la atención penitenciaria(72), concretamente entre los equipos asistenciales de los centros penitenciarios y el centro de referencia en AE del CST, con la finalidad de mejorar la comunicación entre profesionales, y profesional-paciente por videoconferencia. Después de la realización de 123 teleconsultas, la satisfacción de los profesionales implicados con este tipo de atención medida con una escala del 1 al 4, siendo 1 poco satisfecho y 4 muy satisfecho, fue del 3,87 en los centros penitenciarios y del 3,68 en AE,

siendo la satisfacción de los pacientes de 3,86. También hubo un impacto en el número de traslados evitados que fueron de 118, con un ahorro aproximado de 32.284 €, en el número de anulaciones de pruebas que fue del 6 % menos y en el número de anulaciones de intervenciones por cirugía mayor ambulatoria que fue 23,6 % en el mismo trimestre (2010-2011) estudiados.

2.3.3.3. Investigación

Las habilidades en investigación forman parte de las competencias nucleares de la APN en el modelo de integración de Hamric.

DePalma(73) defiende que, la competencia en investigación forma parte de la calidad de la práctica individual en la prestación de la atención de la APN en cualquier programa u organización.

En EE. UU., se está impulsando el uso de estándares de la práctica basada en la evidencia (PBE), debido a aspectos como: los esfuerzos para lograr el estatus de “hospital magnético”, los requisitos nacionales de acreditación, las iniciativas locales y nacionales para mejorar la seguridad, la calidad y reducir al mínimo la variabilidad de la atención.

La competencia nuclear de investigación está compuesta por tres competencias individuales(73), tal y como se muestra en la tabla 2 cada una de ellas en un despliegue en dos niveles: el *nivel fundamental*, que incluye actividades que son de nivel de máster para la APN y el *nivel de expansión* que incluye actividades que se consiguen a través de la experiencia en iniciativas individuales o a través de la formación en el programa de doctorado.

Tabla 2. Visión global de las competencias y niveles en investigación.

Competencia	Nivel fundamental	Nivel de expansión
I. Utilización y uso de la investigación y otra evidencia para tomar decisiones clínicas	Incorporar la práctica basada en la evidencia. Asistir con colegas del trabajo para incorporar la PBE en su práctica individual.	Implementar la PBE más allá de la propia práctica: en la unidad, el programa, el departamento o a nivel de la organización.
II. Evaluación de la práctica	Identificar puntos de referencia de otros para la práctica propia. Diseñar e implementar un proceso para evaluar aspectos individuales de la PA.	Diseñar e implementar un proceso de evaluación de la APN más allá del ámbito de la práctica habitual, para un grupo de APN, para una unidad, un programa, un departamento o a nivel de la organización.

Competencia	Nivel fundamental	Nivel de expansión
III. Participación en investigación colaborativa	Realizar la función de experto-asesor en proyectos de investigación colaborativa para generar conocimiento.	Realizar la función de investigador o coinvestigador en un proyecto de investigación colaborativa para generar conocimiento.

Tabla adaptada de DePalma en *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 2009

Competencia I: Utilización y uso de la investigación y otra evidencia para tomar decisiones clínicas

El *nivel fundamental* de la competencia I se considera una de las seis características de la práctica clínica directa tal y como se ha argumentado en el apartado 2.3.2.1.5. Utilizar la evidencia como guía para la práctica.

En el *nivel de expansión*, los componentes del proceso en la Competencia I y las actividades clave se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Competencia I: Interpretación y utilización de la investigación en la toma de decisiones clínicas.

Componentes del proceso	Actividades clave
Identificación del problema	Facilitar la lluvia de ideas en colaboración. Realizar una lista de palabras clave.
Búsqueda y recuperación de evidencia	Bases documentales, guías de práctica clínica, otras.
Evaluación de la evidencia	Selección, comparación de estudios, determinación del nivel de evidencia, efectividad y viabilidad en la práctica clínica.
Síntesis de la evidencia	Determinar si se aplica en la práctica actual, facilitar la colaboración multidisciplinar, identificar áreas clave para aplicar la evidencia, comparar resultados.
Recomendación para la práctica	Comparar la práctica actual con la síntesis realizada, determinar si la evidencia es suficiente para determinar el cambio, desarrollar las recomendaciones específicas para la práctica y determinar la forma de difundir el cambio.
Implementación de la recomendación	Recoger datos sobre la práctica actual, desarrollar un plan que incluya la implementación, el mantenimiento y la evaluación, identificar los resultados esperados, formar al personal y monitorizar el efecto del cambio en la práctica.
Evaluación del cambio en la práctica	Implementar el plan de evaluación, monitorizar los resultados, comparar los resultados internos con la evidencia, facilitar la evaluación de los datos para la mejora continua, coordinar el proceso de difusión de datos y coordinar la formación periódica para el mantenimiento del cambio en la práctica.

Tabla adaptada de DePalma en *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 2009

Competencia II: Evaluación de la práctica

La evaluación de la práctica incorpora tres componentes de proceso que son: la identificación de aspectos clave para evaluar, garantizar la recogida de datos, así como la fiabilidad y la viabilidad de los mismos, y la determinación de la necesidad del cambio. En la tabla 4 se describen las actividades clave para cada uno de estos procesos.

Tabla 4. Competencia II. Evaluación de la práctica.

Componentes del proceso	Actividades clave
Identificación de aspectos clave para evaluar la práctica	Localizar estándares de la práctica, guías de práctica clínica, indicadores de calidad relevantes para la práctica. Listar los objetivos a corto y largo plazo de impacto en los pacientes y en la práctica clínica. Asegurar que se expresan de manera fiable y factible.
Garantizar la recogida de datos fiables y válidos.	Expresar los resultados cuantitativos que determinaran que se ha alcanzado el objetivo. Revisar externamente: en guías de práctica clínica (GPC), indicadores de calidad..., que los resultados marcados sean apropiados. Revisar la documentación que hay que incluir en todos los indicadores. Revisar que la documentación habitual de la práctica incluya estos datos.
Determinar si el cambio en la práctica es necesario basado en la evaluación de resultados	Establecer un proceso de comparación de datos desde la práctica individual a la colaborativa a corto y largo plazo. Establecer un proceso que periódicamente reporte los datos de forma individual y comparativamente. Establecer un proceso que facilite la revisión de los datos por otros, para que recomienden cambios en la práctica basada en datos. Difundir el proceso y los resultados.

Tabla adaptada de DePalma en *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 2009

Competencia III: Participación en investigación colaborativa

Por último la competencia III explica la capacidad de la APN como consultora o como experta en investigación clínica. Los caminos por los que la APN puede llegar a realizar investigación colaborativa son varios pero es fundamental que tenga conocimientos sobre los procesos en investigación, que encuentre colaboradores activos en investigación, que estudien áreas de interés de la APN y que busque oportunidades explorando iniciativas en sociedades profesionales, proyectos o becas.

En esta competencia III, tal y como se describe en la tabla 5 contiene cinco componentes del proceso para investigación cuantitativa y tres para investigación cualitativa.

Tabla 5. Competencia III. Componentes del proceso.

Investigación cuantitativa	Investigación cualitativa
1. Formulación del problema, seleccionar el modelo conceptual, desarrollar el propósito de estudio, los objetivos y la hipótesis.	1. Planificar conceptualmente el estudio, decidir el enfoque, el sitio y los participantes.
2. Diseñar y planificar métodos y procedimientos.	
3. Recoger datos y preparar el análisis.	2. Conducir el estudio (realizar y analizar los datos simultáneamente).
4. Analizar los datos e interpretarlos.	
5. Difundir los datos de la investigación.	3. Difundir los datos de la investigación.

Tabla adaptada desde Polit&Beck (2006) IRB, *Institucional Review Board. En Advanced practice nursing: an integrative approach. 2009*

2.3.3.4. Sistemas de liderazgo clínico y profesional

La competencia de liderazgo de la APN está reconocida, como otras, no solo por las competencias que definen organizaciones enfermeras internacionales sino también ha sido recogida por el *Institute of Medicine (IOM)*, en su informe denominado: *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*(74), en donde se reconoce la necesidad de transformar el liderazgo.

“Las enfermeras deben ser socios de pleno derecho, con los médicos y otros profesionales de la salud, en el rediseño de la atención de salud en los Estados Unidos”

“El nuevo estilo de liderazgo que se necesita fluye en todas las direcciones de todos los niveles. Todos los miembros del equipo de atención de salud deben participar en la gestión colaborativa de su práctica. Los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud deben trabajar juntos para derribar los muros de jerarquía y ser mutuamente responsables para mejorar la calidad, disminuyendo los prevenibles eventos adversos y errores de medicación. Todos deben mostrar la capacidad de adaptarse a la constante evolución dinámica del sistema de atención de salud”

Las necesidades de transformación de los sistemas de salud, para conseguir una mayor efectividad, seguridad, oportunidad, eficiencia, equidad y una atención centrada en el paciente, pasa por un cambio en el liderazgo de los procesos clínicos, con un papel de la enfermera mucho más activo y dinámico que el actual, en todos los niveles de atención.

Dominios del liderazgo de la APN

Según Spross y Hanson(75), las APNs ejercen un liderazgo en cuatro dominios: en el entorno de la práctica clínica, en la profesión enfermera, a nivel del sistema de liderazgo de la organización y en las políticas de salud.

Liderazgo clínico, se focaliza en las necesidades de los pacientes y en asegurar la calidad en la atención al paciente. El liderazgo se da en el núcleo de los equipos de trabajo y a través de la resolución de problemas. Las APNs proponen cambios y estrategias que mejoran el cuidado de los pacientes. El ejemplo más común de actuación del líder en el rol de las APNs es cuando hacen de abogada de un paciente o una familia en un caso particular.

El liderazgo de grupo es más informal, puede ser la coordinación de diferentes interconsultas en un paciente complejo, o en la actuación de un paciente con dolor coordinando el tratamiento y los recursos.

Liderazgo profesional, realiza actividades de tutor y potencia la participación en la organización especialmente en su disciplina. Para ser un líder efectivo, primero debe haber sido un líder clínico, segundo ha de ser capaz que los colegas se beneficien de su labor y en tercer lugar ha de facilitar el crecimiento de las enfermeras.

Un líder profesional, empieza desde la base y avanza hacia niveles superiores en su organización, para posteriormente hacerlo a nivel nacional e internacional.

Sistema de liderazgo, este se superpone al liderazgo profesional en situaciones en las que los líderes están formal o informalmente elegidos o nombrados para cargos de autoridad o poder. Por ejemplo una APN que es designada para solucionar un problema en el incremento de la tasa de caídas de pacientes, otro, es cuando la APN es llamada a participar en comités interdisciplinarios.

Liderazgo en políticas de salud, este dominio va incrementándose cuando las APNs participan implicándose en la elaboración de normativas y leyes.

Para ser un líder en el ámbito de la política de salud, requiere de una habilidad para analizar el sistema de salud, tener unas cualidades personales que se asocien con un liderazgo efectivo y la habilidad en utilizar estas cualidades para actuar estratégicamente.

El liderazgo contemporáneo que se requiere para promover cambios es el denominado “liderazgo transformacional” que Barker(76) definió como:

“Un proceso en el que los objetivos de la líder y el seguidor se fusionan, creando la unidad, la integridad y un propósito colectivo”.

El liderazgo transformacional puede cambiar valores, actitudes, percepciones, comportamientos tanto por parte del líder así como del seguidor y sentar las bases para profundizar el cambio en positivo.

Características que definen el liderazgo de la APN

Las características que definen la competencia de liderazgo de la APN en el modelo de integración(75) son: el *mentoring*, el *empowerment*, innovar a la vez que ser agente de cambio y realizar activismo político.

El *mentoring*, es un elemento clave de la competencia de liderazgo de la APN. La APN tiene la capacidad de ayudar a otros a crecer para encorajarles hacia la autorrealización. El *mentoring* requiere competencia, cuidado y líderes que estén interesados en el éxito y el bienestar de sus seguidores.

El *empowerment*, se define como dar poder a otro, animarlo a coger autoridad. El *empowerment* como una estrategia de liderazgo esta guiado por la visión compartida del líder y del seguidor, así como, por la voluntad del líder de delegar autoridad a los demás.

Innovar y ser agente de cambio, las APNs son capaces de identificar los cambios que hay que hacer para mejorar los cuidados a los pacientes, necesitando en primer lugar necesitan identificar sus propios valores fundamentales para empezar a liderar un cambio que sea efectivo. Ellas pueden ayudar a contrarrestar las resistencias al cambio cuando las personas tienen la sensación que el cambio es una amenaza para sus valores fundamentales.

Activismo político, las APNs han de situarse en la intersección entre la política y la vida personal de sus pacientes, han de situarse en la obligada moralidad que incluye en la práctica la abogacía sociopolítica.

Los elementos básicos que definen el liderazgo contemporáneo son: la visión compartida, el pensamiento sistémico y la capacidad de participar en la comunicación de alto nivel en el contexto de un entorno cambiante. Estos elementos son básicos para la efectividad política.

Atributos del liderazgo de la APN

Hay varios atributos que Spross y Hanson(75) consideran necesarios para que la APN tenga un liderazgo de éxito y se resumen en la tabla 6.

Estas cualidades son: la expertez en habilidades comunicativas, el compromiso, el desarrollo de un estilo (de liderazgo) propio, la asunción de riesgos y la disposición a colaborar, debiéndolo demostrar tanto a nivel interdisciplinar como en el trabajo diario con los pacientes.

Tabla 6. Atributos o cualidades de las enfermeras líderes.

Atributos	Acciones
Expertez en habilidades comunicativas	Articular un discurso y un escrito. Utilizar de forma excelente la capacidad de escucha. Desear escuchar y entender otros puntos de vista. Mantenerse conectada con otras personas.
Compromiso	Darse personal y profesionalmente. Escucharse a sí misma. Estar en equilibrio entre la vida personal y profesional. Planes de futuro: hace realidad el cambio. Realiza autoreflexión.
Desarrollar un estilo propio	Se implica en proyectos. Establece prioridades. Gestiona límites. Utiliza tecnologías. Participa permanentemente en el aprendizaje. Mantiene un buen sentido del humor.
Asumir riesgos	Se involucra en cualquier nivel. Demuestra confianza en sí misma y asertividad. Utiliza la creatividad y el pensamiento fotográfico. Dispuesta a fracasar y seguir de nuevo. Tiene un astuto sentido del tiempo. Hace frente al cambio.
Disposición a colaborar	Respeto la diversidad cultural. Desea construir equipos y alianzas. Comparte el poder. Dispuesta a asesorar.

Tabla adaptada desde Hanson, Boyle, Hatmaker y Murray (1999). *Finding your voice as a leader. En Advanced practice nursing: an integrative approach. 2009*

2.3.3.5. Colaboración

Hanson y Spross(77) sostienen que la APN realiza la competencia de colaboración en diferentes dominios entre los individuos, entre grupos y entre organizaciones. La colaboración es una competencia que la ejecuta al mismo tiempo que otras competencias.

La presencia o ausencia de relaciones de colaboración afectan al cuidado del paciente. Los pacientes asumen que los profesionales que los atienden colaboran entre ellos de manera efectiva, pero esto no siempre es así. La colaboración depende de las relaciones interpersonales y de conocer los factores que pueden promoverla o impedirarla.

La colaboración es reconocida como el centro de la mejora de la calidad y la efectividad de la atención sanitaria.

Dominios de la colaboración

Colaboración con individuos, es la que se realiza con pacientes, familias o colegas, en el momento de dar el cuidado directo. Para la APN su objetivo es entender que quiere el paciente de la relación entre ella y los otros proveedores de atención. La APN también colabora con el médico para determinar el tratamiento de la diabetes por ejemplo, colaborando con otras enfermeras para ver quien realizará la educación al paciente.

Colaboración con grupos o equipos, esta función es clave en la competencia de colaboración porque se trata de facilitar el trabajo en equipo para asegurar la efectividad y la calidad de la atención.

Colaboración con la organización y espacios políticos, este dominio es la colaboración extendida. Las organizaciones requieren que las APNs colaboren en este ámbito, para poder así clarificar aspectos de requerimientos, credenciales, servicios y facturación.

Definición

El término de colaboración, a menudo se asocia a trabajo en equipo, pero Hanson y Spross(77) en base a la revisión de la literatura, desarrollaron una definición de colaboración:

“Colaboración, es un proceso dinámico, interpersonal, entre dos o más individuos que mantienen un compromiso entre ellos interactuando de forma auténtica y constructiva para resolver problemas y aprender desde el otro para cumplir con los objetivos identificados, los propósitos o los resultados. El individuo reconoce y articula los valores compartidos y hace posible el compromiso”

Características esenciales de la colaboración

Para realizar una colaboración efectiva, se requieren unas características esenciales que ha de tener la APN y los diferentes miembros que participan en la colaboración. En resumen, las características esenciales para la colaboración efectiva(77) son:

La competencia clínica y la responsabilidad, es quizás la más importante, sin esta característica no es posible la confianza y la necesidad de trabajar juntos.

Tener un objetivo común, esta característica es la base de la colaboración y tiene que ver con proveer el mejor servicio al paciente.

Asertividad en la comunicación, la clave para demostrar la competencia interpersonal son las habilidades de comunicación de manera clara y convincente y de forma oral o escrita. Según el IOM, la transparencia es uno de los retos del siglo XXI en los sistemas de salud, y puede definirse como la honestidad y el intercambio abierto de ideas, esto significa una comunicación abierta entre las partes.

La asertividad es un elemento clave en la comunicación, las prácticas en asertividad es una de las actividades de los estudiantes de PA. La APN debe saber desafiar encuentros agresivos con sus colegas. Un aspecto importante es que la APN ha de saber evitar riesgos en desacuerdos de juicios clínicos y acordar criterios para resolver conflictos. La APN, también ha de ser capaz de reconocer los errores en la prescripción o en la interpretación de datos, admitir errores e incluso reportar a colegas incompetentes. La asertividad no es solo para situaciones de acuerdo, sino también debe darse en la confrontación de problemas.

Confianza y respeto Mutuo, el desarrollo de la confianza y el respeto depende de la competencia clínica, lo cual no significa que una APN aprendiz no pueda establecer relaciones de confianza.

Reconocimiento y valoración de los conocimientos y habilidades del otro, reconocer y apreciar el conocimiento diverso y complementario que cada miembro del equipo aporta, poniendo al paciente en el centro de la atención, es imprescindible para iniciar un proceso de colaboración.

Humor, es un aspecto importante en el proceso de colaboración porque crea un ambiente positivo, no amenazante y facilita el camino a la colaboración efectiva.

Beneficios de la colaboración

Aunque pocos estudios han evaluado el resultado de la colaboración, Hanson y Spross recogen los beneficios de esta para el paciente y los proveedores del servicio, tal y como se exponen en la tabla 7.

Tabla 7. Beneficios de la colaboración.

Para los pacientes	Para los proveedores
Mejora de la calidad de la atención. Incremento de la satisfacción del paciente. Disminución de la mortalidad. Mejora de los resultados en el paciente. Los pacientes se sientan seguros, cuidados y más cerca de las enfermeras.	Incremento en compartir la responsabilidad. Incremento en compartir la expertez. Mutua satisfacción en la resolución de problemas. Mejora de la comunicación. Incremento de la satisfacción personal. Incremento de la calidad de vida profesional. Mejora de la confianza mutua y el respeto. Se establecen puentes entre la dicotomía cuidado-curación. Se expande el horizonte de los participantes. Evita cuidados redundantes y asegura lo adecuado Autoriza a los participantes en la participación en políticas de salud.

Tabla adaptada desde Sullivan T.J. (1998). *Collaboration: a health care imperative. En advanced practice nursing: an integrative approach*. 2009

2.3.3.6. Toma de decisiones éticas

Un problema se convierte en un problema ético o moral cuando los valores fundamentales y obligaciones fundamentales de la persona se hacen presentes.

Un dilema ético o moral se produce cuando la persona debe elegir entre dos alternativas para ella inaceptables, porque atentan contra uno o varios valores que para la persona son fundamentales.

Jameton en 1984(78), ya distinguió dos tipos adicionales de problemas morales en la enfermería: el clásico dilema moral, que le llamó *incertidumbre moral* y la *angustia moral*.

En la *incertidumbre moral*, la enfermera se pregunta sobre si la acción es correcta o no. En la *angustia moral*, la enfermera cree que sabe cual es la actuación ética apropiada pero se siente limitada para llevar a cabo la acción, ya sea por obstáculos institucionales, falta de tiempo o de soporte de supervisión, por el poder del médico o por restricciones legales.

El fenómeno de la *angustia moral* ha recibido una atención creciente en enfermería, visualizándose en la literatura médica como una influencia potencialmente negativa sobre las decisiones de las enfermeras en la práctica clínica.

Las APNs juegan un papel importante en la disminución de la incidencia tanto de la incertidumbre moral como en la angustia moral entre el personal de enfermería a través de la formación, la capacitación, y la resolución de problemas.

Temas frecuentes en los dilemas éticos

Según Hamric y Delgado(79), hay una variedad de situaciones en la práctica de la enfermera donde se hacen presentes los problemas éticos, existiendo unos temas que siempre emergen cuando se analizan estas situaciones, que son: los problemas de comunicación, la participación multidisciplinar y los múltiples compromisos.

Problemas de comunicación con el equipo, suelen ocurrir por problemas de honestidad, de no saber escuchar y de no saber mantener una comunicación efectiva. Jameson recomienda poner el foco de atención en el objetivo común con el paciente, más que hablar de la opinión conflictiva, en otras palabras, centrarse en los valores compartidos y no en los conflictivos para poder llegar a la comunicación efectiva.

Participación multidisciplinar, el segundo dilema ético más frecuente en el sistema de salud es de naturaleza multidisciplinar y tiene que ver con la renuncia al tratamiento al final de la vida. En este, intervienen elementos como la toma de decisión, la contención de costes y la confidencialidad. Son situaciones en donde el enfoque multidisciplinar es necesario para resolver la situación con éxito, pero a menudo los profesionales de la salud tienen distintos puntos de vista, estas diferencias pueden llegar a la ruptura de la comunicación y consecuentemente a la no resolución del problema.

Múltiples compromisos, las enfermeras tienen numerosas y al mismo tiempo varias obligaciones con los pacientes y los profesionales del sistema, la deliberación ética implica analizar y tratar con diferentes exigencias opuestas, que se producen como resultado de estos compromisos y tienen la necesidad de atender a todas las partes.

Fases del desarrollo de la competencia

La competencia de toma de decisiones éticas en el modelo de integración, son descritas por Hamric y Delgado(79) y se puede estructurar en cuatro fases de progresión no lineal ya que dependen del tiempo en que se adquieren los conocimientos y las habilidades en cada nivel. Se trata de comprender el proceso de desarrollo o evolución de la competencia.

Fase 1. Desarrollo del conocimiento

En esta fase se tratan las teorías y principios éticos aplicados a la población de pacientes de la práctica clínica de la APN, así como leyes aplicables y casos paradigmáticos. En esta fase la APN empieza a comparar su práctica habitual con los estándares descritos en la literatura.

A nivel general, las teorías que se trabajan son: los principios éticos y las normas éticas de la práctica profesional; la casuística de la aproximación a los dilemas para trabajar desde los casos específicos hasta los generales; la ética narrativa, como la coherencia, la resonancia y el significado de los aspectos humanos; la ética basada en cuidados, que se focaliza en aspectos relacionados con las necesidades y la correspondiente responsabilidad; los códigos profesionales y las GPC; los valores tanto personales como profesionales; y los límites profesionales.

Fase 2. La aplicación del conocimiento

Se trata de aplicar el conocimiento aprendido en la fase 1. En esta fase, la EPA adquiere conocimiento sobre la toma de decisiones éticas, la responsabilidad de tomar decisiones morales. Las acciones morales requieren dedicación, trabajar hasta que se decide la resolución después de agotar todas las cargas emocionales y resolver un problema de ética complejo.

Los aspectos que se trabajan son: los modelos para la toma de decisiones éticas y las estrategias para la resolución de conflictos éticos.

Fase 3. La creación del entorno ético

La calidad del entorno ético es un elemento crítico en la producción de problemas éticos y la influencia de la APN ha de ir más allá del paciente, esta debe crear un clima en que las preocupaciones éticas se aborden de forma rutinaria, donde los pacientes y cuidadores expresen sus puntos de vista acerca de los elementos éticos del cuidado.

En esta fase, se tratan temas de prevención de conflictos éticos.

Fase 4. Promoción de la justicia social en el sistema de salud

Esta fase trata de como la APN mueve su institución en el sector social. Falk-Raphael en 2005(80) habla de que el trabajo de Nightingale dejó un legado profesional a la enfermería “un legado de hacer-justicia como una expresión de cuidado y compasión”. La AACN, en *Essentials of Doctoral Education for APN* en 2006(81) da soporte a que la APN se mueva en un ámbito más amplio de la toma de decisiones éticas.

Para desarrollar esta fase, en la competencia de toma de decisiones éticas, se requiere un alto nivel de todas las competencias nucleares.

2.3.4. Elementos críticos del entorno que afectan a la APN

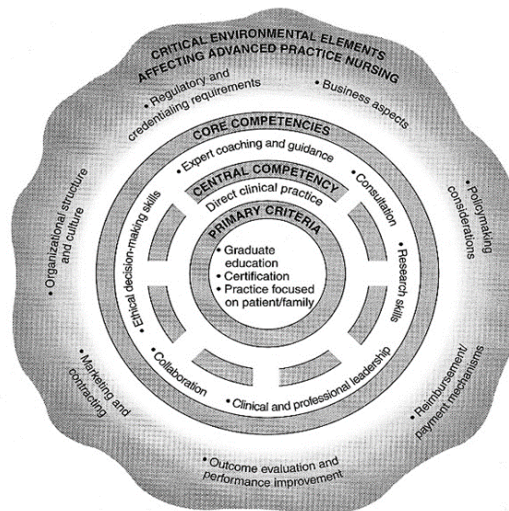
El campo de la salud es cada vez más fluido y cambiante, y en la enfermería de práctica avanzada se produce una gran variedad de cambios en el entorno de atención de salud.

Estos diversos cambios en el entorno tienen ingredientes complejos y elementos interdependientes, con lo cual todos ellos deben ser tenidos en cuenta por las APNs para su gestión diaria.

Aunque en sí, estos elementos no forman parte de la definición de práctica avanzada, el modelo de Hamric(22) los ha integrado en la conceptualización de la APN para poder realizar una práctica coherente y eficaz.

A continuación se exponen los elementos del entorno que afectan a la APN, los cuales en la figura 4 completan la representación gráfica del modelo de integración.

Figura 4. Modelo de integración de la APN de Hamric



Publicada en: Hamric A.B., Spross J.A., Hanson C.M. *Advanced Practice Nursing. An integrative approach. 4th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2009.*

2.3.4.1. Las leyes, normativas y requerimientos de acreditación

Tal y como apunta Hanson(82), estamos en una época de cambio de prioridades y modelos en la práctica enfermera en todas sus formas. Las APNs deben influenciar en las políticas sanitarias tanto a nivel nacional como comunitario, asegurándose con ello una legislación que reconozca su trabajo.

Así, aspectos relacionados con la formación, el ámbito de la práctica, la práctica especializada, las condiciones económicas y la autoridad para prescribir están en el marco legislativo en EE. UU.

Como ejemplo, a continuación se presenta un listado de requerimientos para las APNs prescriptoras:

- Estar graduada en un programa de máster o doctorado reconocido como APN.
- Tener un reconocimiento como APN en la práctica clínica.
- Estar en posesión del certificado nacional en una de las especialidades de APN.
- Haber realizado recientemente un curso fármaco-terapéutico, con un mínimo de 45 h
- Tener evidencia de un acuerdo de práctica colaborativa.
- Mantener el estatus de prescriptor mediante la formación continua en fármaco-terapia.
- Cuando se le requiera, estar registrada en la administración nacional de drogas.

Nunca había sido tan importante para las APNs, entender y valorar la trascendencia de la relación entre grupos que controlan procesos complejos y los sistemas que regulan la práctica. Nuevos modelos de sanidad hacen que la legislación adquiera importancia.

2.3.4.2. Las políticas de salud

Las principales premisas que necesitan la APN para estar involucrada en la formulación de políticas de salud según O'Grady y Johnson(83) son: conocer el proceso de las mismas, detectar los problemas actuales, así como los emergentes que de alguna forma le puedan afectar.

Para involucrarse, la APN necesita entender los detalles relacionados con aspectos tales como la financiación, las medidas de calidad y como estas se reflejan en la práctica de las APNs,

además del conocimiento de programas específicos diseñados para mejorar el acceso de las personas a la atención sanitaria. Quedando definidos estos aspectos del siguiente modo:

Coste de la sanidad

El coste de la sanidad ha crecido de forma mucho más rápida que cualquier otro agente económico. Tanto el gobierno como las organizaciones privadas no lo han sabido frenar, llevando las estrategias de control de coste hacia: reformas en el pago, reformas en el mercado, gestión de uso y reduciendo las demandas, implicando todo ello el traslado de los costes hacia los consumidores.

Calidad de la sanidad

Una definición de calidad de la sanidad, de la IOM en 2001(84), especifica que el propósito del sistema sanitario debe ser reducir continuamente la incidencia de las enfermedades, lesiones y minusvalías a la vez que mejorar tanto la salud como la calidad de vida de las personas.

Partiendo de la base que el coste, la calidad y el acceso a la sanidad son los aspectos principales a tener en cuenta en las políticas de salud, cualquier cambio en uno de ellos tiene un impacto sobre los otros, con lo cual su interdependencia es clave para cualquier política sanitaria que se quiera llevar a cabo.

La lección importante para las APNs y las políticas de salud, es que una sola persona con conocimiento sobre un aspecto puede marcar la diferencia. Es así, como una APN apoyada por la fuerza de una organización o una coalición de organizaciones puede marcar una diferencia mucho más significativa.

Los aspectos de la calidad en sanidad han sido conceptualizados como problemas relacionados con el uso insuficiente, el uso excesivo y el uso inapropiado. Es así que la calidad sufre cuando ocurre lo siguiente:

- Los pacientes se encuentran con largas listas de espera.
- Los pacientes tienen dificultades en conseguir derivaciones a cuidados especializados.
- Los tratamientos no son explicados en términos comprensibles.
- La información del paciente se extravía.
- Cuidados deficientes o errores importantes pasan desapercibidos.
- No se facilitan cuidados preventivos o no son bien gestionadas las cronicidades.

- Segmentos de la población padecen discriminación por raza, ingresos o por condiciones de las aseguradoras.
- Los cuidados proporcionados están fuera de los estándares basados en la evidencia.
- Falta de atención personal y continuidad en los cuidados.

Existen seis dominios críticos para medir la calidad (IOM, 2001):

1. La seguridad en el paciente
2. La efectividad de las intervenciones
3. La atención centrada en el paciente
4. La eficiencia
5. La planificación temporal (plazos, calendario, cronograma)
6. La equidad.

Acceso a la sanidad

Para la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*(85), tener acceso a la sanidad requiere tres pasos: entrar en el sistema; conseguir acceso donde los pacientes puedan recibir los servicios necesarios; encontrar proveedores (organizaciones sanitarias) que cumplan con las necesidades de los pacientes y con quién los pacientes puedan desarrollar una relación basada en comunicación la mutua y la confianza.

Como obstáculos al acceso a la sanidad, independientemente a que la persona esté asegurada o no, incluyen: la distancia geográfica, estructura de la organización, financiación, falta de confianza, retrasos, pérdida de resultados de laboratorio, prejuicios culturales y raciales e ignorancia del sistema sanitario.

2.3.4.3. Los aspectos prácticos de la gestión de la empresa

Para Nevidjon y Simonson(86), los administradores que consideren emplear a APN, se enfrentan con aspectos tales como definir el valor que la APN aportará, e identificar que grupos dentro de la organización se verán amenazados. La falta de consenso sobre la definición de los roles, la necesidad de una segunda licencia, retribución económica, privilegios de prescripción, y el ámbito de la autoridad, son algunos de los aspectos que lastran a las organizaciones que disponen de APN.

En cualquier caso, la colaboración es esencial entre las APNs y los administradores para definir las contribuciones esperadas de las mismas, incluyendo en ello prácticas innovadoras, resultados mejorados en los pacientes, ahorro y creación de beneficio. Hay razones convincentes para los administradores, en considerar el rol de la APN una respuesta a la mayoría de retos que hoy en día se presentan en el entorno de la sanidad. Nevidjon y Simonson(86), describen hasta 12 justificaciones que dan las organizaciones para incorporar roles de APN, centradas en los conocimientos y las habilidades que demuestran así como en la flexibilidad y las capacidades de coaching, colaboración interdisciplinar, liderazgo y consulta.

Un esfuerzo colaborativo entre el equipo de administración y las APNs mejora considerablemente el potencial para una implementación exitosa de la APN, reduciendo el potencial de tensiones interprofesionales. Al comprometerse con la misión y los objetivos de la organización y desarrollar a la vez que ampliar sistemáticamente sus habilidades, las APNs se aseguran un puesto en el futuro de la sanidad.

2.3.4.4. Planificación del negocio y reembolso de la prestación

Es necesario relacionar este elemento en el contexto del sistema de salud estadounidense, en donde la APN tiene su unidad de negocio y es contratada por las organizaciones como un proveedor más, negociando así mejores resultados para sus pacientes a cambio de la contraprestación económica correspondiente.

La planificación del negocio, tal y como la conceptualizan Hanson y Bennett(87), implica la confluencia de distintos procesos que contribuyen al funcionamiento del sistema sanitario. La mayoría se pueden clasificar en dos grandes grupos, por un lado tenemos a los que están relacionados con la asistencia y/o cuidado del paciente y por otro están los que dan soporte al proceso del cuidado del paciente de forma indirecta, visualizado este en la administración de las organizaciones.

La satisfacción de las APNs, está en desarrollar, implementar y analizar de forma continua los procesos de cuidados directos e indirectos utilizados para lograr los resultados/objetivos hacia el paciente, a la vez que es consciente de su enfrentamiento ante otros elementos críticos del entorno que afectan a su práctica. El éxito se mide con la habilidad de la APN en utilizar estos procesos para conseguir los resultados deseados, dentro de las dificultades e impedimentos de los recursos y asignaciones de prestación disponibles.

Las APNs, deben ser conscientes que la gestión del cuidado del paciente es conceptualizada como el hecho de abarcar los procesos de cuidados directos e indirectos, de tal modo que aseguren que los recursos disponibles sean convenientemente distribuidos para favorecer los resultados/objetivos del paciente.

Una vez realizada la planificación empresarial, la APN debería resumir en un documento la misión, valores y procesos de cuidado y los recursos disponibles encaminados para cumplir las necesidades del paciente. Siendo el primer paso, la identificación de a quién va dirigido para así redactarlo acorde a sus necesidades. La APN desarrolla, implementa y evalúa tanto el cuidado del paciente como los procesos indirectos que dan soporte a los resultados.

La planificación empresarial utiliza procesos centrados primordialmente en el desarrollo, implementación y evaluación de estos procesos indirectos que dan soporte al cuidado del paciente. La contraprestación económica como parte de la planificación empresarial, es otro proceso indirecto que da soporte al cuidado del paciente, siendo uno de los elementos críticos que afectan al éxito de las APNs.

Hay tantos mecanismos de pago como organizaciones de salud (aseguradoras). Cada aseguradora tiene sus propios procesos para convertirse en un proveedor reconocido y gestionar las contraprestaciones económicas por dar cuidado a sus beneficiarios. El conocimiento de los procesos involucrados en dar cuidado, incrementa el hecho de compartir información entre APN, sus pacientes, otros proveedores de salud y colegas. La contraprestación económica es el mayor proceso indirecto que tiene un impacto directo en el éxito de la planificación empresarial de las APNs.

La relación de las APNs en el proceso de cobro de las contraprestaciones económicas depende de si la APN está autorizada a efectuar la práctica de forma autónoma y obteniendo por ello la contraprestación directamente o si forma parte de una organización.

2.3.4.5. Marketing y contratación

Al iniciar este apartado, se debe tener en consideración el hecho de que la mayor parte de las organizaciones sanitarias en EE. UU. son privadas, es importante hacer hincapié en ello para contextualizar este aspecto referido al *marketing*.

Según Hodnicki(88) es vital para las APNs hacerse oír, ser visibles, ser económicamente rentables, estar a la vanguardia en cada una de sus especialidades además de estar involucradas en todos los niveles sanitarios. Es por ello, que el *marketing* es esencial tanto para su supervivencia como para la influencia que pueden ejercer dentro de la profesión.

Aunque hay un predominio de APN con másteres, la balanza empezara a decantarse hacia doctores en práctica avanzada. Con ello, las APNs incorporaran responsabilidades de asesoramiento en las estructuras del sistema sanitario, influenciando en las políticas de salud, liderando y mejorando los resultados dentro del entorno de los cuidados de la salud. Este cambio en la formación, hace que el *marketing* sea esencial para educar tanto al público como a su entorno profesional.

Los conceptos básicos de *marketing* necesarios son:

- a) El producto. Con el cual la APN ofrece servicios de cuidados de salud altamente especializados, esto de algún modo le permite ser un elemento diferenciador muy importante.
- b) El coste del servicio prestado. Este coste final se ve afectado por diversos factores. La intervención de la APN, en muchos casos tendrá una incidencia positiva para el cliente y la organización.
- c) La localización. Accesibilidad a los servicios que presta la APN. Situación en un área donde sea necesaria, facilidad de aparcamiento, estar cerca de transportes públicos, buena comunicación viaria, todo ello son estrategias a tener en cuenta.
- d) La promoción. Depende de dar conocimiento al consumidor de la disponibilidad de los servicios, el no reconocimiento de la falta de alguno de ellos es una barrera a la práctica de las APNs, con lo cual se produce un rechazo.
- e) El *partnering* (la colaboración/asociación). La colaboración entre distintos colegas o grupos de trabajo, tiene como objetivo principal el mantener el coste del cuidado sanitario al mínimo.

Aprendiendo a ser un negociador fuerte, la APN puede incrementar las probabilidades de conseguir los resultados deseados. Negociar un contrato es una importante habilidad del *marketing*. Ya que las APNs comparten el mercado con otros proveedores del cuidado de la salud, deben adquirir estas nuevas habilidades, especialmente en las áreas de la empresa y el liderazgo.

2.3.4.6. La cultura y la estructura de la organización

Según Richmond y Becker (2005)(89), defienden que existen unas características determinadas para que dentro de la organización se de una cultura adecuada para las APNs. Estas culturas no aparecen de la nada y de repente, se crean cuando organizaciones y APNs comprometidas comparten puntos de vista y valores.

Esta cultura necesaria se basa en ocho características básicas, que tienen relación con: la claridad de la visión y los valores; el compromiso para ejercer la profesión dentro de los límites competenciales y el compromiso con el desarrollo profesional; la comunicación efectiva con pacientes, familias y equipo; la definición clara de la colaboración entre disciplinas; la credibilidad mútua (APN y organización); la recompensa por la contribución en los resultados de los pacientes; la seguridad en uno mismo como agente de cambio; la complejidad orientada a soluciones y finalmente, el desarrollo de un clima de apoyo a las APNs en las organizaciones.

Por otra parte, Nevidjon y Simonson(86) defienden que para desarrollar un clima de apoyo a las APNs, el primero de los factores que ayudan o obstaculizan es el apoyo de los médicos y otras enfermeras. La aceptación por parte de los compañeros de trabajo crea un entorno exitoso para desarrollar la práctica.

Los administradores y las APNs deben prestar atención a los factores clave para el éxito como la confianza en la propia habilidad de la APN, la habilidad para construir relaciones colaborativas, la autonomía, y el estar posicionada dentro de la organización para que el personal reconozca su valor.

Nevidjon y Simonson(86), también apoyan que hay que modular las tensiones interprofesionales ya que la confusión del rol que desarrolla por parte de médicos, enfermeras o mandos contribuye a que se sientan menospreciadas y se reduzcan los beneficios que su colaboración aportaría.

Los problemas de tensiones colaborativas entre proveedores de cuidados hacen que las APNs se sientan menospreciadas. Médicos, enfermeras y administradores contribuyen todos a esta dinámica.

2.3.4.7. Los resultados de evaluación y mejora de la actuación

Según Ingersoll(90), los empleadores, consumidores y aseguradores piden a las APNs justificar su contribución a la sanidad y demostrar el valor que añaden al sistema. Esta verificación de las

contribuciones de las APNs requiere una evaluación de las estructuras, procesos y resultados asociados con su rendimiento y los sistemas de sanidad en los que practican.

La evaluación del impacto de una APN se encuentra en múltiples niveles, con pruebas recogidas durante las revisiones de rendimiento anuales, actividades de medición de resultados, análisis del proceso de mejora y evaluaciones del programa, así como resultados de investigación, sistemas de salud y sistemas clínicos a pequeña y gran escala. Como mínimo, se requieren revisiones de rendimiento individual y mediciones de resultados para las APNs sin importar su ámbito de práctica, la población asistida, o experiencia previa a la evaluación de impacto.

Al revisar la evaluación de programas, se debería centrar la atención en el sistema de evaluación utilizado (que va desde descriptivos a ensayos clínicos aleatorios), la población objetivo, la organización involucrada, el espacio de tiempo de recogida de datos y el tipo de datos recogidos.

Idealmente, la evaluación de rendimiento debería ser un proceso constante con al menos revisiones trimestrales de rendimiento y logros individuales de la organización. Estas sesiones deberían incluir discusiones sobre la carga de trabajo y aspectos de productividad para identificar recursos extra necesarios o desarrollar estrategias para afrontarlos. En todos los casos, el proceso y las decisiones de las APNs y el supervisor deberían ser documentados y utilizados para monitorizar la mejora o el mantenimiento del alto rendimiento.

La magnitud de la contribución de las APNs al cuidado, se pierde a menudo porque las organizaciones generalmente atribuyen los resultados a los facultativos colaboradores. Esta invisibilidad en la sanidad amenaza el reconocimiento de las APNs como proveedores importantes de servicio a la sanidad.

Una medición y gestión efectiva de los resultados requiere que las APNs trabajen de forma colaborativa con otros, para planificar y organizar procesos de cuidado y evaluación de calidad en entornos de servicios de sanidad altamente complejos.

El análisis de datos requiere la habilidad de manipular e interpretar datos, consultar información en una base de datos que contiene información clínica o financiera y utilizar un sistema de información para recoger datos y tendencia del rendimiento.

2.4. VISIÓN INTERNACIONAL

Diferentes países han regulado la PA a través de sus organizaciones profesionales de enfermería e incluso de los gobiernos o departamentos de salud. Esta regulación, viene dada por la definición de competencias, dominios o estándares que pretenden definir los ámbitos de actuación de las EPA

En este apartado, se pretende dar una visión general de la PA a nivel internacional, en especial en los países donde la PA está reconocida e implantada como son: EE. UU., Canadá, Reino Unido y Australia.

En esta visión general, se presenta una relación de las titulaciones o categorías de enfermeras en cada uno de estos países, el nivel de formación requerida para la PA, la regulación o acreditación de competencias si es el caso, los dominios y competencias reconocidas, para finalizar con una clasificación de roles y actividades que las EPA llevan a cabo bajo la denominada PA.

Las diferentes tipologías o categorías de enfermeras, en los diferentes países vienen dadas por la organización en los diferentes sistemas de salud.

2.4.1. Estados Unidos

2.4.1.1. Categorías - titulaciones

La clasificación básica de las enfermeras en EE. UU. es:

Associate's Degree, es la enfermera con solo dos años de formación, es una enfermera generalista.

Bachelor Degree, es la enfermera con 4 años de formación, también generalista.

En la práctica no hay diferencias entre la *Associate* y la *Bachelor* pero los hospitales prefieren las *Bachelor*. Hay indicios que la *Associate* desaparezca en el futuro.

Nurse Practitioner (NP), es la enfermera que ha trabajado, tradicionalmente en atención primaria, se la considera una enfermera generalista, pero en realidad son especialistas en cuidados en atención primaria(2).

Ellas son enfermeras registradas, licenciadas y en datos del 2006: el 84 % eran con formación de posgrado o máster en una de las siete especialidades:

NP familiar, NP adulto, NP pediátrica, NP gerontológica, NP de la salud de la mujer, NP de cuidados agudos y NP de salud mental.

Nurse Specialist (NS), tradicionalmente han trabajado en hospitales, tienen una formación específica en un área concreta de conocimiento. Para su certificado se requiere una formación de máster. Hay tres tipologías:

- ***Clinical Nurse Specialist (CNS)***, LA CNS es responsable del diagnóstico y tratamiento de los estados de salud/enfermedad, manejo de enfermedades, promoción de la salud, prevención de enfermedades y conductas de riesgo entre los individuos, familias, grupos y comunidades.
- ***The Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)***, La CRNA proporciona toda la gama de cuidados en la anestesia del paciente y la atención relacionada con la anestesia en las diferentes etapas de la vida, cuyo estado de salud puede variar. Esta atención se presta en diversos entornos, incluyendo salas de operaciones del hospital.
- ***Certified Nurse-Midwife (CNM)***, La enfermera-comadrona certificada proporciona una gama completa de servicios de atención primaria de salud para las mujeres en las diferentes etapas de la vida, incluyendo la atención ginecológica, servicios de planificación familiar, atención prenatal y del parto, el parto y el cuidado del recién nacido. Esta atención se proporciona en diversos ámbitos, que pueden incluir el hogar, hospital, centro de nacimiento, y una variedad de entornos de atención ambulatoria, incluyendo oficinas privadas y de la comunidad además de las clínicas de salud pública.

Advanced Practice Nursing (APN), La APN o EPA, se ha ido desarrollando en los últimos años, y son NP o CS que han adquirido el nivel de práctica avanzada, para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y del sistema de salud. El nivel de desarrollo en los diferentes estados es heterogéneo, tanto a nivel de roles como de formación y certificación. Esto supone en la actualidad una dificultad para moverse entre los diferentes estados.

Por este motivo, se creó un grupo de consenso en *the National Council of State Boards of Nursing* (NCSBN) con representantes de los diferentes estados para la creación de un modelo de APRN más uniforme(48). Este modelo de APRN según el *Consensus Work Group and the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee*, incluye en la definición de APRN tanto a las NPs como a las CNSs en las diferentes especialidades porque todas ellas

incluyen el grado de máster y además han de obtener la certificación correspondiente según la especialidad.

2.4.1.2. Formación

La formación mínima requerida para ser APN en EE. UU. es nivel de máster y las enfermeras NP, CNS, CRNA, CNM pueden obtener la licencia o certificación como APRNs gracias al modelo de consenso para la regulación de la PA en EE. UU. Pero a partir del 2015, la AACN recomienda el título de doctor (DNP) para todas las APNs.

En 2006, la AACN, publicó el documento *“The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice”*(81), que contiene los elementos curriculares y las competencias que deben estar presentes en los programas de doctorado para enfermería, incluyendo unas competencias centrales para todos los roles de la PA y unas competencias específicas en función de la área práctica.

Las competencias esenciales son ocho:

1. Las bases científicas para la práctica.
2. Liderazgo organizacional, sistemas de mejora de la calidad y pensamiento sistémico.
3. Subvenciones clínicas y métodos analíticos para la EBE.
4. Sistemas de información/tecnología y tecnología de atención al paciente para la mejora y transformación del cuidado de la salud.
5. Política sanitaria para la defensa de la atención.
6. Colaboración interprofesional para mejorar los resultados de salud del paciente y la población.
7. Promoción de la salud en la población para mejorar la salud del país.
8. Enfermería de práctica avanzada.

En las competencias específicas los DNP para APN deben demostrar experiencia práctica, conocimientos especializados, y la responsabilidad ampliada en el cuidado y la gestión de personas y familias. En virtud de este enfoque de atención directa, las APNs han de desarrollar competencias adicionales en la práctica directa con la orientación y entrenamiento de los individuos y las familias a través del desarrollo, la salud-enfermedad y transiciones situacionales.

Para que las APNs valoren, gestionen y evalúen a los pacientes en el nivel más independiente de la práctica clínica de enfermería, se espera que utilicen las habilidades de evaluación

avanzada empleando un profundo conocimiento de la fisiopatología y la fármaco-terapia en la toma de decisiones de diagnóstico y gestión de la práctica.

Para asegurar la suficiente profundidad y atención, es obligatorio que se requiera un curso separado para cada uno de estas tres áreas de contenido: salud avanzada/evaluación física, fisiología avanzada/fisiopatología y farmacología avanzada.

2.4.1.3. Acreditación del programa formativo

El programa de certificación (para la obtención de la licencia) es llevado a cabo por la *American Nurses Credentialing Center (ANCC)*(91), que es una organización subsidiaria de la ANA.

El programa de certificación debe estar acreditado por el *American Board of Nursing Specialties (ABNS)* o bien por el *National Commission for Certifying Agencies (NCCA)*.

2.4.1.4. Certificación-Recertificación

Este examen de certificación evalúa las competencias troncales de APRN y las competencias relacionadas con un área de población específica.

La recertificación es cada 5 años y hay que demostrar un número de horas de práctica, horas de formación continua, investigación, publicaciones en función de la categoría a la cual se presenta y presentarse a un examen que incorpora los últimos estándares de enfermería en la práctica(91).

2.4.1.5. Roles y competencias

Roles

Los roles que se describen en la literatura americana hacen referencia a la titulación y área de la práctica donde trabajan, en este sentido se describen los roles de la CNP, CNS, CRNA, CNMA, en los grupos de población donde trabajan: Familia e individuo a lo largo de la vida, adultos-gerontología, neonatal, pediátrico, salud de la mujer relacionada con el género y salud mental.

Tradicionalmente, la CNP ha desarrollado su rol dirigido más hacia la atención primaria y la CNS en el ámbito hospitalario pero actualmente diferentes autores han estudiado las diferencias y semejanzas en las competencias y roles que desarrollan estas diferentes

tipologías de enfermeras(2)(8)(25)(26), y consideran que hay una mezcla de roles entre la CNP, la CNS y la APN.

El rol de la CNS y de la CNP se entrecruza en la práctica con pacientes complejos y hay una preparación dual entre las dos.

Hanson y Hamric(23), explicaban la importancia de clarificar la mezcla de roles entre la CNS y la NP y opinaban que los diferentes cambios en los sistemas de salud obligan a una mayor eficacia para abordar las necesidades complejas de la población, la reducción de la estancia hospitalaria, la continuidad de la atención entre diferentes proveedores y las terapias intensivas tanto en el hospital como en domicilio, es por ello que se hace necesaria la combinación de las habilidades de la CNS y de la NP, maximizando las capacidades de la enfermera. Pero también opinaban que las competencias de la ANP, son competencias nucleares y se sitúan en el centro de esta encrucijada, donde es importante el conocimiento y las habilidades para evaluar, tratar y gestionar los pacientes más complejos.

Según Hanson y Hamric(23), ya en 2003, resolvían que estas combinaciones de competencias necesarias, en un futuro requerirían de una APN con formación de doctorado.

Competencias

Las competencias de las APNs se rigen por los estándares definidos para la práctica profesional de enfermería de la ANA y por los estándares definidos por las asociaciones que representan a cada uno de los roles.

Los estándares definidos para la práctica de la enfermera son 16, de los cuales seis son dirigidos a la práctica y diez a la mejora profesional(92) y su distribución es:

Estándares dirigidos a la práctica:

1. Valoración
2. Diagnostico
3. Evaluación de resultados
4. Planificación
5. Implementación (coordinación del cuidado, educación para la salud, consultoría, prescripción de medicamentos⁷ y tratamiento)
6. Evaluación

⁷ La prescripción de medicamentos viene regulada por el NCSBN(96) y por cada uno de los Estados

Estándares dirigidos a la mejora profesional:

1. Ética
2. Formación
3. Práctica basada en la evidencia e investigación
4. Calidad en la práctica
5. Comunicación
6. Liderazgo
7. Colaboración
8. Evaluación de la práctica profesional
9. Utilización de recursos
10. Entorno de la salud

Estándares para cada uno de los roles

Las *core* competencias o competencias centrales y/o los estándares de guía para la práctica, así como los estándares de acreditación de la formación han sido definidos por las asociaciones profesionales correspondientes: a) *National Organization of Nurse Practitioner Faculties: Domains and Core Competencies of Nurse Practitioner Practice* (2006)(93); b) *National Association of Clinical Nurse Specialists: Clinical nurse specialist core competencies. Executive summary 2006-2008* (2008)(94) y *Core Practice Doctorate Clinical Nurse Specialist (CNS) Competencies* (2009)(95); c) *American College of Nurse-Midwives: Core Competencies for Basic Midwifery Practice* (2012)(96) y *Standards for the Practice of Midwifery* (2011)(97); d) *Accreditation Commission for Midwifery Education: Gap Analysis of Accreditation Commission for Midwifery Education ACME and ICM Global Education Standards*. (2013)(98); e) *International Confederation of Midwives: Global Standards for Midwifery Education* (2010)(99); f) *American Association of Nurse Anesthetists: Scope and Standards for Nurse Anesthesia Practice* (2013)(100); g) *Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs: Standards for accreditation of nurse anesthesia educational programs*(2012)(101).

2.4.2. Canadá

2.4.2.1. Categorías - titulaciones

En Canadá, la clasificación de las enfermeras es la siguiente:

Registered Nurse (RN). Es la enfermera registrada, que tiene autorizado su título en todo el territorio, su formación mínima es el equivalente a la licenciatura en enfermería, que recibe diferentes nombres en función del territorio (*The baccalaureate degree in nursing/Bachelor of nursing*) / *Bachelor of science in nursing*(102).

La RN, puede trabajar en una amplia gama de cuidados clínicos, en docencia, en gestión investigación y en la alta dirección. Las competencias se desarrollan en la práctica e integran su experiencia y conocimientos a lo largo del continuum desde la novicia a la experta(102).

Enfermera especialista (CNS)(27). Es una RN con máster o doctorado (MN: Máster en enfermería) o (PhD: Doctorado) y experiencia en una especialidad de enfermería clínica. Se asimila a la APN.

Las CNS promueven la excelencia en la práctica de enfermería y sirven como modelos a seguir, actúan como defensores de las enfermeras, tienen liderazgo, actuando en los ámbitos de:

Práctica clínica, proveyendo de cuidados expertos, desarrollan o contribuyen en el plan de cuidados e intervienen en situaciones complejas.

Consultoría, usa el conocimiento avanzado, habilidades y el juicio clínico para mejorar los cuidados del paciente en situaciones complejas. Realiza consultoría a pacientes, enfermeras, otros proveedores de salud, otras organizaciones de salud y a la dirección.

Formadora, realiza formación a pacientes, familias, enfermeras, estudiantes y otros proveedores de salud. Es experta en su especialidad clínica.

Investigación, fortalece la unión entre la investigación y la práctica clínica, facilitando la comprensión y la aplicación de la investigación. Tiene conocimientos sobre el proceso de investigación, metodologías y participa en la identificación de proyectos. Puede actuar como investigadora principal, como colaboradora o como miembro de un equipo de investigación.

Nurse Practitioner (NP)(28). Es una RN con formación adicional. Su origen es en áreas rurales, actualmente trabajan en atención primaria, centros de salud comunitarios, residencias y en el domicilio.

Demuestran competencias para el diagnóstico de forma autónoma, en interpretar las pruebas de diagnóstico, prescribir medicamentos⁸ y realizar procedimientos específicos de su ámbito de la práctica.

El papel de la NP se deriva de la mezcla de diagnóstico clínico y el conocimiento terapéutico, habilidades y destrezas dentro de un marco de enfermería que hace hincapié en el holismo, la promoción de la salud y la colaboración con las personas y las familias, así como a las comunidades.

La educación y la experiencia le llevan a una posición única para funcionar tanto de forma independiente como en colaboración en una variedad de entornos en toda la continuidad.

En Canadá, a la NP se le ha otorgado autoridad reguladora adicional para llevar a cabo los servicios que quedan fuera del alcance de la práctica de enfermería.

Advanced Practice Nursing (APN). Es una enfermera denominada “paraguas” con un mínimo de formación de máster, que se focaliza en un área de la atención y maximiza la utilización de su nivel de conocimientos en la práctica. Da cuidados directos a los pacientes o a través del soporte en el rol de consultoría. Fundamenta su práctica en los conocimientos teóricos y promueve la investigación, estando altamente comprometida con el aprendizaje continuado.

2.4.2.2. Formación

La formación mínima es el nivel de máster, aunque este nivel no es suficiente para determinar que una enfermera es una APN, es la combinación de la formación y la experiencia clínica lo que hace obtener las competencias de la APN(102).

2.4.2.3. Certificación

Existe un sistema de registro para obtener la licencia para trabajar, pero no hay una certificación que acredite que se han obtenido las competencias para ser APN.

2.4.2.4. Roles y Competencias de la APN

Al igual que EE. UU., los dos roles que se consideran en la APN son los de NP y de CNS, y en la práctica avanzada se les reconoce unas competencias específicas relacionadas con la práctica clínica, la investigación, el liderazgo, la consultoría y la práctica colaborativa.

La CNA reconoce unas competencias para la APN, las cuales se describen ampliamente en el anexo 1 y que son:

⁸ La prescripción de medicamentos viene regulada por el *Government Canada*(103)

1. Competencia clínica
2. Competencia en investigación
3. Competencia de liderazgo
4. Competencia de consultoría y colaboración

2.4.3. Reino Unido

2.4.3.1. Categorías - Titulaciones

En general todas las enfermeras cuando finalizan sus estudios han de registrarse en el *Nursing and Midwifery Council* (NMC) y reciben el nombre de **Registered Nurse** (RN).

Las categorías o titulaciones que reciben las enfermeras en el Reino Unido son las siguientes:

Nurse practitioner (NP), es una enfermera registrada que está en un nivel 5 de carrera profesional

Clinical Nurse Specialist (CNS), es una enfermera registrada con formación de grado o superior y con amplia experiencia en el campo de la especialidad. Las especialidades son: atención al adulto, atención al niño, salud mental o atención a personas con necesidades de aprendizaje. Normalmente las enfermeras se especializan antes de finalizar el grado.

Advanced Nurse Practitioner (ANP), es una enfermera registrada, con formación de máster y acreditada para realizar unas competencias de nivel superior, trabajan en la práctica clínica, en todos los ámbitos pero muy especialmente en la comunidad, tienen gran autonomía y se coordinan tanto con la atención primaria como en el hospital(104).

Nurse Consultant (NC), son enfermeras registradas y expertas, con formación de máster o doctorado y especializadas en un campo del cuidado, su trabajo se centra en la atención directa, pero también hacen liderazgo, asesoría, docencia, formación, investigación y evaluación.

Cabe destacar, que a hay cierta confusión entre los títulos de NP y ANP, cuando hay una diferencia tanto en la experiencia como en la formación importantes, además de que las ANP muy a menudo actúan como profesionales independientes(105).

Por otra parte, Roberts-Davis y Read en un estudio publicado en 2001, sobre las similitudes y las diferencias entre la NP y la CNS, argumentan que muchas veces los papeles se entrecruzan entre los dos perfiles(25).

También, la RCN en 2009, integro las competencias de cada una de las tipologías de enfermeras en los niveles de carrera profesional de la enfermera en Reino Unido(106). Las enfermeras empiezan con un nivel 5 y pueden progresar en la práctica clínica por las CNSs (nivel 6), las ANPs (nivel 7) y las NCs (nivel 8). En niveles superiores al 8 están más dirigidos a puestos de gestión.

En 2010, el *Health Department* siendo consciente del problema en la definición de roles, publicó un documento sobre su posición respecto a la práctica avanzada, definiendo dos niveles de enfermeras: un nivel básico para las enfermeras recién tituladas y un nivel avanzado(107).

La práctica de nivel avanzado abarca aspectos de educación, investigación y gestión, pero está firmemente basada en la prestación de atención directa o trabajo clínico con pacientes, familias y poblaciones. Las enfermeras que trabajan en un nivel avanzado promueven la salud pública y el bienestar. Ellas entienden las implicaciones de lo social, del contexto económico y político de la asistencia sanitaria. Su pericia, experiencia, juicio profesional y clínico se demuestra en la naturaleza de su expertez en la práctica y en la profundidad de sus conocimientos. Los pacientes, clientes y otros profesionales reconocen su conocimiento altamente desarrollado y extenso en áreas de diagnóstico, terapéutico, las ciencias biológicas, sociales, epidemiológicas y farmacología, además de sus habilidades en áreas tales como la consulta clínica y la toma de decisiones. Las enfermeras que trabajan en un nivel avanzado utilizan el razonamiento complejo, el pensamiento crítico, la reflexión y el análisis e informan de sus evaluaciones, juicios y decisiones. Ellas son capaces de aplicar sus conocimientos y habilidades en una amplia gama de situaciones clínica y profesionalmente desafiantes y complejas(107).

2.4.3.2. Formación

La formación de posgrado, hay el certificado de posgrado (60 ECTS), el diploma (120 ECTS) y el Máster (180 ECTS) y se diferencia en que tiene una tesina de 60 ECTS o el doctorado(104).

La formación para las ANPs es como mínimo a nivel de máster (grado de segundo nivel), y un curso de prescripción independiente y/o prescripción colaborativa que puede estar integrado en el máster.

La RCN, propone un sistema de acreditación de los cursos de máster para las universidades que quieran ofertar el título de ANP. Esta acreditación formativa consta de 15 estándares que las entidades educativas han de demostrar que están impartiendo, donde los estudiantes

demuestran sus conocimientos y habilidades. Cada estándar incluye los criterios y las evidencias(105).

Los estándares hacen referencia a: la educación superior, al desarrollo de la investigación, asegurar que el programa formativo responde a las necesidades de las empresas colaboradoras, que el currículo del profesorado mantenga su competencia en la práctica clínica, el apoyo a los recursos de aprendizaje (físicos, de tiempo parcial y a distancia), la selección y admisión de estudiantes, la gestión del programa, el liderazgo de la ANP, los recursos de personal, el programa educativo del personal, el soporte al estudiante, la experiencia práctica, la estrategia de evaluación, el programa de revisión externo anual y el proceso de dar la acreditación(105).

2.4.3.3. Competencias acordadas para la EPA

El *Health Department* del Reino Unido, acuerda con asociaciones profesionales y grupos de trabajo los elementos de la PA o competencias para que sean un punto de referencia de los pacientes, cuidadores, profesionales de la salud, gerentes, empresarios, miembros de la Comisión y otras partes interesadas sobre las enfermeras que trabajan a nivel avanzado(107).

Se definieron cuatro elementos y competencias, las cuales se describen ampliamente en el anexo 2 y que son:

1. Práctica clínica directa⁹
2. Liderazgo y práctica colaborativa
3. Mejorar la calidad y el desarrollo de la práctica
4. Desarrollo propio y de los demás

2.4.4. Australia

2.4.4.1. Categorías – titulaciones

Registered Nurse, es una enfermera que ha completado estudios universitarios de Enfermería: un *Bachelor of Nursing*, que en Australia es una carrera de 3 años de duración. Asimismo, para ejercer como RN es obligado colegiarse en el *Nursing and Midwifery Board of Australia* (NMBA).

⁹ La practica clínica directa incluye la prescripción de medicamentos que viene regulada por el NHS(108)

Nurse Practitioner (NP), el ejercicio de la NP requiere haber completado un programa de máster, la NP es la única enfermera que se equipara a la APN.

La *Australian College Nursing (ACN)*, reviso en 2010 su posicionamiento(16) en el que adopta la definición de la CIE y añade que la enfermería de práctica avanzada se define como aquella que utiliza habilidades extendidas y ampliadas, experiencia y conocimientos en la evaluación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de la atención requerida.

Las enfermeras que ejercen en este nivel educativo son preparadas a nivel de posgrado y pueden trabajar como especialista o generalista. Sin embargo, la base de la práctica avanzada es el alto grado de conocimiento, habilidad y experiencia que se aplica dentro de la relación enfermera-paciente para lograr resultados óptimos a través de análisis crítico, resolución de problemas y toma de decisiones precisa.

Estudios como el de Gardner, Chang y Duffield, realizados en el sureste de Queensland (Australia) en 2006(109), en tres unidades de cuidados críticos y utilizando el *Strong Model* como modelo de referencia para la APN, demuestra que en la práctica existen diferencias entre la APN y la NP.

2.4.4.2. Formación

La formación para registrarse como enfermera es de 3 años, y posteriormente NMBA, aprobó en 2010 una formación anual de 20 h para el mantenimiento del desarrollo profesional(110).

La NMBA es también la autoridad responsable de acreditar los estándares de acreditación de los programas formativos para los títulos de enfermera, matrona y para los títulos de máster.

Los estándares para evaluar el título de máster que da acceso a ser NP y por tanto a ser APN son nueve(111):

1. La dirección del programa
2. El marco curricular
3. La estructura y desarrollo del programa
4. El contenido del programa
5. La evaluación del estudiante
6. El enfoque a los estudiantes
7. Los recursos
8. La gestión y la integración de la práctica profesional
9. La implantación de la calidad y la gestión del riesgo.

2.4.4.3. Competencias

Las competencias de la NP fueron definidas en 2006 por la NMBA(112) y se definieron: dominios, competencias y estándares. En el anexo 3, se describen ampliamente, y de forma sintética los dominios son:

Dominio 1. Práctica profesional

Dominio 2. Pensamiento y análisis crítico

Dominio 3. Provisión y coordinación de la atención

Dominio 4. Colaboración y práctica terapéutica

2.5. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN ESPAÑA

El punto de partida en España de la EPA, respecto a EE. UU., Canadá y Reino Unido es diferente. El como está configurada la formación básica y posgraduada, la historia de una enfermería muy vinculada a la polivalencia y poco a la especialización, una cultura de poder médico en los hospitales muy arraigada y una falta de regulación de la PA hace que el camino a recorrer por la enfermería española sea todavía muy largo.

Por otra parte, en la actualidad, la experiencia de la EPA en España es muy heterogénea entre las diferentes Comunidades Autónomas (CC. AA.). Tenemos un marco legislativo común donde se regula la formación básica de la enfermera, pero también hay un marco legislativo en cada CC. AA. que pueden regular competencias.

A continuación se expone la legislación a nivel estatal que actualmente regula la profesión enfermera y aquella que implica más al desarrollo de la PA; las categorías-titulaciones de las enfermeras así como la formación básica y posgraduada. También se introducen las experiencias en diferentes CC. AA., con una especial atención en Catalunya, puesto que esta investigación se centra en el contexto sanitario catalán.

2.5.1. Legislación

En el marco legislativo común cabe resaltar la regulación de la profesión enfermera actual, tanto en el ámbito laboral como formativo en la siguiente legislación:

La Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias(113) reconoce como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos, así mismo, la Ley da cobertura a la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión.

El Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales(114). Este Real Decreto (RD) dota al sistema de los mecanismos necesarios para poder operar la trascendental transformación del sistema universitario español en su proceso de convergencia con el Espacio Europeo de Educación Superior, cumpliendo así con los compromisos adquiridos por el gobierno al suscribir la Declaración de Bolonia.

El Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería(115), por el que se regulan siete especialidades de enfermería: enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), enfermería de salud mental, enfermería geriátrica, enfermería del trabajo, enfermería de cuidados médico-quirúrgicos, enfermería familiar y comunitaria y enfermería pediátrica.

El título de *Enfermero Especialista*, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado, siendo necesario utilizar de modo expreso la denominación de Enfermero Especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados.

Cada una de estas especialidades queda regulada en la orden específica, en la que se especifica el programa formativo, las competencias a desarrollar, las competencias clínicas avanzadas y los resultados de aprendizaje.

Y por su interés en la regulación de las competencias de la EPA, se destaca la prescripción enfermera como uno de los aspectos legislativamente importantes para el desarrollo de la práctica avanzada en España, al igual que lo han realizado otros países.

Ley 28/2009, de 30 de diciembre(116), de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio(117), de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en la que queda restringida, la facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica al médico, al odontólogo y al podólogo. Aunque también expone que:

“Los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación”. Y aclarar que “El Gobierno quien regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud”.

Siendo finalmente, el Ministerio de Sanidad y Política Social quien acredite a efectos de todo el Estado a los enfermeros en función de los acuerdos antes mencionados.

Como estos acuerdos en el 2015, todavía no se han producido, y en la práctica enfermera habitual, estas requieren de la prescripción autónoma (aquella que no precisa de receta médica para la dispensación o la que se deriva de la recomendación de material sanitario) y de la prescripción colaborativa (aquella que requiere de la firma del médico y estar relacionada con la medicación para el tratamiento de una patología), en algunas CC. AA. como Andalucía o Catalunya han empezado a adelantarse para regularizar la práctica enfermera instaurada en materia de prescripción y evitar la situación de ilegalidad en la que se encuentran las enfermeras a la vez de evitar duplicidades de visitas.

Aunque la prescripción es seguramente la competencia que más limita la actuación de la EPA existen también otras regulaciones que afectan al desarrollo de la EPA como son:

La Orden de 6 de setiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta, y que especifica que el informe de alta ha de ser firmado por un médico(118).

El Real Decreto 625/2014 de 18 de julio por el que se regulan los aspectos de gestión y control de los procesos de incapacidad temporal, que también la baja y el alta laboral han de ser firmados por un médico(119).

El Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de enjuiciamiento criminal, en la que limita solo al médico la posibilidad de realizar partes judiciales(120).

2.5.2. Categorías - Titulaciones

En España, las tipologías de enfermeras en la práctica clínica están vinculadas a la formación básica o de especialidad:

La enfermera graduada, estas enfermeras pueden trabajar en todo el territorio español, a nivel asistencial, en gestión, en docencia (en docencia universitaria especialmente las graduadas) y en investigación.

Los primeros graduados salieron en la promoción 2009-2013. Por este motivo, la gran mayoría de enfermeras asistenciales en España todavía son del plan de estudios anterior, siendo su titulación de Diplomado Universitario de Enfermería (DUE) con 3 años de estudios y que al igual que los graduados están capacitadas para trabajar de enfermera en cualquiera de los niveles y servicios asistenciales

La enfermera especialista, son enfermeras diplomadas o graduadas que han realizado una de las especialidades oficiales.

Para trabajar necesitan registrarse o colegiarse en el Colegio Oficial de Enfermería de la provincia donde trabaje.

La enfermera especialista está capacitada para trabajar como enfermera en el área de conocimiento de la especialidad, pero los centros sanitarios pueden contratar para el mismo trabajo a una enfermera especialista o no especialista, a excepción de los puestos de matrona que se requiere obligatoriamente la especialidad de enfermera gineco-obstétrica.

2.5.3. Formación

La enfermera graduada, ha cursado los estudios universitarios de enfermería, actualmente con 280 ECTS (Créditos Europeos) en 4 años de estudios, y que tiene la competencia para trabajar de enfermera en cualquiera de los niveles y servicios asistenciales(114).

La enfermera especialista, es la enfermera que después de haber cursado el diplomado o el grado en enfermería, realiza la residencia en una organización sanitaria durante 2 años (EIR), para obtener el título de especialista bajo la coordinación de una Unidad Docente Multiprofesional.

Actualmente, y después del Real Decreto 450/2005 del 22 de Abril(115), se regulan 7 especialidades de: Enfermera gineco-obstétrica, enfermera pediátrica, enfermera de salud mental, enfermera de atención primaria y comunitaria, enfermera geriátrica, enfermera médico-quirúrgica y enfermera de salud laboral.

Por otra parte, algunas de las publicaciones hacen referencia a la comparación de la PA con las especialidades de enfermería en España. Así, Giménez que presentó su tesis en 2013(121), sobre la práctica avanzada en España concluye que el concepto de enfermera especialista en España coincide con el concepto de PA que emerge en otros países.

Sánchez-Gómez, Duarte y colaboradores(122), realizan también un estudio de análisis del contenido y la distribución de las competencias descritas en el RD sobre la especialidad de atención primaria y comunitaria argumentando que están construyendo un camino hacia la PA.

La titulación de especialista la emite el Ministerio de Sanidad, por lo que no es un título universitario, pero se reconoce el acceso directo al doctorado(123).

Las enfermeras diplomadas y actualmente las graduadas, pueden cursar estudios de posgrado, máster y doctorado.

Muchas de las titulaciones de posgrado y máster para enfermeras van dirigidas a profundizar sobre un área de atención (paciente crítico, quirúrgico, renal, pediátrico...), son los llamados “profesionalizadores”, y otros a mejorar las competencias en investigación o innovación, siendo mayoritariamente másteres universitarios u oficiales.

Solamente los másteres universitarios u oficiales son acreditados por la Agencia Nacional Española de Calidad y Acreditación (ANECA) y tienen el reconocimiento del Ministerio. Esto

significa que con los 280 ECTS de formación básica + 60 ECTS de máster oficial o especialidad reconocida se tiene acceso al doctorado(124).

En España, existe hoy un único máster en práctica avanzada impartido por la Universidad de Navarra en colaboración con IESE *Business School*. Editan el Máster en Práctica Avanzada y gestión en Enfermería, con 60 ECTS acreditados por ANECA y distribuidos en 5 módulos comunes y 1 módulo específico práctico de gestión o de PA(125).

Además de múltiples iniciativas en Jornadas y Congresos que ponen de relieve el movimiento formativo que emerge en los últimos años. Algunas iniciativas como ejemplos ilustrativos son las siguientes:

“Enfermería de práctica avanzada a debate” organizada por la Universidad de Alicante en junio 2011(126).

“Fent el sistema més eficient: la infermera i les competències avançades” organizada por el *Consorti Sanitari i Social de Catalunya* en Junio 2013(127). *“Rols avançats infermers. Visió de futur”*. Organitzada per la *Associació Catalana de Direccions Infermeres*, en noviembre del 2014(128). *“Expertos en Práctica Avanzada”* organizada por la Universidad de Alicante en abril del 2015(129). *“Roles avanzados en enfermería oncológica”*. Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica en mayo 2015(130).

2.5.4. Investigación

En cuanto a la investigación, cabe resaltar que en la formación básica, los estudios de Diplomado Universitario en Enfermería no incorporaban contenidos de investigación y no fue hasta los estudios de Grado en Enfermería, cuando se graduaron las primeras enfermeras, donde se incorporan las competencias en habilidades de investigación, finalizando la primera promoción en 2013(131).

Por otra parte, las especialidades de enfermería en España, incorporan competencias en investigación de desigual despliegue entre ellas(132)(133)(134)(135)(136). Un reciente estudio, revela como un número indeterminado de enfermeras especialistas no encuentran el apoyo necesario para la realización de su proyecto o que por mimetismo con los médicos se está potenciando la metodología cuantitativa y son incorporadas en proyectos de investigación médicos(137).

Por lo que se refiere a la competencia de investigación en España, cabe resaltar que en 2007, la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería, del Instituto Carlos III (Investen – ISCIII)(138) publicó una propuesta de competencias en investigación donde se incluían competencias genéricas y específicas tanto para los estudios de grado, como de máster, de especialidad como de doctor y clasificadas en nivel básico, medio y avanzado, y que puede servir de guía para los currículos formativos.

Según el estudio liderado por Muñoz, la mayoría de artículos científicos son publicados en revistas científicas por enfermeras catalanas y del resto del Estado, (revisiones de la literatura, estudios cualitativos y cuantitativos...), pero las actitudes de los profesionales frente a la enfermería basada en la evidencia todavía son muy mejorables(139).

2.5.5. Experiencias en la introducción de la EPA

En España, a principios de la década de 2000-2010, ilustres como Rafa Bengoa y Joan Carles Contel entre otros, empiezan a fomentar la necesidad de estratificar la población por riesgos y tener un sistema de organización asistencial en clave poblacional, que además de tratar a los pacientes con patologías agudas se gestione un cambio en la atención a los pacientes crónicos(140) (141).

Este cambio, que ha supuesto una revolución en el modelo asistencial del sector público en España, también ha favorecido el reconocimiento y la potenciación del rol de la enfermera en el cuidado y la gestión de los pacientes crónicos dentro del sistema sanitario.

Los primeros artículos científicos que encontramos sobre la PA en lengua española son de Ramírez en 2002: Enfermería de práctica avanzada: historia y definición(142), de Goulet en 2003: Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto(143) y de Galao en 2009 con “Enfermería de práctica avanzada en España: Ahora es el momento”(144).

Más tarde, en los años siguientes y hasta la actualidad, diferentes autores españoles han realizado revisiones de la literatura y aportaciones para contextualizar y sensibilizar sobre la EPA, así encontramos:

En 2012: de Morales Asensio: *“Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España”*(145).

En 2013: de Carrillo-Algarra: *“La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica”*(146); de Barrio Linares: *“Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada”*(147); de Argilaga-Molero y Arias-Rivera: *“Práctica avanzada de enfermería en las unidades de cuidados intensivos de España”*(148); de Goodman y Morales-Asensio en 2013: *“La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población”*(149).

En 2014: de Zabalegui: *“El cuidado de la salud requiere enfermeras de práctica avanzada”*(150); de Appleby y Camacho-Bejarano: *“Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias”*(151).

Aunque en España la EPA no está regulada todavía, algunas CC. AA. han realizado un esfuerzo ya sea en considerar nuevos roles o en la definición de nuevas competencias o actividades, y mayoritariamente implantando un modelo de gestión de casos.

Las CC. AA. que han avanzado más, son: Andalucía, Euskadi y Catalunya, de las cuales se presentan a continuación sus experiencias. Otras como Murcia, Valencia o Madrid tienen un desarrollo más inicial.

2.5.5.1. Experiencia en Andalucía

A partir del Decreto 137/2002 de 30 de abril de apoyo a las familias andaluzas(152), el modelo andaluz se orienta a dar servicio a pacientes y cuidadores a domicilio, iniciándose un proceso de transformación del modelo asistencial, implicando ello orientarse a la gestión de casos en pacientes fundamentalmente crónicos y dependientes.

Así, los primeros documentos publicados por la Consejería de Salud de Andalucía sobre el modelo de gestión de casos datan del 2006-2007(153).

En 2010, desde la Dirección Estratégica de Enfermería del Servicio Andaluz de Salud, ya se realiza una apuesta por la práctica avanzada reconociéndose como elementos clave(154):

- a) Que se basa en un modelo y metodología enfermera con un enfoque holístico
- b) Que incorpora técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos
- c) Que se sustenta en el uso avanzado del conocimiento en base a evidencia
- d) Que requiere de un liderazgo institucional.

Y también, reconociendo que las enfermeras que se incorporan a este modelo de prácticas son profesionales con un elevado nivel de experiencia en la evaluación de situaciones complejas y con una gran competencia clínica. Además, realizan una amplia gama de actividades prácticas y teóricas basadas en la evidencia científica y sus intervenciones se caracterizan por una gran autonomía y un alto grado de responsabilidad.

Así el Plan Integral de Cuidados en Andalucía (Pi-Cuida)(155), realizó 3 programas que consideró de práctica avanzada para Andalucía y son:

- Innovación de cuidados en la atención urgente, que incluye: la clasificación avanzada en puntos fijos de urgencias de atención hospitalaria y de atención primaria; la consulta enfermera en urgencias; las enfermeras de prácticas avanzadas en salas de coordinación y los equipos móviles de cuidados avanzados.
- Telecontinuidad, que incluye atención primaria y atención hospitalaria.
- La gestión de casos, que incluye: las estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía; los manuales de gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital (2006) y enfermeras gestoras de casos en atención primaria (2007); los protocolos de material de ayuda para los cuidados en domicilio (2006) y el desarrollo Competencial en el modelo de gestión de casos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

En este desarrollo competencial del modelo de gestión de casos(154), fruto de un trabajo con 16 panelistas, se describió una propuesta de áreas competenciales que fueron: práctica avanzada de enfermería clínica; coordinación de cuidados complejos; gestión proactiva de problemas crónicos de salud; apoyo al autocuidado, la autogestión y la independencia; práctica profesional y liderazgo; identificación de personas de alto riesgo; promoción de la salud y prevención de enfermedades; gestión de cuidados en el final de la vida y trabajo interinstitucional y en asociación.

Autores como López Alonso y colaboradores de Málaga, han publicado artículos sobre la EPA en urgencias a domicilio(156) o la EPA en la consulta finalista de urgencias(157) para resolver las demandas internas y el coste-efectividad del servicio de urgencias.

Para legalizar la competencia de prescripción enfermera, en el marco de la CC. AA. de Andalucía, el Presidente de la Junta de Andalucía, a propuesta de la Consejería de Salud aprueba el Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las

enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía(158), mediante el cual, la enfermera puede:

1. Usar e indicar medicamentos que no necesitan receta médica y prescribir productos sanitarios (prescripción independiente).
2. Realizar prescripción colaborativa (intervención sobre dosis, frecuencia o suspensión del fármaco) para el seguimiento individualizado de tratamientos farmacológicos vinculados a procesos asistenciales.

Según Rodríguez Gómez y colaboradores(36), La publicación de este Decreto ha permitido que en este período de 5 años las enfermeras andaluzas hayan dado los primeros pasos de avance en la prescripción. Entre algunos resultados de interés para mostrar la implicación enfermera en la prestación farmacéutica, se encuentran que:

- Existen más de 7.600 profesionales enfermeros que realizan hoy por hoy prescripción independiente en el SSPA, incluyendo la totalidad de las enfermeras de atención primaria y las enfermeras de atención hospitalaria vinculadas a unidades o servicios donde la enfermera dispone de agenda propia y pueden dar una respuesta final a las personas atendidas.
- La prescripción independiente enfermera de productos sanitarios ha supuesto que las enfermeras prescriban el 61 % del total de los productos prescritos, llegando en algunas áreas y distritos sanitarios de atención primaria hasta el 80 %. En el hospital actualmente el porcentaje se sitúa en el 37 % del total de productos prescritos y llega al 57 % en algunos centros.
- La indicación de fármacos ha sido anecdótica (el 0,30 % del total de la prescripción enfermera) debido a que el listado de fármacos a seleccionar está constituido en su mayor parte de fármacos de escaso valor terapéutico.
- Con relación a la prescripción colaborativa en Andalucía se han publicado cuatro protocolos de seguimiento farmacológico enfermero para personas con enfermedad crónica (riesgo vascular, anticoagulación oral, sedación paliativa y diabetes) en los que se han acreditado hasta el momento 173 enfermeras y otras 570 se encuentran en proceso de acreditación.

Por último, el IV Plan Andaluz de Salud, publicado en 2013(159), entre los objetivos que han de prestarse a medio plazo, se incorpora:

“El impulso de las estrategias de desarrollo del autocuidados en pacientes, y la escuela de pacientes como alternativa para el refuerzo de la autonomía de la persona.

El fortalecimiento del papel de enfermería incorporando las competencias clínicas necesarias para la prevención de las enfermedades crónicas y para el entrenamiento y seguimiento de pacientes crónicos.”

2.5.5.2. Experiencia en Euskadi

En Euskadi, el Servicio Vasco de Salud (*Osakidetza*), realizaron un estudio para definir e implementar competencias de práctica avanzada a las enfermeras dentro del marco gubernamental “Estrategia para afrontar el reto a la cronicidad en *Euskadi*.”

Durante el periodo 2009-2012 se focaliza toda la estrategia gubernamental de salud hacia el cambio de modelo en la atención a los pacientes crónicos y una de las estrategias consiste en definir nuevos roles para las enfermeras.

“Para mejorar en la atención integrada y continua al paciente con patologías crónicas que requiere múltiples cuidados, es necesario potenciar nuevos roles y funciones que debe asumir la enfermería, cambiando de forma importante los procesos asistenciales y preventivos”(160).

Así se ponen en marcha dos roles para el ámbito de atención primaria y comunitaria: *enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA)* y *la enfermera gestora de la continuidad (EGC)*; y un rol en el ámbito hospitalario: *la enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH)*.

Y fue la estrategia ocho del plan estratégico que tuvo como objetivos:

- Diseñar nuevos marcos competenciales de enfermería para el conjunto del sistema sanitario vasco dando respuesta a las necesidades actuales.
- Identificar sinergias y coordinar a los distintos agentes involucrados en la atención y cuidados de los pacientes crónicos.

Se realizaron 8 estrategias piloto en diferentes zonas, donde se pusieron en marcha los tres roles definidos y se evaluaron los resultados en 900 pacientes atendidos, obteniéndose una reducción de visitas a urgencias y a consultas externas, con una agilización del alta y mejorando las condiciones de vuelta al domicilio. Finalmente se concluyó en los tres roles que: la competencia para el desempeño en cada uno de los roles la reunían todas las enfermeras

que desempeñaban la actividad, en el caso de la EGCA y la EGC en atención primaria y en el caso de la EGEH en atención hospitalaria(161).

Así, en “*Líneas estratégicas y planes de acción Osakidetza 2013-2016*”(162), en la línea estratégica “*Respuesta integrada a la cronicidad, vejez y dependencia*” se incluye un objetivo (2.4.) que especifica:

“Desplegar nuevos ámbitos competenciales de enfermería, reorientando a los profesionales, especialmente en los perfiles de enlace hospitalario y de práctica avanzada en atención primaria”

Y las acciones que proponen, son:

- Implementar y consolidar competencias de enfermería adaptadas a las necesidades de los pacientes crónicos ya diseñadas.
- Potenciar a la enfermería existente hacia la práctica avanzada (educación en diabetes, intervenciones psicoeducativas, cuidados paliativos, trastorno mental común, técnicas individuales y/o grupales, triages...).
- Identificar nuevas competencias enfermeras necesarias para llevar a cabo una práctica de enfermería avanzada.
- Establecer grupos de expertos de enfermería para desarrollar técnicas y procedimientos específicos (curas, úlceras por presión, catéteres centrales de inserción periférica...).
- Definir y avanzar en la prescripción de enfermería de acuerdo a guías consensuadas en equipos de trabajo multidisciplinares.

2.5.5.3. Experiencia en Catalunya

Contexto marco

Dentro del marco de la profesión enfermera en Catalunya, hay dos regulaciones que se desarrollaron en 2002 y 2013 respectivamente, que enmarcan las competencias y el compromiso ético con los pacientes y la profesión.

La primera es la “Definición de competencias enfermeras”, que fue un proyecto liderado por el *Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya* y la *Comissió d'Infermeria del Consell Català d'especialitats en Ciències de la Salut*, y que se resumen en 10 competencias(163):

1. Proceso de cuidados
2. Prevención y promoción de la salud,

3. Procedimientos y protocolos
4. Tener cuidado de las personas en situaciones específicas
5. Comunicación/relación con el usuario y/o personas significativas
6. Trabajo en equipo y relación interprofesional
7. Comunicación intraprofesional
8. Mantenimiento de las competencias profesionales
9. Ética, valores y aspectos legales
10. Implicación y compromiso profesional

La segunda es el “*Codi d’Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya*”(164), el cual muestra cuales son los fundamentos éticos de la profesión y es una guía sobre el comportamiento y las actitudes éticas de las enfermeras en la práctica profesional. Es también una carta de presentación a la sociedad sobre los compromisos profesionales que las enfermeras tienen con las personas que atienden, las familias, la comunidad y la sociedad.

Desarrollo inicial de la EPA

Durante la década 2000-2010, encontramos algunas experiencias en Catalunya que nos indican un inicio de la transformación del modelo sanitario catalán, que tendrá su eclosión durante la segunda década a partir de los *Plans de Salut* del 2011-15(165) y del 2016-2020(166), pudiéndose interpretar en su conjunto como un avance hacia la enfermería de práctica avanzada.

a) Durante la década 2000-2010, encontramos una serie de iniciativas dirigidas a potenciar la gestión clínica de los procesos, la continuidad asistencial, la efectividad y la eficiencia, especialmente para transformar el modelo asistencial en los pacientes crónicos y en la que se requiere una enfermería que participe activa y proactivamente en la identificación de estos pacientes y muy especialmente para que realice una actividad de gestión de casos.

Así podemos encontrar el proyecto de “*infermera d’enllaç*” promocionado desde la financiadora del Sistema Catalán de Salud, el *CatSalut*, para mejorar la continuidad asistencial en los pacientes dados de alta hospitalaria con unos criterios de inclusión de requerimiento de seguimiento en atención primaria, del que Jodar en 2005(32), realiza un estudio descriptivo de la actividad y los resultados.

También, la presentación del nuevo modelo organizativo en el Hospital Universitario de Bellvitge, por Ridaó en 2005(35), que pretende avanzar incorporando a la tradicional enfermera clínica y a la enfermera gestora en las unidades de gestión clínica.

La AIFICC, empieza a trabajar para consolidar el modelo de gestión de la demanda en los centros de atención primaria, pero no se verá regularizado hasta el 2015, con la participación de los colegios profesionales(167).

También la AIFICC en 2008(168), edita un primer documento sobre la gestión de casos y las experiencias en EE. UU., Reino Unido y Andalucía y la *Direcció Estrategica d'Infermeria del Departament de Salut* promueve un grupo de trabajo para elaborar el perfil del gestor de casos, las estrategias de intervención y los indicadores de evaluación, que se publica en 2010(169).

En el perfil, ya se describen los conocimientos y habilidades que ha de tener el gestor de casos, que son: conocimientos de práctica clínica avanzada; capacidad en las habilidades para el manejo de conflictos; capacidad para trabajar en equipo y para establecer alianzas, habilidades comunicativas y motivacionales; actitud proactiva para la mejora del proceso asistencial; capacidad educativa para generar autonomía y corresponsabilidad con la persona atendida y sus cuidadores; capacidad para asesorar a otros profesionales y darles soporte en la toma de decisiones; capacidad pedagógica para la formación de nuevos profesionales en la gestión de casos y finalmente, la capacidad crítica con inquietud para la innovación y la investigación.

El *Consell de la Professi6 Infermera a Catalunya* (CPIC), es un 6rgano asesor del *Departament de Salut*, formado por enfermeras representantes de patronales, sindicatos y asociaciones profesionales. En 2010 realiza una apuesta para que las direcciones de enfermería promuevan cambios organizativos, dando respuesta así a las necesidades cada vez más complejas de la poblaci6n y del sistema sanitario, incorporando la figura de la “enfermera con liderazgo cl6nico”(170), descrita como:

“Su responsabilidad recae en el liderazgo sobre la gesti6n cl6nica o de los cuidados a lo largo de un determinado proceso asistencial del paciente, así como sobre la coordinaci6n y la planificaci6n de las actividades que a˜aden valor a su expertez y conocimiento profundo del proceso.”

Y las competencias que tiene que ejercer la enfermera con liderazgo cl6nico, extraídas de la narrativa del documento son: ser experta en el cuidado de un grupo determinado de pacientes, tener formaci6n espec6fica (en algunos pa6ses a nivel de máster o doctorado), actuar

como asesora, docente y consultora para los profesionales de la salud, coordinar la atención de salud a través de la continuidad de los cuidados, promover la investigación, trabajar para mejorar los resultados de los cuidados en los pacientes e incorporar la evidencia científica a la práctica.

También, el *Institut Català de la Salut (ICS)*(171), empresa pública proveedora de servicios de salud, promueve la creación de unidades de gestión clínica en los equipos de salud. Aplicando el modelo de gestión de casos en los pacientes con alta complejidad de cuidados y con un triple objetivo en el ámbito de la salud; de mejora de la calidad de vida y la satisfacción; y para la mejora de la eficiencia en la utilización de recursos y servicios.

Las competencias descritas para la gestora de casos, en estas unidades son trece, en las cuales incluye las nueve ya descritas por la AIFICC, así aporta de más: la capacidad para prevenir duplicación de servicios y pruebas mediante comunicación intersectorial; la capacidad para fomentar el autocuidado; el conocimiento y capacidad de aplicar las teorías de enfermería a la práctica, a partir de la valoración y emisión de juicios clínicos que permitan resolver problemas de salud adoptando decisiones planificadas conjuntamente con el paciente, la persona cuidadora y familia, basadas en la evidencia y con la colaboración de otros profesionales sanitarios del equipo de atención primaria (EAP) y finalmente la capacidad para trabajar y reflexionar sobre los dilemas éticos en el contexto de la práctica asistencial, teniendo en cuenta sus creencias y valores.

b) En la primera mitad del quinquenio 2010-2015, en plena crisis económica que afecta de lleno al sistema de salud, se inicia el *Pla de Salut 2011-2015*(165), con la cronicidad como un reto sanitario y social que necesita transformar el modelo asistencial para mejorar la atención a las personas y hacer más eficiente el sistema.

De esta manera, los compromisos que *el Departament de Salut* a través del *Parlament de Catalunya*(172) quiso hacer visibles y transmitir a los pacientes y ciudadanos en su presentación fueron:

1. Atención a los crónicos: más próxima, más individualizada y con mejores resultados.
2. Mayor resolución y menor tiempo de espera: prioridad con criterios clínicos.
3. Seguridad y calidad: garantía de equidad en resultados.
4. Involucración del paciente: más colaboración y más satisfacción.

En esta línea, el *Programa d'Atenció a la Cronicitat del Departament de Salut* en el 2012(173), describe entre otros conceptos, los retos que comporta un modelo orientado a las personas

con enfermedades crónicas e incorpora la introducción de prácticas avanzadas de enfermería, como el modelo de gestión de casos.

Cabe destacar, que durante estos años, los diferentes proveedores de servicios de salud en Catalunya, mayoritariamente de la red pública, han iniciado experiencias con enfermeras gestoras de casos en la atención a la cronicidad y a los pacientes con alta complejidad de cuidados.

Otra de las áreas donde las enfermeras han participado en el desarrollo de proyectos para la mejora de la atención, ha sido en los proyectos de “TicSalut”(174) ya sea en proyectos de seguimiento telemático de pacientes o en programas de educación *e-learning* para los pacientes y cuidadores.

Por lo que se refiere a la competencia de prescripción, muchos son los esfuerzos dedicados para conseguir un marco regulatorio similar a Andalucía, porque se considera que se evitarían duplicidades, se mejoraría la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente.

En este sentido, y como consecuencia de la Ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios(117), en donde no se recogía la posibilidad de que las enfermeras pudieran prescribir, el Consejo de Colegios de Diplomados de Enfermería de Cataluña (CCDIC) en 2007, estableció las bases para la prescripción enfermera en Catalunya(175) y definió la prescripción enfermera como:

“La capacidad de seleccionar e indicar técnicas, productos sanitarios y fármacos en beneficio y satisfacción de las necesidades de la salud de las personas sujeto de nuestros cuidados durante nuestra práctica profesional, bajo criterios de buena práctica clínica y juicio clínico enfermero que les son otorgados por sus competencias.”

El CCDIC entiende que la enfermera ha de poder desarrollar esta capacidad prescriptora, dentro del ámbito de sus competencias y en coherencia a lo que universalmente se admite como “los roles de la enfermera”: el autónomo y el colaborador con otros profesionales.

En coherencia con estos dos “roles” descritos, el CCDIC planteó la prescripción enfermera en dos posibles vertientes de desarrollo:

Prescripción autónoma: donde la enfermera, en el desarrollo de la función del cuidar, realiza las prescripciones que son de su exclusiva responsabilidad. Es decir, basándose en sus competencias, prescribirá para buscar la mejor técnica (p. ej.: la de relajación o la de abordaje grupal o de contención), el mejor producto (p. ej.: ante la incontinencia urinaria y/o fecal), el

material más adecuado (p. ej.: para la persona portadora de un estoma, entre otros) o aquellos fármacos básicos donde también la enfermera tiene la facultad de actuar.

Prescripción en colaboración: (individualizada o estandarizada) deberá desarrollarse y consensuarse, siempre y en todo caso, una vez establecida la denominada prescripción “autónoma” y que responderá a situaciones singulares en las que la enfermera, como colaboradora de un prescriptor independiente (el médico), podría, por ejemplo, ajustar dosis, modificarlas en función de la evolución del paciente, de acuerdo a protocolos consensuados o guías de práctica clínica y donde la responsabilidad última siempre será del médico.

Pero desde la modificación de esta Ley, con la Ley 28/2009 de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios(116), la prueba más reciente que tienen las enfermeras catalanas es el compromiso del Conseller de Sanitat de la *Generalitat de Catalunya* en fecha 1 de julio de 2015 para poner las bases para que las profesionales enfermeras puedan prescribir(176). El documento firmado también por el *Consell de Col·legis d’Infermeres i Infermers de Catalunya* y *els Col·legis Oficials d’Infermeres i Infermers de Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona* propone crear una propuesta de redacción para regular el uso y la prescripción autónoma de medicamentos y productos sanitarios.

La preocupación por la evaluación de los cuidados y especialmente el interés para mostrar el impacto del trabajo enfermero al sistema, llevo a un primer documento realizado por un grupo de trabajo del CPIC, donde se consensuaron un total de 38 indicadores, aplicables a AP, AH y Atención Sociosanitaria (ASS)(177). De los cuales se espera que próximamente al menos 11/38 se integren en la *Central de Resultats del Observatori del Sistema de Salut de Catalunya* y puedan ser incluidos en el contrato programa del *Departament de Salut*(178).

Por lo que se refiere a la competencia de investigación, cabe destacar el trabajo realizado en la década anterior por la *dirección estratégica d’infermeria del Departament de Salut*, y que culminó con la publicación del documento “*La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya*” en el 2011(179). Este proyecto analizó el estado de la cuestión en relación a la investigación enfermera en Catalunya, aunando esfuerzos de asistenciales, docentes e investigadoras planteándose unas líneas prioritarias de investigación en cuidados.

2.6. ROLES Y COMPETENCIAS DE LA EPA

En las dos últimas décadas se ha publicado diversa literatura sobre los roles y las competencias de las enfermeras de práctica avanzada en diversos países, algunos documentos son productos del ámbito político o económico, departamentos de salud, de asociaciones y consejos profesionales e incluso de literatura científica que en su conjunto ponen de manifiesto los roles y competencias que desarrollan las EPA.

Los roles y competencias que se describen incluyen aspectos relacionados con la práctica clínica directa, como son: las capacidades y la autorización para la evaluación clínica, la realización de diagnósticos, la planificación de la atención, la gestión de los pacientes, el proporcionar cuidados y la prescripción de medicamentos y tratamientos. Además de otros aspectos relacionados con las competencias adicionales como son la autonomía, liderazgo clínico y profesional, práctica colaborativa, realizar consultoría, implicarse en la docencia e implicarse en la investigación.

En el anexo 4, se detallan los roles y/o competencias extraídas de dicha documentación, clasificadas según el país de origen de la publicación y las competencias nucleares del modelo de integración de Hamric.

2.7. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE PRÁCTICA AVANZADA

Los estudios de evaluación del impacto de la EPA sobre la eficacia, efectividad, seguridad, eficiencia y satisfacción todavía son escasos, y la mayoría son realizados a nivel internacional.

Un informe de la OCDE de 2004(180), sobre los cambios en las políticas en salud y los roles avanzados de la enfermería es muy ilustrativo, y en él se presentan 13 revisiones sistemáticas, 9 ensayos controlados de forma aleatoria para comparar la práctica médica y de enfermeras y 6 estudios de evaluación económica.

A continuación se presenta una muestra de estudios publicados de diferente índole: de comparación entre los resultados de la práctica médica con la práctica de la EPA y estudios de evaluación de la efectividad en distintos grupos de pacientes. Y en el apartado 2.7.3. se

resumen las características principales de los estudios realizados, así como las dificultades para realizar generalizaciones según la opinión de los propios autores.

2.7.1. Estudios que comparan la práctica médica y la práctica de la EPA

Los estudios que comparan la práctica médica con la práctica enfermera, son realizados en diferentes ámbitos aunque la mayor parte se enfoca en la atención primaria y ambulatoria.

A continuación se exponen breves resúmenes de los artículos encontrados que aportan rigor científico y que comparan la misma actividad realizada por médicos y por enfermeras. En estos se presentan: tres revisiones sistemáticas y tres ensayos controlados aleatoriamente en grupos paralelos

Por último, se ha incluido un informe que estudia el funcionamiento de la demanda de médicos y APN en algunos Estados de EE. UU.

Por lo que se refiere a las **revisiones sistemáticas** que comparan la práctica médica con la de enfermería se han encontrado tres revisiones:

La revisión de Horrocks, Anderson y Salisbury de la Universidad de Bristol (Reino Unido) en 2002(180), que evalúa la equivalencia entre la atención médica y de enfermería en el primer contacto y que incluye 11 ensayos controlados aleatorizados y 23 estudios observacionales descriptivos de diferentes países, con una participación total de 2026 enfermeras y 1862 médicos.

La revisión de Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol y Sibbald, de la University of Nijmegen (Holanda) en 2008(181), publicada en la Biblioteca Cochrane Plus, que evalúa el impacto de la sustitución de médicos por enfermeras en atención primaria y que incluye un total de 16 estudios controlados aleatorizados pre y pos atención.

La revisión realizada por Newhouse, Stanik-Hutt y colaboradores de la Universidad de Maryland (Baltimore) en 2011(182), que evalúa los resultados con los pacientes de las EPA respecto a otros proveedores como médicos o enfermeras no EPAs y que en la selección final incluyó 69 estudios, de los cuales 20 eran realizados en la comunidad, 32 con pacientes

hospitalizados, 11 con embarazadas ingresadas, 1 ingreso domiciliario, 3 en residencias, 1 en hospital y 1 en cirugía ambulatoria.

En sus resultados, de estas revisiones, cabe resaltar que:

La satisfacción por la atención recibida, Horrocks(180) concluye que la satisfacción es superior en las consultas de enfermería, Laurant(181) argumenta que las enfermeras que prestan atención primaria a pacientes que necesitan asistencia urgente tienden a obtener niveles más altos de satisfacción y Newhouse(182) resalta que hay un alto nivel de evidencia para apoyar niveles equivalentes en la satisfacción del paciente.

Los resultados en salud, en Horrocks(180) no se mostraron diferencias significativas entre los resultados en salud obtenidos por la atención médica o de enfermería, Laurant(181) concluye que obtienen similares resultados en salud y Newhouse(182) destaca que el estado de salud percibido con relación al estado funcional y el control de glucemia y presión arterial, tiene alto nivel de evidencia para apoyar la equivalencia en los resultados de salud.

La calidad de la atención, en Horrocks(180) se incluyeron medidas sobre habilidades de comunicación, evaluación realizada, precisión en el diagnóstico y asesoramiento para la autogestión de la medicación y los resultados fueron que las enfermeras identificaban más anomalías y daban más información a los pacientes; Laurant(181) incluye estándares de calidad y resalta que las enfermeras proporcionan mayor asesoramiento sanitario; Newhouse(182) argumenta específicamente diferencias entre comadronas y médicos, con alto nivel de evidencia a favor del grupo de comadronas en aspectos con: un índice inferior de cesáreas, de partos instrumentados, de niveles de analgesia de episiotomías y de laceraciones perineales y con equivalencia entre comadronas y médicos en el trabajo de parto, el test de APGAR, niños de bajo peso, ingreso en la unidad de cuidados neonatales intensivos.

Respecto a la eficiencia, los resultados de Horrocks(180) sugieren que las EPAs eran tan precisas como los médicos en ordenar e interpretar radiografías cuando se igualaba la experiencia, Laurant(181) evaluó la utilización de recursos como la duración de las consultas y concluyó que la sustitución de médicos por enfermeras puede reducir los costes directos de la atención ya que estos dependen en gran medida de las diferencias salariales entre médicos y enfermeras. Ahora bien, este ahorro en sueldos de enfermeras puede ser contrarrestado por la mayor duración de las consultas y la menor tasa de consultas en comparación con los médicos, resultando una ausencia de ahorro global en el coste. Newhouse(182) estudió la

reducción de la estancia hospitalaria y concluyo que existe un nivel moderado de evidencia para apoyar la equivalencia entre la atención de la EPA y el médico.

Por lo que se refiere a los **ensayos controlados** se encontraron 3 estudios que comparaban la práctica médica y de la EPA en grupos paralelos.

El estudio de Munding, Robert L. Kane y colaboradores, publicado en el 2000, de diferentes universidades de EE. UU.(183) que evalúa los resultados de los pacientes en el seguimiento y atención continua después de una emergencia o visita de atención urgente en atención primaria, en una muestra de 1976 pacientes y una participación de 806 enfermeras y 510 médicos.

La principales medidas fueron: el estado de salud de los pacientes a los seis meses, los resultados de las pruebas fisiológicas en pacientes con diabetes, asma e hipertensión, la utilización de los servicios de salud y la satisfacción del paciente después de la cita inicial.

La conclusión de los autores fue, que en una situación de atención ambulatoria en el que los pacientes fueron asignados al azar a cualquiera de los profesionales de enfermería o médicos, y en donde los profesionales de enfermería tenían la misma autoridad, responsabilidades, requerimientos de productividad y población de pacientes como los médicos de atención primaria, los resultados de los pacientes eran comparables.

El estudio, de Kinnersley y colaboradores, sobre la atención prestada en las consultas de “el mismo día” en atención primaria entre las enfermeras y el médico, de la Universidad de Gales (Reino Unido) en el 2000(184), con una participación de 1222 pacientes (639 visitados por el médico general y 583 visitados por la APN).

Se buscaron resultados en diferentes momentos. Resultados primarios: la satisfacción del paciente inmediatamente después de la consulta. Resultados a las dos semanas: la resolución de los síntomas, la resolución de las preocupaciones, la atención en la consulta (duración, información), el uso de recursos (prescripciones, pruebas). Y resultados en las consultas de seguimiento: las intenciones para hacer frente a futuras enfermedades similares.

La conclusión fue que no hubo diferencias notables entre los dos grupos, en términos de morbilidad o en el inicial grado de incomodidad o preocupación. En cuanto a la satisfacción, los únicos resultados diferentes fueron en las consultas de los niños, siendo en la consulta de la enfermera una satisfacción más alta. En la atención recibida no hubo diferencias notables entre los grupos ni en las recetas emitidas, ni en las pruebas solicitadas o derivaciones a

atención especializada. Y también fueron similares los porcentajes de pacientes que también consultaron de nuevo. Significativamente más pacientes habían recibido más explicaciones sobre la causa de la enfermedad y como aliviar los síntomas si se repitiera. Finalmente, en cuanto al tiempo de consulta, las consultas de la enfermera fueron significativamente más largas que las de los médicos. La relación de tiempos de consulta en general iban de 0,46 (95 % intervalo de confianza 0,39 a 0,54) a 0,90 (0,70 a 1,13).

Y el estudio en la tesis de Cortada, sobre la práctica avanzada en enfermería en el control de la estimulación ovárica en comparación con el control médico, de la Universitat Autònoma de Barcelona en 2013(185) con una participación de 216 parejas, (108 en cada grupo).

Los dos grupos de estudio fueron tratados exactamente con el mismo fármaco, dosis, días de inicio y protocolos de seguimiento e inseminación artificial idénticos y la herramienta principal para el control de la estimulación ovárica es la ecografía vaginal, y el control analítico que servía para comparar si se establecen las mismas tasas de ovulación por nivel sérico de progesterona con el control médico y con el control de enfermería.

Los resultados de esta investigación muestra que no existen diferencias en la tasa de ovulación si el control de la estimulación ovárica controlada la realiza un/a profesional enfermera o médico.

En conclusión, los estudios aportan evidencia cuando se compara la atención médica y la atención enfermera. En estos casos, los niveles en los resultados obtenidos son equivalentes, con algunas salvedades de forma importante en positivo para la atención enfermera.

Por último presentar el informe realizado en EE. UU. por Dueker y colaboradores, “Los límites de la práctica de las enfermeras de práctica avanzada: Un análisis económico y jurídico” encargado por la Reserva Federal del Banco de Sant Louis en 2005(186).

Los objetivos de este informe fueron, conocer los factores determinantes de la magnitud de las restricciones impuestas por un Estado a la APN y conocer las consecuencias de tales restricciones para las APNs y para otros proveedores de atención sanitaria.

Este análisis fue motivado por la teoría económica de regulación. Se trataba de conocer el grado de independencia profesional de las APNs y con ello saber las variaciones en los límites de la práctica avanzada ya que hay un solapamiento entre las responsabilidades de las APNs y las de los médicos.

El grado de independencia se midió con dos variables en una escala del 1 al 4: La *autoridad*, que mide el grado en que una APN debe ser supervisada por, o para colaborar con, un médico. (4= independencia profesional completa) y la *prescripción*, que mide el grado en que una APN tiene licencia para recetar medicamentos (4= autorización para prescribir cualquier medicamento, incluso estupefacientes).

Como conclusión del informe, las estimaciones a partir de los datos de censo indican que los salarios de las APNs son sustancialmente inferiores, y los salarios de los asistentes médicos son superiores, en aquellos Estados donde la APN ha alcanzado un alto nivel de independencia profesional.

El informe muestra cómo actúa el poder médico e incide en la economía del sistema sanitario ya que la independencia lograda por las APNs ha conllevado que los médicos hayan respondido con la menor contratación de APNs y una mayor contratación de asistentes médicos.

2.7.2. Estudios que miden el impacto de las intervenciones de la EPA en diferentes tipologías de pacientes en términos de eficacia y eficiencia.

Los estudios referidos a medir el impacto de las EPA mayoritariamente tratan de estudios aleatorizados caso – control, para evaluar la diferencia entre la intervención convencional y la intervención con EPA.

A continuación se exponen cuatro breves resúmenes de los artículos encontrados que aportan rigor científico y que evalúan el impacto de las intervenciones de la EPA y en el apartado 2.7.3. se documentan las dificultades para la generalización de los resultados.

El artículo de Brooten y colaboradores, *Lessons learned from testing the quality cost model of Advanced Practice Nursing (APN) transitional care*. De diferentes universidades de EE. UU. Publicado en 2002(187).

Este artículo tiene como objetivo describir el desarrollo, las pruebas, la modificación y los resultados del modelo de APN del cuidado de transición.

Brooten define por cuidados de transición, la planificación integral del alta diseñada para cada grupo de pacientes en función de la previsión de recuperación o estabilización. La intervención de la APN, incluye: a) la preparación para el alta, coordinando la planificación del alta con los

pacientes, médicos, cuidadores, el personal de enfermería del hospital, el personal de servicios sociales, grupos de recursos comunitarios y proveedores de equipos, entre otros; b) la educación necesaria al paciente y cuidador para el alta; c) una serie de visitas al domicilio, llamadas telefónicas diarias y soporte médico, en función de protocolos y el juicio clínico de la APN. En este modelo se comparan los resultados de los pacientes y los costes de la atención (intervenciones de la APN, número de contactos con el paciente, tiempo en cada contacto).

El modelo se probó en una serie de ensayos clínicos aleatorizados, en donde el grupo control recibió la atención que era estándar para el grupo en el sitio de estudio (enfermera convencional, procedimientos convencionales) y los grupos de intervención fueron dados de alta temprana siempre que cumplieran un conjunto estándar de criterios de alta acordados por los médicos y las APNs, hubiese predisposición para el alta y un ambiente de apoyo de convalecencia en casa.

El modelo fue probado en diferentes grupos de pacientes, se establecieron las intervenciones a realizar por la APN en cada uno de ellos y los indicadores de evaluación a nivel de eficacia y eficiencia. En la tabla 8 se exponen los resultados en términos de eficiencia.

Tabla 8: Síntesis de la aplicación del modelo de cuidados de transición de Brooten y colaboradores.

Grupos de pacientes	Resultados económicos significativos
VLBW bebes (<1500 gr) (N=79: 39 intervención, 40 control)	La media de ahorro fue de \$ 18,000 por lactante
Nacimiento por cesárea no planificada (N = 122: 61 intervención, 61 de control)	Reducción media del 29 % en los costes de atención a la salud
Embarazo de alto riesgo (N = 97: 44 intervención, 52 control)	Reducción media del 44 % en los costes hospitalarios
Histerectomía (N=109: 53 intervención, 56 control)	Reducción media del 6% en los costes hospitalarios
Embarazo de alto riesgo: Sustitución (N=173: 85 intervención, 88 control)	Reducción media del 39 % en los costes hospitalarios prenatales y ahorro de \$2.496.145 en costes de atención a las madres y bebes
Ancianos con DRG's Cardiacos, médicos y quirúrgicos (N = 276: 139 intervención, 137 control)	Para el grupo de DRG's cardiacos: \$ 170,248 inferior a las 2 semanas después del alta y \$ 137.508 más baja 2-6 semanas después del alta

Grupos de pacientes	Resultados económicos significativos
Ancianos: con DRG's comunes médicos y quirúrgicos (N=363; 177 intervención, 186 control)	Medicare tuvo que reembolsar el doble para el grupo control en relación al grupo intervención (\$ 1, 200,000 vs. \$ 0.600.000)

Fuente: Elaboración propia a partir de Brooten D. y colaboradores, *Lessons learned from testing the quality cost model of Advanced Practice Nursing (APN) transitional care*.

El estudio de Kleinpell de la Universidad de Rush en Chicago en 2002(188), que quiso evaluar el impacto de la APN (NP o CNS) en áreas críticas que incluían áreas médicas, quirúrgicas, emergencias, cardiología y neurocirugía.

De toda la revisión bibliográfica, al final incluyó en el estudio 30 artículos y los resultados que identificaban la atención de la APN fueron: los conocimientos del paciente y la familia, la satisfacción del paciente y la familia, la reducción o resolución de sintomatología, la accesibilidad del paciente a la atención, la adherencia al tratamiento, la calidad de vida, el estado funcional, los días de estancia hospitalaria, el coste de la atención sanitaria, la adhesión a la guías de buenas prácticas, el índice de complicaciones, la utilización de los recursos, la continuidad asistencial, el funcionamiento familiar, los conocimientos y habilidades de otros proveedores de cuidados, la colaboración entre proveedores de cuidados y la formación del personal.

El estudio de Wong y colaboradores: *Efectos del seguimiento telefónico por la enfermera en la autoeficacia de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*, de la Universidad Politécnica de Hong Kong, en el 2004(189).

El objetivo era determinar si el programa de seguimiento telefónico de la enfermera podría aumentar la autoeficacia de los pacientes en el manejo de la disnea y disminuir el uso de los servicios de atención médica.

Este fue un ensayo controlado aleatorio, con un total de 60 participantes (30 con seguimiento telefónico, 30 de control) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y reclutados de un hospital de agudos en Hong Kong. La escala de autoeficacia china se utiliza para evaluar la autoeficacia en el cuidado de la salud, siendo los indicadores el número de visitas al servicio de urgencias, hospitalizaciones y visitas no programadas por los médicos.

Las puntuaciones de autoeficacia en los pacientes que tuvieron un seguimiento telefónico fueron significativamente mejores en comparación con las de los pacientes en el grupo de control.

El análisis de regresión múltiple mostró en el seguimiento telefónico que el programa de rehabilitación pulmonar, el tabaquismo y el uso de servicios de salud fueron factores importantes en la predicción de la autoeficacia del paciente.

Otro estudio, de Naylor y colaboradores. Sobre planificación integral del alta y el seguimiento domiciliario en ancianos hospitalizados, de la Universidad de Pensilvania y de New York, en 1999(190).

El objetivo era evaluar la efectividad de la intervención de la APN en la planificación del alta y el seguimiento domiciliario en ancianos con riesgo de reingreso hospitalario.

Se trató de un ensayo controlado aleatorio con 363 pacientes (186 en el grupo control y 177 en el grupo intervención) y un seguimiento a las 2, 6, 12 y 24 semanas después del alta hospitalaria en ancianos de \geq de 65 años. Los pacientes del grupo de intervención recibieron una planificación del alta integral y se les aplicó el protocolo de seguimiento domiciliario diseñado específicamente para los ancianos en riesgo de reingreso.

Los indicadores principales fueron: reingresos, tiempo hasta el primer reingreso, hospitalizaciones en cuidados intensivos después del alta, costes, estado funcional, depresión y satisfacción del paciente.

A la semana 24 después del alta hospitalaria, los pacientes del grupo control reingresaron más que los pacientes del grupo de intervención, fueron ingresados al menos una vez (37,1 % vs. 20,3 %; P, 0,001). Los pacientes del grupo de intervención tenían menos múltiples reingresos (6,2 % vs 14,5 %; P = 0,01) y el grupo de intervención tuvieron menos días de hospitalización por paciente (1.53 vs 4.09 días; P, 0,001).

El tiempo que transcurrió desde el alta hasta el primer reingreso se incrementó en el grupo intervención (P, 0,001). A las 24 semanas después del alta.

Los reembolsos totales de Medicare para los servicios de salud fueron de unos \$ 1.2 millones en el grupo control, frente a los aproximadamente \$ 0.6 millones del grupo de intervención (P, 0,001).

No hubo diferencias significativas entre los grupos después del alta en las visitas de atención de agudos, el estado funcional, la depresión, o la satisfacción del paciente.

La conclusión de los autores es que la intervención había demostrado el gran potencial en la promoción de resultados positivos en los ancianos hospitalizados con riesgo a reingresar.

2.7.3. Consideraciones a la evaluación del impacto de la EPA

Aunque parece claro que el impacto de la EPA en términos de eficacia, efectividad y eficiencia es superior a la práctica tradicional, la evaluación del impacto es todavía prematura para realizar generalizaciones. A continuación se exponen algunos elementos que señalan diferentes autores respecto a la evaluación del impacto de la EPA:

- La evidencia más sólida son las revisiones sistemáticas y los meta análisis, de los cuales todavía hay pocos ejemplos con lo cual es difícil hacer generalizaciones a nivel internacional basándonos solamente en la literatura(191).
- La dificultad en la comparación de los estudios es importante, en especial en las revisiones sistemáticas(182), dado que en ocasiones el perfil de la EPA (distintos países), los objetivos del estudio, y el propio diseño hacen difícil la comparación.
- En estudios a corto plazo cuando comparamos grupos paralelos entre intervención médica e intervención enfermera en situaciones concretas (primer contacto, visita en urgencias, visita del mismo día...), los resultados son equiparables y quizás se requeriría como apunta Kinnersley(184), que se hiciesen estudios con el mismo tiempo de consulta para ambos.
- En los estudios aleatorios caso-control para un grupo específico de pacientes se puede controlar el proceso, obteniendo así un mayor control de los resultados de efectividad y eficiencia. Es necesario determinar si los pacientes en los grupos intervención con APN tienen menos coste que los pacientes en los grupos control(187).
- Haría falta tener más estudios a largo plazo que compararan la práctica con la intervención de EPA frente a la práctica tradicional(191).
- Es necesario continuar evaluando el impacto en diferentes grupos culturales(180)(181)(182)(183)(184)(185)(186)(187)(188)(189)(190)(191).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se están desarrollando las competencias de las enfermeras que supuestamente realizan práctica avanzada en el contexto sanitario catalán?

Para saber como se están desarrollando estas competencias y comprender el significado de la práctica avanzada en el contexto sanitario catalán, se ha seleccionado el modelo de Hamric como modelo de referencia, ya que integra los diferentes aspectos que definen a la EPA, además de aquellos aspectos del entorno que influyen en el desarrollo de su práctica.

3.2. OBJETIVO GENERAL

Comprender el significado que se le da a la enfermera de práctica avanzada en el ámbito hospitalario del contexto sanitario catalán, basándose en el modelo de integración de Hamric.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las diferentes tipologías de enfermeras que se identifican como EsPA en el ámbito hospitalario del contexto sanitario catalán.
2. Analizar el desarrollo de las competencias de la EPA en el contexto sanitario catalán con el modelo de integración de Hamric
 - 2.1. Comparar el desarrollo de los criterios primarios de la EPA en el contexto sanitario catalán con el modelo de integración de Hamric
 - 2.2. Comparar el desarrollo de la competencia central de la EPA en el contexto sanitario catalán con el modelo de integración de Hamric
 - 2.3. Comparar el desarrollo de las competencias adicionales de la EPA en el contexto sanitario catalán con el modelo de integración de Hamric
 - 2.4. Comparar el desarrollo de los elementos críticos del entorno que afectan a la EPA en el contexto sanitario catalán con el modelo de integración de Hamric

3. Analizar la polisemia de los términos relacionados con la práctica avanzada en el contexto sanitario catalán.

3.1. Entender el concepto de competencia

3.2. Explorar el concepto de expertez

3.3. Interpretar el concepto de competencias avanzadas

3.4. Interpretar el concepto de rol avanzado

3.5. Formular una propuesta de definición de EPA en el contexto sanitario catalán

4. METODOLOGÍA

4.1. ÁMBITO DEL ESTUDIO

El ámbito de estudio se enmarcó en la provincia de Barcelona y se desarrolló en tres espacios de conocimiento distintos:

- a) En hospitales de la red pública y privada, en donde el foco de interés eran las enfermeras susceptibles de realizar práctica avanzada (EsPA)¹⁰ y sus direcciones de enfermería. Estos hospitales se seleccionaron a través de una estrategia innovadora a partir de la totalidad de hospitales registrados y permitió identificar a las EsPA. Posteriormente se seleccionó a las organizaciones participantes a partir de los criterios de inclusión y exclusión.
- b) Con enfermeras referentes de la profesión, una enfermera representativa del Colegio Profesional y una enfermera referente a nivel legal.
- c) Con un grupo de directoras de enfermería de diferentes hospitales que mantenían una inquietud compartida en la definición de la práctica avanzada en nuestro entorno.

4.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Esta investigación se plantea desde la metodología cualitativa porque lo que interesa es estudiar el fenómeno de la práctica avanzada en el entorno de Barcelona y profundizar en las EsPA en el ámbito de estudio para poder generar conocimiento.

El diseño de estudio se circunscribe en **el paradigma constructivista**, ya que el propósito de la investigación en este paradigma, según Guba y Lincoln en 2002(192) es entender y reconstruir las construcciones mentales que la gente inicialmente sostiene, con el objeto de obtener un consenso estando abiertos a nuevas interpretaciones al ir mejorando la información y la sofisticación. En este sentido, esta investigación trata de recoger las opiniones y las interpretaciones de las diferentes informantes sobre el fenómeno de la práctica avanzada en nuestro entorno y construir un relato lo más consensuado posible. También Guba y Lincoln(192) sostienen que la naturaleza del conocimiento consiste en aquellas construcciones

¹⁰ La denominación de EsPA se determina porque estas enfermeras realizan una práctica asistencial compleja y los centros las identifican como enfermeras de práctica avanzada.

acerca de las cuales hay un consenso relativo entre aquellas personas competentes para interpretar la sustancia de la construcción, pudiendo coexistir múltiples conocimientos cuando intérpretes igualmente competentes disienten o dependen de factores que les diferencian y que el conocimiento se acumula a través de un proceso dialéctico hermenéutico y las variables se construyen a través de la yuxtaposición(192)(193). Si conseguimos elaborar un conocimiento contextualizado sobre la práctica avanzada gracias a las opiniones y los hechos, junto con el consenso de personas implicadas y referentes de la profesión, habremos generado un nuevo conocimiento que será muy útil para la profesión enfermera en Catalunya y España.

De la variedad de perspectivas o miradas desde donde se puede aplicar la metodología cualitativa, la **perspectiva fenomenológica**, es la que se adapta mejor a la actual investigación, ya que se centra en el análisis de las percepciones, interpretaciones y vivencias de los participantes(194), además esta **perspectiva fenomenológica es interpretativa** ya que pretende describir e interpretar la experiencia de las EsPA del ámbito de estudio y compararla con el modelo de práctica avanzada de Hamric.

La metodología cualitativa utilizada sigue la **teoría heideggeriana**, porque según Heidegger(195) busca el origen remoto del fenómeno para interpretarlo, pero como toda interpretación o hermenéutica, “debe ser conforme a algo” y ese algo incluye las precogniciones que sobre el fenómeno tiene el investigador. De hecho, investigar cualitativamente también implica adquirir una postura paradigmática, una manera de ser frente a la tarea de generar conocimiento, porque el investigador forma parte del mundo que investiga, influye sobre él y a su vez es influido por él(196). En este sentido, el investigador tiene experiencia en la aplicación de la teoría de Benner(1), ya que llevó a cabo la investigación “Diseño y aplicabilidad de la matriz de competencias de los profesionales enfermeras del *Consorci Sanitari de Terrassa*”(4) y parte de la idea que la práctica avanzada requiere no solo realizar práctica clínica sino también tener un nivel de expertez a consecuencia de acumular experiencia y contrastarla.

4.3. SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PARTICIPANTES

4.3.1. Criterios de selección de las organizaciones sanitarias participantes

Los criterios que se establecieron para seleccionar las organizaciones sanitarias participantes fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Que estuvieran representados hospitales públicos, concertados y privados con un nivel de representación a las respuestas recibidas.
- Que tuvieran todos los niveles asistenciales o atención especializada + atención sociosanitaria o específicamente atención especializada, con la finalidad de valorar la participación de la enfermera en la continuidad asistencial.
- Que dispensaran una atención a diferentes tipologías de pacientes
- Que explicaran más de cuatro roles susceptibles de práctica avanzada.
- Por el criterio de conveniencia. Algunos de ellos era más fácil el acceso a la dirección de enfermería.
- Que cumpliendo los criterios anteriores las DE facilitaran el acceso a las participantes.

Como criterios de exclusión:

- Los hospitales monográficos que daban atención a una sola tipología de pacientes (ya sea por edad o por patología).

4.3.2. Metodología para la selección de las organizaciones sanitarias participantes

La dificultad que representaba obtener y seleccionar los centros hospitalarios / organizaciones sanitarias¹¹ donde realizar la investigación con EsPA supuso llevar a cabo una estrategia metodológica innovadora para llegar a obtener las organizaciones participantes en un corto espacio de tiempo y posteriormente una muestra representativa del ámbito de estudio.

¹¹ Se nombra indistintamente *centros hospitalarios* y *organizaciones sanitarias* ya que en la mayoría de casos el hospital es un centro en una macro organización sanitaria y también un centro hospitalario es una organización sanitaria.

La metodología utilizada consistió en cuatro fases consecutivas, las cuales quedan representadas en la figura 5.

a) Estudio, identificación, clasificación y preparación de la población (centros hospitalarios) susceptible de estudio. Para ello se realizó una revisión de la literatura referente a la planificación del Sistema Sanitario en Catalunya(197), de modo que los diferentes centros de la provincia de Barcelona se clasificaron en:

- HA: Hospitales de titularidad pública gestionados por el *Institut Català de la Salut* (ICS)
- HB: Hospitales de la *Xarxa d'Utilització Pública de Catalunya* (XUPC)
- HC: Hospitales o centros hospitalarios de titularidad privada

No se utilizó ningún criterio de exclusión. Posteriormente se indagó los nombres y correos electrónicos de las direcciones de enfermería (DE) en las webs de las organizaciones, cuando esta información no se encontró se utilizó un correo genérico del centro.

b) Diseño del cuestionario on-line, para ello se definieron las variables de estudio:

- Descriptivas del tipo de hospital: titularidad, perfil de pacientes, número de camas y ubicación.
- Descriptivas sobre las EsPA: presencia de enfermeras de práctica avanzada (con una definición anexa), áreas asistenciales donde trabaja, roles y/o competencias que desarrollan.
- Datos de identificación y localización de la persona que responde el cuestionario. Las respuestas podían ser cerradas, de respuesta múltiple y abiertas.

Posteriormente se construyó el cuestionario (anexo 5) con el aplicativo *google drive* y se hicieron tres pruebas para testar la aplicación on-line y la recepción de los datos automatizada.

c) Preparación del envío, mediante un *e-mail* explicativo que argumentaba el motivo del contacto, pidiendo la colaboración para contestar el cuestionario *on-line* que compartía la definición que aporta el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)(15) sobre la enfermera de práctica avanzada e informaba sobre la forma de tratar los datos de manera confidencial tanto de su identidad como la de la organización.

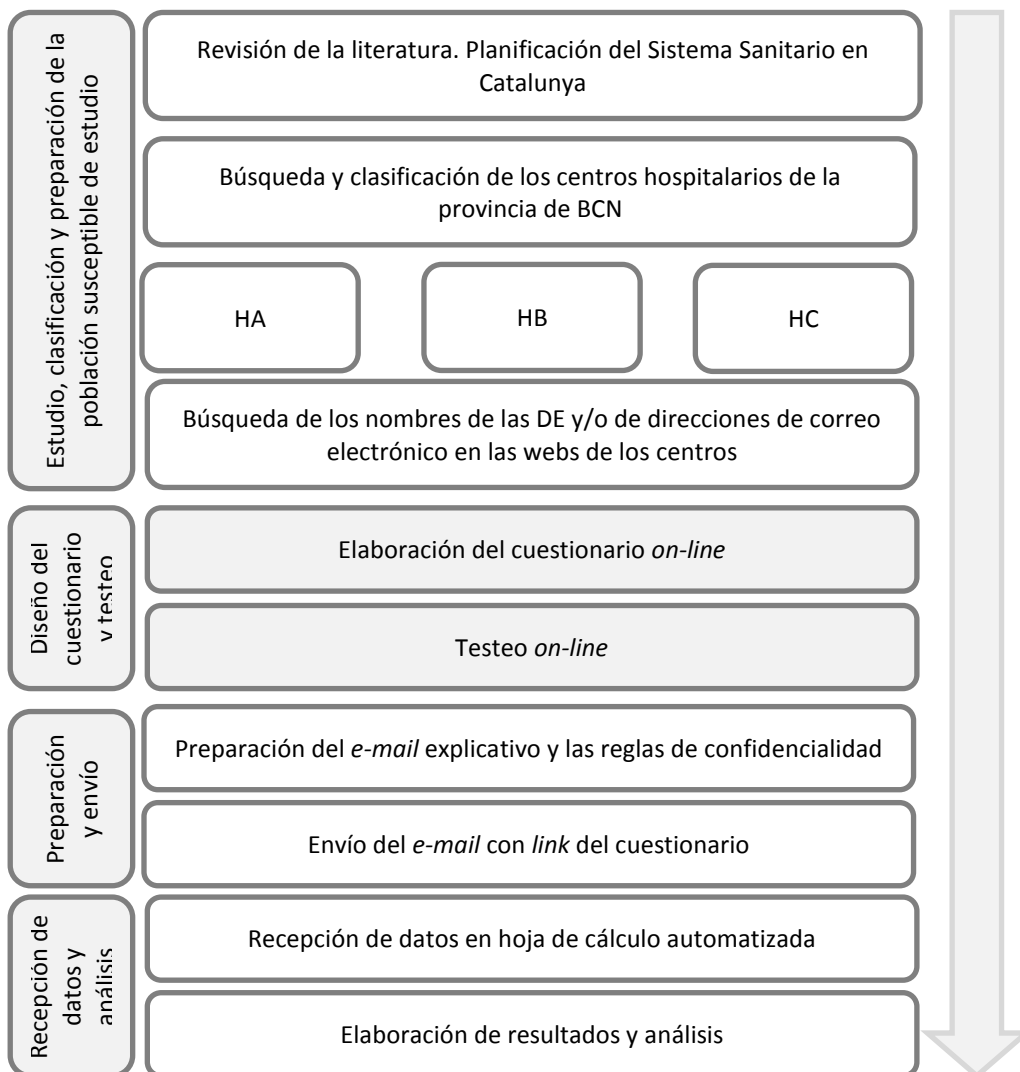
También especificaba que en caso de no identificar enfermeras con dichas características en su organización contestara igualmente el cuestionario.

d) Recepción de datos y análisis. La recepción de datos era automatizada, es decir, en el momento que se recibía la respuesta del cuestionario, eran volcados a una hoja de cálculo de Excel.

A partir de los resultados obtenidos, se añadió a los hospitales que contestaron una nueva variable sobre los niveles asistenciales que tenía el hospital.

Se recogieron resultados de todo el proceso, analizándose los datos, en busca de los criterios más adecuados para seleccionar el contexto de estudio de la investigación.

Figura 5. Diseño metodológico para la selección de participantes a través de los hospitales u organizaciones sanitarias.



Fuente: Elaboración propia

De los 71 centros hospitalarios identificados del ámbito de estudio en la fase a), 6 eran hospitales de titularidad pública, 35 eran hospitales de la XHUP y 30 eran centros de titularidad privada. El total de cuestionarios que se enviaron fueron 43 (60,56 %) ya que en 28 casos no se pudo encontrar un contacto donde enviarlo (de dirección de enfermería (DE) o correo genérico de la organización), ni en las webs de las organizaciones ni un contacto genérico de la misma.

Las respuestas recibidas fueron 18, lo que representa un 41,86 % de los cuestionarios enviados, de los cuales en dos casos se argumentó que no habían EPA porque “no procede” y el otro porque “la legislación en España está por resolver” con lo que solo quedaron 16 organizaciones con respuesta de descripción de EPA (Tabla 9).

En cuanto al tiempo de respuesta, respondieron en menos de 3 días un 66,66 %, antes de los 10 días había el 83,33 % de las respuestas y tres casos respondieron entre el día 11 y el día 23 después del envío del cuestionario on-line.

Tabla 9. Selección de los hospitales participantes.

Hospitales/ Organizaciones sanitarias	Total centros	Total de contactos	Total de respuestas	Total respuestas con descripción de EPA	SELECCIÓN FINAL
HA	6	6	3	3	1
HB	35	25	11	10	2
HC	30	12	4	3	1
	71	43	18	16	4

Fuente: Elaboración propia

4.3.3. Características de las organizaciones que respondieron afirmativamente

En cuanto a los hospitales u organizaciones sanitarias que respondieron afirmativamente a tener EsPA, además de la titularidad, presentaban algunas características distintas (Tabla 10):

- La dimensión del hospital, medida a través del número de camas. De las 16 organizaciones sanitarias, la dimensión del hospital de agudos era la siguiente: 5 tenían < de 200 camas, 5 tenían entre 200 y 399 camas, 4 tenían entre 400 y 599 camas y 2 > de 600 camas.
- El tipo de hospital, si se trataba de una corporación o consorcio en donde se albergaban diferentes tipos de hospitales, centros de atención primaria u otros recursos sanitarios; si

se trataba de un hospital de agudos simple; de un hospital sociosanitario o bien era un hospital de los que llamamos monográfico porque atiende a una tipología de paciente ya sea por edad o por tipo de patología. En esta característica teníamos seis corporaciones o consorcios, seis hospitales de agudos, dos hospitales sociosanitarios y dos hospitales monográficos (un infantil y uno de pacientes traumatológicos).

- Los niveles asistenciales que daban cobertura, entendiendo que existen 3 niveles básicos: atención primaria, atención especializada (donde se incluye la atención a pacientes agudos hospitalizados, consultas externas especializadas, hospitales de día...) y atención sociosanitaria (donde se incluye desde las unidades de convalecencia y larga estancia, a centros de día, unidades de paliativos, y atención residencial entre otros).

De las 16 organizaciones sanitarias, seis tenían todos los niveles asistenciales básicos, siete eran organizaciones de atención especializada, uno contaba con atención especializada y atención sociosanitaria, dos solo tenían atención sociosanitaria y ninguna organización tenía solo atención primaria.

Tabla 10. Características de las organizaciones sanitarias con respuesta de descripción de EPA.

Organizaciones sanitarias	Nº de camas				Tipo de hospital				Niveles Asistenciales				
	< a 200 camas	Entre 200 y 399 camas	Entre 400 y 599 camas	> de 600 camas	Consortio /Corporación	Hospital de Agudos	Hospital Sociosanitario	Monografico	Todos los niveles	At. Especializada	At. Especializada + sociosanitaria	At. Sociosanitaria	At. Primaria
HA		1	1	1		2	1			2		1	
HB	3	3	3	1	6	3		1	6	3	1		
HC	2	1				1	1	1		2		1	

5	5	4	2	6	6	2	2	6	7	1	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Elaboración propia

4.3.4. Características de las EsPA que se describieron las organizaciones

Por lo que se refiere al número y tipología de EsPA que se describieron, en total se recogieron 85 EsPA en 16 organizaciones hospitalarias, de las cuales en 78 se referenciaba la realización de práctica clínica directa y siete descripciones de EsPA se desestimaron por no realizar

práctica clínica directa (enfermera de investigación...). Estas 78 se podrían agrupar en 25 tipos de roles diferentes (Tabla 11) siendo los más nombrados el de “enfermera de heridas complejas, úlceras por presión y otras” la “enfermera de pacientes con ostomía” y la “enfermera gestora de casos crónicos o frágiles”.

Por agrupación de roles, el 28,20 % de los roles definidos (22/78) se describían como gestora de casos o como enfermera de enlace, el 30,76 % (24/78) se describían roles relacionados con una patología, diagnóstico principal, o situación de salud tipo: insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, paciente paliativo..., también el 30,76 % (24/78) de los casos descritos eran enfermeras que atendían a pacientes con un problema específico de salud de afectación general (úlceras por presión, infección nosocomial, dolor u ostomía), en tres casos la especificidad del cuidado era sobre un dispositivo terapéutico (catéter...) y finalmente se describieron cinco casos en donde la competencia se centraba en la valoración del paciente, ya sea en unas condiciones o por la aplicación de unas técnicas determinadas (preoperatorio, ecocardiograma..)

Tabla 11. Roles descritos por las direcciones de enfermería de EsPA.

Tipo rol	Grupos	Roles	Nº
1	Gestión de casos	Gestora de casos crónicos y/o frágiles	7
2		Gestoras de casos hospitalarias	4
3		Gestoras de pacientes geriátricos y UFISS	3
4		Gestora de casos de mama	4
5	Continuidad	Enf. de continuidad asistencial (enlace)	4
6	Patología, Diagnóstico o Situación de salud	Enf. de paciente coronario / ICC	3
7		Enf. de paciente con EPOC	2
8		Enf. de paciente de reumatología	1
9		Enf. de paciente de cirugía ortopédica y traumatológica	4
10		Enf. de paciente con enfermedades neurodegenerativas	1
11		Enf. de paciente paliativo	2
12		Enf. de paciente quirúrgico complejo	2
13		Enf. de paciente con trasplante hepático	1
14		Enf. de paciente diabético	7
15		Enf. de embarazo y parto de bajo riesgo	1
16	Problema de salud de afectación general	Enf. de heridas complejas, UPP y otras	8
17		Enf de prevención y control infección nosocomial	5
18		Enf. de paciente con dolor	3
19		Enf. de paciente con ostomía	8
20	Dificultad por	Enf. de paciente con nutrición parenteral	1
21	Dispositivo	Enf. de paciente intubado	1
22	Terapéutico	Enf. de paciente con vías centrales	1

Tipo rol	Grupos	Roles	Nº
23	Valoración paciente	Enf. de preanestesia o preoperatorios	2
24		Enf. de Ecocardios	1
25		Enf. de triage	2
			78

Fuente: Elaboración propia

4.3.5. Características de las organizaciones sanitarias participantes

Finalmente, tal y como se muestra en la tabla 9, se escogieron cuatro organizaciones sanitarias:

Como HA, una organización sanitaria pública gestionada por el ICS, que tiene un único hospital de entre 400 y 599 camas, y que provee atención especializada de alta tecnificación a una población de referencia de 800.000 habitantes.

Como HB: dos organizaciones sanitarias de la XUPC, de tipo consorcio con todos los niveles asistenciales de las cuales, la HB2 tiene una población de referencia para la atención especializada de 220.000 habitantes y cuenta con un hospital de agudos de entre 200 y 399 camas además de un hospital sociosanitario, diversos centros de atención primaria y otros recursos asistenciales y la HB1 que tiene una población de referencia de 450.000 habitantes, con dos hospitales de agudos que entre ambos suman entre 400 y 599 camas, centros de atención primaria y otros recursos sanitarios.

Como HC: una organización sanitaria de titularidad privada/mutualidad que tiene un hospital de agudos de entre 200 y 399 camas con atención especializada y un recurso sociosanitario domiciliario.

4.4. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

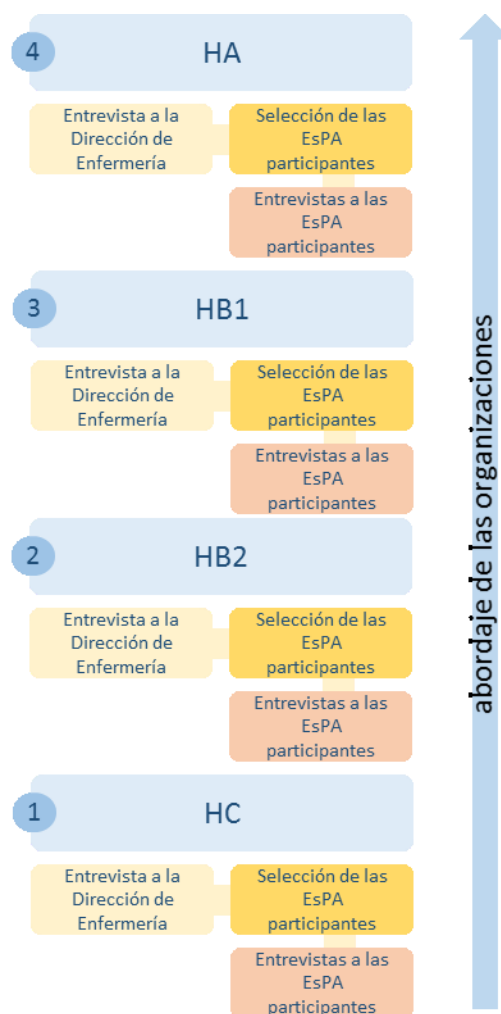
Para trabajar con los cuatro hospitales seleccionados, se tuvieron en cuenta unas consideraciones previas:

- El aspecto de “cuidar la muestra”, esto significaba abordar los hospitales uno a uno, ya que se consideró importante que cuando se entrara en un hospital, este no se abandonara

hasta haber realizado todas las entrevistas pactadas con la dirección de enfermería y haber cerrado su participación en la investigación.

- b) Establecer un orden en el abordaje de los hospitales participantes. Se empezó con el hospital de titularidad privada, se continuó con los hospitales de la red de utilización pública y finalmente se abordó el hospital público, de esta forma el investigador podía contextualizar mejor a las EsPA ya que las características organizativas asistenciales en cada una de las tipologías de hospitales podían ser distintas (Figura 6).
- c) Explicar las competencias principales de la EPA según el modelo de integración de Hamric(2) a la dirección de enfermería para facilitar la comprensión de los criterios de selección de la muestra.

Figura 6. Orden de abordaje de los hospitales participantes



Fuente: Elaboración propia

4.4.1. Criterios de selección de las EsPA participantes

Uno de los objetivos de la entrevista con DE en cada uno de los hospitales fue seleccionar la muestra de EsPA a entrevistar atendiendo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Enfermeras que realizan funciones avanzadas, con una tipología de pacientes concreta, donde centran su práctica clínica
- Enfermeras que dan atención en cualquier nivel asistencial (hospital, primaria, sociosanitaria) o realizan la coordinación entre alguno/s de ellos.
- En aquellos hospitales donde tienen más de cuatro enfermeras susceptibles de PA se escogieron las enfermeras que desarrollan más autonomía o bien roles innovadores para la mejora de la práctica clínica.
- Que las enfermeras acepten la participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Enfermeras que el rol que desarrollan no tiene asociada una práctica clínica directa.
- Enfermeras que rechacen la participación en el estudio.

4.4.2. Criterios de selección de las enfermeras referentes de la profesión

Un aspecto importante y de ayuda a la triangulación era conseguir otras fuentes documentales para poder contrastar la opinión de las EsPA y de las direcciones de enfermería. Para ello se consideró buscar enfermeras con al menos dos de los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

- Que representara a una corporación profesional de enfermeras
- Que fuera reconocida como asesora legal del colectivo profesional
- Que tuviera un liderazgo reconocido por su trayectoria profesional

Como criterios de exclusión:

- Que no estuvieran en activo
- Que rechazaran la participación en el estudio

4.4.3. Criterios de selección de otros participantes clave

El *Consell Tècnic Assessor d'Infermeria de la Unió*, perteneciente a la Unió Catalana d'Hospitals (UCH¹²) y formado por DE de diferentes hospitales y Consorcios Sanitarios de todo el territorio catalán, se dirigió a la investigadora para poder organizar una reunión sobre la práctica avanzada. A partir de aquí se consideró que la reunión se podía convertir en un grupo de discusión que ayudara a contextualizar la situación actual, la visión y la estrategia que las directoras de enfermería están llevando a cabo para implementar la práctica avanzada de la enfermera.

Así pues, el criterio de selección del *Consell* fue por facilidad de acceso. Y el único criterio de inclusión para la selección de los participantes al grupo de discusión fue ser miembro del *Consell Tècnic Assessor d'Infermeria de la Unió*.

4.5. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA TEÓRICA

La muestra total fue de 23 participantes¹³, de los cuales 17 fueron EsPA, 4 directoras de enfermería y 2 enfermeras referentes de la profesión.

De las EsPAs, inicialmente se seleccionaron 16 participantes, cuatro de cada hospital, a medida que se analizaban los datos se vio la necesidad de aumentar 1 participante en el hospital público para llegar a la saturación teórica de los datos. También en el mismo sentido, se vio la necesidad de incluir el grupo de discusión tal y como se argumenta en el punto 4.5.4.

¹² La UCH es una asociación profesional de entidades que prestán servicios sanitarios y sociales y que acoge a hospitales tanto del sector de la XHUP como privados.

¹³ En el total de la muestra no se incluye el número de informantes del grupo de discusión, dado que este se utilizó como material complementario.

4.5.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS EsPA

De las 17 EsPA, 4 fueron del HC, 4 del HB1, 4 del HB2 y 5 del HA.

Tal y como se ha descrito en el apartado 4.1. estas participantes son las que sus organizaciones reconocen como enfermeras de práctica avanzada porque realizan una práctica asistencial compleja.

La edad media de las EsPA de la muestra fue de 47,53 con una edad mínima de 35 años y una edad máxima de 59 años y la distribución por intervalos es la que se presenta en el anexo 6 (gráfica 1).

El sexo de las participantes fue el 100 % femenino.

Los años de experiencia como enfermeras, dieron una media de 25,59 años, medida en años desde que finalizaron los estudios de enfermería, siendo el valor máximo de 39 años y el mínimo de 13 años de profesión, tal y como se representa en el anexo 6 (gráfica 2).

Los años de experiencia como enfermeras susceptibles de práctica avanzada, dieron una media de 7,85 años con una distribución irregular, teniendo el 70,59 % (12/17) de las enfermeras de la muestra una experiencia como EsPA entre 1 y 10 años, con el 29,41 % restante (2/17) entre 23 y 24 años de experiencia, tal y como se representa en el anexo 6 (gráfica 3).

Un aspecto a destacar es que un 47,05 % (8/17) proviene del campo de la gestión, debido a que en el pasado habían realizado actividades de gestión/supervisión en un 17,64 % (3/17), o bien, porque todavía están compatibilizando el rol avanzado en la práctica clínica y actividades de gestión/supervisión, en un 29,41 % (5/17).

En cuanto a la formación inicial como enfermeras, cabe destacar que el 29,41 % (5/17) se formaron como Asistentes Técnicos Sanitarios (ATS) y posteriormente cursaron la convalidación a Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE), y el 70,59 % (12/17) estudiaron el DUE, no habiendo ninguna enfermera con formación inicial de Grado en Enfermería.

Por lo que se refiere a la formación posgraduada, representada en el anexo 6 (gráfica 4), el 88,23 % (15/17) de las EsPA de la muestra tenían formación ya sea de posgrado, máster o ambos. Las enfermeras con formación de máster llegaban al 47,05 % (8/17) y de estas, el 62,5

% (5/8) habían alcanzado el nivel 2 académico con titulación de máster oficial y reconocimiento de créditos en investigación, pero ninguna tenía el título de doctor.

Cabe destacar, que de las cinco enfermeras que de formación inicial estudiaron ATS, una es máster universitario, dos tienen formación de posgrado y una mantiene su formación con cursos de formación continua.

También, dos de las EsPA habían cursado otros estudios universitarios ya siendo enfermeras, concretamente filosofía y psicología y en ningún caso se manifestó haber realizado alguna de las especialidades de enfermería oficiales en España, aunque una de ellas realizó la especialidad de reumatología en Gran Bretaña.

También, dos de ellas tienen como mínimo un curso acreditado de investigación y un curso de coaching y de los dos casos que no habían realizado formación posgraduada, una es licenciada.

Todas las EsPA manifestaron estar realizando formación continua anualmente en temas relacionados con su área d'expertise.

El rol desarrollado por las EsPA de la muestra, considerado "rol avanzado" por sus DE, eran los que se presentan en la tabla 11. De hecho de los 25 grupos de roles descritos por las 16 organizaciones que respondieron al cuestionario *on-line*, formaron parte de la muestra (tabla 12) 12 grupos (46,15 %) que corresponden al 21,79 % (17/78) del total de roles descritos como EsPA.

Tabla 12: Roles de las EsPA de la muestra.

Tipo rol	Grupos	Roles EsPA muestra	Nº
1	Gestión de casos	Gestora de casos crónicos y/o frágiles	3
2		Gestoras de casos hospitalarias	1
3		Gestora de casos de mama	1
4		Gestora de casos de paciente quirúrgico complejo	1
5	Patología, o situación de salud	Enf. de paciente coronario / ICC	1
6		Enf. de paciente de reumatología	1
7		Enf. de paciente diabético	1
8	Problema de salud de afect. general	Enf. de heridas complejas, UPP y otras	2
9		Enf. de prevención y control infección nosocomial	2
10		Enf. de paciente con ostomía	2
11	Valoración paciente	Enf. de preanestesia o preoperatorios	1
12		Enf. de Ecocardios	1
			17

Fuente: Elaboración propia

Las áreas de atención donde colaboran las EsPA para resolver los problemas de salud de sus pacientes son: urgencias de hospital, unidades de hospitalización de pacientes agudos, bloque quirúrgico, unidades de pacientes subagudos, UFISS, consultas externas de atención especializada, soporte domiciliario telefónico, visitas domiciliarias, atención primaria y áreas de soporte hospitalario. El número de EsPA de la muestra que dan atención a cada una de estas áreas se representa en el anexo 6 (gráfica 5).

Las EsPA de la muestra, realizan su actividad en una media de tres áreas de atención, siendo el número máximo de nueve áreas y el mínimo en una única área.

La codificación de las EsPA de la muestra para la presentación de resultados y el análisis se presenta en la tabla 13.

Tabla 13. Codificación de las enfermeras susceptibles de práctica avanzada de la muestra.

Código hospital	Rol desarrollado por las EsPA de la muestra	Código enfermera
HA	Enf. de pre-anestesia	E1
HA	Enf. de prevención y control infección nosocomial	E2
HA	Enf. de Ecocardiografía	E3
HA	Enf. de paciente coronario	E4
HA	Enf. de paciente diabético	E5
HB1	Enf. de paciente de reumatología	E6
HB1	Enf. gestora de paciente frágil	E7
HB1	Enf. gestora de casos de paciente quirúrgico complejo (AH)	E8
HB1	Enf. gestora de casos de paciente crónico complejo (AH)	E9
HB2	Enf. gestora de casos de mama	E10
HB2	Enf. gestora de casos de paciente crónico complejo (AP)	E11
HB2	Enf. de paciente con ostomía	E12
HB2	Enf. de heridas complejas	E13
HC	Enf. gestora de casos de paciente crónico complejo (PAPPA)	E14
HC	Enf. de prevención y control infección nosocomial	E15
HC	Enf. de úlceras por presión (UPP's)	E16
HC	Enf. de paciente con ostomía	E17

Fuente: Elaboración propia

4.5.2. Características de las directoras de enfermería¹⁴

En las organizaciones asistenciales de la muestra las cuatro directoras de enfermería (DE) responsables de los cuidados dispensados a los pacientes tenían algunas características distintas, además del hecho de que las organizaciones donde dirigían tuviesen titularidad y dimensiones distintas tal y como se relata en el apartado 4.3.2.

Una de estas características tiene que ver con el nombre y/o las funciones y/o el ámbito donde desarrollan su dirección. En este sentido, podemos encontrar en el HA y en el HB1, que la DE lo es para la totalidad de la organización descrita en el apartado 3 y tiene una responsabilidad directa sobre el conjunto de las enfermeras. En cambio, en el HB2 la DE, realiza funciones de gestión de enfermería transversales en toda la organización y en todos los niveles asistenciales pero no tiene una responsabilidad directa en la gestión de las enfermeras, ya que estas tienen una dependencia de la dirección del ámbito o unidad de gestión clínica y por último en el HC, la DE lleva el nombre de directora de cuidados asistenciales y su función se circunscribe en las áreas de hospitalización y no en otras.

Otra característica que las distingue es la dependencia jerárquica de ellas, la DE del HA depende directamente del director general o gerente de la organización, en cambio las otras tres DE tienen una dependencia de un director asistencial.

En cuanto a los años de experiencia como DE, hay una diferencia significativa entre ellas puesto que en los casos del HA y el HC llevan más de 25 años como DE, y en cambio en los casos del HB1-HB2 llevan entre 1 y 3 años como DE.

Otro aspecto a destacar, en especial en las DE con más experiencia, son los proyectos llevados a cabo en su trayectoria como DE, así, la DE del HA fue referente en el proyecto de gestión de cuidados del ICS y en la implantación del proceso de cuidados, destacando su participación en el proyecto Leonardo para la definición de competencias de los supervisores de enfermería. La DE del HC ha destacado en su trayectoria profesional por la implantación de cuidados de calidad y seguridad del paciente.

La codificación de las DE de la muestra para la presentación de resultados y el análisis se presenta en la tabla 14.

¹⁴ La categoría directora de enfermería se escribe en femenino con independencia del sexo de los participantes.

Tabla 14: Codificación de las directoras de enfermería de la muestra.

Código hospital	Código DE
HA	D1
HB1	D2
HB2	D3
HC	D4

Fuente: Elaboración propia

4.5.3. Características de las enfermeras referentes de la profesión

Las dos enfermeras referentes de la profesión (RP) tienen un liderazgo reconocido por su trayectoria profesional.

Una de ellas, actual directora de programas del *Col·legi Oficial d'Infermeres i infermers de Barcelona* (COIB) desde 2003, con experiencia en gestión de enfermería y en docencia, representa a la Corporación del Colectivo de Enfermeras más numeroso de Catalunya.

La segunda, enfermera y abogada, es asesora de responsabilidad legal de la profesión en el COIB y Jefe de la Sección de Enfermería Legal del Servicio de Medicina Legal de la *Ciutat Sanitària i Universitària de la Vall d'Hebron*. Ha participado en la elaboración de distintos documentos relacionados con las competencias profesionales, el código ético y los límites legales de la actividad enfermera.

La codificación de las RP's de la muestra para la presentación de resultados y el análisis se presenta en la tabla 15.

Tabla 15: Codificación de las referentes de la profesión de la muestra.

Código hospital	Código DE
COIB	R1
Legal	R2

Fuente: Elaboración propia

4.5.4. Características de otros participantes clave

Los otros participantes clave, fueron las DE que asistieron a la reunión del GD organizado por la UCH. Estas DE forman parte del *Consell Tècnic Assessor d'Infermeria de la Unió*. En total fueron representadas hasta 10 organizaciones de hospitales y consorcios sanitarios de todo el territorio catalán.

4.6. TÉCNICAS DE GENERACIÓN DE DATOS, PROCESOS DE OBTENCIÓN E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Las técnicas de generación de datos que se utilizaron son: las entrevistas semiestructuradas, las entrevistas en profundidad y el grupo de discusión.

A) Entrevistas semiestructuradas, llamadas también según Patton(194) “entrevistas estandarizadas abiertas” porque hay un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos los entrevistados pero de respuesta libre o abierta. Estas entrevistas de realizaron a las cuatro directoras de enfermería y a las dos enfermeras referentes de la profesión, cada una con un guion distinto (anexo 7-8-9)

Para ello se realizó el siguiente método:

1. Selección de las participantes en cada caso atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.
2. Correo electrónico solicitando la propuesta de entrevista y se agendó con las participantes.
3. En la entrevista:
 - Se buscó un espacio tranquilo y confidencial en todos los casos.
 - Entrega y explicación de la propuesta de participación en la investigación (anexo 10-11-12)
 - Solicitud y firma del consentimiento informado (anexo 13)
 - Introducción del concepto de EPA según modelo A. Hamric
 - Seguimiento del guion de la entrevista
 - El instrumento que se utilizó fue la grabación y las notas del entrevistador.
 - La duración de la entrevista en todos los casos fue de entre una hora y una hora y media.
 - Agradecimiento verbal por el tiempo dedicado

4. Transcripción de la entrevista
5. Envío a las entrevistadas para su validación
6. Recepción de la validación
7. Agradecimiento final por correo electrónico
8. Estrategia de análisis. Codificación, generación de categorías, integración local y final con el programa NVivo10 para ayudar a la clasificación de la información(198).

B) Entrevistas en profundidad, con la finalidad de contrastar, ilustrar y profundizar sobre la experiencia en la práctica avanzada de la enfermera en nuestro entorno. En este sentido, y atendiendo a las ventajas y limitaciones que expone Valles(194), permitió obtener una gran riqueza informativa y contextualizada aunque esto significó invertir tiempo en la realización de las mismas. Así pues, estas entrevistas se realizaron a las 17 enfermeras susceptibles de realizar práctica avanzada con un guion abierto preestablecido (anexo 14)

Para ello se realizó el siguiente método:

1. Selección de las EsPA con la DE atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.
2. El reclutamiento lo hizo en todos los casos la DE, la cual se puso en contacto con las enfermeras, les propuso la participación y agendó día y hora.
3. En la entrevista:
 - Se buscó un espacio tranquilo y confidencial en todos los casos.
 - Entrega y explicación de la propuesta de participación en la investigación (anexo 15)
 - Solicitud y firma del consentimiento informado (anexo 13)
 - Seguimiento del guion de la entrevista
 - El instrumento que se utilizó fue la grabación y las notas del entrevistador.
 - La duración de la entrevista en todos los casos fue de entre una hora y una hora y media
 - Agradecimiento verbal por el tiempo dedicado
4. Transcripción de la entrevista
5. Envío a las entrevistadas para su validación
6. Recepción de la validación
7. Agradecimiento final por correo electrónico

8. Estrategia de análisis. Codificación, generación de categorías, integración local y final con el programa NVivo10 para ayudar a la clasificación de la información(198)

Para determinar el número total de entrevistas en profundidad y por tanto de organizaciones sanitarias participantes, se utilizó el principio o estrategia de la saturación de datos.

Finalmente, se envió un certificado de participación en la investigación a todos los participantes.

- C) El Grupo de discusión (GD), es considerado en esta investigación como material complementario. Por este motivo, la grabación en audio y vídeo no se ha transcrito y con la audición/visualización del material se han extraído las ideas principales que han ayudado a comprender todas las aportaciones de los participantes en el estudio, contextualizando la situación actual, la visión y la estrategia que las directoras de enfermería están llevando a término para implementar la práctica avanzada de la enfermera.

El grupo focal es un método de investigación colectivista, más que individualista, centrado en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, haciéndose en un espacio de tiempo relativamente corto(199).

Para llevar a término el GD se realizó lo siguiente:

1. La convocatoria de reunión no fue promovida por la investigadora sino por la coordinadora del *Consell Tècnic Assessor d'Infermeria de la Unió* (UCH).
2. La propuesta de participación se realizó a todas las DE del grupo de discusión por correo electrónico pidiendo su consentimiento para ser grabada en audio y vídeo (anexo 13)
3. En la reunión asistieron un total de diez DE, obteniendo el consentimiento informado de cada una de ellas para la utilización de los datos obtenidos.
4. La discusión empezó a partir de una presentación de 10 min sobre la práctica avanzada y el modelo de integración de Hamric, apoyado con un guion de temas (anexo 16).
5. El instrumento que se utilizó fue mediante grabación en vídeo y las notas del entrevistador.

4.7. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos ha consistido en un análisis de contenido(200), utilizando como unidades de análisis las diferentes partes que integra el modelo de Hamric, y de los datos emergían otras categorías que se describen en los resultados.

El análisis se empezó desde las primeras entrevistas, una vez consensuadas con las participantes y como se argumenta en las diferentes técnicas de generación de datos estas se codificaron, generando dimensiones, categorías y subcategorías. El programa utilizado fue NVivo10(198).

4.8. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Los **criterios de rigor científico** garantizan la calidad de la investigación y en esta aplican los criterios propuestos por Lincoln y Guba(200) denominados de confiabilidad y el criterio de reflexibilidad(201):

1. La Confiabilidad o *trustworthiness*, estos criterios se relacionan con la veracidad, la generalización y la consistencia de los datos, e incluyen: la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad.
 - a. La credibilidad, este criterio se sostiene por diferentes aspectos: la duración exhaustiva hasta llegar a la saturación de datos , siguiendo la estrategia de analizar los datos paralelamente a la recogida de datos, hasta que no surgieron más temas ni subtemas nuevos; el tiempo dedicado para que la entrevistada pudiera expresar y explicar su experiencia; la validación de las transcripciones; la discusión con las directoras de tesis; la revisión de la información en el marco teórico y posteriormente en la discusión, haciendo una nueva búsqueda para mejorar el análisis; el cuaderno de campo que recogía apreciaciones y datos complementarios y finalmente se ha considerado la triangulación de los datos ya que se ha realizado una búsqueda exhaustiva de información para conceptualizar la práctica avanzada, se han utilizado diferentes técnicas de recogida de datos y se ha contrastado el análisis con las directoras de tesis.
 - b. La transferibilidad, los resultados obtenidos y el análisis pueden ser transferibles al contexto sanitario catalán en general y podrían serlo también

al resto de CC. AA. del territorio español, puesto que existen una serie de características comunes que favorecen esta transferibilidad como son: el marco legislativo común, las características del sistema sanitario, las políticas de salud, la formación de las enfermeras, las categorías profesionales, pero también existen factores socioculturales, políticos o económicos que pueden marcar alguna diferencia.

Además, en los apartados 4.3. y 4.4. se desarrolla exhaustivamente la selección del contexto y la selección de la muestra.

Toda la investigación esta descrita para que pueda replicarse en otro contexto.

- c. La dependencia, la estabilidad de los datos se garantiza a través de: las decisiones que se fueron tomando (escoger el modelo de Hamric, la selección del contexto y de la muestra, la organización de los resultados...); las características de las participantes de la muestra, detalladas en el apartado 4.5.; los guiones de las técnicas de recogida de datos (apartado 4.6.); la estrategia en la realización del análisis del contenido y por último el papel de la investigadora, que aún siendo enfermera, ha mantenido distancia asumiendo el rol de investigadora.
 - d. Confirmabilidad, se ha conseguido gracias a la confirmación de la información para garantizar la neutralidad. Durante las entrevistas se ha solicitado la confirmación de la opinión de la entrevistada en aspectos clave. Posteriormente se ha solicitado la revisión de las transcripciones a las informantes. La utilización del cuaderno de campo ha dado soporte a la confirmación de la información en algunos aspectos y por último el conocimiento previo y la trayectoria profesional como enfermera de donde parte la investigadora.
2. Reflexibilidad, durante todo el proceso, la investigadora ha realizado un proceso de reflexión, paso a paso con todo lo que iba sucediéndose y ha compartido el análisis con las directoras de tesis.

4.9. CRITERIOS DE RIGOR ÉTICO

Los criterios **de rigor ético** utilizados, son:

1. El valor científico y social, se consigue por la aplicación de los criterios de rigor científico y también porque pone en valor el compromiso social de la enfermería y su responsabilidad en ofrecer a los ciudadanos el mejor conocimiento en el momento actual.
2. El beneficio para la profesión, los resultados, las conclusiones y la propuesta de futuro de esta investigación representan un beneficio y una contribución para la profesión en su conjunto y para las EPA en particular.
3. El consentimiento informado, se explicó a todos los participantes en las entrevistas y en el grupo de discusión el objetivo del encuentro, pudieron hacer preguntas sobre el mismo y aceptaron participar en la investigación firmando el consentimiento informado (anexo 13)
4. El respeto a los profesionales, todas las entrevistas se realizaron con día y hora concertado en función de la disponibilidad de las informantes, se informó con anterioridad al día de la entrevista y reunión del GD que la entrevista/reunión sería gravada y aceptaron. Posteriormente al depósito de la tesis las informantes recibirán un informe de la autora, agradeciendo su participación en la investigación y el *link* a la edición electrónica TDX.
5. La evaluación por el Comité de Ensayos e Investigación Científica (CEIC), el proyecto de investigación fue presentado y aprobado por el CEIC del Consorci Sanitari de Terrassa con el código CEIC: 02-14-210-006 (anexo 17).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para poder analizar los datos ha sido necesario previamente recogerlos, clasificarlos y codificarlos. La estrategia de análisis, tal y como apunta Coffey y Atkinson(202) ha consistido en comparar constantemente los fragmentos de datos, las estructuras narrativas y la codificación, permitiendo depurar las categorías y subcategorías y construir las metacategorías o dimensiones.

Así pues, se organiza la información en siete dimensiones, también llamadas metacategorías y cada una de ellas conforma un núcleo temático de información. En total se han definido siete núcleos temáticos, los cuales contienen 32 categorías y 75 subcategorías (tabla 16).

Los núcleos temáticos se organizan para dar respuesta a los objetivos específicos planteados. En primer lugar un núcleo temático o dimensión sobre las tipologías de enfermeras que se han identificado como EsPA en el ámbito hospitalario del contexto sanitario catalán y sus características. A continuación cuatro núcleos temáticos o dimensiones relacionados con el modelo y las competencias definidas por Ann B. Hamric y sus colaboradoras(2), otro sobre las dificultades que se encuentra la EsPA en nuestro entorno y también la satisfacción profesional que obtiene en la realización de su rol, finalizando con la presentación de un núcleo temático o dimensión relacionada con el concepto de práctica avanzada en el contexto sanitario catalán. En la tabla 16 se presenta el resumen de dimensiones o metacategorías, las categorías, subcategorías y los códigos de los participantes.

A partir de la organización de los datos recogidos en la investigación empírica ha sido necesario, como apunta Coffey y Atkinson(202) “ir más allá de los datos” y teorizar a partir de ellos y de los referentes teóricos, para llegar a comprender en profundidad e interpretar la construcción y el desarrollo de la práctica avanzada en el contexto sanitario catalán.

Así pues, empezamos por un análisis de las tipologías de EsPA identificadas, posteriormente analizamos las competencias de las EsPA de la muestra según el modelo de Hamric, a través de comparar y analizar los registros con los criterios primarios del modelo, las competencias nucleares y los elementos del entorno, y todo ello en relación al contexto sanitario catalán.

Posteriormente, se conceptualiza la práctica avanzada, mediante un análisis de la polisemia de los términos, en el contexto sanitario catalán, desde la perspectiva fenomenológica interpretativa de todas las informantes, incluyendo las informantes del grupo de discusión y los referentes teóricos.

Tabla 16. Dimensiones, categorías, subcategorías y participantes

Dimensión 1	Categoría	Subcategoría	Participantes
Tipologías de enfermeras y características de la práctica avanzada	Competencias de las EsPA	Definición de competencias	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E11, E13, E14, E15, E16, E17, D1, D2, D3, D4, R2
		Competencias de la EsPA	
Roles y competencias de futuro			
	Impacto de la práctica clínica en el desarrollo de la práctica avanzada	-----	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E16, E17, D1, D2, D3, D4
Dimensión 2	Categoría	Subcategoría	Participantes
Criterios primarios	Formación	Formación focalizada	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, D1, D2, D3, D4
		Competencias y reconocimiento del equipo	Competencias iniciales
	Práctica focalizada en el paciente y la familia	Reconocimiento y procedencia del equipo	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E13, E14, E16, E17, D1, D3, D4
		Experiencia para la práctica clínica actual	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, D1
	Práctica clínica actual		
Dimensión 3	Categoría	Subcategoría	Participantes
Práctica clínica directa	Evaluación del paciente	Evaluación inicial	E1, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, D4
		Evaluación integral	
		Gestión de pruebas diagnósticas	
		Reevaluación	
	Diagnóstico y detección de problemas	Diagnóstico de enfermería	E1, E2, E3, E4, E7, E8, E10, E11, E14, E15, E16, E17, R1, R2
		Diagnóstico médico	
		Diagnóstico diferencial	
		Problemas de adherencia al tratamiento	
		Detección de complicaciones	
	Plan de atención	-----	E1, E4, E5, E7, E8, E14, E15, E16, E17, D4
	Educación en la cooperación terapéutica con los pacientes	Educación sanitaria	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E15, E17
		Aprender de los pacientes	
	Proporcionar cuidados y seguimiento clínico	Actividades de prevención	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, D2, D3, D4, R2
Actividades relacionadas con la medicación			
Actividades de soporte			

Práctica clínica directa	Proporcionar cuidados y seguimiento clínico	psicológico	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, D2, D3, D4, R2
		Aplicación de técnicas especializadas	
		Actuación en la descompensación	
		Seguimiento clínico	
	Gestionar Pacientes	Captación de pacientes	E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, D2, D3, D4, R2
		Ingresar y dar de alta a pacientes	
		Derivación de pacientes	
		Coordinación asistencial	
		Gestión de casos complejos	
	Relación con el paciente y la familia	Orientación, información y soporte al paciente y la familia	E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E14, D3, R2
Ser referente del paciente y la familia			
Ayuda a la toma de decisiones			
Ventajas para el paciente y la familia			
Pensamiento crítico y práctica reflexiva	-----	E1, E2, E3, E8, E9, E13	
Utilización de la evidencia como guía para la práctica.	Práctica basada en la investigación	E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E11, E13, E14, E15, E16, E17, D3, R2	
	Práctica sensible a la investigación		
	Toma de decisiones clínicas basadas en resultados		
Autonomía	Autonomía en decisiones clínicas que afectan al cuidado y tratamiento del paciente	E1, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E13, E14, E15, E16, E17, D3, D4, R2	
	Autonomía en la gestión clínica del paciente		
Dimensión 4	Categoría	Subcategoría	Participantes
Competencias adicionales	<i>Coaching</i>	-----	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E14, E17
	Consultora	Consultora para enfermeras	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E13, E14, E15, E16, E17, D3, R2
		Consultora para médicos y otros	
		Consultora para enfermeras externas	
	Innovación e investigación	Innovación	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, D3
		Investigación	
	Liderazgo clínico profesional	Liderazgo clínico	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, D1, D2, D3
		Participación en grupos internos	
Docencia a profesionales			
Práctica colaborativa	Trabajo en equipo	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, D3, D4	
Toma de decisiones. Aspectos éticos	-----	E6, E8, E10, E12, E15, E17	

Dimensión 5	Categoría	Subcategoría	Participantes
Elementos del entorno	Apoyo de la legislación	-----	E1, E3, E4, E5, E8, E15, E17, D1, D2, D3, D4, R1, R2
	Políticas de salud y desarrollo de la EPA	Influencia de las políticas de salud	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E12, E14, E15, E17, D1, D2, D3, D4
		Participación de la EsPA en foros externos	
	Política empresarial y de reconocimiento	Política de centrar la atención en las personas	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E17, D1, D2, D3, D4, R1, R2
		Política de disminución de costes	
		Política de <i>marketing</i>	
		Política de soporte y reconocimiento a las EsPA	
	Cultura de la organización	Opinión de ellas mismas	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E17, D2, D3
		Opinión de las enfermeras	
		Opinión de los médicos	
	Resultados de evaluación y mejora	Opinión de los agentes sociales	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, D1, D2, D3, D4
		Resultados de actividad/productividad	
		Resultados calidad y seguridad	
		Resultados de eficiencia	
Resultados de satisfacción			
	Análisis y mejora		
Dimensión 6	Categoría	Subcategoría	Participantes
Dificultades y satisfacción profesional	Dificultades	Barreras de las organizaciones	E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E17, D3, D4, R1, R2
		Confianza con los equipos	
		Límites profesionales	
		Soledad	
	Satisfacción profesional	-----	E1, E3, E7, E10, E11, E14, E17
Dimensión 7	Categoría	Subcategoría	Participantes
Concepto de práctica avanzada	Contexto histórico	-----	E3, E6, E7, E8, E16, D2, R2
	Definición de la PA	Aportaciones a la definición de PA	E1, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, D1, D2, R1, R2
		Nomenclatura	
		Problemas con la definición	
	Comparaciones	PA vs. otras enfermeras	E4, D3, D4, R1, R2
		PA vs. disciplinas ciencias de la salud	
	Intereses para el desarrollo de la PA	Interés de la población	E4, R1, R2
Interés de la profesión			
Interés de las organizaciones			

Fuente: Elaboración propia

5.1. TIPOLOGÍAS DE ENFERMERAS QUE SE IDENTIFICAN COMO EPA

Cuando las organizaciones hablan de enfermeras de práctica avanzada, en el contexto sanitario catalán, habitualmente se refieren a una tipología de enfermeras que desarrollan un rol determinado en la organización y que atienden a un grupo determinado de personas/pacientes que comparten una situación de salud-enfermedad común.

Esta forma de identificar a las presuntas EPA probablemente viene dada porque asimilan la PA con el rol que desarrollan para un grupo específico de pacientes, con independencia de si realizan o no competencias avanzadas. Este tema que trataremos con profundidad en el apartado 5.4. supone a menudo un elemento de confusión en la interpretación de la PA.

En la fase de selección de las organizaciones participantes, las direcciones de enfermería identificaron 78 EsPA con 25 diferentes tipos de roles que ellas consideraban EPA y que fueron clasificados en cuatro grandes grupos (tabla 11):

Estos diferentes tipos de roles identificados se han clasificado en cuatro grandes grupos:

1. Gestión de casos, cuando además de la práctica clínica se incluye la gestión y coordinación de múltiples situaciones.
2. Patología predominante o situación de salud específica, cuando la EPA se dedica a valorar, planificar y hacer el seguimiento de un grupo específico de personas/pacientes con una enfermedad predominante o situación de salud específica (pacientes con ICC, mujeres embarazadas, paciente diabético...)
3. Problema de salud de afectación general, cuando la EPA se dedica a valorar, planificar y hacer el seguimiento de un grupo específico de personas/pacientes con un problema de salud de afectación general (pacientes con lesiones crónicas complejas, pacientes con ostomias o con infecciones nosocomiales)
4. Valoración del paciente, cuando la EPA centra su actividad en realizar una valoración específica para un objetivo concreto (visita preanestésica, prueba ecocardiográfica...)

Según se observa en la tabla 12 de las 17 EsPA de la muestra:

- Seis, son gestoras de casos (tres realizan gestión de casos con pacientes crónicos y/o frágiles; una es gestora de pacientes en el hospital en general; una es gestora de pacientes con cáncer de mama y una es gestora de pacientes quirúrgicos complejos)

- Tres, son enfermeras de pacientes con una patología predominante (una de pacientes coronarios, una de pacientes con enfermedades reumatológicas y una de pacientes diabéticos).
- Seis, son enfermeras de pacientes con un problema de salud de afectación general (dos de pacientes con lesiones complejas, dos de pacientes con infección nosocomial y dos de pacientes con ostomía)
- Dos, son enfermeras que su actividad es la valoración del estado del paciente (una de preanestesia y una de ecocardiogramas).

Cabe decir que esta investigación no pretende determinar que enfermeras de la muestra son EPA y cuáles no, sino simplemente comprender el significado de la PA en el contexto sanitario catalán basándonos en un modelo concreto.

El perfil de las EsPA estudiadas se ha descrito en el apartado de metodología 4.5.1. y cabe destacar la edad media de casi 48 años, con 25 años de experiencia como enfermera y casi la mitad provienen del campo de la gestión.

También, en esta primera dimensión se recoge la información sobre las características a nivel general que tiene la PA en el contexto de estudio, por una parte se ha definido una categoría denominada: **competencias de las EsPA**, en donde se recogen todas las aportaciones que hacen las informantes sobre las competencias que según ellas tienen o han de tener las EPA, tanto a nivel de conocimientos y habilidades como de actitudes, en total se han descrito 53 aportaciones diferentes o conductas esperadas, algunas con matices distintos y que se han descrito conservando la esencia de la conducta aportada. La descripción de las competencias o conductas esperadas de las EsPA se presentan en la tabla 17, agrupadas por: actitudes básicas en la atención al paciente, actitudes en o para el trabajo, habilidades superiores, capacidades para proporcionar cuidados avanzados y realizar gestión clínica, pensamiento y reflexión crítica, finalizando con el liderazgo y trabajo en equipo.

Tabla 17. Competencias de las EsPA descritas por las informantes de la muestra.

	Competencia / conducta esperada
Actitudes básicas para la atención al paciente	Actitud de estar presente
	Tener interés
	Tener paciencia
	Estar disponible a las necesidades del paciente y la familia
	Ser prudente

	Competencia / conducta esperada
	Ser humanista y tener respeto por las personas
	Ser humilde
	Entusiasmo y sensibilidad por el tipo de paciente
	Ser positiva
	Tener buen carácter, buena comunicación
	Reconocer los déficits competenciales (de conocimientos, habilidades...)
	Tener motivación y predisposición para aprender
	Estar formándose continuamente
Actitudes en o para el trabajo	Ser flexible en el horario laboral para adaptarse a las necesidades del paciente/ dedicación al trabajo
	Estar implicada en el trabajo, con los pacientes, con temas de calidad...
	Tener espíritu científico fuera del horario laboral
Habilidades superiores	Tener empatía con el paciente y la familia
	Mostrar tranquilidad
	Capacidad de comunicar
	Ser asertiva
	Dar confianza y seguridad
	Capacidad de autocontrol
	Tener inteligencia emocional
	Saber gestionar el tiempo
Capacidades para proporcionar cuidados avanzados y realizar gestión clínica	Tener conocimientos amplios del tipo de paciente que se atiende
	Tener formación específica
	Capacidad para ser proactiva y anticiparse a problemas que tener el paciente
	Capacidad para reconocer complicaciones y actuar
	Tener expertez en el ámbito clínico o tipología de paciente
	Capacidad de actuación rápida y efectiva
	Capacidad de resolución de problemas
	Tener perfil educadora
	Capacidad para empoderar a la persona en el cuidado
	Alta capacidad y habilidades para educar al paciente y la familia
	Tener conocimiento y habilidades para gestionar casos
	Capacidad de gestionar, organizar y coordinar la atención
	Saber moverse en el sistema
Pensamiento y reflexión crítica	Tener sentido común para aplicar los conocimientos
	Capacidad intuitiva
	Capacidad de reflexionar
	Capacidad para analizar problemas
	Tener pensamiento crítico
	Capacidad para tomar decisiones

	Competencia / conducta esperada
	Tener autonomía para tomar decisiones dentro de su competencia
Liderazgo y trabajo en equipo	Capacidad docente con los nuevos profesionales
	Ser considerada enfermera experta
	Tener liderazgo clínico reconocido por el equipo, credibilidad
	Capacidad de organizar y liderar desde segunda fila
	Capacidad para aglutinar al equipo
	Capacidad de trabajar en equipo, de forma sincronizada, rápida y efectiva
	Alta capacidad de colaboración con el equipo
	Actuar como asesora del equipo
	Capacidad de gestionar conflictos en el equipo

Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar la importancia que la mayoría de informantes dan a los aspectos actitudinales de la enfermera tanto en relación con la atención al paciente como en relación con el trabajo, que por el contrario las competencias definidas por asociaciones profesionales como la CNA(11) o la RCN(107) quizás las incorporan como habilidades. Solamente Spross y Hanson(75) hacen referencia a las cualidades y actitudes que tiene que tener la APN.

Además, se han recogido tres aspectos singulares, los cuales no han sido considerados una conducta esperada pero se han aportado como requerimientos o cualidades necesarias para llevar a cabo la PA. Estos son: tener vocación de enfermera (E11), realizar ejercicio físico (E6) y ser feliz (E6)

Roles y competencias de futuro. Es una subcategoría que incorpora aquellas competencias o roles que las informantes DE han considerado interesantes para que las EsPA desarrollen en el futuro, en este sentido, una aportación previa de D3 hace referencia a la necesidad de tener más enfermeras que cambien su mentalidad y quieran asumir más responsabilidades lo cual significa también tomar decisiones y por tanto asumir más riesgos. En cuanto a las áreas de futuro, las DE de la muestra consideran importante:

a) La expansión de la PA en atención primaria, pero desde una perspectiva territorial, o sea, ser referente de una tipología de paciente no solo cuando este se encuentra en el hospital o en su domicilio, sino en cualquiera que sea su ubicación en un mismo territorio (D2).

b) La intervención de la EsPA en recursos como la hospitalización a domicilio (D3). En donde competencias como la capacidad de anticiparse a los problemas del paciente, la capacidad de

resolución de problemas y de toma de decisiones, la capacidad de empoderar al paciente y la familia, además de la capacidad de gestionar y organizar la atención cobran relevancia.

c) La selección de una enfermera experta en cada una de las áreas de hospitalización (D3), que no solo conozca con profundidad una tipología de paciente sino que también pueda dar respuesta a situaciones clínicas diferentes o de gestión de pacientes.

En los tres casos, las áreas de expansión de la EPA que relatan las DE tienen relación con buscar efectividad de la atención y mejorar la eficiencia del sistema sanitario y en este sentido es congruente con las políticas del *Departament de Salut*(165).

También, se menciona la necesidad de ampliar conocimientos en farmacoterapia, en especial por la repercusión de la medicación en la seguridad del paciente (D4), por ejemplo en las caídas, en los efectos de la medicación sobre el paciente, en interacciones alimenticias o con otras medicaciones, en la educación en administración de medicación..., y también se menciona la necesidad de potenciar la consultoría a las EsPA (D2).

La segunda categoría definida, es el **impacto de la práctica clínica en el desarrollo de la práctica avanzada**, que incluye todos los registros de las EsPA de la muestra que argumentan cómo se organizan el trabajo. Tal y como se ha descrito en el apartado de metodología 4.5.1., una cuarta parte de las EsPA (5/17) compatibilizan en la actualidad el rol avanzado en la práctica clínica y actividades de gestión/supervisión y el resto (12/17) solo se dedican a desarrollar las funciones del rol como EsPA.

De las EsPA que solo realizan el rol avanzado (12/17), si excluimos a las enfermeras de prevención y control de la infección donde su foco de atención principal en la práctica clínica es el personal, más de la mitad (6/10) realizaron una estimación sobre el ratio de tiempo que dedicaban a cuidados directos al paciente/familia en cualquiera de las áreas de atención (consulta, urgencias, hospitalización, domicilio, atención telefónica) y el tiempo que dedicaban a gestionar recursos y facilitar la coordinación asistencial, siendo el promedio de este ratio 73,3/26,6 (cuidados directos/gestión clínica) por lo que se hace relevante el desarrollo de la práctica clínica directa con el paciente/familia.

En resumen, las tipologías de enfermeras que se identifican actualmente como EPA en el ámbito de estudio, se enfocan a dar atención a diferentes tipos de personas/pacientes, tienen una experiencia como enfermeras de más de 25 años de media, con un nivel de formación inicial y posgraduada muy heterogénea (que se analiza en el apartado 5.2.1.), casi la mitad de ellas provienen del campo de la gestión, en la actualidad en el desarrollo de su actividad como

EsPA realizan tres terceras partes de práctica clínica o cuidados directos y una tercera parte de actividades de gestión clínica y consideran que existen diferencias en el desarrollo de sus competencias con las enfermeras convencionales fundamentalmente en actitudes, habilidades para la comunicación, el liderazgo y el trabajo en equipo, así como en la capacidad de reflexión y toma de decisiones.

5.2. ANÁLISIS A PARTIR DE LA COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS CON EL MODELO DE HAMRIC

El análisis de los datos de esta investigación en el contexto sanitario catalán y su comparación con el modelo de integración(2) se realizará a partir de cada núcleo de competencias, y se ira representando en las diferentes partes de la figura 4, o sea, primero se analizaran los criterios primarios, en segundo lugar, las competencias nucleares en su conjunto y por último se consideraran los denominados elementos del entorno.

5.2.1. Criterios primarios

Los criterios primarios, según Hamric(22) son aquellos criterios o cualificaciones imprescindibles para considerar que una enfermera puede realizar práctica avanzada.

Esta dimensión coincide con el primer núcleo temático relacionado con el modelo de Hamric. De hecho, el modelo recoge en los criterios primarios (ver apartado 2.3.1. del marco teórico) tres apartados: *la formación posgraduada de la EPA* ya sea a nivel de máster o de doctorado, pero centrada en una especialidad, rol o una tipología de paciente concreta; *la certificación* para acreditar la práctica avanzada, donde esta determina que la enfermera ha alcanzado los estándares para un nivel avanzado de una especialidad clínica concreta y *la práctica focalizada en el paciente y la familia*, esta focalización no es banal ya que según dice Hamric es la razón de que la profesión exista y debe rendir servicios a las necesidades individuales de los pacientes, sin embargo, esta focalización no es la única actividad a la que se comprometen las EPA como se describe en las competencias adicionales y en los elementos críticos del entorno.

Así pues, se han descrito tres categorías, con el objetivo de adaptar estos criterios primarios a nuestro entorno.

5.2.1.1. Formación

Por lo que se refiere al criterio “*Graduate education*”, que trata de la formación posgraduada realizada después de la obtención del título de enfermera, en la muestra estudiada se recoge como máster universitario, máster profesionalizador, posgrado, especialidad o incluso formación continua todos ellos relacionados con el área de atención.

Cabe resaltar la importancia que las EsPA de la muestra le otorgan a la formación continua, y algunos de los registros recogidos hacen mención de ello.

“Este año todas hemos realizado un curso avanzado de arritmias en el hospital” (E4)

“He realizado cursos especializados en educación sanitaria y diabetes” (E5)

“Los primeros meses, recuerdo que no salía de la biblioteca, estuve estudiando muchísimo sobre reuma, revisé muchísima anatomía” (E6)

“Yo no he parado nunca de especializarme en el tema de las heridas complejas o heridas crónicas, siempre he estado haciendo cursos” (E13)

“Hay que realizar formación continua porque todo cambia mucho” (E16)

Aunque mayoritariamente todas las EsPA de la muestra tienen formación posgraduada en el área de atención donde ejercen como EsPA, solamente las que tienen la titulación de máster universitario tienen acceso directo al doctorado(124) así como las que tienen la titulación de enfermera especialista con dos años de residencia(123), de este modo, la EsPA de la muestra E6 que tiene la especialidad, como es título extranjero, debería primero convalidar.

En cuanto al programa formativo en general, tienen el objetivo de profundizar en el área de conocimiento tanto a nivel teórico como práctico y en función del tipo de formación (profesionalizador o universitario) se profundiza más o menos en la metodología de la investigación y en la EBE(203)(204).

Las horas de prácticas, si consideramos que en la actualidad el rango de créditos habitual de posgrados y másteres está entre 30 ECTS y 90 ECTS, el rango de horas de prácticas se encuentra entre 50 h y 250 h muy por debajo de las 500 h o 1000 h que sugiere el modelo(22).

Considerando el rango de créditos habitual de posgrados y másteres entre 30 ECTS y 90 ECTS, el rango de horas en metodología de la investigación y/o trabajo de fin de posgrado o máster se encuentra entre 60 y 300 horas.

Ahora bien, considerando que el modelo de integración requiere que las competencias nucleares han de formar parte de la formación requerida para la práctica avanzada(50), se debería analizar si los programas de formación incorporan las seis características de la competencia central “práctica clínica directa” que incluyen: la perspectiva holística, la educación terapéutica con los pacientes, la utilización del pensamiento clínico experto y de la práctica reflexiva, la utilización de la evidencia como guía para la práctica y la utilización de herramientas para gestionar la salud y la enfermedad. De modo que, en caso afirmativo, se debería evaluar el grado de adquisición de esta competencia por parte de los estudiantes.

Por otra parte, aunque el modelo de integración considera que las competencias adicionales suponen a menudo formaciones complementarias, se podría analizar si los programas de formación posgraduada de más de 60 ECTS incorporan en sus programas formativos competencias relacionadas con el *coaching*, el liderazgo, la consultoría, la colaboración, la investigación y la toma de decisiones éticas.

También, las EsPA de la muestra consideran y aportan datos sobre la importancia de la formación continua específica en el área de conocimiento pero aunque existe en Catalunya el *Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries* (CCFCPS)(205), la acreditación de la formación es voluntaria por parte de la entidad organizadora, y por tanto, no siempre hay evidencia de que estos cursos sean acreditados y tampoco no siempre hay evidencia de que exista una evaluación que acredite la competencia.

Por lo que se refiere a las especialidades de enfermería, los programas de formación están acreditados y las unidades docentes están sometidas a acreditaciones periódicas. Por otra parte, en cada rotación los residentes son evaluados y el tutor realiza una evaluación de competencias la cual es corroborada por un comité de evaluación.

Así pues, aun no teniendo una información completa respecto a los programas y a la adquisición de competencias, se podría considerar que el modelo de formación posgraduada actual en nuestro contexto no responde a un modelo de crecimiento profesional hacia la práctica avanzada por varios motivos:

- a) El hecho de que los programas profesionalizadores, o sea los dirigidos a profundizar en el área de conocimiento no se acrediten, pone en duda la calidad formativa de la docencia. En este sentido vale la pena considerar las experiencias de acreditación de la formación, como la del Reino Unido, con los estándares de acreditación de la RCN(105) o los

estándares para la acreditación de la formación del *Australian Nursing & Midwifery Accreditation Council*(111).

- b) La consideración de que los programas profesionalizadores no se acrediten supone también una barrera para el acceso al doctorado, porque limita e impide el crecimiento profesional hacia la investigación y la práctica basada en la evidencia, a pesar de que tengan créditos de investigación en el trabajo de fin de posgrado o máster.
- c) El hecho de que la mayoría de másteres universitarios actuales estén más en la línea de investigación, por una parte facilita el acceso al doctorado y por otra a los estudiantes que han finalizado el grado no les ayuda a profundizar en la competencia central.
- d) Hay una desvinculación entre la formación universitaria posgraduada, la formación de especialidad y la formación continua y esta situación aunque conviven mutuamente en el ámbito formativo no tienen relación alguna entre ellas.
- e) No existe un modelo de formación posgraduada que tenga una visión de desarrollo profesional ampliado, que proponga una trayectoria formativa que lleve desde el DUE y el Grado hasta el doctorado, incorporando las competencias requeridas para la práctica avanzada.

5.2.1.2. Certificación

El segundo criterio primario, es la certificación del reconocimiento del nivel avanzado de competencias. Este criterio, el modelo lo sustenta a partir del contrato social que la enfermera adquiere con la sociedad, en donde se incluye el cumplimiento del código ético, los estándares de calidad en la práctica y el compromiso de una práctica basada en la evidencia(22).

Este reconocimiento formal de los conocimientos, destrezas, habilidades, juicio y experiencia demostrada, no se realiza en nuestro contexto a través de organismos profesionales que certifiquen que la enfermera tiene un nivel avanzado de competencia, tipo como en EE. UU. con el programa de certificación de la *Nurses Credentialing Center* (ANCC), que a su vez este programa está acreditado por la ABNS o la NCCA.

Justo antes de depositar esta tesis, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicó el Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de

Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada para todas las profesiones de ciencias de la salud(206). Esta regulación prevé que sean Diplomas por áreas funcionales que incorporaran las competencias en cada una de estas áreas funcionales. La obtención del citado diploma dependerá del cumplimiento de los siguientes requisitos: a) experiencia clínica en el área funcional (mínimo últimos tres años), b) evaluación del desempeño positivo, certificado por la institución sanitaria o por la sociedad científica correspondiente, c) aportar adquisición de evidencias de formación acreditada de los últimos cinco años, relacionadas con las competencias definidas para el Diploma de Acreditación Avanzada del área funcional y d) otras evidencias que exijan las CC. AA.; se prevé también una recertificación cada cinco años.

Pero, a priori, esta regulación tiene distintos elementos de confusión:

- Las áreas funcionales no están definidas, y por tanto, pudiera ser que dichos diplomas no se correlacionaran con los diferentes roles de competencias avanzadas que desarrollan las EPA.
- Como que, cada área funcional incluirá sus competencias, no se sabe si estas serán con carácter avanzado tal y como se han considerado en esta investigación y si serán para cada una de las profesiones.
- La evaluación del desempeño, no queda claro si es una evaluación de la competencia (en los términos del Diploma), y si así fuere, los criterios y la metodología evaluativa de la competencia si esta se realiza en una institución o en una sociedad científica debería ser la misma. Sería muchísimo mejor apostar por que las CC. AA. tuviesen una agencia de evaluación de la competencia para esta finalidad.
- Y ¿Quiénes pueden ser órganos de formación continuada acreditada?, porque no queda claro si solamente lo son las Comisiones de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, tipo CCFCPS(205) ya que este RD especifica que el sistema de acreditación es una función de dichas comisiones. Si esto fuese así, ¿se evaluaría todo tipo de formación postgraduada o solo la certificada por el CCFCPS? sería un error dejar al margen la formación universitaria de másteres y doctorados y la formación de especialidades de enfermería para esta acreditación, puesto que la acreditación del profesorado entre otras, garantiza que la EPA pueda adquirir competencias que difícilmente en cursos de formación continua las pueda adquirir.

Pero este Real Decreto 639/2015, todavía no se ha implementado y a falta de certificación por un organismo profesional externo, en esta investigación se ha defendido el criterio de reconocimiento del equipo, de la supervisora o del jefe de servicio como un sistema de

reconocimiento del nivel avanzado de competencias de las enfermeras que quieren a tener un puesto de trabajo de EsPA.

“Son personas que están reconocidas por el equipo, por el equipo de enfermería y por el equipo médico” (D3).

“Supongo que la supervisora consideraba que era muy lista, yo no me lo considero tanto, pienso que el anestesista también consideraba que yo..., hay una serie de gente que nosotras ya sabemos que están muy bien vistas por anestesia como enfermeras dentro del quirófano, porque son válidas” (E1).

Además, el reconocimiento del equipo, se ha defendido como un sistema de selección para conseguir un alto nivel de integración y confianza entre los miembros del equipo.

“Era importante que la enfermera gestora saliera del equipo. De hecho, la experiencia con otra compañera no fue así, y tuvo muchas dificultades para integrarse. En este periodo, parece lógico, porque un profesional no puede confiar en ti, si realmente no te conoce. En este caso, el proceso de integración fue más lento” (E11).

Y también, en un único caso, se ha defendido el sistema de diferenciar el nivel de expertez a través de la carrera profesional (D4).

En relación a este reconocimiento ya sea del equipo, del jefe inmediato o mediante la carrera profesional, las informantes han considerado un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que las enfermeras han tenido que demostrar en su ejercicio profesional, antes de ocupar un puesto de trabajo de EsPA, quedando sintetizadas en la tabla 18. Esta selección de competencias iniciales, ha sido considerada por las EsPA de la muestra a partir de las competencias que ellas consideran que las EPA han de tener y que han sido descritas en la tabla 17.

Tabla 18. Selección de competencias iniciales de las EsPA

	Competencia / conducta esperada
Actitudes básicas en la atención al paciente	Actitud de estar presente
	Tener interés
	Tener paciencia
	Estar disponible a las necesidades del paciente y la familia
	Ser prudente
	Ser humanista y tener respeto por las personas

	Competencia / conducta esperada
	Ser humilde
	Entusiasmo y sensibilidad por el tipo de paciente
	Ser positiva
	Tener buen carácter, buena comunicación
	Reconocer los déficits competenciales (de conocimientos, habilidades...)
	Tener motivación y predisposición para aprender
	Estar formándose continuamente
Actitudes en o para el trabajo	Ser flexible en el horario laboral para adaptarse a las necesidades del paciente/ dedicación al trabajo
	Estar implicada en el trabajo, con los pacientes, con temas de calidad...
	Tener espíritu científico fuera del horario laboral
Habilidades superiores	Tener empatía con el paciente y la familia
	Mostrar tranquilidad
	Capacidad de comunicar
	Ser asertiva
	Dar confianza y seguridad
	Capacidad de autocontrol
	Tener inteligencia emocional
	Saber gestionar el tiempo
Capacidades para proporcionar cuidados avanzados y realizar gestión clínica	Tener conocimientos amplios del tipo de paciente que se atiende
	Capacidad para reconocer complicaciones y actuar
	Capacidad de resolución de problemas
	Tener perfil educadora
	Tener conocimiento y habilidades para gestionar casos
Pensamiento y reflexión crítica	Tener sentido común para aplicar los conocimientos
	Capacidad intuitiva
	Capacidad de reflexionar
Liderazgo y Trabajo en equipo	Capacidad docente con los nuevos profesionales
	Ser considerada enfermera experta
	Capacidad para aglutinar al equipo

Fuente: Elaboración propia

En esta línea, es sorprendente observar que las competencias definidas para la APN del *Department of Health* en Reino Unido(107), por el CNA(11) o por la NMBA(111), tratan de forma muy superficial las competencias o atributos referidas a las actitudes en relación al paciente, al equipo o con la organización, manifestándose en cambio, más claramente en los

atributos planteados por Hanson, Boyle, Hatmaker y Murray(75) para la competencia de liderazgo en el modelo de integración.

Por otra parte, el GD fue muy contundente a la hora de defender que tener la especialidad en nuestro contexto representa un conocimiento práctico en el área de la especialidad, pero no asegura un nivel de PA con todas las competencias del modelo de integración.

En este sentido, las DE participantes en el GD estarían más en la línea de Hanson y Hamric(23), cuando apuntan que, a pesar de que el *Consensus Model for APRN Regulation* para la regulación de las APRN(48) en EE. UU., certifica de entrada a todas las especialistas como APN, la realidad es que solo algunas maximizan sus capacidades y realizan las competencias nucleares, pero posteriormente no todas se recertifican.

Si estamos generando nuevos roles enfermeros, con una extensión de las competencias que enfermería ya tiene o que esta demostrando tener, necesitamos un reconocimiento como mínimo desde el ámbito profesional enfermero, al igual que han hecho enfermeras de otros países. Se trataría de definir cuales serían las competencias de la práctica avanzada en nuestro entorno, para a partir de ahí, empezar a crear un sistema de certificación externo que reconozca a las EPA sus competencias, no se las pueda poner en duda y se las reconozca como tal.

5.2.1.3. Práctica focalizada en el paciente y la familia

Este tercer criterio, se considera criterio primario, porque forma parte de la razón de ser de la práctica avanzada, además el modelo de integración, considera que la PA ha de ir asociada a roles de práctica clínica directa(22). Así pues, no tendría sentido tener una formación de PA, estar certificada y no realizar práctica con los pacientes y las familias. De hecho, sería casi imposible mantener las competencias certificadas sin esta práctica.

En este sentido, la totalidad de las EsPA de la muestra, antes de ser consideradas u obtener una plaza como EsPA tenían experiencia como enfermera asistencial con la misma tipología de pacientes. En la tabla 19 se expone la experiencia asistencial previa para cada una de las EsPA de la muestra, observándose en todos los casos esta correlación entre la experiencia en una o varias tipologías de pacientes y el rol desarrollado en la actualidad. Aunque en la mayoría de casos la correlación es obvia, en algunos como la E7, E11 y E14, su experiencia se centró en unidades de hospitalización con pacientes de edad avanzada, pluripatológicos e incluso en urgencias o unidades de cuidados intensivos. Con lo cual esta trayectoria las hace tener una visión sobre las necesidades de los pacientes crónicos complejos.

Otros casos, como la E2 y la E15 que actualmente tienen un rol de enfermera de prevención y control de la infección nosocomial, tienen una experiencia asistencial básica en hospitalización que junto con su formación específica les da una visión global de este tipo de infecciones. Además, estos dos casos son los únicos que la práctica focalizada en el paciente se realiza a través de la práctica de otros profesionales. O sea, aunque el objeto de atención es el paciente para prevenir la infección, el trabajo realizado por estas EsPA se centra en evitar que los otros profesionales propaguen la infección de un paciente a otro. Ellas desarrollan políticas y protocolos basados en la evidencia, evalúan la práctica clínica de otros profesionales, realizan un seguimiento microbiológico de las muestras de pacientes con gérmenes multiresistentes y dan recomendaciones de actuación e invierten una buena parte del tiempo en la formación de los profesionales y en ocasiones de los pacientes, familiares y cuidadores.

En cualquier caso, todas las EsPA de la muestra, han pasado a desarrollar un rol de más superespecialización en el área (ostomías, diabetes, anestesia, heridas crónicas...), o han pasado a tener un rol de gestor de casos que es una mezcla de asistencia y gestión clínica.

Tabla 19. Relación entre la experiencia asistencial previa y el rol actual.

	Experiencia asistencial previa a la PA	Rol actual de las EsPA de la muestra
E1	Enfermera de quirófano	Enf. de pre anestesia
E2	Unidad de cirugía general	Enf. de prevención y control infección nosocomial
E3	UCI cardíaca, consulta de ecocardiografía	Enf. de Ecocardiografía
E4	Unidad de pos operados de cirugía cardíaca y unidad de pos críticos	Enf. de paciente coronario
E5	Consulta de diabetes	Enf. de paciente diabético
E6	Unidad de reumatología y hospital de día para pacientes en reumatología	Enf. de paciente de reumatología
E7	Unidad de medicina interna, unidad de traumatología, urgencias y UFISS	Enf. gestora de paciente frágil
E8	Unidad de cirugía general	Enf. gestora de casos de paciente quirúrgico complejo (AH)
E9	Urgencias y unidad de cardiología	Enf. gestora de casos de paciente crónico complejo (AH)
E10	Obstetricia y ginecología	Enf. gestora de casos de mama
E11	Medicina interna, urgencias, UCI y atención primaria	Enf. gestora de casos de paciente crónico complejo (AP)
E12	Quirófano y unidad de hospitalización quirúrgica	Enf. de paciente con ostomía
E13	Medicina interna, urgencias y miembro de la Comisión de heridas crónicas	Enf. de heridas complejas
E14	Unidad de traumatología	Enf. Gestora de casos de paciente crónico

	Experiencia asistencial previa a la PA	Rol actual de las EsPA de la muestra
		complejo (PAPPA)
E15	Hospitalización	Enf. de prevención y control infección nosocomial
E16	Hospitalización y coordinadora de la Comisión de UPP's	Enf. de úlceras por presión (UPP's)
E17	Unidad de cirugía general	Enf. de paciente con ostomía

Fuente: Elaboración propia

Un aspecto curioso es el de los eslóganes que escribimos para resaltar la PA: “un tesoro oculto”, “ahora es el momento”, “retos y oportunidades”..., como si la PA centrada en el paciente y la familia nunca hubiese existido. Es más, las experiencias que dan impulso a la PA y que estamos viviendo en las diferentes CC. AA. en España(160)(171)(207), hacen referencia mayoritariamente a la gestión de casos centrada en los pacientes crónicos o en situaciones de dependencia, resaltando un ámbito de la práctica, la gestión de casos complejos, que hasta el momento no era terreno de nadie y que ha pasado a liderar enfermería.

Sin embargo, en las experiencias estudiadas, hemos encontrado EsPA que están realizando PA desde hace 25 años, y si observamos la tabla 13, la práctica focalizada en el paciente no es solamente la gestión del caso, sino también el seguimiento de pacientes con diferentes patologías crónicas (diabetes, ICC, reumatología), enfermeras que abordan problemas de salud específicos y muy complejos (heridas crónicas, ostomías, infecciones) además de enfermeras dedicadas a evaluar un aspecto concreto de salud.

Por último, otro aspecto que se ha evidenciado en las entrevistas, que recoge el modelo y en general las diferentes aportaciones sobre las competencias de PA(11)(107), es la capacidad de interconexión con diferentes profesionales, la accesibilidad al paciente/familia y la aplicación de la práctica centrada en el paciente/familia desde diferentes servicios o áreas de atención para un mismo tipo de paciente. Así pues, tenemos casos como el de la enfermera de fragilidad (E7) que ve a los pacientes en urgencias, en hospitalización, en subagudos y en UFFIS, o la enfermera de heridas crónicas (E13) que ve al paciente en consulta externa, hospitalización y si es preciso en domicilio.

5.2.2. Competencias nucleares: práctica clínica directa

El desarrollo de la competencia central: práctica clínica directa, aunque no es determinante, es esencial en la PA, realizándose el análisis a partir de las características determinantes del modelo, en donde se integraran de forma transversal las categorías y subcategorías planteadas en los resultados.

Esta nueva dimensión, llamada también práctica clínica directa, corresponde a toda la información recogida por los participantes de la muestra que hace referencia a las intervenciones que llevan a cabo las EsPA de nuestro entorno, con o para los pacientes y las familias. Por otra parte, la organización de la información en categorías y subcategorías, tiene una cierta similitud a las características de la práctica clínica directa definida en el modelo de Hamric, aunque incorpora aspectos más específicos de la intervención enfermera fruto de la captura de datos de la realidad en nuestro contexto.

La descripción de las categorías en esta dimensión sigue un orden central de proceso de enfermería (evaluación, diagnóstico, plan de actuación, intervenciones y reevaluación) para destacar la perspectiva científica de la actuación enfermera, a la vez que incorpora de forma transversal la perspectiva del cuidado holístico en diferentes subcategorías. También incorpora otras categorías que hacen referencia a como la enfermera utiliza esta doble perspectiva científica y holística (relación paciente-familia, pensamiento crítico y reflexivo, utilización de la evidencia y autonomía) y por último destacar la categoría que incorpora toda la actividad de gestión de pacientes que realiza la enfermera.

Así pues, como se recoge en la tabla 16, se han definido diez categorías en esta tercera dimensión, que son: evaluación del paciente, diagnóstico y detección de problemas, plan de atención, educación en cooperación terapéutica con los pacientes, proporcionar cuidados y seguimiento clínico, gestionar pacientes, relación con el paciente y la familia, pensamiento crítico y práctica reflexiva, utilización de la evidencia como guía para la práctica y autonomía.

Ahora bien, cuando comparamos las características del modelo de Hamric con los datos recogidos la estructura conceptual para el análisis obliga a cruzar las categorías y subcategorías con las características del modelo.

5.2.2.1. La utilización de la perspectiva holística

Tracy(50) defiende la utilización de la perspectiva holística del cuidar desde el entendimiento que la persona es un ser único, complejo y con diferentes dimensiones: la biológica, la

psicológica, la social y la espiritual; reconocer la complejidad de la vida humana y abordar el entorno físico, social y organizativo que afecta a las personas; tener en cuenta los síntomas de la enfermedad, las consecuencias de la misma, la afectación del tratamiento a la calidad de vida, el envejecimiento, la hospitalización, y otros factores relacionados con el estrés; así como, centrarse en las habilidades y las necesidades de carácter funcional, todo ello, significa utilizar una perspectiva holística.

La transmisión de la perspectiva holística del cuidar en las entrevistas, se percibe de distintos modos, el más sencillo de detectar es la utilización de la metodología enfermera, o sea: cómo realizan la valoración del paciente, el análisis y la detección de problemas-diagnosticos, la realización del plan de cuidados y la reevaluación. Todo ello, con el fin de tener en cuenta el abordaje de los aspectos que afectan a la calidad de vida de las personas desde las diferentes dimensiones. Aunque cabe decir que, la perspectiva holística es utilizada y se transmite por las expresiones, por la emoción y el cariño de sus palabras, muy especialmente por como se implican en el cuidado y en como resuelven las situaciones y toman decisiones.

La mayor parte de las EsPA explican la necesidad de conocer a la persona como un todo, para poder llevar a cabo una atención integral y de tener en cuenta no solamente la patología sino las capacidades, el entorno, el soporte familiar y social.

[...] en una evaluación integral del enfermo, ves que necesita muchos más recursos, mucha más asistencia y que has de dejar de tratar la patología y empezar a tratar a la persona, que no al crónico complejo (E9).

[...] o lo hablo con el médico, “escucha, yo creo que este tratamiento, con este paciente que es muy mayor, que vive solo, no es el más adecuado” (E5).

La valoración inicial, es el momento en el que ellas realizan una inmersión para obtener el máximo de información posible, para posteriormente, ir completando la valoración y ajustando el plan de atención.

La enfermera de reumatología explica su forma de abordar la evaluación inicial:

“Yo tengo una visión muy holística. Hago una exploración de necesidades desde muchos puntos de vista, lo abordo todo: la calidad del sueño, el soporte emocional que el paciente tiene en casa, con quién vive, los hijos que tiene, soporte en el ámbito laboral, o sea, realizo una evaluación con una visión muy holística” (E6)

También, la enfermera gestora de mama, explica que en la valoración inicial es precisamente donde se examina y se detectan más los aspectos emocionales y sociales:

“Entonces, tengo que ver las necesidades que tiene, sobretodo necesidades a nivel emocional, a nivel social, porque la enfermedad comporta un trastorno a todos los niveles, tanto familiar como social” (E10)

La enfermera de paciente coronario, tienen establecida una valoración inicial basada en el modelo de Virginia Henderson y además incluye estándares de calidad:

“Tenemos la posibilidad, a pesar de que la valoración es estándar siempre podemos puntualizar y individualizar. Además de las 14 necesidades recogemos los antecedentes de interés del paciente, y no solo son los antecedentes patológicos, de intervenciones, medicación..., sino a nivel de la vida del paciente, tóxicos, autonomía que tiene en casa, todo esto lo tenemos que registrar muy bien a la entrada del paciente pero siempre tenemos la capacidad de modificarla añadiendo, porque muchas veces es el estar con el paciente día a día que vas viendo y vas descubriendo” (E4)

Incluso la enfermera de anestesia, tiene que valorar aspectos relacionados con sus enfermedades de base para saber que inconvenientes podrá tener antes, durante y después de la intervención, valorando también el soporte familiar cuando vuelva a su domicilio.

Se llega a **la identificación de problemas, riesgos o al diagnóstico** después de una evaluación completa y de un análisis de los datos obtenidos en dicha evaluación, el diagnóstico no es un fin sino un medio para llegar a establecer un plan de intervenciones, una terapia o un tratamiento adecuado.

El concepto de diagnóstico es amplio. Según el diccionario de enfermería *termcat*(208):

“Es la determinación de un problema de salud a través de una característica definitoria o de una enfermedad a través de los signos y síntomas que le son propios, aunque en función del tipo de problema o del profesional que tiene la competencia para resolverlo la palabra diagnóstico puede ir acompañada de otra palabra que lo defina mejor.”

Así tenemos el diagnóstico enfermero, como resultado del juicio clínico sobre la respuesta de una persona, una familia o una comunidad para hacer frente a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Cabe decir que hay tres EsPA que argumentan la detección de diagnósticos enfermeros (E7, E11, E14) y tres EsPA que argumentan que no los realizan (E1, E10, E15).

Por otra parte, en esta investigación, se entiende el diagnóstico médico como la determinación de una enfermedad o una patología concreta. La elaboración de diagnósticos médicos es una segunda subcategoría, en este caso, la mayoría de las EsPA argumentan que no realizan diagnósticos médicos o de patología. Sí hay registros de la necesidad de hacer orientaciones diagnósticas u orientaciones enfermeras (E11), o sospechas diagnósticas (E15) cuando se refieren a síntomas y signos de patología, argumentándose solo en un caso que realizan diagnósticos médicos (E3) y valoración de la severidad de la patología.

Se habla de diagnóstico diferencial cuando se compara el cuadro clínico de una situación de salud o una patología concreta de otra situación de salud o patología, y básicamente quien argumenta que realiza diagnóstico diferencial son las EsPa de heridas (E13, E16) en donde han de descartar que tipo de herida tiene el paciente para poder aplicar el tratamiento adecuado.

La identificación de los factores de riesgo y de las complicaciones para poder prevenir la aparición de enfermedades o de complicaciones de las enfermedades actuales, es uno de los focos de atención de la EsPA. Algunas EsPA hacen referencia a la detección de riesgo de complicaciones (E4, E8, E17). La CNA(11), apoya la anticipación a las posibles respuestas del paciente, en los actuales o potenciales problemas de salud. La RCN(105), sustenta que la detección de factores de riesgo y de signos y síntomas de enfermedad ayuda al diagnóstico diferencial y a la toma de decisiones para resolver problemas.

La identificación de problemas de cuidados o diagnósticos de enfermería se realizan, pero pocas EsPA mencionan la realización de diagnósticos con comodidad. En la mayoría de los casos realizan una separación entre los diagnósticos enfermeros y los diagnósticos médicos.

“Cuando tú ves que el enfermo tiene una lesión en la piel... es un diagnóstico de enfermería, o cuando te comenta que no va de vientre hace tantos días, claro, es un diagnóstico y a partir de aquí actúas, pero diagnóstico como tal escribirlo así, lo escribo como si fuera el parte de enfermería” (E14)

Por último, los problemas de adherencia al tratamiento, son aquellos producidos porque el paciente no sigue el tratamiento prescrito, fundamentalmente tratamiento farmacológico ya sea de forma total o parcial. Se han recogido registros (E11) que hacen mención específica a la actividad que hace la EsPA para detectar estos problemas, que a su vez pueden causar complicaciones a los pacientes.

El plan de atención, surge después de realizar un diagnóstico o una detección de problemas, consistiendo en la elaboración de objetivos que debe conseguir el paciente o la familia y las intervenciones necesarias para la consecución de los mismos. Todas las EsPA realizan o participan en el plan de cuidados, algunas directamente porque son ellas las responsables directas del paciente, como la enfermera de paciente coronario:

“La determinación de los planes de cuidados són estándares, ya que se consensuaron con el equipo [...] pero tú puedes modificar, añadir, retirar...” (E4)

Otras dan recomendaciones, pero no realizan el plan porque son las enfermeras responsables directas del paciente quienes realizaran el plan de cuidados, pero hacen un seguimiento a corta distancia, este es el caso de las enfermeras gestoras de casos como la de fragilidad (E7), las enfermeras de úlceras (E13, E16) o la enfermera de diabetes (E5).

“El plan lo realiza la enfermera que lleva al paciente. Solo en estos casos que son más complejos, intervengo yo más directamente con ella” (E7)

“Nosotras indicamos las curas específicas o sea en los pacientes con úlceras más avanzadas [...] nosotras vamos a ver al paciente, hacemos una primera valoración, las necesidades que tiene de educación... (E16)

Incluso las EsPA de control de la infección participan en el plan de atención, primero protocolizando los cuidados estándares para un tipo de pacientes o técnicas y después individualizándolos en caso de que los pacientes lo requieran.

5.2.2.2. La educación en cooperación terapéutica con los pacientes

El desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica con los pacientes y las familias, es un elemento clave para influir en los cambios de hábitos de vida, en la adaptación de los pacientes y las familias a las nuevas situaciones de salud-enfermedad, y en la toma de decisiones. También, desde la perspectiva del método científico, en el plan de atención hemos de planificar la educación y considerar que esta forma parte de la “intervención enfermera”, ahora bien, con un enfoque participativo por parte del paciente.

Según Tracy(50), para educar en cooperación terapéutica, con los pacientes se requiere utilizar un estilo de comunicación que anime a los mismos a participar, a tomar decisiones sobre la gestión de su cuidado y de su propia salud atendiendo a su bagaje cultural y a su capacidad de comunicación. Además la capacidad educativa de la EPA es básica para conseguir un cambio en los comportamientos y estilos de vida de los pacientes.

La educación sanitaria es una de las intervenciones más argumentadas por las EsPA de la muestra, de hecho, la mayoría han hecho referencia a este tipo de intervención, y consideran, que a nivel general, los aspectos de educación más importantes són aquellos que potencian la autonomía del paciente en su autocontrol.

“Lo básico es que ellos reconozcan los signos y síntomas, que pueden estar indicando que aquello se está descompensando, fomentar mucho la autonomía del paciente y el autocontrol” (E11).

“[...] Es básico que las mujeres sean autónomas, lo más autónomas posibles [...] dentro de la enfermedad, ella también es responsable de su enfermedad y ha de colaborar en la curación” (E10).

Entender la situación de fragilidad en la que se encuentran los pacientes, e incluso los cuidadores principales, y adaptarse a la situación individual, es una forma de cooperar con los pacientes dentro de una perspectiva holística del cuidar. Así la enfermera de diabetes, en la cual la competencia de educación con los pacientes probablemente sea la más prevalente contextualizaba:

“Son gente muy mayor, de 70-80 años y a esta gente les cuesta mucho cambiar hábitos..., bien, no los cambian, te has de adaptar tú a sus hábitos” (E5).

A menudo, en algunos ámbitos, en especial aquellos que son considerados en la esfera de la intimidad del paciente, la enfermera crea un vínculo de cooperación e influencia para que el paciente cambie su visión sobre la enfermedad, acepte su nuevo estado y consiga autocuidarse, este es el caso del relato de la enfermera de ostomías:

“Me lo llevo al cuarto de baño, y delante, los dos, en aquel cuarto de baño estamos tocando su tema más íntimo, la eliminación. Y yo creo que se crea un vínculo que es importante para desarrollar la autonomía, de manera que antes de marchar de alta intento que ellos hagan el cambio solos sin estar yo presente” (E17).

Los aspectos de información y orientación al paciente, ya sea en el conocimiento de su enfermedad y de su cuidado, o en orientarlos dentro del sistema sanitario facilita el vínculo entre la enfermera, el paciente y familia, siendo un elemento clave para prosperar en la cooperación terapéutica. Así algunos ejemplos de registros son:

“También les explico un poco, lo que tendrán que hacer después de la intervención, para que lo sepan desde antes” (E1).

“Para mi es muy importante que el paciente te reconozca como la referente suya en el hospital” (E7).

Compartir o ayudar a tomar decisiones, forma parte también de la cooperación terapéutica:

“Lo que yo siempre les digo a los pacientes, es que primero saquen toda la información, y después escojan [...] -si haces quimio que opciones tienes y si no la haces ¿qué pasa?, tú escoges, la opción la has de tomar tú-. Porque muchas veces el paciente no se piensa que tenga que escoger o decidir” (E8).

Abrir una comunicación honesta es fundamental para la filosofía de la toma de decisiones compartidas(50). Para Silvesind y colaboradores(209), la EPA tiene que tener más habilidades de comunicación que las enfermeras básicas. Los retos de comunicación con los que se enfrentan las enfermeras de ámbitos como oncología van más allá de simples técnicas de apoyo como la empatía y la escucha.

Por otra parte, la competencia relacionada con la comunicación y la educación a los pacientes y las familias ha sido descrita por diferentes organizaciones, como por ejemplo: es uno de los criterios clave en la formación de doctorado de las *Advanced Nursing Practice* (ANP) según la *American Association of Colleges of Nursing*(81), y es uno de los dominios descritos por la *Royal College of Nursing* (RCN) en la definición de las competencias de la ANP en el Reino Unido(105).

Y en Catalunya, la AIFICC(168) cuando describe las competencias de la gestora de casos con competencias avanzadas, apuntan a que debe de tener habilidades comunicativas y motivacionales, y el ICS(171), añade la capacidad educativa para generar autonomía y corresponsabilidad en la persona atendida y la cuidadora.

En la línea que plantea Silvesind(209), y con el propósito de apuntar elementos de reflexión sobre los conocimientos y habilidades en comunicación y educación que tienen las EPA en nuestro contexto, nos planteamos: ¿Hasta que punto, las EsPA en nuestro contexto no son autodidactas?, desde el punto de vista de la comunicación y la educación ¿Son enfermeras expertas por la experiencia o son EPA? ya que los programas de formación que han realizado son muy clínicos, muy dirigidos a profundizar en conocimientos y cuidados alrededor de la enfermedad. ¿Cómo podemos ayudar a las enfermeras en nuestro contexto a tener herramientas de acompañamiento y de soporte para realizar un soporte efectivo a los pacientes y a las familias? Seguro que debemos introducir en los programas de máster la

formación de habilidades avanzadas en comunicación, en educación para capacitar y dar soporte a la toma de decisiones.

Según Isla(210), hemos de pasar del modelo informativo al modelo orientado a la capacitación, o lo que también se le denomina: *empowerment*, el cual reconoce que la persona tiene el control y la responsabilidad diaria de su cuidado. Para Spross y Hanson(75) el *empowerment* es dar poder “al otro”, darle autoridad para que se responsabilice de su salud.

En el apartado de competencias adicionales avanzaremos en esta reflexión.

5.2.2.3. Pensamiento clínico experto y práctica reflexiva

El modelo de integración de Hamric, incluye estas características (pensamiento clínico reflexivo y práctica reflexiva), entre otras, porque ha demostrado ser un método de aprendizaje e incrementa la responsabilidad de las enfermeras(50).

La práctica reflexiva ha sido considerada también por diferentes autores como Benner(1) o Davies y Hughes(21) como un componente esencial de la PA.

Escasas son las aportaciones que las EsPA han realizado sobre este concepto, y en todos los casos han relacionado el análisis reflexivo a los datos sobre los resultados de la actividad que desarrollan y no a las situaciones clínicas concretas.

Parece claro que si las EsPA realizan un abordaje integral e individualizan el cuidado, han de pensar y razonar como abordar su problema con el mejor resultado para el paciente, de hecho ellas han expresado en varios momentos este pensamiento de diferente forma:

“En un curso que hemos montado para los laringectomizados, el médico otorrino les explicaba la necesidad de toser y de no toser, y yo me he preguntado ¿Por qué no les hacemos fisioterapia respiratoria previa?, ¡que aprendan a toser!, he llamado a la rehabilitadora, hemos montado un grupo de trabajo y a partir de ahí mejoraremos el impacto sobre la recuperación de los pacientes y las estancias” (E8)

Pero ¿hasta que punto, este es un conocimiento intuitivo o un conocimiento clínico experto? Probablemente sea una parte de cada uno de ellos. Como apoya Benner(1), la enfermera desarrolla un conocimiento gracias a encontrarse con multitud de experiencias similares y confrontar la teoría y la práctica, con lo cual ha desarrollado una agudeza en la percepción de las necesidades gracias a la acumulación de experiencias.

Este puede ser el caso de E8, cuando rápidamente ha detectado que si se educara a los laringectomizados en técnicas de toser antes de la intervención, las complicaciones en el postoperatorio serían inferiores, repercutiendo en un ahorro en las estancias hospitalarias. Pero además de un conocimiento intuitivo por la experiencia, E8 demuestra que tiene un conocimiento teórico sobre la función respiratoria y habilidades en la gestión clínica para poner en marcha la educación sanitaria previa a la intervención.

Un relato de una gestora de pacientes crónicos pone en evidencia la forma de incorporar el conocimiento:

“La experiencia te la da el tiempo, pero tú de la experiencia has de aprender y fundamentar los conocimientos, y para ello necesitas tiempo, dinero y autoestima de créértelo, aunque no veas resultados, paciencia y predisposición” (E9)

Esta es, una apreciación que refuerza el aspecto actitudinal como un elemento clave para mejorar el pensamiento crítico, y como argumenta Alfaro(211) las características de la persona, las actitudes y el comportamiento forman parte de los elementos necesarios para el pensamiento crítico.

Otro aspecto a mencionar, es el comentario de la “falta de tiempo” para reflexionar sobre la práctica y poder cambiar la práctica.

“Yo creo que es muy necesario (referido a reflexionar sobre situaciones concretas), pero a veces no podemos pararnos, tenemos un resultado y deberíamos pararnos y ver que podríamos cambiar, quizás no hemos de aplicar la estrategia de siempre sino que deberíamos aplicar una nueva” (E2).

Esta es una realidad que me atrevería a etiquetar de “la realidad muda”, aquella realidad necesaria que es el pensamiento reflexivo de Alfaro(57) o la reflexión sobre la acción según Schön(64). Una realidad, la falta de tiempo para reflexionar, que necesitamos pero que nadie quiere oír, unos (las direcciones) porque traducen el tiempo en horas y las horas en euros y no ven el beneficio económico que aporta la reflexión sobre la práctica, y otros (las enfermeras básicas) porque probablemente representa un esfuerzo, una actitud proactiva de mejora, un buscar evidencias, que si no hay un espacio de tiempo estructurado y organizado para ello, acompañado de un liderazgo proactivo, difícilmente tendrá efecto.

Otro aspecto a considerar es la influencia del trabajo interdisciplinar (médico-enfermería y otros) en la práctica reflexiva, y que enlaza con la competencia de colaboración.

Probablemente, dado que las enfermeras en general, en los hospitales, no tienen el hábito de presentar y discutir sobre casos clínicos, el trabajo interdisciplinar pueda promover esta reflexión sobre la acción.

De las EsPA de la muestra estudiada, hay una variabilidad lineal, en un extremo están las que *reflexionan en la acción, sobre la acción y sobre la reflexión en la acción*, e incluso trabajan más interdisciplinariamente sobre la discusión de casos clínicos:

“Pero no hay un abordaje ni una comunicación, y esto es lo que intento romper, yo en mi unidad (unidad de heridas) lo he roto [...] no están acostumbradas a que yo coja y hable directamente con el médico sobre este paciente. [...] Hemos de hacer una sesión y convoco a todos, [...] hemos de hablar de este tema que se ha de solucionar, ¿como lo hacemos? (E13).

En el otro extremo están las que tienen un trabajo más individual situado en un rol de valoración del paciente aunque mantienen un nivel de reflexión con el equipo diferente:

“Me lo revisa a veces (refiriéndose a las imágenes del ecocardiograma), si es un caso muy grave o dudoso, pero el equipo de ecocardios es un equipo muy unido o sea que igual que yo les digo: -mira la ecografía a ver que te parece-, entre ellos también lo hacen” (E3).

“No, no, no..., yo tuve una reunión con el Jefe del equipo y me explico lo que debía hacer, lo que tenía que tener en cuenta con los pacientes que visitava... pero no voy a las sesiones clínicas” (E1)

La experiencia clínica, el conocimiento en el que se sustenta la práctica, el razonar y analizar situaciones clínicas concretas, son elementos que ayudan a desarrollar el juicio clínico necesario para la toma de decisiones clínicas apropiadas y efectivas.

La necesidad que tiene el ciudadano de que las enfermeras piensen críticamente y analicen las situaciones complejas que se encuentran con los pacientes, es un debate que va más allá del sistema organizativo, de las horas de dedicación y del trabajo en equipo. Es un debate ético y moral de responsabilidad de las enfermeras y del sistema sanitario con los ciudadanos.

5.2.2.4. Utilizar la evidencia como guía para la práctica

En la utilización de la evidencia como guía para la práctica, Tracy(50) hace referencia a cuatro caminos distintos, de los cuales se han registrado datos de los tres primeros: sobre la práctica basada en la investigación, sobre la práctica sensible a la investigación, y sobre la práctica basada en resultados, pero no se han recogido datos sobre la práctica basada en la teoría.

La práctica basada en la investigación, es aquella que después de evaluar la ciencia producida, se traduce en forma de recomendaciones (Guía de práctica clínica, algoritmo de decisión, protocolo clínico, programa de atención...) y estas recomendaciones son implementadas estratégicamente. La práctica basada en la investigación permite diseñar un estándar de atención para una población de pacientes(50).

Diferentes EsPA de la muestra han mencionado que participan en la elaboración de protocolos, guías clínicas o trayectorias clínicas y que actúan según protocolos establecidos en el equipo ya sea de la propia organización o de sociedades científicas (E4, E8, E9, E14, E15, E3, E5). Este es el modo más habitual de utilización de la evidencia en las enfermeras. Algunos de los registros son los siguientes:

“[...] ahora estoy participando en el nuevo protocolo que se esta revisando para la valoración de las curas con sistema VAC” (E4).

“Estamos trabajando en un programa educativo estructurado, basándonos en las recomendaciones de la Sociedad Española de Diabetes” (E5)

“Las vías clínicas sobre una patología las hacemos conjuntamente con los cirujanos, ahora hemos construido la de pancreatitis aguda leve” (E8)

“Actualizamos los protocolos cada dos o tres años, aquí encontraras el de cateterismo, actualizado por mi” (E9)

“Hicimos un protocolo primero de profilaxis de úlceras por presión” (E16)

La práctica sensible a la investigación, es aquella que surge de la lectura de resultados de investigaciones y a consecuencia de la evaluación de los mismos, se ajusta la propia práctica(50).

Se ha recogido información referente a la búsqueda activa que hacen las EsPA sobre artículos científicos, guías de práctica clínica u otros estudios de investigación centrados en la tipología de paciente en la que ellas son expertas (E2, E3, E8, E9, E11, E13, E17).

La búsqueda activa de artículos científicos con la finalidad de mantener los conocimientos actualizados, no suele ser una práctica generalizada en las EsPA entrevistadas, aunque en algunas de ellas es una práctica habitual porque han de actualizar periódicamente los protocolos o porque presentan casos en sesiones clínicas:

“Nosotras siempre miramos las guías del Center of Disease Control (CDC), las guías de la OMS y procuramos estar actualizadas para incorporar las novedades en los protocolos. Siempre adaptándolas al contexto” (E2).

“[...] en el tema de la calcifilaxis, que era un tema muy desconocido para todos, no sabíamos que teníamos que pedir una analítica, qué encontraríamos alterado, cual era el tratamiento y esto si, lo saque de las publicaciones” (E13)

Pero en otras, esto no sería una práctica habitual ni estructurada, en varios registros se refleja que no hay una práctica sensible a la investigación, que en el análisis de las competencias adicionales lo corroboraremos en la competencia de investigación.

“Posiblemente en ostomías quizás no lo hayan hecho, porque no se ha publicado tanto” (E17)

“No, no he mirado nada, no, no” (E1)

“Las enfermeras partimos de un déficit importante, que es el déficit en el hábito de trabajar con el tema de la evidencia [...], sí que es verdad que son gente que están mucho más al día de todo lo que sale que la enfermera básica, tienen una connotación un poco diferente a la hora de trabajar”(D3)

Otra forma de trabajar con la evidencia, es la llamada **práctica basada en resultados**, que es aquella que surge a consecuencia de los resultados obtenidos ya sea por datos de mejora de la calidad, datos de bases internas, datos de *benchmarking* o bases de datos estatales o internacionales(50). En esta subcategoría se han agrupado dos experiencias de práctica basada en resultados, una basada en resultados del grupo de benchmarking (E2, E15), y otra en los resultados de su proceso de mejora de la calidad (E17).

Cabe destacar que las enfermeras de control de la infección recogen muchos datos y realizan *benchmark* con otros hospitales gracias a la participación en el programa *“Vigilància de la infecció nosocomial a Catalunya”* (VINCAT) (E2 y E15), teniendo una fuente de información interna con la que compararse y mejorar. Analizaremos las enfermeras que recogen sus propios datos de actividad (E17), en los elementos del entorno, con más detenimiento.

Finalmente, no disponemos de datos referidos a la **práctica basada en la teoría**, dicho de otro modo la mayoría de discusiones de la práctica se basan en teorías o modelos conceptuales, estudiados inicialmente en la universidad, pero esta teoría, las EsPA de la muestra no la tienen en cuenta para sustentar la práctica, cuando por otra parte los modelos enfermeros podrían ayudar a realizar una mejor aproximación para la gestión de la salud en función de la persona/paciente y los problemas que salud que presenta.

Como explica D3, es cierto que las enfermeras en España parten de un déficit de formación con relación a la evidencia y a la investigación, puesto que el currículo formativo de los diplomados de enfermería no establecía estos contenidos y por tanto la actualización de conocimientos partía más de los cursos de formación continua o de la formación posgraduada universitaria.

Y por otra parte, referente a la práctica basada en la teoría, parece que existe un vacío entre los conocimientos aprendidos en la universidad y la práctica clínica asistencial, sea porque la universidad está lejos de la práctica y no promueve la integración teoría y práctica o viceversa que en la práctica se pierde la fundamentación teórica de las intervenciones enfermeras y no se promueve la reflexión crítica relacionando la teoría y la práctica.

En la investigación realizada por Muñoz y colaboradores(139), refleja que las enfermeras cuando llegan a la unidad, el personal de dicha unidad explica como hay que hacer las cosas en dicho lugar, con lo cual el profesional se siente obligado a actuar igual que sus compañeros. Otro hallazgo es que no aceptan de buen grado las críticas, dando lugar a un mantenimiento de las conductas relacionadas con la práctica clínica, a pesar de que esta práctica no sea correcta o exista una mejor. Por todo ello Muñoz y sus colaboradores ponen énfasis en la formación en EBE a los nuevos profesionales de Grado en enfermería, y Subirana y Garcia(212) aportan que la EBE es el enfoque más adecuado para garantizar que la práctica enfermera sea efectiva y eficiente.

Existen diferentes barreras y dificultades para la utilización de la evidencia ya estudiadas en nuestro contexto, desde la baja o escasa motivación de los mandos de enfermería, a la falta de recursos para la conexión en bases de datos desde el centro de trabajo, la falta de planificación conjunta médico-enfermería en la atención a los pacientes y también la falta de espacios de tiempo dedicados a la lectura y discusión de artículos científicos(213)(214) .

Sería deseable un liderazgo en las organizaciones, que apoyara la gestión del conocimiento, de tal forma que motive a las enfermeras a acceder a las fuentes de datos, que las forme en cómo

buscar los mejores artículos científicos, que potencie sistemas de alerta para los artículos de interés en función del área de atención, que organice reuniones periódicas para exponer artículos y que facilite la implantación de los resultados de las investigaciones cuando estas tienen evidencia suficiente.

Apoyarse en las EsPA para crear un cierto espacio de debate sobre la atención prestada y revisar las evidencias de las investigaciones es una oportunidad que las organizaciones no deberían dejar escapar. Esto evidenciaría la disposición de la misma para el cambio y facilitaría la cultura de la EBE.

5.2.2.5. Aproximaciones en la gestión de la salud y la enfermedad

Las estrategias más frecuentes que utilizan las EsPA de la muestra se apoyan en la información, la comunicación, así como en la educación sanitaria referida a actividades de promoción y prevención secundaria, cambio de condiciones y hábitos de vida, detección de signos y síntomas de complicaciones, a la adherencia al tratamiento y también estrategias de soporte psicológico y emocional.

Así, la categoría de *relación con el paciente y la familia*, la podemos considerar cuando nos referimos a estrategias para abordar la gestión de la salud y la enfermedad. La orientación, información y soporte al paciente y la familia, hacen referencia a la dimensión cuidadora de las enfermeras (E3), y en como transmiten a los pacientes y a las familias los aspectos que consideran clave para seguir el tratamiento, para mejorar los hábitos de vida... (E1, E5, E6, E8).

También, la categoría de *proporcionar cuidados y seguimiento clínico*, la podemos considerar ya sea para analizar los datos de las actividades de prevención, de actuación en la descompensación, de soporte psicosocial y emocional y seguimiento clínico.

A continuación se presentan algunas estrategias a modo de ejemplos que utilizan las EsPA, para gestionar el proceso de salud-enfermedad, la primera, es la información sobre el proceso a seguir antes de una intervención de cataratas:

“Les doy un librito naranja con todas las instrucciones y entonces les escribo todas las instrucciones a seguir con su tratamiento el día de la intervención” (E1)

Las aportaciones sobre estrategias de prevención de riesgos y prevención de descompensaciones son las más frecuentes:

“Intentamos más la prevención, en especial cuando empieza haber un descenso importante a nivel funcional, mucha gente está en el domicilio con cuidadores y muchas veces el cuidador no tiene conocimientos e intento hacer formación” (E7)

“En la parte de cribaje [...] hacemos una valoración del riesgo [...] y esto les da mucha tranquilidad. Se trata de saber si tienen un riesgo bajo, como toda la población, o moderado y estas las controlo yo anualmente, entonces hago mucho énfasis en el tema de la alimentación, los hábitos saludables, [...] y dejar de fumar” (E10)

“Casi todo es educación, mucha prevención de lesiones de la piel, de caídas, educación para prevenir broncoaspiraciones, de como debe ser la dieta...” (E14)

“Creo mucho en la proactividad, básicamente el trabajo de la enfermera gestora de casos es realizar mucha proactividad para evitar descompensaciones” (E11)

En definitiva, las EsPA estudiadas utilizan diferentes estrategias para conseguir que los pacientes no se descompensen y se adhieran al tratamiento. Ahora bien, volvemos a la preparación, realmente ¿la formación que tienen las enfermeras, les capacita con recursos y técnicas para poder hacer una buena educación terapéutica?, la fisiopatología es importante y el conocimiento sobre el tratamiento y las posibles complicaciones también, pero este conocimiento no es suficiente para conseguir cambios de conducta.

Muchas veces, los pacientes han de afrontar una enfermedad incurable, que requiere además del tratamiento farmacológico, radioterápico u otros, una forma de vida óptima y saludable que requiere cambios en los patrones culturales de las personas. Esto exige, según Isla(210), una educación terapéutica que se integre en el proceso global y se adapte a la realidad física, psicológica y sociocultural de cada paciente.

Una estrategia para conseguir cambios de conducta y que ha sido promovida desde el *Departament de Salut* en Catalunya(215), es el programa de paciente experto. Este programa ha generado evidencia científica para obtener efectos positivos sobre la salud. El paciente experto es una persona afectada de una enfermedad crónica que es capaz de responsabilizarse de su autocuidado, sabe identificar los síntomas, responder a ellos adecuadamente y adquirir habilidades que le ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y social de la patología, mejorando así su calidad de vida. El programa tiene como finalidad, organizar grupos de pacientes con la misma enfermedad crónica, liderados por un paciente experto que, mediante la transferencia y el intercambio de conocimientos, ayude a promover cambios de hábitos que mejoren la calidad de vida y la convivencia con la enfermedad.

Las estrategias de soporte psicológico y emocional tienen que ver con las intervenciones que realiza la EsPA para influir en la consecución de los objetivos del plan de atención a través de la dimensión psicológica y emocional de las personas. En esta línea se ha recogido información donde se argumenta la necesidad de mantener una relación empática con los pacientes y las familias, de realizar escucha activa y dar soporte emocional siempre que sea necesario (E4, E5, E6, E7, E12), pero la preparación es muy escasa y les genera sufrimiento:

“[...] estos pacientes saben que se están muriendo y que son los últimos cartuchos, y en este sentido nosotras no tenemos recursos. Con todos, ahora son siete y con ellos tenemos una relación especial y con la familia establecemos una gran empatía [...], pero al final acabamos sufriendo mucho, sobre todo con estos, porque se nos mueren todos... y lo pasamos mal. Entonces, cada una hace lo que puede” (E4)

“Hay mucha parte de soporte emocional, de escucha activa porque muchos de los pacientes tienen síndromes que están relacionados, que están solapados con la enfermedad [...] hay mucha patología del aparato locomotor que no se sabe bien si la depresión puede llevar a la artritis o si la artritis genera la depresión” (E6)

Y en la relación terapéutica que establecemos necesariamente con los pacientes, ¿Cómo la enfermera les ayuda a ellos para negociar un plan de decisiones avanzadas?, ¿Qué abordaje hacemos con los pacientes en los procesos de final de vida?, ¿Están preparadas las enfermeras que trabajan con pacientes crónicos y terminales para afrontar la muerte?, ¿Qué recursos utilizan para realizar una adecuada relación terapéutica?, ¿Cómo comparten con otros profesionales la estrategia terapéutica en el ámbito de las emociones y del sufrimiento?

Según Sánchez-Rueda(55), la empatía, la escucha activa y la capacidad de gestión emocional son habilidades básicas en los cuidados enfermeros y en la línea que plantea Silvesind(209), la EPA debería ir más allá que la enfermera con formación básica, debería tener habilidades avanzadas para establecer una relación terapéutica que le permitiera afrontar sus propias situaciones de duelo y sufrimiento, y tener las capacidades para ayudar al paciente y a la familia a adaptarse a la nueva situación de salud-enfermedad.

5.2.2.6. Áreas de intervención en la práctica clínica directa

Según el modelo de integración(50), las áreas de intervención de la EPA en la práctica clínica directa es a dos niveles: las intervenciones de gestión y tratamientos en cualquiera de los ámbitos de atención y la gestión de situaciones complejas.

De todas las áreas de intervención descritas por las EsPA de la muestra, cabe destacar:

Las actividades de prevención que representan una parte importante de su actividad, que a la vez son actividades propias de la enfermera pero que las EsPA las trabajan en profundidad y que se han analizado en el apartado anterior.

La realización de técnicas innovadoras especializadas, en esta subcategoría se agrupa la información relativa al desarrollo de técnicas que, en nuestro contexto y en la actualidad, son innovadoras para enfermería o representan un avance en las capacidades técnicas de las enfermeras que las realizan. En la muestra estudiada las técnicas innovadoras especializadas recogidas hacen referencia a:

La *realización de ecocardiografías (E3)* con el objetivo de describir la estructura y la funcionalidad del corazón en pacientes controlados por el médico de atención primaria y que requieren de un control ecocardiográfico anual e incluso para el control de pacientes valvulares ingresados. El diagnóstico de la situación en la que se encuentra el corazón del paciente se realiza gracias a las tablas validadas de orientación diagnóstica. Esta es una actividad que representa la actividad principal de la E3 y por tanto pasa a ser un rol nuevo para la enfermería, tratándose así de un avance interprofesional (se comenta con más profundidad en el apartado 5.4)

También, la *colocación de catéteres PICCO® (Pulse Induced Contour Cardiac Output) (E4)* como método alternativo a la monitorización hemodinámica invasiva, y que calcula la termodilución puntual, el análisis continuo de la onda pulso y los volúmenes circulantes coronarios arteriales y venosos(216).

La *colocación de catéteres PICC® (Peripherally Inserted Central Cateter)* son catéteres centrales de acceso periférico para tratamientos de media o larga duración (D2), se utilizan para la administración de nutrición parenteral, quimioterapia, antibioticoterapia y tratamiento del dolor.

Por último, la *aplicación de la terapia VAC® (Vacuum Assisted Closure)* como tratamiento avanzado en la cicatrización de heridas (E4, E17).

Además, también se ha recogido información sobre técnicas que en otros países están realizando las enfermeras de reumatología, pero no es el caso de España, como son: La *ecografía diagnóstica* en reumatología (E6), para estudiar las estructuras periarticulares e intraarticulares que ayuda a completar la evaluación clínica. La *ecografía intervencionista* en

reumatología (E6), en la que se pueden guiar las punciones diagnósticas y/o terapéuticas del aparato locomotor mediante la visualización del trayecto de las agujas de punción en la pantalla, con lo que se consigue el alcance preciso y seguro de la lesión que se quiere aspirar o infiltrar(217). Y la capilaroscopia que se utiliza para diagnosticar o realizar seguimiento del estado de los capilares en enfermedades autoinmunes (E6).

Las actividades relacionadas con la medicación, que incorpora información sobre dos tipos de actividades:

Las relacionadas con la prevención de errores de medicación, entendiéndose en este caso, las actividades que realiza la EsPA para conseguir que los errores no lleguen al paciente. La información recogida se refiere a la conciliación de la medicación (E3, E6), la verificación de alergias (E8), la verificación de medicación anticoagulante en el prequirúrgico (R2) y la verificación de interacciones farmacológicas o fármaco-dietéticas (E9, E14).

Las relacionadas con la prescripción de medicamentos o prescripción farmacológica por parte de la EsPA, entendiéndose por prescripción, en este caso:

- El ordenar en receta médica oficial fármacos o material sanitario
- Administrar algún fármaco sin orden médica escrita por cualquiera de las vías de administración
- La capacidad para aumentar, disminuir o suprimir la dosis de un fármaco.

La información recogida para este tipo de actividad muestra una gran variabilidad en la actuación de las EsPA, desde las que argumentan que no realizan ninguna prescripción farmacológica porque legalmente no pueden o no lo necesitan (E1, E3), hasta las que realizan prescripción farmacológica bajo la cobertura de algún protocolo consensuado con el equipo (E4, E14) o la dirección (D4) pasando por las que realizan prescripciones farmacológicas sin protocolo consensuado con o sin orden médica verbal (E9, E11, E16, E15, E14).

En este aspecto de prescripción de medicamentos, esta subcategoría está relacionada con la categoría de apoyo de la legislación de la dimensión 5 (Elementos del entorno).

Esta área de intervención está adquiriendo un protagonismo importante en la profesión y en los medios, ya sea como prescripción autónoma o colaborativa (definidas en el apartado 2.5.5.3)

Las enfermeras en nuestro contexto, sean reconocidas como EsPA o no, están prescribiendo medicamentos, material sanitario y vacunas (prescripción autónoma) desde siempre, como

dice Rodríguez Gómez y colaboradores(36) ¿No son las enfermeras los profesionales que realizan un juicio clínico para evaluar una herida (Diagnóstico enfermero: 00044 Deterioro de la Integridad cutánea) y deciden si suturarla (intervención NIC 3620) o curarla (Intervención NIC 3669)? Y en este proceso ¿no usamos o indicamos a las personas el uso de medicamentos o productos sanitarios (antisépticos, anestésicos, material de sutura, material de curas y apósitos)?

Y lo mismo ocurre con la vacunación en los centros de salud, ¿Quién prescribe y administra las vacunas en los centros de salud?, y con los problemas de incontinencia, ¿Quién realiza los cuidados de la incontinencia y prescribe los absorbentes?, y el material de ostomía, ¿Quién lo prescribe?

Algunos registros que apoyan estos interrogantes, son por ejemplo, el caso de las enfermeras de ostomías (E12, E17), son ellas que valoran el material más idóneo, lo prescriben, enseñan a los pacientes a utilizarlo y realizan el seguimiento:

“La prescribimos nosotras, la misma bolsa de colostomía que debería ser cerrada, a unos se les adapta el adhesivo, a otros los componentes del adhesivo les hace alergia, o tiene un cierre que personas con dificultad en las manos no lo pueden hacer, [...], las bolsas no son universales, [...] nosotros recomendamos, damos las referencias y su médico de cabecera que desconoce el material, pone el código nacional en el programa informático, [...] pero aún siendo así, yo estoy prescribiendo este material”(E17)

Las ESPA de heridas crónicas (E13, E16), también prescriben el material para la cura de las heridas, el caso de la E16, explica que a excepción de los fármacos a nivel sistémico, el resto de medicamentos y material relacionado con las heridas los prescriben ellas y el sistema de organización de la institución permite que esto sea así:

“Cuando nosotras indicamos un tratamiento, es que nosotras hacemos una orden médica. Es decir, esta orden sale pautada en el planing de medicación de la enfermera y este tratamiento ya viene de farmacia” (E16).

“Nosotros en farmacia están todos nuestros números de colegiados y demás que son todos los que podemos hacer prescripciones de tratamientos” (E16).

En el caso de E13, en el hospital lo tiene complicado, porque ella no puede realizar prescripción en el sistema informático, con lo cual o ha de avisar algún medico de la unidad de

heridas para que haga la prescripción, o el médico del paciente prescribirá algo que el no ha decidido.

“Yo trabajo en un equipo, que yo planteo el tema, necesitamos hacer pauta de material de cura y yo no puedo, necesito un médico. Entonces claro, hay cuatro médicos... y nadie salio diciendo hazlo a mi nombre. Es un problema y una pérdida de tiempo” (E13)

En la consulta lo tiene más fácil,

“En la consulta lo que hago, es con un papel o una receta blanca, le doy al paciente para que vaya al Centro de Atención Primaria (CAP) a hacerse la receta de verdad”(E13)

Pero en este caso, el paciente o la familia han de ir a otro centro para que le hagan la receta, pedir hora al médico, esperar los días reglamentarios de lista de espera. Y mientras tanto, comprar el material o ir al servicio de urgencias a que el médico de urgencias le haga la receta, realizando con ello una visita de urgencias inadecuada. En fin, un cúmulo de despropósitos, para que al final, el médico del CAP entre en el programa de prescripción el material y medicación recomendado por la enfermera de heridas.

Otra situación es, la de las enfermeras que van a domicilio y que ante una descompensación han de actuar y realizar prescripción colaborativa,

“Una intensificación del tratamiento diurético a domicilio, se le pone una vía endovenosa y se realiza el manejo allí, o con corticoides o nebulizaciones...” (E11).

“Esto es un vacío legal, porque claro, nunca pasa nada, pero yo me lo cuestiono, porque estás vendida. Claro, sí que se lo digo a mis compañeros, hasta por la historia clínica, por favor ¿me lo escribes?, con la especializada no tenemos problemas, [...] y en tal de evitar el desplazamiento allí, nosotras vamos a domicilio, contactamos con el neumólogo y hacemos la práctica avanzada [...] y ellos lo registran en la historia clínica” (E11).

Según Jodar y colaboradores(218), la posibilidad de que las enfermeras puedan prescribir determinados fármacos y productos, significaría una gran mejora en la atención que reciben los ciudadanos y en el desarrollo de nuestra práctica.

Si pensamos cuantas veces al día se da este tipo de situaciones, en las que el médico ha de acabar recetando aquello que la enfermera prescribe, duplicando visitas, haciendo las colas de

urgencias más largas y que el paciente tenga que ir a dos centros para un mismo tema, estamos haciendo un mal favor al sistema sanitario.

Y si por el contrario, el médico ha de prescribir medicamentos y material que son de conocimiento enfermero y que después este tenga una baja o nula utilización por no ser adecuado, habremos gastado dinero de forma no efectiva.

Es a la propia profesión enfermera a quién le corresponde la ampliación o la modificación de sus competencias. Según Jodar y colaboradores(218), la autorregulación constituye la quintaesencia de toda profesión, hasta tal punto que se ha llegado a afirmar que una profesión no es más que una ocupación que ha conseguido autorregularse.

Una situación entendible y adecuada a las competencias de las enfermeras, sería que la enfermera en general pudiera realizar una prescripción autónoma, o sea, que pudiera prescribir material sanitario y medicamentos que no requieren receta médica y que la prescripción de colaboración relacionada con la enfermedad estuviese restringida a las EPA en función de la tipología de paciente que atienda, previa formación y certificación de la competencia en esta área de atención.

Cabe destacar que la certificación de la competencia de prescripción colaborativa está regulada en los países donde la EPA está autorizada para prescribir.

Así, las EPA de cuidados críticos, por ejemplo, que tendrían un conocimiento profundo en medicación relacionada con la sedación, los diuréticos..., podrían ajustar la medicación del paciente dentro de la legalidad. O las comadronas, mientras están liderando el trabajo de parto podrían regular la dosificación de oxitocina y de anestésico para el dolor. También, las enfermeras gestoras de casos, podrían estar tranquilas cuando han de aumentar el diurético en una ICC para disminuir los edemas en las extremidades inferiores.

Esperemos que el documento base que se aprobó en julio de 2015(176), para que el profesional de enfermería en Catalunya pueda prescribir, tenga éxito, y se apruebe la propuesta legislativa para regular la indicación, uso y la autorización en la dispensación de medicamentos y uso de productos sanitarios por parte de los profesionales de Catalunya.

Otra de las intervenciones que realizan las EsPA de la muestra, es el **seguimiento clínico** de aquellos pacientes de los cuales ellas son referentes. El seguimiento clínico es el que se realiza para seguir la evolución del estado salud-enfermedad y puede realizarse en diferentes

dispositivos asistenciales, en urgencias, hospitalización, consulta externa, atención primaria o a nivel domiciliario.

Prácticamente la totalidad de las enfermeras de la muestra, hacen referencia al seguimiento clínico, pero el seguimiento varía en función del rol que desarrollan y la organización, así tenemos:

- a) Las que hacen seguimiento mientras está el paciente ingresado y también de forma ambulatoria en consultas externas o en domicilio (E5, E6, E8, E10, E12, E13, E14).
- b) Las que hacen seguimiento en el hospital o en domicilio (E7, E9, E11), aunque están en contacto con las EsPA del otro dispositivo cuando los pacientes se encuentran en periodo de tránsito.
- c) Las que solo hacen seguimiento mientras el paciente está ingresado (E2, E4, E15, E16, E17), aunque en algunos casos prefieren contactar con la enfermera de atención primaria directamente o a través de la enfermera de enlace.
- d) La enfermera de ecocardiografía (E3), que solo realiza seguimiento ambulatorio cuando el médico de atención primaria lo solicita y que en caso de ingresar al paciente como consecuencia del diagnóstico de la prueba no realiza ningún tipo de seguimiento en hospitalización.
- e) La enfermera de anestesia (E1), que no hace ningún tipo de seguimiento después de su visita en consulta externa.

El seguimiento clínico proporciona satisfacción profesional porque la enfermera puede observar los resultados en el paciente y ver si los objetivos se han cumplido o si han de activar algún recurso, prueba complementaria, visita médica, etc.

“[...] son las enfermeras que van siguiendo al enfermo y ellas son las que valoran si ha de ir un médico, si necesita alguna intervención más, se ponen medicaciones, se ponen tratamientos, se hacen sedaciones, en este campo las enfermeras...” (D4)

Por otra parte, el seguimiento clínico domiciliario ha demostrado ser un área de intervención muy potente para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir los costes sanitarios y mejorar la satisfacción de paciente y la familia.

En este sentido, las experiencias aportadas por Naylor(190) sobre el seguimiento después de la planificación integral del alta hospitalaria, por Brooten(187) sobre el seguimiento en pacientes con alta temprana o por Wong y colaboradores(189) en el seguimiento telefónico de pacientes

con EPOC, podrían motivar a las enfermeras del contexto sanitario catalán a desarrollar ensayos controlados aleatorizados que demuestren similares resultados.

Los registros aportados referente al seguimiento o supervisión habitual de los pacientes que están en el domicilio, es vía teléfono o presencial en el domicilio del paciente y actualmente podría beneficiarse alternativamente de otras tecnologías de *telehealth* para mejorar la satisfacción y costes derivados del desplazamiento de las enfermeras.

La gestión de pacientes, es otra intervención frecuente e íntimamente relacionada con la práctica clínica. De hecho, hoy no entenderíamos la práctica avanzada sin esta cohesión entre práctica clínica y la gestión de pacientes. La EPA no solo evalúa, diagnostica y trata sino que también gestiona desde la identificación y captación de sus pacientes (la proactividad), la coordinación de los equipos que tratan al paciente, y las derivaciones a profesionales u otro recurso asistencial.

La captación de pacientes, hace referencia a como las EsPA captan a los pacientes para darles atención, o lo que es lo mismo, cuales son los mecanismos para que una EsPA se haga responsable de la atención de un paciente. Así, hay información sobre el *tipo de pacientes* candidatos a la atención de la EsPA y sobre *el lugar* donde se identifican a los pacientes para ser atendidos posteriormente.

Los pacientes son captados a través de la búsqueda activa (proactividad) ya sea en urgencias, o en hospitalización, mediante criterios previamente pactados como la edad, el número de ingresos anuales, o la pertenencia a un programa de gestión de casos (E7, E8, E9, E11). Otra forma de captación es a través de la derivación médica (E1, E3, E6, E10, E12, E17), o a través de la derivación de enfermería u otros dispositivos asistenciales (E2, E13, E15, E16).

Ingresar y dar de alta a los pacientes, recoge datos relacionados con el hecho de realizar ingresos hospitalarios ya sea de forma autónoma o a través de otros profesionales y con la intervención en el momento de dar el alta hospitalaria a los pacientes ingresados con el objetivo de agilizar la atención y facilitar el alta cuando ya tienen un informe de alta previo.

Esta subcategoría está relacionada con la categoría de apoyo de la legislación de la dimensión 6 (Elementos críticos del entorno).

Actualmente, el *ingreso hospitalario* es una de sus dificultades que se encuentra la EsPA. No porque haya una legislación o normativa legal que limite a la enfermera realizar un ingreso, sino que las organizaciones admiten como único profesional autorizado para ingresar al

medico.

Así, a la pregunta de si podían hacer ingresos hospitalarios:

“No, ingresos no” (E10)

“[...] puedo hacer un ingreso siempre coordinado con el médico” (E7)

“Si lo puedes enviar a urgencias y a través de urgencias, o sino, también puedes hablarlo con la coordinadora médica y enviarlo al hospital y que ella lo valore” (E14)

Deberíamos estudiar, ¿Cuántos ingresos de los que proponen las EsPA finalmente no ingresan?, si las EsPA conocen al paciente, lo han valorado, han contactado con el equipo e incluso pueden haber consensuado el ingreso, ¿Por qué ha de ir el paciente a urgencias?, abrir ficha, utilizar un box, una enfermera, un médico que valore nuevamente al paciente, quizás le haga pruebas complementarias, esperar una cama..., nuevamente encontramos un punto caliente de derroche de recursos cuando la EPA desde el domicilio del paciente, de AP o desde hospital de día podría directamente cursar el ingreso.

Otro aspecto, a veces controvertido son las *altas hospitalarias*, y en esta ocasión tenemos una normativa que especifica que el alta la tiene que firmar el médico(118), las EsPA realizan todo el proceso de preparación del alta, gestionan la coordinación asistencial, hacen la educación para el alta, pero el paciente no puede irse si el alta no está firmada por el médico o la enfermera trabaja sobre el alta médica.

“En cardiología, el informe médico lo entregamos nosotras en la unidad, explicamos el plan de la medicación, tenemos el recurso de la hoja de farmacia personalizada, es un trabajo duro” (E4)

“cuando nacen las unidades de cirugía sin ingreso, la enfermera es la que da el alta, y la que dice este señor se va de alta, [...] en las cataratas cuando se levantan ya se pueden ir y no han de esperar que venga el oftalmólogo a darle el alta, la cual cosa a veces es...”(D2)

“Yo voy a pasar visita, valoro el alta, pero realmente el informe de alta lo firma el médico” (E10)

En las EsPA que tienen que coordinar muchos temas, el problema prácticamente no existe ya que cuando aparece, no se centra tanto en quien firma el informe sino ¿Hasta que punto no se puede marchar el paciente si no pasa el médico?, este es el caso que plantea D2, si la

enfermera valora que el paciente está en condiciones para el alta a nivel de dolor, movilidad, micción... ¿Por qué esperar?, dejamos una cama vacía para otro paciente y ya se verán en la consulta.

Pero si realmente queremos avanzar, el informe de alta debería contener toda la información del paciente durante su estancia hospitalaria y el proceso de alta, y esto significa más información de la actual, información que sirva a todo el equipo que recibirá al paciente después del alta, y por supuesto entonces el alta estaría firmada por los implicados. La gestión de casos complejos es también un área de intervención de la EPA que analizaremos en el siguiente punto por la especificidad e importancia de esta área.

Derivación de pacientes, se refiere a la autorización en la práctica que tienen las EsPA para derivar pacientes a otros profesionales con la finalidad de complementar el plan de actuación o tratamiento. En este sentido, no todas las EsPA han hablado sobre derivación, pero las que lo han hecho, el relato va desde las que pueden derivar a médicos o enfermeras (E5, E1, E13), a las que solo pueden derivar a profesionales no médicos (otras enfermeras, dietista, trabajo social...) (E16, E4, E17), pasando por las que la derivación siempre pasa por el médico responsable del paciente (E15), en especial si la derivación es a un médico.

Coordinación asistencial, básicamente, en esta subcategoría se recoge información sobre las acciones de coordinación que realizan las EsPA con profesionales de otros dispositivos asistenciales o con equipos multidisciplinares para asegurar el seguimiento clínico de los pacientes en el recurso asistencial más idóneo y favorecedor para el paciente.

La principal coordinación que se relata y de forma bidireccional es entre hospital y atención primaria (E1, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E17, D2, D3), pero también entre hospital y enfermera de enlace (E4), entre hospital y el programa de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES) o unidad 7/24 (E9) y entre atención primaria y Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) (E11).

La coordinación con equipos multidisciplinares la podemos encontrar en casos como la EsPA de reumatología (E6), que asiste a la sesión interterritorial entre primaria y atención especializada para discutir los casos más complejos y tomar decisiones conjuntas con el equipo. También, en la coordinación que realizan los equipos de epidemiología para disminuir las infecciones nosocomiales (E15), o la coordinación de la Unidad Básica Asistencial (UBA) con la UCA, en atención primaria (E11), con el objetivo de decidir el mejor dispositivo asistencial.

5.2.2.7. Gestión de casos complejos

La gestión de situaciones complejas en el modelo de integración(50) incluye la gestión de múltiples situaciones, para las cuales las características de la EPA (perspectiva holística, el pensamiento crítico, la práctica reflexiva...) y las competencias adicionales (liderazgo, coordinación...) se ven reflejadas en las actuaciones de la misma cuando gestiona situaciones complejas.

Aunque la totalidad de la muestra de las EsPA participa en el proceso de valoración, planificación y coordinación de la atención, algunas hacen referencia explícita a la actividad de gestión de casos debido a la complejidad de los pacientes y sus múltiples necesidades de atención (E4, E8, E9, E10, E13, E14).

Es necesario aclarar dos aspectos que pueden confundir la gestión de casos, el primero es diferenciar entre el concepto de *seguimiento clínico* y el concepto de *gestión de casos*. El *seguimiento clínico*, se refiere al seguimiento de la evolución que se realiza a los pacientes de su estado de salud-enfermedad; y la *gestión de casos*, pretende gestionar los recursos disponibles y facilitar la coordinación entre ellos, además de realizar *seguimiento clínico*.

El segundo aspecto a aclarar es que la coordinación asistencial y la derivación de pacientes están relacionadas con la gestión de casos pero no son exclusivas de la gestión de casos, pudiendo encontrar profesionales que desarrollen alguna o ambas subcategorías y no desarrollen gestión de casos.

De acuerdo con la definición de la *Case Management Society of America* (CSMA)(219) la gestión de casos es: *el proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, facilitan, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos.*

La gestión de casos, es uno de los roles de las EsPA de la muestra, seis de las EsPA son nombradas gestoras de casos.

“Hay una parte importante, que es la gestión del caso, que es el seguimiento de este caso específicamente, el acompañamiento..., la coordinación de visitas, la detección de riesgos. Yo pienso que somos las enfermeras de la seguridad, porque cuando ves a estos pacientes, ya lo ves si es un problema respiratorio, social..., haces un análisis de

toda su esfera, de todo lo que acompaña al paciente y ya empiezas a detectar necesidades” (E8)

“El crónico complejo que empieza a reingresar, mes si, semana tras semana, que ves que va cayendo, que ves que por mucha rehabilitación y recursos que pongas, el paciente va hacia la terminalidad, entonces por muy experto que tu seas, ni por mucha enfermera clínica avanzada en patología, [...] la enfermera gestora ha de dejar de tratar la patología y empezar a tratar a la persona, que no al crónico complejo” (E9)

La práctica que realizan las EsPA es equivalente a la definición de la CSMA y a la misión que el grupo de trabajo de la *Direcció Estratègica d’Infermeria del Departament de Salut* se le asignó a la enfermera de gestión de casos(169):

“El enfermero o enfermera de gestión de casos, identifica de forma proactiva personas en situación de complejidad y a partir de aquí realiza una valoración integral de los pacientes y de los cuidadores principales, planifica los cuidados, coordina y optimiza los recursos sanitarios adecuados, monitoriza el caso y evalúa. Trabaja conjuntamente con los profesionales de referencia de la persona atendida, proporciona un valor añadido e integra la aportación de todos los profesionales sin sustituirlos”.

Estas definiciones integran dos tipos de elementos:

- Elementos de valoración, planificación y evaluación, para los cuales se requiere tener competencias clínicas avanzadas en las distintas dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. La EPA ha de dominar las diferentes características de la práctica clínica directa para una determinada tipología de paciente (el crónico complejo, el paliativo, el quirúrgico...)
- Elementos de coordinación asistencial y optimización de recursos sanitarios, para los cuales se requieren competencias de liderazgo, colaboración y gestión, así como un amplio conocimiento del entorno de la organización y de los recursos vinculados.

Integrando estos dos elementos y trabajando con el objetivo de gestionar el autocuidado del paciente, la enfermera gestora de casos realiza práctica avanzada según el modelo de integración.

Ahora bien, si nos referimos al modelo de integración, existen dos confusiones en el contexto sanitario catalán alrededor de la práctica avanzada y la gestión de casos que se derivan de los

registros recogidos de las EsPA y también de las publicaciones al respecto de la gestión de casos.

La primera es la confusión entre gestión de casos y enfermera de enlace: ¿Hasta que punto podemos hablar de gestión de casos cuando hablamos de enfermera de enlace? En la que esta, realiza únicamente un trabajo de coordinación asistencial entre los recursos del sistema sanitario asegurando la continuidad de la atención.

“[...] También tenemos el recurso de la gestora de casos que es el enlace clínico entre hospital y el centro de atención primaria, gestiona visitas, el contacto con el CAP, sobre todo en pacientes frágiles... [...] nosotras avisamos a la gestora y ella se encarga de hacer los contactos con el medio externo” (E4)

La enfermera de enlace fué una enfermera precursora de la gestión de casos en Catalunya y que probablemente todavía perdura en varios centros, su misión principal según Jodar(32), es mejorar la continuidad asistencial después del alta hospitalaria, cubriendo las necesidades alteradas del paciente fuera del hospital. La actuación de la enfermera pretende, asimismo, que el paciente vuelva al domicilio tan pronto como sea posible. Y Contel expone, que a partir del alta hospitalaria, el equipo de atención primaria (EAP) es quien debe asumir la total responsabilidad de los pacientes(220).

Y la segunda confusión es interpretar que la práctica avanzada es una parte de la gestión de casos, aquella en la que se aplican técnicas y tratamientos a domicilio y que antes las enfermeras del EAP no lo hacían.

“La práctica avanzada es una actividad más que realiza la gestora de casos, [...] hacer práctica avanzada nos referimos a si el enfermo necesita una intensificación del tratamiento diurético a domicilio, pues hacerlo, se pone por vía endovenosa y se realiza allí el manejo, o de corticoides o de nebulizadores...” (E11)

Esta confusión, también viene reforzada en el documento del grupo de consenso(169) en donde la PA es uno de los elementos del perfil profesional del gestor de casos y entre otros elementos están: la capacidad para las habilidades en el manejo de conflictos, las habilidades comunicativas y motivacionales o la capacidad educativa para generar autonomía y corresponsabilidad en la persona atendida y los cuidadores.

Para Hamric(22), la gestión de casos complejos es sin duda una de las áreas de intervención de la práctica clínica directa, que requiere de todas y cada una de las competencias descritas en la práctica avanzada.

5.5.2.8. La autonomía en las intervenciones de la EPA

La autonomía no es una característica definida en el modelo de integración ni un área de intervención, pero se ha considerado como un aspecto de análisis dada la relevancia que tiene en la ejecución de cualquiera de los roles de la EPA.

El Consejo Internacional de Enfermeras define la autonomía profesional como una de las características definitorias de la naturaleza de la práctica profesional de las EPA(15). La autonomía es un estado en el que el individuo es libre de ejercer un juicio sobre sus acciones, a cambio acepta la responsabilidad de sus decisiones y está muy relacionada con la colaboración (competencias adicionales).

Se han descrito dos subcategorías: La autonomía clínica y la autonomía de gestión clínica.

Autonomía clínica, se refiere a la toma de decisiones que afectan al cuidado y al tratamiento del paciente. En este sentido, se han recogido aportaciones referentes tanto a la toma de decisiones clínicas (E1, E4, E10, E15, E13) como a la necesidad de tener unos conocimientos amplios sobre el tema de decisión y saber cuáles son los límites en la toma de decisiones (E6, E7, E15).

Autonomía de gestión clínica, se refiere a la valoración y toma de decisiones para derivar al recurso más costo-efectivo para el paciente, en como realizar la coordinación asistencial necesaria (E1, E4, E9) y también se refiere a la autonomía en la gestión de la propia actividad (organización del trabajo, agenda...) (E3, E5, E13, E14).

La autonomía ha sido uno de los aspectos más positivamente valorados por las EsPA de la muestra, tanto a nivel de tomar decisiones clínicas como en la coordinación asistencial y en la derivación a otros recursos sanitarios y según ellas es una de las características de su trabajo que más las diferencia de la enfermera convencional.

“Yo disfruto de una gran autonomía en mi unidad, quiero decir, el criterio de enfermería de nuestra unidad está muy respetado y los médicos nos tienen mucha consideración” (E4)

“Yo valoro, yo decido cuando hago la cura, cuando ha de venir (el paciente), si necesita ayuda también, a esta autonomía yo le doy un valor que pienso que nos lo merecemos” (E10)

“Yo pienso que el tema de la autonomía es importantísimo, evidentemente siempre asegurando que detrás ha de haber unos conocimientos, esto es evidente, quiero decir, las enfermeras que hacen esto han de estar bien formadas, está claro, han de tener un bagaje...” (E15)

“Es verdad que a pesar de que tengo mucha autonomía, no me la he cogido nunca, ellos (los cirujanos) confían mucho en el tema de las ostomías” (E17)

Según el diccionario de la Real Academia Española(221), autonomía es “la condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie” o lo que es lo mismo: que tiene la libertad de tomar decisiones, en el caso de la autonomía de la enfermera, referidas a decisiones clínicas para obtener los mejores resultados para los pacientes.

Algunas autoras, como Nelson(222), consideran que la autonomía se ha convertido en un obstáculo para la enfermería en general, y más si asociamos los procesos de toma de decisiones al concepto de responsabilidad clínica, ya que cada vez más el trabajo en equipo ha cogido fuerza y la responsabilidad individual queda más diluida.

Pero las EsPA están demostrando que la posibilidad de tomar decisiones clínicas de forma individual no disminuye la responsabilidad sino todo lo contrario y el nivel de satisfacción como profesional es más elevado.

Es cierto también, que la enfermera ha tenido barreras y limitaciones relacionadas con su histórico de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), con la condición mayoritaria de género femenino, con su visión sentimental de ser “los ángeles de la guarda”, con el rol de colaboración y la actuación por protocolo, la barrera de la prescripción, la creencia de que realizar una petición de analítica era la “chacha del médico” y todo esto ha impactado con la práctica autónoma.

Para Maylone y colaboradores(223), las estructuras jerárquicas también han influido, la posición dominante del médico y el papel subordinado de la enfermera, y la dicotomía entre práctica autónoma y colaborativa complica aún más la situación, porque en esta última se entiende que se requiere una supervisión.

Pero, para la referente legal entrevistada, el rol de colaboración no es un rol de colaboración con el médico sino con el paciente, por lo tanto no se necesita ninguna supervisión:

“El rol de colaboración, no es un rol de colaborar con otra profesión, sino que es un rol de colaborar con la persona que tiene un problema relacionado con su patología, que necesita un control, un diagnóstico, una observación de sus signos y síntomas pero con la persona, y esta porque no puede, porque no quiere, porque no sabe hacérselo ella nos pide nuestra colaboración” (R2)

La clave según Brown y Draye(224) está en un combinado entre la colaboración con otros profesionales y el maximizar el potencial de la enfermera para que realmente se vea una diferencia en la atención a los pacientes.

Esta afirmación fue corroborada en el 2011 por el estudio realizado por Maylone y colaboradores(223), para investigar la relación entre las percepciones de las EPA con los médicos y el nivel de autonomía de la EPA, concluyendo que las EPA valoraban la percepción que tenían de la colaboración médica a la vez que tenían unos niveles altos de autonomía.

En la actualidad, ya tenemos evidencias de que la colaboración de la EPA con los equipos, mejora la calidad y el coste de los resultados de salud y produce mayor satisfacción(187).

5.2.3. Competencias nucleares: adicionales

La unicidad de la EPA es ver como se establecen las sinergias entre la práctica clínica directa y esta constelación de competencias que son las competencias adicionales.

En esta nueva dimensión se describen categorías y subcategorías relacionadas con el núcleo temático “competencias adicionales” que se exponen en el modelo integrativo de Hamric(2), y que han sido ampliadas por sus colaboradoras Spross, Hanson, DePalma y Delgado. Las “competencias adicionales” son consideradas en dicho modelo competencias nucleares para la práctica avanzada, aunque requieren tiempo y formación adicional para ser desarrolladas.

Esta dimensión, que lleva el mismo nombre de *competencias adicionales*, incorpora seis categorías, que también tienen el mismo nombre que las seis competencias adicionales del modelo, y son las subcategorías las que se han adaptado a la información aportada por las participantes de la muestra, ver tabla 16.

5.2.3.1. *Coaching*

El *coaching*, para Spross(68), tiene como objetivo ayudar al paciente y/o familia a realizar un proceso de transición para pasar de una situación de salud-enfermedad a otra. Esta ayuda se realiza mediante un proceso colaborativo de aprendizaje entre la EPA y el paciente. Los procesos de *coaching* definidos por Spross, tal y como se recogen en la tabla 1, en el marco teórico, se pueden centrar en la intervención sobre aspectos físicos, afectivos-interpersonales-espirituales, de comportamiento cognitivo o en aspectos sociales.

Para Lewis y Zahlis(225), el objetivo de la enseñanza al paciente es que este adquiera nuevos conocimientos, habilidades o actitudes. En la educación del paciente, la enfermera es la experta y el paciente es el estudiante, y esta actúa autocorrigiéndole. En el *coaching* no se da información predeterminada al cliente.

Esta categoría, está destinada a incluir todos los datos aportados referentes a como las EsPA de la muestra actúan en este proceso interpersonal, complejo, dinámico, colaborativo y holístico que es el *coaching* y tiene como finalidad ayudar al paciente y/o la familia a realizar un proceso de transición para pasar de una situación de salud-enfermedad a otra(68).

En general, las EsPA de la muestra aportan datos muy variados, desde argumentar que no lo practican o no se les facilita (E4) (E7), a realizarlo de forma continuada (E6), varias coinciden en la necesidad de mantener actitudes tales, como: saber escuchar, realizar escucha activa y ser empático (E3, E4, E5, E6), y en dos casos explican los resultados positivos que obtienen cuando consiguen acompañarlos en el proceso de cambio (E5, E17).

La mayoría de las EsPA de la muestra cuando se les pregunta por la utilización del *coaching* se refieren a centrar la atención en la zona afectiva, interpersonal y espiritual, según los procesos de *coaching* definidos por Spross(68), ellas utilizan la escucha activa, dar posibilidad a que el paciente se exprese, estar presente. Algunos registros en esta línea serían:

“A veces, te explican angustias de su vida cotidiana, porque es como un confesionario”
(E3)

“Los médicos de nuestra unidad son muy claros, lo dicen muy bien, son muy suaves pero no esconden las cosas. Si un paciente se esta muriendo, se esta muriendo. Si un paciente no tiene más opciones terapéuticas, pues no tiene. Entonces nosotras estamos allí para consolar, para dar soporte y para ayudar a asumir lo que hay” (E4)

“Hay mucha parte de soporte emocional, de escucha activa [...] pero claro en mi consulta el paciente igual tiene la oportunidad de expresarse más, de llorar...” (E6)

Precisamente, esta utilización del punto de interés afectivo, hace que algunas enfermeras y pacientes interpreten que este soporte que dan las enfermeras a los pacientes, es porque hacen de psicólogas:

“Yo creo que lo hago (refiriéndose al coaching), y no le sé poner la etiqueta, yo creo que si..., a veces he estado con personas que me han dicho si era psicóloga. Y yo digo: ¡nooo... soy enfermera!” (E10)

“A veces hacemos más de psicólogas que otra cosa, pero no tenemos nada establecido, lo que haces un poco es escuchar al enfermo, a la familia. Muchas veces la familia claudica porque está muy cansada, y entonces sí que haces un poco de ayuda, empatizamos, lo escuchamos, damos consejos y en el momento final de la vida damos soporte” (E14)

En algún caso, utilizan la estrategia de centrarse en el proceso cognitivo del paciente aprovechando el momento estresante de la hospitalización:

“El coach es muy necesario [...], es un momento importante porque en este momento está motivado. Está motivado porque tiene un problema. Entonces depende como te lo manejes o la empatía que establezcas [...] puedes modificar pequeñas cosas” (E5)

En algún otro, se han referido a centrarse en lo social, interpretando que hacer de defensora del paciente no es *coach*:

“Yo me inclino más por “advocacy” que por “coach”, por ejemplo en el tema de las ostomías, yo sería muy revolucionaria, el enfermo ostomizado que es para toda la vida, no tiene que depender de ti, para nada, para nada. Yo pienso que es un enfermo que una vez ya domina su ostomía, no lo tienes que volver a ver nunca más” (E8)

Y otra considera que realiza *“British empowerment”*:

“Yo soy más de “British empowerment”, y prefiero hacer participar al paciente, pero claro, para hacer participe al paciente has de saber como llegar al paciente” (E9)

Una de las EsPA de ostomías, explica que ha realizado formación en *coach* y explica:

“El coach no es adelantarte a otra persona, a decirle lo que ha de hacer y cómo lo ha de hacer, sino paralelamente a su lado, llevarlo por este camino o ayudarlo en este camino sin decirle tú lo que tiene que hacer. Es una forma de enseñar como se puede hacer y entonces la persona lo hace” (E17)

A resaltar, dos de las EsPA (E4-E14) han manifestado que la realización del *coach*, o el soporte afectivo como ellas lo han expresado, depende de la persona, o sea, de la enfermera:

“Nosotras no tenemos herramientas que nos faciliten esta tarea. Lo que pasa es que sí que es verdad, que depende bastante de la persona” (E4).

“No somos psicólogas, esta claro, somos enfermeras, pero sí que hacemos mucho trabajo de este, pienso que esto forma parte de la persona y de la enfermera” (E14)

En general, podríamos decir que las EsPA tienen cierta ambigüedad entre la terminología de *coach*, *empowerment*, *advocacy* y soporte emocional. Cada enfermera interpreta el *coaching* como mejor sabe o como mejor se siente, según su forma de interpretar la realidad y lo que debe de ocurrir con el paciente.

Cabe decir también, que la denominación de *coaching* aplicado en el contexto sanitario catalán es una terminología poco conocida, que los profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras, todavía no la han interiorizado para su práctica clínica habitual.

Probablemente también las EsPA de la muestra que dan soporte emocional, que en palabras de Sánchez-Rueda(55) serían competencias emocionales que se aprenden en la formación básica de enfermería, no han tenido la oportunidad de formarse en un nivel avanzado.

Un nivel avanzado de competencias emocionales, y la adquisición de otras técnicas como el *coaching* han demostrado buenos resultados en pacientes oncológicos, terminales...(226) y autoeficacia en los cambios de comportamientos.

En la revisión bibliográfica de Parnov y colaboradores(227), se destacan varios estudios sobre el manejo del dolor, el control de la diabetes, la fibromialgia y la gestión de enfermedades crónicas en donde la intervención con *coaching* ha dado resultados positivos.

Por otra parte, la intervención con *coaching*, para conseguir que el paciente cambie su comportamiento o se adhiera al tratamiento, ya sea desde la perspectiva física, afectiva, cognitiva o social, no debería dejarse en cómo cada enfermera interprete lo que se persigue con el paciente/familia o en cómo cada enfermera sea, ya que se trata de una habilidad que a

nivel avanzado la EPA debería de desarrollar como una competencia más y consecuentemente requeriría de una formación específica de aplicación para el proceso de salud-enfermedad.

5.2.3.2. Consultoría

La realización de consultoría, ya sea clínica, cogestión, remisión o supervisión en los términos de Barrow y White(69) es una de las competencias que han manifestado las EsPA de la muestra.

La consultoría, especialmente entre enfermeras, siempre ha estado presente en los hospitales, centros de salud o sociosanitarios, aunque probablemente de una forma poco reglada o institucional.

De las trece EsPA de la muestra donde se obtuvo información sobre consultoría, en doce casos manifestaron ser consultadas ya sea por enfermeras o por médicos (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E13, E14, E15, E16, E17), y también por otros profesionales de departamentos como logística, contabilidad (E8) o gestión de datos (E15). Solo en un caso se especificó que no era consultada debido a que era un rol muy nuevo (0,5 años) y la EsPA consideraba que todavía estaba en periodo formativo.

Hasta hace poco tiempo, las llamadas interconsultas ya sea en formato papel o a través del programa informático de las organizaciones solo podían utilizarlas los médicos. A destacar, que dos de las enfermeras reciben las consultas por el sistema de interconsultas de la organización (E5, E13), cosa que demuestra como la organización facilita el que sean consultadas y que se pueda explotar l'actividad de consultoria que realizan.

Algunos de los motivos de consulta que se relatan hacen referencia a temas de planes de cuidados (E4), para sugerir tratamientos de enfermera a EsPA (E5, E16, E17) y de médico a EsPA (E13), incluso para que estas asuman casos complejos (E13).

Algunos registros o códigos que hacen referencia a la forma de realizar la consultoría a las EsPA de la muestra:

“Entonces a veces me llaman: -mira que yo creo que este paciente no está bien controlado, porque la pauta de insulina no es la adecuada y se debería hablar con el médico- y... ningún problema” (E5)

“[...] Cuando bajo a urgencias, también, sobre todo los que vienen con heridas, los que vienen con disfagias, algunos de respiratorio que tienen que empezar ingesta oral...” (E7)

“El cateterismo, ya hace tiempo que esta protocolizado y me llaman solo para dudas puntuales” (E9)

“Hay un grupo de interconsultoras que somos nosotras, que cuando la enfermera que está cuidando al paciente tiene alguna duda porque están todas preparadas viene el médico o viene la enfermera y nos hace una interconsulta al grupo” (E16)

“La enfermera te pregunta, ¿que le pongo?, quiero decir que hay mucha implicación con ellas” (E17)

Ahora bien, en la competencia de consultoría clínica a las EsPA, se puede observar este proceso de cambio progresivo que se está dando en las organizaciones que incorporan a EsPA, de pasar a ser una consultoría no institucionalizada (ya que te veo, telefonazo...) sin utilización de los sistemas institucionales de comunicación, a que los profesionales (enfermeras, médicos y otros) puedan interconsultar a la EsPA por una vía reconocida. Probablemente en la medida que se las reconozca como expertas y que aporten valor cuando se realice consultoría con ellas, la organización verá la necesidad de que utilicen los canales reglamentarios para que además la actividad quede registrada y se pueda evaluar.

Un papel importante lo juegan las líderes de enfermería en este proceso de apoyar a las EsPA, para que la actividad de consultoría sea realizada con el mismo proceso y oportunidades que otros profesionales.

El trabajo en equipo, la participación en la formación continua, en la formación de los nuevos profesionales, residentes y estudiantes también favorece el reconocimiento de la expertez y aumenta las posibilidades de que los profesionales interconsulten a las EsPA, generando confianza y otorgándole liderazgo clínico. Así, dos directoras opinan:

“Se ha conseguido hacer unos equipos guapos, y entonces esto hace que la enfermera se convierta en consultora” (D3)

“El indicador de que tiene un reconocimiento dentro del equipo, es que no solo las enfermeras les consulten, sino trabajadores sociales, médicos, urgencias, fisio...” (GD-7)

Una forma de realizar consultoría según Barrow y White(69) es la remisión, y en este sentido, las EPA pueden actuar remitiendo o recibiendo pacientes. La remisión es más conocida en el entorno sanitario catalán como derivación de pacientes a otros profesionales, con la finalidad de completar la evaluación, el plan de actuación o el tratamiento.

En este aspecto, las EsPA de la muestra también van ganando terreno, porque siempre había sido un tema limitado al médico. Todas las derivaciones son vía médico, y el resto o solo pueden hacer derivaciones a profesionales no médicos (dietista, farmacia, trabajo social...) o tienen opción a realizar también interconsulta a médicos.

Muy probablemente, la derivación y la consultoría clínica son dos procesos de ida y vuelta que se retroalimentan entre si. De modo, que si la EPA consulta a otros profesionales sobre la situación clínica de los pacientes, más fácilmente otros profesionales le consultaran a ella.

También, en esta investigación, las enfermeras utilizan el *telehealth* para la comunicación interprofesional mediante el teléfono, el correo electrónico o la historia clínica compartida entre hospital y primaria, pero no se han registrado consultorías mediante vídeo o audio, a pesar de la indudable participación de las enfermeras en los proyectos de *TicSalut*(174), que promueven las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la comunicación interprofesional y la comunicación paciente-profesional.

Las experiencias recogidas del CST con “el espacio interconsulta” entre primaria y especializada(70) o en la atención penitenciaria(72), son claros ejemplos de la utilización del *telehealth* en la consultoría interprofesional que impactan en los resultados de salud del paciente y del sistema sanitario. Experiencias como estas, podrían ser desarrolladas para mejorar la comunicación entre enfermeras de diferentes ámbitos asistenciales y con otros profesionales.

Por último, cabe resaltar, la red de consultoría externa que establecen EsPA con roles afianzados gracias a las asociaciones profesionales (E17).

5.2.3.3. Investigación

La categoría de investigación e innovación, pretende recoger la información aportada sobre la competencia en investigación e innovación en dos subcategorías distintas, aunque DePalma(73) señala únicamente aportaciones sobre la competencia de investigación.

Los datos recogidos en la categoría de investigación se han centrado en la participación en proyectos uni, inter o multidisciplinares que tienen como objetivo generar nuevo

conocimiento a partir de un determinado aspecto de la práctica En la categoría de innovación, se han centrado en la participación, en la generación de ideas y proyectos que puedan mejorar la práctica en términos de seguridad, efectividad y/o eficiencia.

Las aportaciones sobre investigación que han realizado 16 de las EsPA son variadas, cinco de ellas manifiestan realizar investigación y algunas en grupos consolidados (E16, E13, E12, E6, E4), cinco manifiestan que quieren empezar a partir de los resultados de su actividad (E2, E1, E7, E9, E11) y las seis restantes manifiestan no realizar investigación, siendo las causas que argumentan: “falta de tiempo” (E11) y “falta de soporte metodológico” (E8).

Siguiendo los niveles de investigación que propone DePalma(73), la mayor parte de las EsPA estarían en el *nivel fundamental*, y solo una de ellas (E6), podríamos considerar que estaría en el *nivel de expansión* porque participa en diversos proyectos de investigación.

“Estamos puestos en diferentes proyectos, él (refiriéndose al jefe de servicio) es mucho de promover la investigación, los estudios científicos, entonces estamos puestos en muchos proyectos nacionales e internacionales. Entonces en todo lo que le dices: - quiero participar, me gustaría participar- te dice que sí” (E6)

En el *nivel fundamental*, se considera *competencia I, la incorporación de la práctica basada en la evidencia*. En este sentido, ya se ha comentado en el apartado 5.2.2.4. *Utilizar la evidencia como guía para la práctica*, que las EsPA de la muestra utilizan la evidencia para la realización y actualización de protocolos, pero no mantienen una sistemática de buscar investigaciones o artículos científicos para mejorar su práctica o la de sus colegas.

En la *competencia II: Evaluación de la práctica*, una tercera parte de las EsPA han expresado motivación para poder evaluar su propia práctica, de forma que quisieran poder tener los datos suficientes y sacar conclusiones sobre la efectividad de su aportación como EsPA y evaluar la satisfacción del paciente y la familia.

“Llevamos un año y medio y deberíamos de hacer algún estudio sobre... básicamente un poco de resultados de lo que hemos hecho, para autoevaluarnos” (E11)

“Queríamos hacerlo pero es muy complicado. Como que es la primera vez, queríamos hacer un estudio de estos dos años que llevamos, de lo que habíamos hecho, de cómo habían ido los resultados” (E1)

En la *competencia III: Participación en investigación colaborativa*, otra tercera parte han manifestado participar en algún o algunos proyectos de investigación.

“Recientemente nos han enviado información de una universidad de Australia, es una investigación sobre catéteres periféricos que se pondrá en marcha en 2015 y nosotras colaboraremos” (E2)

“Con las ostomías participo en diversos grupos de investigación, tanto de productos como de los pacientes ostomizados. Nosotras estamos viendo al paciente, vemos su estoma, vemos el producto y vemos que es lo que le hace falta al paciente” (E12)

Uno de los aspectos que expresaron tanto en la competencia II como en la III del nivel fundamental, es que habían realizado algún tipo de difusión en congresos.

Probablemente, los resultados de esta investigación sean el crudo reflejo de la situación de las EsPA en el contexto sanitario catalán en lo que se refiere a investigación, pero ¿Cuáles son las causas de esta realidad? Una de ellas está clara, solo desde hace cinco escasos años se imparte metodología de la investigación en la formación básica de las enfermeras. Así que la toma de consciencia sobre la importancia de investigar para crear un cuerpo de conocimientos propio, solo puede venir de la inquietud profesional que cada enfermera tenga y de la formación continua y posgraduada.

Sin embargo, Florence Nightingale fue la primera en observar que es esencial conocer el resultado de cada intervención para planificar los cuidados más efectivos. Además, defendió que la evaluación cuidadosa de la investigación es necesaria para ganar conocimiento sobre qué es lo mejor y qué no lo es para los pacientes/usuarios, legitimando así la enfermería como profesión(212).

Una de las creencias más habituales en nuestro entorno, es que “no todas las enfermeras han de investigar”. Esta creencia, que de entrada uno entendería que es una afirmación correcta, que tienen que haber enfermeras que se dediquen a la asistencia, otras a la docencia y quizás otras a la investigación. Esta, se desmonta cuando uno se da cuenta de que si la práctica ha de estar basada en la evidencia y si necesitamos evaluar nuestra práctica para mejorarla, es evidente que la enfermería en su conjunto ha de tener competencia en investigación, aunque sea en el *nivel fundamental* de la competencia que describe DePalma(73). Así por coherencia, si las enfermeras han de realizar una práctica basada en la evidencia, ¿Qué necesitaran hacer las EPA?

Según DePalma(73), la competencia de investigación de la EPA ha de situarse en el *nivel de expansión*, en tres competencias distintas: *en la competencia I*: la implantación de PBE ha de ir más allá de la propia práctica, ha de promocionar la PBE en la unidad, en el programa, en el

departamento o en la organización; en la *competencia II*: ha de diseñar e implementar procesos de evaluación más allá del ámbito de la práctica habitual, para un grupo, para un programa, para una unidad o para la organización y en la *competencia III*: ha de participar como investigadora principal o coinvestigadora en proyectos para generar conocimiento.

También la propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería (Investén-isciii)(138) se incluyen como competencias en investigación para el nivel de máster con una puntuación media de 5/5: la capacidad para fundamentar la práctica enfermera en los resultados obtenidos de la investigación, conocimientos medios en metodología de la investigación, manejo básico en la búsqueda avanzada de información en bases de datos especializadas y la capacidad para colaborar en proyectos de investigación liderados por expertos entre otras.

Y si revisamos las competencias en investigación para la práctica avanzada en EE. UU.(92), Canadá(11), Reino Unido(107) y Australia(112) la investigación es una competencia o un estándar para fundamentar la PBE.

Pero en nuestro entorno, una de las reivindicaciones de las enfermeras y también de las EsPA de la muestra, es el tiempo:

“Los médicos tienen uno o dos días a la semana para la ciencia, las enfermeras están siete horas al día haciendo asistencia, y entonces dices – te llevas el trabajo a casa-”
(E4)

“Yo les digo a los estudiantes: -es que el tiempo no está a lo mejor dentro de tu trabajo, dentro de tu horario laboral...- esto se ha de entender” (E6)

Estos dos registros, muestran dos EsPA que participan en investigaciones y muestran una realidad, que las enfermeras no disponen de tiempo laboral para investigar en el sentido amplio de la palabra, y que las enfermeras que quieren desarrollar la competencia investigadora, han de realizarlo exclusivamente fuera del horario laboral.

Ya en el 2011, el documento de consenso *“La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya”* promovido por la *Direcció Estratègica d’Infermeria del Departament de Salut*(179), proponía como resultado del diagnóstico realizado, las estrategias para desarrollar e implantar la investigación enfermera en cuidados de salud. Estas estrategias consistían en capacitar a las enfermeras facilitando formación, abrir financiación donde los proyectos propuestos por

enfermeras puedan adherirse, facilitar un entorno de trabajo propicio/espacios físicos, acceso a la información y reconocimiento de tiempo de dedicación a la investigación.

Siendo positivos, deberíamos admitir que la situación de restricción económica en el sistema sanitario en estos últimos años, ha influido en que las políticas de soporte a la investigación enfermera, en especial a la dedicación en tiempo laboral, no se hayan implantado. Ahora bien, si el sistema está considerando que es positivo promocionar y mantener a las EsPA porque están reduciendo costes ya sea en estancias, o en productos intermedios, también deberían considerar que estructurar un tiempo para promocionar la PBE y la evaluación de la práctica, reportaría a corto plazo nuevos proyectos que mejorarían nuevamente los resultados incluso en coste sanitario.

Por último, se han realizado dos aportaciones de innovación, interesantes desde el punto de vista de las ideas, ya que como enfermeras expertas, en estos dos casos apuntan la necesidad de generar ideas a partir de su experiencia, y una de ellas hace referencia a que coopera con los comerciales de laboratorios para mejorar sus productos a partir de la Evidencia Basada en la Práctica (EBP) (E12).

5.2.3.4. Liderazgo clínico y profesional

En el modelo de integración, Spross y Hanson apoyan que en el ámbito de la salud, el estilo de liderazgo transformacional es el más efectivo porque fusiona los objetivos del líder con los del equipo persiguiendo un objetivo común.

Cummings y colaboradores(228), en la revisión sistemática sobre los estilos de liderazgo y los patrones de resultados en el trabajo de enfermería y en el clima laboral, dan soporte a la definición de liderazgo de Northouse, que define:

“El liderazgo es un proceso mediante el cual un individuo influye en un grupo de individuos para lograr un objetivo común”

Entre los resultados de la revisión, se observó que el liderazgo centrado en la realización de tareas por sí sola no es suficiente para lograr resultados óptimos en el trabajo de enfermería.

La competencia de liderazgo según Spross y Hanson(75), la podemos ver reflejada en ámbitos diferentes: ámbito clínico, profesional, organizacional y en políticas de salud. Las características que tiene la EPA para expresar el liderazgo pueden ser únicas o combinadas entre: el *mentoring* o la ayuda al otro, *el empowerment* o *visión compartida*, el ser agente de

cambio o realizar activismo político. Y también la podemos ver reflejada, en las cualidades o atributos de la EPA.

Por otra parte, la categoría de **Liderazgo clínico**, que incluye información sobre si las EsPA creen o no que tienen capacidad de liderazgo clínico en los equipos profesionales, entendiendo por liderazgo clínico la capacidad para influir sobre otros profesionales en aspectos relativos a la atención al paciente (valoración, planificación, cuidados y tratamiento) y en aspectos de gestión clínica relacionada con la atención al paciente (decisión sobre el mejor recurso, coordinación asistencial...), las participantes que han comentado el liderazgo manifiestan que las EsPA lo tienen pero lo argumentan con distintos atributos, muchas veces complementarios, así encontramos:

- a) Ser referente (E5, E2, E15)
- b) Tener credibilidad (D2)
- c) Son respetadas (D1)
- d) Tener las cosas claras (E11)
- e) Ser rigurosa (E16).
- f) Sentar cátedra (D3)
- g) Son capaces de resolver problemas (E13)
- h) Realizan *empowerment* y *mentoring* con las enfermeras y los mandos (E7, E8, E9)
- i) Ser agente de cambio (E13)
- j) Hacen activismo político (E11, E6)

En la tabla 20 se ha sintetizado la relación entre las unidades de registro más significativas que expresan la competencia de liderazgo con el ámbito o dominio desde donde actúa la EPA, así como la característica y atributo más relacionada.

Tabla 20. Relación de las unidades de registro con los dominios, características y atributos del liderazgo.

Unidades de registro	Dominio	Característica	Atributo
Ser referente <i>“con este paciente no hay forma de controlarlo, no sé qué más hacer con él” (E5).</i>	Liderazgo clínico	<i>Mentoring</i>	Expertez
Tener credibilidad <i>“-escucha este paciente es para derivarlo a hemodiálisis o a hospitalización a domicilio- y nadie lo cuestiona” (D2).</i>	Liderazgo clínico	Activismo político	Compromiso
Ser respetada <i>“ellas marcan la pauta de actuación y son</i>	Liderazgo profesional	<i>Empowerment</i>	Desarrollo de un estilo

Unidades de registro	Dominio	Característica	Atributo
<i>respetadas" (D1).</i>			propio
Tener las cosas claras <i>"yo creo que me pusieron en la trinchera porque dicen que los tengo cuadrados, pero no es así, se trata de tener las cosas claras" (E11)</i>	Liderazgo clínico	Activismo político	Asumir riesgos
Ser rigurosa <i>"que lo venga a mirar ella, nos lo han dicho los propios médicos y esto ha sido un trabajo de mucho día a día y ser muy rigurosa" (E16).</i>	Liderazgo clínico	Innovar y ser agente de cambio	Compromiso
Sienta cátedra <i>"son capaces de decir ¡ha de ser así! [...] han demostrado con el curso del tiempo que son capaces de tomar decisiones y normalmente son adecuadas" (D3).</i>	Liderazgo clínico	Innovar y ser agente de cambio	Desarrollo de un estilo propio
Ser capaz de resolver problemas <i>"a mí me están rebotando los casos difíciles, cuando la herida está ya en hueso y los preparo para que cuando haya el tejido de granulación plástica le haga el injerto" (E13)</i>	Liderazgo clínico	Activismo político	Asumir riesgos
Realiza <i>empowerment</i> y <i>mentoring</i> con las enfermeras <i>"no hago nada, ningún movimiento que no entienda su enfermera" (E9), "me hacen caso... no solo me reconoce la gente asistencial sino también mandos, porque si no entras en conflicto" (E7)</i>	Liderazgo profesional	<i>Empowerment</i>	Disposición a colaborar
Ser agente de cambio <i>"has de conocer el tema, liderar la circunstancia y tienes que conseguir que te sigan" (E13)</i>	Liderazgo profesional	Innovar y ser agente de cambio	Asumir riesgos
Hacer de abogada del paciente <i>"yo siempre enfoco que el objetivo ha de ser lo mejor para el paciente y me da igual tener amigos o enemigos" (E11), "tienes flexibilidad, con un objetivo muy claro que lo primero es el paciente, independientemente de todo" (E6).</i>	Liderazgo clínico	Activismo político	Asumir riesgos

Fuente: Elaboración propia

Para construir este encuadre, se han escogido registros de diferentes EsPA y comentarios de las DE que nos muestran que las EsPA de la muestra utilizan un liderazgo clínico y profesional, y quizás en un contexto u otro utilizan más una característica que otra o un atributo que otro.

Con estos registros, podríamos prácticamente asegurar que el liderazgo clínico y profesional de las EsPA, se fundamenta en la teoría del liderazgo transformacional, porque utilizan procesos para influir, guiar y dirigir a las personas (enfermeras, mandos, médicos y otros), ya sea desde una perspectiva más activista o de soporte, pero donde su objetivo es el paciente.

Ellas han aprendido que el componente relacional con los equipos y con los mandos es fundamental para conseguir sus objetivos. Si además tenemos en cuenta que han habido de ganarse el ser EsPA, que no había experiencia previa a sus puestos de trabajo y que en tres de las cuatro organizaciones no está reconocida como tal, parece obvio que la única forma de avanzar era utilizando un estilo de liderazgo facilitador, docente, comprometido con la misión, dispuesta a aprender y compartir, gestionando límites y con buen sentido del humor.

Continuando con el liderazgo clínico y profesional, el documento del CPIC(170) sobre la incorporación de enfermeras con liderazgo en las unidades y equipos, hace exclusivamente referencia a las tareas que debería de realizar esta enfermera, cosa que según Cummings y colaboradores(228), por si sola (la realización de tareas) no es suficiente para lograr resultados óptimos en el trabajo de enfermería. Se entiende que un documento liderado por el CPIC y reforzado por el *Departament de Salut*, debería incorporar el perfil profesional de esta enfermera en cuanto a características, actitudes y cualidades que son básicas para conseguir líderes con un estilo de liderazgo óptimo que ayude a la obtención de los resultados perseguidos.

Si nos referimos **al liderazgo a nivel más organizacional**, la mitad de las EsPA de la muestra reconocen tenerlo, bien porque en el pasado han sido mandos intermedios o lo son en el presente, bien porque están participando en comisiones o grupos de trabajo. La información aportada por ocho EsPA de la muestra es variada, dos enfermeras manifiestan no participar en ningún grupo interno y tres pertenecen o han colaborado en un grupo de coronarias (E4), en un grupo de heridas crónicas (E7, E14), y en tres casos son ellas quienes lideran grupos de mejora de enfermería, uno de infecciones (E15), uno de heridas crónicas (E16) y uno de ostomías (E17).

Esta participación a nivel más organizacional tiene una repercusión más allá de su unidad o de su equipo o porque participan de una forma habitual en la formación continua del personal de la organización. La mitad de las EsPA, aportaron información sobre el rol docente que desarrollan relacionado con la tipología de pacientes en las que son expertas (E2, E4, E5, E7, E9, E12, E13, E15, E17), y mayoritariamente organizan sesiones o cursos de actualización.

Cabe resaltar que algunas de ellas hablan de la conexión que realizan entre primaria y hospital en términos de formación (E5, E12, E13, E17) y otras resaltan la colaboración docente que realizan externamente, en cursos a otras organizaciones (E13, E17), o en la universidad (E13, E15).

Y por último, algunas de ellas (E6, E12, E15, E17), también gozan de un **liderazgo en el dominio de las políticas de salud** porque participan activamente en el desarrollo de planes y políticas ya sea a través de las asociaciones profesionales o directamente en el *Departament de Salut*.

5.2.3.5. Colaboración

El liderazgo y la práctica colaborativa están íntimamente relacionados, porque tanto la colaboración como el liderazgo dependen en gran medida de las relaciones interpersonales.

La colaboración se realiza en el seno del trabajo en equipo y para Hanson y Spross(77) es clave para mejorar la calidad y la efectividad en la atención sanitaria.

Así, la categoría de práctica colaborativa en los resultados de esta investigación se centra en el trabajo en equipo. En la muestra, se recogió información de la totalidad de las EsPA (16/17) respecto al trabajo en equipo, entendiendo por trabajo en equipo aquel que se desarrolla de forma inter o multidisciplinar respetando cada uno las competencias del otro. Aunque para Hanson y Spross(77) en la colaboración debe haber un interés para la resolución de problemas y para aprender desde el otro, con el fin de cumplir con los objetivos y los resultados esperados.

Cabe considerar en todos los casos, que las EsPA son las que han tenido que integrarse en los equipos, o bien han llegado desde fuera del equipo o bien con el nuevo rol de EPA. Por este motivo, y porque las expectativas del resto del equipo *versus* las EsPA han cambiado, los registros recogidos sobre la colaboración y el trabajo en equipo se centran en los siguientes elementos clave: formar parte de un equipo, el rol del líder del equipo en el proceso de integración, el ganarse la confianza del equipo y el aprendizaje mutuo.

Formar parte de equipos multidisciplinares. En 14/16, las EsPA forman parte de equipos multidisciplinares, como mínimo de médicos y enfermeras y en algunos casos en los equipos hay otros profesionales (dietista, especialistas, psicóloga...), en un caso la EsPA no siente formar parte de un equipo, ya que trabaja con un encargo específico y no participa en sesiones... (E1), y en un caso el equipo se restringe al equipo de enfermería cuando pudiera ser

multidisciplinar (E2), cabe decir que en estos dos últimos casos trabajan separadamente enfermeras y médicos.

También se menciona la necesidad de que la EsPA esté vinculada al equipo para poder tener credibilidad, ya que por ejemplo se argumenta que si la enfermera de planta no reconoce que la EsPA está vinculada a un equipo no le da confianza (E7).

El rol del líder es importante en la integración de la EsPA en los equipos y potenciar la colaboración entre ellas. En dos casos, las EsPA mencionan que el rol del líder o mando del equipo (supervisora o jefe de servicio) ha sido y es crucial para alcanzar un alto nivel de expertez y para su integración en el equipo (E4, E6).

“tenemos una muy buena supervisora, que ha hecho que trabajáramos conjuntamente, nos exige mucha formación y al cabo de los años esto hace que seamos muy expertas” (E4)

“el jefe de servicio es una persona que promueve mucho la investigación, que apoya el hecho de que nos formemos, que publiquemos, que tengamos tiempo para pensar, [...] y a mí me tienen como una más del servicio, con lo cual también tengo que presentar mis sesiones bibliográficas...” (E6)

Ganarse la confianza del equipo, principalmente médico, es uno de los grandes retos que explican las EsPA, para ello utilizan distintas estrategias, desde compartir las sesiones para que las conozcan y así ganar confianza (E14), a darse tiempo, cuando el jefe no te conoce (E7), a preguntar cuando no se está segura al igual que lo hacen otros médicos *“mírame esta ecografía a ver qué te parece”* (E3), o cuando una valoración no está clara *“-¡oye ven! porque esto a mí se me escapa-”* (E11) y en general realizar mucho *feedback* del estado y la evolución de los pacientes (E6).

“Es importante compartir las sesiones porque nos conocen y nos cogen confianza” (E14)

“Con el jefe de servicio no nos conocíamos, yo imagino que hay un tiempo para que conozcan como trabajas, [...] me mira como trabajo, hasta donde llego, si puede confiar contigo...” (E7)

“[...] Igual que yo les digo: -mírame esta ecografía a ver qué te parece-, entre ellos también lo hacen” (E3)

“Tenemos mucho feedback, como que somos pocos, somos cinco, es muy fácil la relación” (E6)

“Has de tener el equipo ganado, quiero decir esta confianza, [...] si yo al hacer una valoración no lo veo claro, le digo a mi compañero: -¡oye ven! porque esto a mí se me escapa-” (E11)

La confianza también tiene relación con la comunicación, a veces las dificultades se generan por problemas de comunicación, abrir vías de comunicación directa o telefónica cuando hay problemas con los pacientes, es positivo y facilita la relación.

“Cuando los profesionales nos conocemos todo es mucho más fluido” (E11)

“Las dificultades a veces, también vienen generadas por los problemas de comunicación” (E11)

“Cuando me derivan un paciente, directamente abro una vía de comunicación telefónica o directa, en la que hablamos del paciente y yo hablo de la herida y cuando detecto que hay problemas que son de otro la competencia, lo hablamos. Y veo que no están acostumbrados los médicos a que una enfermera haga esto” (E13)

Es importante que la comunicación sea clara y honesta, Hanson y Spross(77) argumentan que el desarrollo de la confianza en gran medida depende de la competencia clínica, si uno demuestra que es competente o en el caso del aprendiz, se muestra dispuesto a aprender y cuando no sabe pregunta, se establecerá la confianza mutua y el respeto, elementos clave para que surja la colaboración.

Según Hanson y Spross, la clave para demostrar la competencia interpersonal son las habilidades de comunicación abiertas, siendo la asertividad un elemento clave en la comunicación.

Pero es cierto, que para que se establezca una confianza positiva dirigida a la colaboración debe haber un reconocimiento y una valoración positiva por ambos lados. Así, las estrategias para ganar la confianza son variadas y algunos ejemplos de registros son los siguientes:

“La forma en que conseguimos pactar un protocolo para el tratamiento de las úlceras por presión fue demostrando una gran humildad, proponer a un médico que fuera el líder del grupo de trabajo para poder influir sobre los demás médicos y demostrar que estábamos muy documentadas” (E16)

“A veces has de hacer formación del que tú eres a los miembros del equipo, muy sutilmente, con mucha mano izquierda, [...] yo no soy administrativa” (E9)

“Nos lo hemos de ganar las enfermeras, nos lo hemos de ganar con conocimiento, nos falta conocimiento” (E13)

Pero como apunta otra EsPA:

“Lo agotador es que continuamente, con los médicos, has de estar demostrando que sirves para esto” (E8).

El aprendizaje mutuo, para aprender mutuamente hay que reconocer y apreciar el conocimiento complementario que cada miembro del equipo aporta, poniendo al paciente en el centro antes de iniciar la colaboración(77).

“Cuando a mí se me escapa, digo esto no lo sé, pero aprendo muchísimo, porque de dermatología he aprendido mucho, pero es que la dermatóloga también ha aprendido de mí” (E13).

Así, hablan de aprendizaje mutuo cuando realmente pueden hablar al mismo nivel, compartiendo casos, y donde no llega uno llega el otro.

Una de las formas de realizar aprendizaje mutuo y ganar confianza, es la asistencia y participación en las sesiones de casos clínicos, donde la EsPA puede aportar su visión sobre la situación del paciente y como resolver problemas más allá de la enfermedad.

En este sentido, han manifestado que realizan sesiones diarias (E4, E15), semanales (E8, E14) o mensuales (E3, E5, E11, E6, E7, E9) con el equipo multidisciplinar, para revisar casos clínicos; una EsPA expone que además realizan sesiones mensuales entre las EsPA (E7) y solamente dos EsPA manifiestan que no están invitadas a las sesiones de equipo multidisciplinar (E1, E2) por motivos distintos de liderazgo médico o enfermero.

El concepto de colaboración y trabajo en equipo tiene también impacto en las políticas de seguridad del paciente y calidad de la atención, los estándares de calidad para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo, consideran la comunicación efectiva y la colaboración uno de los objetivos de seguridad(229)(230).

Por último, la competencia de liderazgo y la de práctica colaborativa están reconocidas en los documentos donde se describen las competencias de la PA en EE. UU.(92), Canadá(11), Reino Unido(107) y Andalucía(154).

5.2.3.6. Toma de decisiones éticas

“Toma de decisiones. Aspectos éticos”, es una categoría que se ha definido atendiendo a una de las competencias adicionales del modelo de integración de Hamric y que incluye información referida a la actuación que realizan las EsPA delante de dilemas éticos o morales, entendiendo por dilema ético-moral las cuestiones que requieren que la persona elija entre diferentes alternativas las cuales afectan a valores fundamentales(79).

Esta categoría hay que diferenciarla de la subcategoría “ayuda a la toma de decisiones” en la categoría “relación con el paciente y la familia” de la dimensión “práctica clínica directa”, ya que en esta última, la enfermera acompaña en la toma de decisiones pero no hay un compromiso ético-moral.

Los problemas éticos que han explicitado las EsPA de la muestra son escasos y hacen referencia a:

- a) Dilemas éticos en el campo profesional entre alternativas médicas de tratamiento y las alternativas que plantea o plantearía ella como enfermera (E8)
- b) Dilemas éticos de actuación profesional cuando el paciente cuestiona o se niega a hacer un tratamiento que ha sido prescrito y supuestamente pactado con el médico responsable (E10)
- c) Dilemas relacionados con pacientes terminales y la priorización de seguir un protocolo o el confort del paciente (E15)
- d) Potenciales dilemas relativos a escoger un laboratorio sobre otro (material de ostomías) sin tener en cuenta las necesidades del paciente (E12)

De estos, en tres casos se hace referencia a la angustia moral que apunta Jameton(78), en donde la EsPA cree saber cuál es la actuación ética apropiada pero se siente limitada para llevar a cabo la acción, y el obstáculo es el poder médico o la restricción legal.

A continuación se presentan a modo de ejemplo dos casos que referenciaron las EsPA.

Caso a)

“El otro día había un paciente que es un esquizofrénico paranoide que viene de un sociosanitario y está institucionalizado y ahora tiene una neoplasia de recto, claro, cual es el primer sesgo de un médico cirujano, pues dice: baaah... paliativo y ya está, una colostomía de descarga y lo dejamos. Digo: -hombre déjame valorar al paciente, porque qué tenga una esquizofrenia, la tiene desde que se diagnosticó, pero igual

funcionalmente el paciente está perfecto-. Entonces lo fui a ver y el señor estaba perfecto, - solo tiene una esquizofrenia- pues... ¡a por todas!” (E8)

Caso b)

“Ayer mismo, una señora que habia de empezar el tratamiento, que ya la conocía, pero como le habíamos hecho una biopsia antes del tratamiento del centinela ya la conocía y vino con mucha agresividad. Supongo que eran los nervios y estaba cuestionando que no quería hacerse el tratamiento que ya le había propuesto el Dr...., para entrar en un ensayo clínico, pero ella se estaba cuestionando de porque había de hacerlo. Yo reiteradamente la intente convencer, inició el tratamiento y faltaba el consentimiento informado del ensayo y no lo quiso firmar. Entonces llame al médico, que me derivó a investigación, subieron a hablar con ella pero tampoco firmó. (E10)

En el caso a) la enfermera tuvo habilidades de comunicación y actuó en defensa del paciente y consiguió una resolución positiva para el mismo. En el caso b) la enfermera actuó alineándose con el médico sin considerar la opinión de la paciente, no advirtió que más comunicación entre el médico y la paciente para explicar los motivos de participación en el ensayo hubiesen resuelto más satisfactoriamente para los dos el problema. Quizás la paciente además de información necesitaba más tiempo para tomar una decisión. En definitiva, es la paciente la que tiene la decisión final.

Por otra parte las actuaciones que llevan a cabo y que relatan respecto a estos dilemas son: compartir con el equipo (E6, E10), priorizar el confort del paciente (E15), priorizar las necesidades o el beneficio del paciente (E12) o contactar con el comité de ética (E17).

En cualquiera de los casos, sería necesario la creación de un entorno ético en donde las preocupaciones de los pacientes y los profesionales se aborden de forma rutinaria en el seno de los equipos multidisciplinares, quizás incluso con asesoramiento por parte del comité de ética asistencial.

A menudo, en las organizaciones sanitarias pensamos que el comité de ética está para asesorar cuando los profesionales les presentan un caso, pero en realidad diariamente ocurren problemas éticos que los profesionales de la salud afrontan como mejor les parece y estos no tienen conciencia de que el comité de ética les podría ayudar a tomar la mejor decisión.

Por otra parte, las enfermeras se encuentran con barreras de las propias organizaciones o del médico, de forma que las decisiones ya están dadas, no se cuestionan por parte de nadie y

ellas tampoco lo hacen, asumiendo unas decisiones que en muchos casos no comparten y sufren angustia moral porque no están de acuerdo con dicha decisión y piensan que hay alternativas mejores para el paciente.

Tal y como recomiendan Hamric y Delgado(79), la formación para el desarrollo de esta competencia sería interesante plantearla para las EsPA y los equipos.

5.2.4. Elementos críticos del entorno que afectan a la EPA

Los elementos críticos del entorno son una dimensión que incorpora categorías y subcategorías relacionadas con el núcleo temático “Elementos críticos del entorno de la enfermera de práctica avanzada” que se describe en el modelo integrativo de Hamric(2), y que han sido ampliados por sus colaboradores/as Hanson, Bennett, Hodnicki, O’Grady, Johnson, Nevidjon, Simonson, Ingersoll y Mahn-DiNicola.

Estos elementos son complementarios a la definición de competencias de la EPA, afectando a la eficacia y eficiencia de la práctica de la misma. Son interdependientes y es necesario que la EPA los tenga en cuenta en su gestión diaria. Por este motivo, implica que estén integrados en el modelo.

Ahora bien, los resultados obtenidos de la información recogida de las EsPA de la muestra se han clasificado en categorías y subcategorías que se relacionan de forma parcial con los elementos del modelo, ya que no se tratan todos y cada uno de los aspectos de cada elemento que se definen en el modelo.

Estos elementos parten de la concepción de un sistema sanitario liberal con unas políticas de salud, sistemas de organización empresarial y cultura sanitaria diferentes al entorno sanitario catalán, en el cual rige, un sistema sanitario con cobertura pública universal, políticas públicas de salud y sistemas de organización público-privada, así como una cultura económica en las empresas públicas de salud, fundamentada en el cumplimiento del presupuesto y no en la rentabilidad de la empresa sanitaria.

Aunque se han recogido registros referentes a las temáticas que corresponden a estos elementos, la información recogida es insuficiente para hacer una valoración, comparación y análisis en profundidad de cada uno de ellos. Así pues, la organización de los apartados de este

análisis no corresponde exactamente a cada uno de estos elementos, sino que se hace una valoración más global.

5.2.4.1. Aspectos legislativos

En esta categoría se han incluido registros sobre la opinión de las enfermeras respecto a la cobertura legal de sus actuaciones. De las seis EsPA que han opinado sobre la legalidad o no de sus actuaciones, cuatro argumentan que las actividades que realizan están dentro del marco legal y que saben cuáles son los límites (E1, E3, E4, E8) incluso cuando se suscribe la actuación por protocolo (E1) y dos argumentan que no están cubiertas ya sea porque modifican dosis sin la firma de un médico (E5) o simplemente que es una asignatura pendiente (E15).

La opinión de las directoras de enfermería sigue un camino paralelo, desde las que opinan que el marco legal no acompaña a la práctica avanzada fundamentalmente por no tener cobertura legal en la prescripción (D3, D4), hasta la que cree que no hay implicación de temas legales (D2) pasando por la que está pendiente que el COIB dé una respuesta (D1).

La opinión del referente legal es muy clara, aportando luz a la situación actual en España, ella opina que si la sociedad quiere que la enfermera desarrolle un rol ampliado al actual, debe cambiar el currículo formativo y debe cambiar las leyes e instaurarlo de pleno derecho, ya que actualmente, además de leyes, hay normativas que limitan o prohíben explícitamente ciertas actividades (R2). En la tabla 21 se resumen las actividades problemáticas y no problemáticas legalmente expresadas por R2 y el porqué de las actividades problemáticas.

Tabla 21. Actividades problemáticas y no problemáticas **legalmente**.

Actividades - problemáticas legalmente-	Opinión de R2
Realizar actividades por delegación de confianza	Entre profesiones no es posible, es nula de pleno derecho. Para que haya delegación ha de haber dependencia jerárquica
Prescribir, aumentar o disminuir dosis o suspender un medicamento	La ley especifica los profesionales que pueden prescribir medicamentos, y no es la enfermera(116)
Prescribir medicamentos o material sanitario que no precisa receta médica	Igual al anterior aunque los pacientes los pueden comprar sin receta médica(116)
Administración de vacunas sin prescripción médica	La vacuna es un medicamento aprobado por la Dirección General de Farmacia, se regula por la Ley del medicamento. La enfermera no puede administrar sin prescripción(116)
Suspender el acenocumarol (Sintrom®) si valora que el paciente esta descoagulado	La ley le prohíbe ajustar o suspender medicación y además no puede dispensar "una receta médica"(116)
Recetar bolsas de ostomías, recetar pañales, material de curas...	La ley le prohíbe ajustar o suspender medicación y además no puede dispensar "una receta médica"(116)

Actividades - problemáticas legalmente-	Opinión de R2
Administrar medicación por protocolo	Se ha convertido en un equilibrio legal, en un instrumento para saltarse la ley(116)
Hacer un parte de baja o alta laboral cuando la enfermera valora los signos y síntomas de la patología que presenta y realiza un diagnóstico (aunque sea un diagnóstico enfermero)	La normativa dice que ha de constar el nombre del médico(119)
Realizar una petición de analítica	La ley de laboratorios y análisis clínicos dice que ha de constar el nombre del médico(231)
Realizar un comunicado judicial	Cualquier ciudadano cuando ve una situación irregular ha de comunicarlo al juez, pero una enfermera que observa una situación no debida a causas naturales (malos tratos, delitos...) no puede hacer un parte judicial porque la normativa que regula la omisión de comunicados de lesiones específica "el facultativo médico"(120)
Realizar un alta hospitalaria	La normativa dice que el alta la tiene que firmar el médico(118)
Realizar un comunicado de defunción	
Actividades - No problemáticas legalmente-	
Realizar ingresos	
Derivar pacientes	
Realizar seguimiento ambulatorio	
Realizar gestión de casos	

Fuente: Elaboración propia

Según R1, la Ley ha sido hecha por legisladores que no tienen que ver con el sistema sanitario, y en ocasiones con la participación de médicos, con lo cual cambiar esta cultura es difícil. Por ejemplo, la Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del Informe de alta(118) dice que el alta llevara *"el nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable"* y no deja opción a diferenciar entre firmar un informe de alta y dar el alta, ni tampoco da opción a un informe de alta en colaboración con el equipo.

Los aspectos legislativos actuales en Catalunya para acceder a un puesto de trabajo de EPA, difieren extraordinariamente de la situación legislativa en EE. UU. en los siguientes aspectos:

- Para acceder a un puesto de trabajo de EPA en España, ya que esta no tiene regulación alguna, la mayoría de ellas han realizado formación de posgrado, que puede incluir un curso de especialización (heridas crónicas, estomatoterapia), una especialidad o

formación universitaria de posgrado o máster. En ningún caso tienen el título de doctor.

- Los títulos de formación posgraduada en España no tienen la acreditación para la formación de EPA.
- En Catalunya el reconocimiento como EPA en la práctica, es a través de la demostración de su expertez clínica, solo en uno de los hospitales las enfermeras habían sido evaluadas internamente. La certificación de las competencias de la EPA por una organización profesional externa no existe.
- Como la prescripción enfermera (autónoma y colaborativa) no está todavía regulada en Catalunya, no es requisito para acceder a una plaza de EPA tener formación en prescripción, ni tener ningún registro como prescriptora.
- La práctica colaborativa se realiza en el marco de la organización donde la EPA trabaja. Aunque el ejercicio libre de la profesión en España es posible, la legislación no es distinta cuando la práctica colaborativa se realiza de este modo o cuando se realiza en el marco de la contratación empresarial.

Por otra parte, cabe resaltar, que en cuanto a la formación en fármaco-terapia las enfermeras de grado tienen más formación que las enfermeras diplomadas(232) y que el COIB inició cursos para prescriptoras del futuro(233).

El modelo se centra principalmente en el aspecto legislativo de la prescripción, el cual es suficientemente importante para la EPA, porque es un requerimiento para la certificación en EE. UU. Pero existen otros aspectos vinculados a la práctica asistencial, que en el contexto sanitario catalán están impidiendo realizar una asistencia más eficaz y eficiente, como es la normativa de alta hospitalaria(118), la normativa para las peticiones de análisis clínicos(231) el RD para la realización de bajas y altas laborales(119) y los partes judiciales(120).

5.2.4.2. Políticas de salud

La categoría de políticas de salud y desarrollo de la práctica avanzada, incluye la opinión de las direcciones de enfermería de la muestra sobre el futuro de las EsPA ya sea por el soporte de las políticas de salud o en su propia organización y también el desarrollo de la EsPA a través de su participación en foros profesionales externos. La información está ordenada en dos subcategorías:

Influencia de las políticas de salud en el desarrollo de la EPA, en ella se recoge información sobre el futuro de la EPA en nuestro contexto y en especial con el cambio de modelo sanitario

que el *Departament de Salut* en Catalunya está impulsando a partir del *Pla de Salut 2011-2015*(165).

Las direcciones de enfermería de la muestra, hacen manifestaciones de optimismo, porque las gerencias están apostando por estos nuevos roles (D1), porque además las EsPA cada vez más se incorporan en el territorio (D2), pero por otra parte, los profesionales y las organizaciones todavía son muy rígidos y el profesionalismo está muy instaurado (D3, D4).

En Catalunya, como en general en los países desarrollados, los avances tecnológicos, el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, otros elementos de demanda social y en especial la crisis económica de finales de la década del 2000 han influido en las políticas económicas del país. Por estos motivos, el *Pla de Salut 2011-2015*(165), incorpora cambios sustanciales para reformar el modelo de atención a los pacientes con enfermedades crónicas y potenciar la atención a domicilio, entre otras medidas que permitan mantener los mismos niveles de salud controlando los costes.

Del mismo modo O’Grady y Johnson(83), sostienen que en EE. UU. el coste de la sanidad ha crecido de forma mucho más rápida que cualquier otro agente económico, y tanto el gobierno como las organizaciones privadas han de utilizar estrategias para el control del coste.

“En todos los países existen oportunidades para conseguir más, con los mismos recursos”(OMS 2010)(234)

Así, el *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*(165) incorpora nueve líneas de actuación y de ellas derivan los diferentes programas de actuación que se inician en este plan de salud y que continuaran ampliadas en el próximo 2016-2020(166).

Estas líneas de actuación y compromisos con la ciudadanía, encajan perfectamente con el modelo de enfermera de práctica avanzada en su concepción más amplia, tanto profesional como interprofesional.

Uno de los registros de una directora de enfermería:

“[...], Si miras el Pla de Salut, de los tres pilares, la mayoría se podrían desarrollar con una práctica avanzada de enfermería, los médicos también evidentemente, pero que da campo para la PA, otra cosa es el momento que estamos viviendo...” (D3)

Así en 2008, la AIFICC(168), publicó el perfil de la enfermera gestora de casos, en 2010 la *Direcció Estratègica d’Infermeria del Departament de Salut*(169), publicó un informe elaborado

por un grupo de consenso sobre la gestión de casos, y el ICS(171), la empresa proveedora de servicios públicos sanitarios más importante, también define el rol del gestor de casos.

Algunos registros que apoyan el encaje de las EsPA con las directrices del *Pla de Salut* y que son fruto de estas políticas de apoyo a la práctica avanzada y a la gestión de casos:

“Al alta, informo a primaria, le conecto al servicio de 24h (7/24), le organizo la próxima visita y lo presentamos a la próxima reunión del crónico” (E9)

“En los pacientes complejos quirúrgicos, hago visita pre, hago el seguimiento del caso durante la hospitalización, la detección de riesgos, la coordinación de visitas, el análisis de toda su situación física pero también social, [...] soy la enfermera de familia dentro del hospital, [...] preparo el alta, me coordino con primaria y después le hago el seguimiento post” (E8)

“El hecho de controlar al paciente a domicilio, enfermos pluripatológicos y un criterio de inclusión era -pacientes que venían mucho al hospital- ahora en las plantas me dicen: como se nota que no vienen tanto al hospital, ahora están menos cargadas, y el hospital está más desaturado” (E14)

“Actualmente tenemos 200 pacientes que reingresaban muy a menudo con control domiciliario, [...] la infraestructura en un hospital es carísima” (D4)

“Nosotras podemos optimizar, podemos hacer muchas cosas para evitar el ingreso, y funcionan” (E9)

Otro de los aspectos que sostienen O’Grady y Johnson(83), que son coincidentes con las políticas de salud en Catalunya, es la apuesta por la calidad y la accesibilidad al sistema sanitario. En el *Pla de Salut 2011-15*(165), la línea de actuación 1, desarrolla la promoción de las políticas de seguridad y de calidad clínica. También ahí la EPA tiene un papel importante en la promoción de la atención centrada en el paciente, velar por la seguridad y mejorar la eficiencia del sistema.

Por otra parte, los indicadores de salud y eficiencia del informe de la OECD de los últimos años y en concreto en el informe 2015(6) se pone en evidencia que existe margen de mejora para reducir el gasto total en salud si se realizaran medidas estructurales importantes, pero que nos aproximaran en términos de eficiencia a la media de los 34 países pertenecientes a dicha organización.

Uno de los indicadores es el número de profesionales médicos y enfermeras por cada 1000 habitantes, (el informe 2015 recoge los médicos y enfermeras en activo entre 2012 y 2014), en España los médicos se sitúan en 4,10 médicos por cada 1000 habitantes, 0,59 por encima de la media y las enfermeras se sitúan en 5,39 enfermeras por cada 1000 habitantes, 4,85 por debajo de la media.

Muy probablemente, en la actualidad, los médicos estén realizando en España competencias que deberían ser desarrolladas por las enfermeras, o actividades en un número superior al que en otros países se esperaría que las hiciera una enfermera, aportando más coste al sistema sanitario. En palabras de Ortún(235):

“Años de exceso de médicos han llevado a una subocupación profesional que aconseja que se dejen de hacer funciones que pueden mecanizarse o pueden ser desempeñadas igual o mejor por otros profesionales”

También, un estudio sobre la planificación y formación de profesionales sanitarios de la Sociedad Española de Salud Pública y administración Sanitaria (SESPAS) en 2012(236) pone también de manifiesto que la baja dotación de enfermería respecto a la medicina constituye un desequilibrio estructural endémico.

El reequilibrio en esta línea podría ir de la mano de la PA substituyendo médicos por enfermeras en áreas donde la EPA ya ha empezado a dar resultados como mínimo iguales que los médicos, como apuntan los resultados de Horrocks(180), de Laurant(181), de Newhouse(182), de Mundinger(183) o de Kinnersley(184) y el salario de las enfermeras es inferior al de los médicos. Y por otra parte, se podría probablemente abordar problemas como la accesibilidad en términos de lista de espera quirúrgica, o primeras visitas en consultas especializadas ya que quedarían horas de médico libres.

El desarrollo de la práctica avanzada en foros externos, es una de las formas de dar visibilidad a las EsPA, mediante la participación en foros profesionales y en políticas de salud. En esta categoría se incluye información relativa a la actividad que realizan las EsPA de la muestra fuera de sus organizaciones, ya sea participando en asociaciones profesionales o grupos de trabajo, participando en jornadas y congresos o realizando docencia fuera de la organización. Más de la mitad de las EsPA de la muestra participan en alguna actividad externa a su organización, y cuatro de ellas en la actualidad son activas en grupos de trabajo para avanzar en la especificidad del rol (E6, E12, E13, E17) e incluso colaboran activamente en la elaboración de documentos para planes directores del *Departament de Salut* (E6) y también las enfermeras

estomatoterapeutas ganaron el “Premio a mejor Salud, iniciativa sociosanitaria” del año 2014 gracias a su contribución en las consultas de ostomías(237) (E12, E17).

Aunque esto es así, todavía se visualizan pocas enfermeras participando en la elaboración de las políticas de salud o en el gabinete técnico del *Departament de Salut*.

5.2.4.3. Política empresarial

La política empresarial, es una categoría que hace referencia a que opinan las informantes del papel que juega la PA en las políticas de la organización.

Política de centrar la atención en las personas, esta subcategoría recoge información sobre como la organización a través de la EsPA mejora la atención a la persona-paciente, especialmente la coordinación y la gestión de casos complejos. Diferentes EsPA mencionan la atención personalizada que realizan, ya sea con los contactos para las derivaciones a otros niveles asistenciales (E9), o a otros profesionales, la organización de visitas y la gestión de casos en general (E5, E8, E11, E12).

Política de disminución de costes, esta subcategoría incluye información que de forma directa o indirecta explica el impacto que está obteniendo la EsPA en los indicadores de resultados, los cuales repercuten a nivel económico ya sea por el cierre de camas hospitalarias, disminución de reingresos, disminución de complicaciones, sustitución de ingresos por controles domiciliarios... (E9, E14, D4). Algunos ejemplos de esta disminución son aportados en la categoría de evaluación de resultados y mejora.

La política empresarial sanitaria en Catalunya viene marcada por el *Pla de Salut* y las directivas de la aseguradora *CatSalut* en las empresas sanitarias públicas. Así, las empresas tienen que realizar un esfuerzo para adaptarse a las líneas prioritarias del *Pla de Salut* en la reorganización de servicios, potenciando la asistencia ambulatoria y domiciliaria frente a la hospitalaria, potenciar el autocuidado de los pacientes y las familias con la mayor satisfacción, mejorar los resultados de efectividad y eficiencia..., a la vez que han de reducir y mantener los costes al presupuesto asignado por el *CatSalut*.

Es en esta situación que las empresas públicas están reorganizando su modelo asistencial y adaptándose al presupuesto, principalmente a partir de la sustitución de asistencia hospitalaria por asistencia ambulatoria (disminución del número de camas) además de adaptarse al Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral(238) que propone la disminución estructural en personas, ya sea por

jubilaciones no cubiertas, por bajas no cubiertas..., y en algunos casos por despidos de plantilla no fija.

Uno de los registros del hospital privado sostiene que hay otras formas de gestionar:

“Yo hace años venia de un hospital concertado y he vivido un poco las políticas públicas en sanidad y veo que las cosas se deciden de forma muy distinta. Primero porque aquí tenemos una limitación económica que nadie nos cubrirá la deuda, y después porque hay una prioridad clara... que es el paciente, lo que necesita el paciente [...], o sea hay otra forma de hacer las cosas” (D4).

“Por ejemplo, para poner en marcha el programa de cronicidad, establecer contactos con otros centros, y estaban empezando la casa por el tejado, empezaron a invertir y gastar dinero con sistemas de localización, electros a distancia y monitorización de pacientes. Nosotros empezamos diseñando un servicio (el PAPP actual) con muy pocos recursos y a medida que monitorizamos la eficacia y daba resultados fuimos invirtiendo personas del hospital a este nuevo servicio” (D4)

Otra directora de enfermería, refiriéndose a las posibilidades de crecer con EPA sostiene:

“Yo creo que las intenciones son de apoyo, otra cosa es el momento en el que nos encontramos que... bueno pues a veces no es prioritario [...] es decir, si ahora que estamos en un momento que los gastos han de ser cero, plantearse abrir una consulta, o por ejemplo el tema de las heridas crónicas daría para otra enfermera, pero ahora mismo, todo y que todo el mundo lo vea, es impensable” (D3)

Por el contrario, Nevidjon y Simonson(86), sostienen que hay razones convincentes para los administradores, en considerar el rol de la APN como una respuesta a la mayoría de retos que hoy en día se presentan en el entorno de la sanidad. De entre las justificaciones que las organizaciones dan en los EE. UU. para tener APN, destacaríamos: las habilidades para practicar en múltiples marcos de cuidados: atención médica especializada, cuidados paliativos y asistencia domiciliaria, la habilidad para educar a los pacientes y ayudarles en el autocuidado a través de la orientación y el *coaching*, unido a la utilización de cuidados basados en la evidencia, entre otras.

Lo importante para Nevidjon y Simonson(86) es que las APNs y los administradores definan el marco de colaboración y la contribución esperada en términos de resultados.

Entendiendo que las organizaciones deberán ir cambiando sus estructuras de servicios y sistemas de atención para adaptarse a los compromisos del *Pla de Salut* de una forma estable y a la vez costo-eficientes, se debería tener en cuenta, qué pueden hacer las enfermeras desde la perspectiva de ampliación de sus roles, ¿Cómo pueden sustituir actividades que actualmente hacen los médicos y que las enfermeras podrían desarrollar dentro de su marco competencial?

Quizás, la política que deberían realizar las organizaciones, debería pasar por una planificación estratégica que partiera de la definición de la estructura de servicios de atención a medio y largo plazo. Así como, por un análisis detallado de los recursos humanos por titulaciones, edades, servicios y áreas de atención para poder realizar una planificación a corto, medio y largo plazo que fuera adecuada profesionalmente y sostenible económicamente.

En cuanto a la **política de soporte y reconocimiento a las EsPA**, los datos recogidos ponen de manifiesto todas las EsPA de la muestra se sienten reconocidas por sus mandos directos y por la dirección de enfermería, en el sentido que las valoran y se sienten respetadas, con una salvedad en donde el servicio está muy jerarquizado y el profesional tiene dificultades para proponer, experimentar y en definitiva crecer profesionalmente (E2).

En cuanto al soporte de la alta dirección, la visión de las EsPA y la visión de las DE es diferente, mientras que algunas EsPA se manifiestan algo negativas (E8, E13) porque se priorizan los resultados económicos a corto plazo, las direcciones de enfermería son más optimistas (D1, D2, D3, D4), porque piensan que se está trabajando para este cambio, pero en la medida que la coyuntura económica lo permite.

En definitiva, las EsPA de la muestra, manifiestan que trabajan por su propia satisfacción, que se podría hacer mucho más, pero no siempre reciben el soporte que necesitan de la dirección para mejorar los resultados.

“Hemos ido muy atrás con la crisis, en estos momentos lo que vale son los resultados económicos y poca visión de futuro” (E8)

“Ellos solo ven el sueldo, el plus de la práctica avanzada [...] yo creo que las enfermeras que más o menos cobran un poquito más molestan [...] porque entienden que tiene un valor añadido, para que los resultados económicos sean mejores” (E8)

Y por el contrario, la visión de las DE es que hay un apoyo de la alta dirección, pero contrasta la opinión de las DE en hospitales públicos o concertados y en el hospital privado. En los

primeros, se argumenta que a pesar de la coyuntura económica se ha realizado una apuesta por estas enfermeras (D1), que la dirección ha realizado una apuesta clara, pero hay una alta prioridad para que el presupuesto cuadre (D3), que se ha reconocido el papel de estas enfermeras de forma escrita y pactada con los agentes sociales (D2) y en el hospital privado se argumenta que la apuesta ha sido gracias a los buenos resultados que ya en una fase piloto obtuvieron (D4).

“Creo que mi gerente cree en esto, tenemos tres enfermeras clínicas nuevas en un año, dada la coyuntura económica actual, el hospital ha apostado por las enfermeras clínicas” (D1)

“Desde el momento que la estructura organizativa, desde la dirección, la gerencia y desde mi parte hay una descripción de puesto de trabajo de la enfermera clínica, firmada por todos, quiere decir que hay un reconocimiento del papel dentro de la organización” (D2)

“Ha madurado mucho este tema [...] la dirección lo ve como una apuesta clara” (D3)

“El hospital da mucho soporte a estos roles [...] es un hospital que los buenos resultados los marca un buen trabajo de enfermería” (D4)

Con respecto a reconocimiento del título o nombre, es variable, y a nivel económico también. Ver tabla 22, donde se exponen las diferencias de reconocimiento en los hospitales de la muestra.

En realidad solo en un hospital (HB1), la EsPA tiene un reconocimiento tanto en el nombre, es denominada “enfermera clínica” como a nivel económico; en el hospital HA solo una de las cinco enfermeras entrevistadas se le reconoce internamente el nombre también de “enfermera clínica” pero este no está recogido en ningún documento oficial ni tampoco tiene un reconocimiento específico oficial por el trabajo que desarrolla.

Tabla 22: Reconocimiento institucional.

Reconocimiento	HA	HB1	HB2	HC
Nombre reconocido	Enfermera clínica (1/5) solo a nivel interno.	Enfermera clínica con DPT	NO	NO
Económico	No reconocido, una aportación de 5h extras mensuales a la enf. clínica (1/5)	Nivel 1 de responsabilidad en convenio XHUP	NO	NO

Fuente: Elaboración propia

El reconocimiento económico para la realización de la PA, solo esta regulado en un hospital (HB1) que el plus es igual al de una supervisora-coordinadora y cobran el plus de PA + el nivel de carrera profesional como el resto de enfermeras (incluida la supervisora).

“Tenemos dos pluses, uno que es el nivel de responsabilidad y el otro es la carrera profesional” (E6)

La EsPA E3, explica que por ser EPA no tiene ningún reconocimiento económico pero si en otros conceptos como el resto de enfermeras:

“Yo cobro más por antigüedad y carrera profesional no por realizar este trabajo” (E3)

Una explicación clásica pero probablemente acertada, de porque la mayoría de las EsPA no tienen un reconocimiento económico, es que tradicionalmente, las enfermeras expertas que querían destacar en un área de atención, estaban ya satisfechas con tener un horario sin trabajar fines de semana y la gran mayoría en turno de mañana. Esta era una compensación que les permitía desarrollarse a nivel profesional en un área de interés y también realizar sus tareas domésticas en un horario de normalidad familiar.

Pero las exigencias de la PA tanto a nivel clínico, como docente y también de investigación, el trabajo por resultados y la presión asistencial actual, hace que uno se pregunte ¿Por qué en tres de los cuatro hospitales cobran igual que las enfermeras convencionales? ¿Por qué no existe el reconocimiento al esfuerzo?

La referente del COIB en este tema opina que:

“Si hablamos de reconocimiento económico, creo que esto debería estar dentro de una propuesta de carrera profesional, que abarque no solo el ámbito clínico sino también

otros ámbitos [...], el modelo de carrera es un pendiente histórico que es difícil y en la PA y en la especialista también” (R1)

Y el referente legal también opina:

“Aquí hemos tenido una ocasión perdida que ha sido la carrera profesional, se ha atado la carrera profesional a la promoción laboral y la recompensa, cuando la carrera profesional debería de ser las estrellas que va llevando una persona en virtud de sus conocimientos, de su experiencia..., y esto debería estar acreditado y reconocido no por las empresas sino por el propio colectivo profesional” (R2)

La reestructuración de la carrera profesional de los diferentes convenios y acuerdos estaría bien, pero ¿es esta una propuesta realista? De hecho, en el Reino Unido, fue precisamente la carrera profesional lo que reguló en su momento, y por este motivo, las enfermeras de base son nivel 5, las especialistas nivel 6 y las de PA nivel 7(106). Esta podría ser una solución, pero ¿Quién acreditará la PA?, volvemos a los criterios primarios del modelo.

Estamos todavía muy lejos de los planteamientos que Nevidjon y Simonson(86) hacen cuando hablamos de reconocimiento o recompensa económica, ya que en EE. UU. los administradores se plantean la contribución de la APN, con el objetivo de mejorar los resultados con los pacientes, ahorrar y crear beneficio. También de Hanson y Bennett(87) que plantean la contribución de la APN desde la planificación del negocio, donde el éxito se mide con la habilidad que la APN utiliza los procesos de la organización para conseguir los resultados deseados y en donde cada aseguradora tiene sus procesos para gestionar la contraprestación económica por dar cuidado a sus beneficiarios.

5.2.4.4. Marketing

En Catalunya, el *marketing* en las empresas sanitarias públicas, tradicionalmente no ha sido un elemento empresarial a desarrollar, ya que el cliente/paciente lo tienen cautivado, diferente es en las empresas privadas o las aseguradoras que necesitan atraer a los futuros pacientes para que compren su producto.

Los registros obtenidos en la subcategoría de política de marketing así lo reflejan. Teniendo en cuenta que la política de *marketing* es hacia la sociedad en general, solo el hospital privado ha publicado un número de su publicación mensual sobre el servicio de PAPP (Programa de Atención al Paciente Pluripatológico de Asistencia). Este es el caso del hospital C de la muestra que ha realizado una promoción del servicio de PAPP donde participan las EPA.

“La empresa saca un periódico, no se si es mensual, en donde hemos salido, sale un apartado donde se habla del PAPP. También la coordinadora ha hecho una conferencia por radio, y cuando hay congresos nos damos a conocer” (E14)

Y también a nivel de servicio otra EsPA habla sobre la experiencia pionera que están llevando a cabo, esta experiencia, el hospital la ha publicitado en foros profesionales pero no a la comunidad en general (E13).

Pero actualmente, con la política de la transparencia del *Departament de Salut*, las empresas sanitarias empiezan a “querer salir bien en la foto”, y ha aumentado la motivación por la página web de la empresa, la comunicación de los resultados en salud, participar en fóruns profesionales o en los proyectos *TiCSalut*(174), en donde las EPA pueden también participar dando a conocer sus proyectos.

Según Hodnicki, D.R.(88), el *marketing* es esencial tanto para la supervivencia de la EPA como para la influencia que pueden ejercer dentro de la profesión.

Por otra parte, las EPA realizan algunas aportaciones en el ámbito profesional en congresos:

“Participo en mesas redondas, doy charlas y hago cursos de formación a la primaria” (E12)

“En el Congreso Nacional, hace tres semanas fui a hacer una conferencia, al Congreso Internacional de Reuma también participe en una charla, claro, al final la gente que esta interesada como llevas muchos años, haces revisiones buenas y explicas lo que haces y te llaman” (E6)

Y en algún caso, a través de las asociaciones profesionales, participan con información a la sociedad, este es el caso del *Grup d’Infermeria Experta en Estomateràpia de Catalunya* (GIEEC) que a través de una empresa de *marketing* se da a conocer al público en general y a los pacientes ostomizados en particular.

Pero todavía no hemos llegado al nivel deseado por las EPA, en donde las empresas den a conocer el papel que desarrollan y los beneficios que aportan a los pacientes. Esto por una parte podría entrar en conflicto con otros grupos de interés, los médicos y por otra, todavía no han evaluado el impacto que les ha supuesto la práctica avanzada con la gestión de casos u otros roles, no siendo conscientes de que la promoción de la EPA en beneficio de los pacientes y de los ciudadanos en general también beneficiaria a las empresas.

5.2.4.5. Cultura de la organización

Se ha otorgado el término “cultura” porque tiene que ver con las creencias y valores de los profesionales, sus opiniones y actuaciones. Y en este caso sobre las EsPA, a través de como se ven ellas o como les ven los demás, podemos ver las características socioculturales que subyacen en las organizaciones.

La creación de la cultura de la empresa depende de varios factores, pero como argumentan Richmond y Becker(89), una cultura adecuada para la EPA no aparece de la nada, se crea a través del compromiso de los diferentes actores.

En el contexto de esta investigación se han registrado opiniones, sensaciones y creencias que ponen sobre la mesa la construcción de esta cultura. A continuación se exponen una selección de estos registros.

Respecto a ellas mismas, hay registros que ponen de relieve que todavía hay aspectos poco claros de su actuación, hay comentarios de infravaloración, otros registros más de avance en la profesión y también del esfuerzo que supone que se les reconozca el trabajo que realizan.

“–Le comenta la médico- Ven que auscultaras unos crepitantes, pero claro, yo entiendo que no es mi categoría hacer esto, pienso que esto ha de hacerlo un médico” (E14).

“que le tengo que decir yo, que soy enfermera, a este profesional que es mi compañero y que es médico”(E14).

“Entonces para llegar a un consenso a veces dices... ¡bien, que le tengo que decir yo, que soy enfermera, a este profesional que es mi compañero y que es médico...! y al final has de decir – la valoración la he hecho yo y esto es así -” (E11).

“ Al estar estudiando, al estar al día, al estar leyendo, se están abriendo puertas simplemente mirando lo que hay fuera y lo que haces, y el tipo de enfermería que hay fuera, esto te motiva mucho y puedes ver aquello que puedes proyectar en tu tarea” (E13).

“Cuesta mucho hacerse un lugar y que te reconozcan” (E5).

Respecto a otras enfermeras, por una parte hay la opinión de las EsPA, de que las enfermeras no avanzan profesionalmente porque trabajan con mucha presión y no tienen ninguna recompensa.

“Yo pienso que hay mucha presión, que es una visión que se podría romper desde arriba, todos sabemos que tenemos mucho trabajo, no tenemos tiempo para nada y hacer las cosas fuera del horario laboral, leer y estudiar, la gente a veces lo ve como que no hay premio y ¿Por qué hago esto si no hay premio?, sí... continuaré en esta planta, con el mismo trabajo, con el mismo horario y todo igual y no cobraré más”.
(E13)

“La enfermería si estuviese al día de lo que hay también lo haría, pero es que se han acomodado, ya tienen bastante con el trabajo que tienen y como que es un esfuerzo que no tiene recompensa y piensan que no cambiara nada en su trabajo” (E13)

Y por otro, hay lo que piensan las enfermeras (no EsPA) de las EsPA, en este sentido, los registros recogidos hacen mención a lo que les supone de trabajo para las mismas, hay expresiones de que está valorada porque les sacas trabajo y otras de que no está valorada porque les da trabajo.

“Yo pienso que muy bien, les doy soporte, con lo cual les sacas trabajo que tienen mucha presión...” (E5)

“La gente no lo ve como una ayuda sino como una carga más de trabajo, pienso que nos ven como un incordio y en el momento que estamos se sienten cohibidas y controladas” (E2)

“Desconocen la importancia de esta persona, yo creo que es desconocimiento” (E5).

En este punto, es interesante también una aportación de una DE sobre la mentalidad que tienen las enfermeras en general y la dificultad o voluntad en asumir responsabilidades.

“Lo que nos cuesta es, primero cambiar la mentalidad de las enfermeras, de las propias enfermeras ¿eh? Querer asumir responsabilidades, querer asumir riesgos. Tomar decisiones... es tomar un riesgos, bueno, has de estar formada y has de estar convencido que aquello que estas haciendo es lo que se tiene que hacer. Yo creo que este es el tema que nos costará un poco” (D3)

Quizás si más enfermeras quisieran asumir responsabilidades y tomar decisiones sobre temas complejos, podrías optar a un nivel cualitativo de atención mejor y tendríamos más cantera de EsPA. Pero claro, esto como bien dice D3 pasa por formación pero también, como sostiene Tracy(50), pasa por incorporar la cultura de la práctica sensible a la investigación y la PBE, con espacios de tiempo destinados a revisar la práctica e incorporar la reflexión sobre la acción.

Este es un trabajo, que requiere voluntad directiva, planificación a corto-medio plazo y organización para que el coste sea casi cero.

En un proceso donde hay voluntad directiva, planificación y muy especialmente comunicación continua de la estrategia, las personas pueden ver cual es el camino y comprometerse con el proyecto y si además hay constancia y perseverancia para que el proyecto se lleve a cabo probablemente el éxito del cambio ira surgiendo.

Respecto a los médicos del equipo, los registros muestran cómo viven las informantes de la muestra la relación con el colectivo médico y cómo impacta en la estructura sociocultural de la organización.

Un aspecto que se pone de relieve es como los médicos afrontan la vivencia del probable poder por parte de las EsPA en este cambio de modelo asistencial. Por una parte se ponen barreras para que las enfermeras avancen (E3), se cuestiona el modelo de enfermería clínica porque les otorga poder a las enfermeras, pero por el contrario las quieren mantener porque les soluciona problemas (E8), es una relación disociada entre el acuerdo y el desacuerdo por motivos de poder (D3).

“Lo que pasa es que tenemos todavía un peso importante, que es el sector médico y la dirección médica, que ponen muchas barreras en muchos sitios y a veces no les interesa pero lo quieren acaparar todo, [...] depende de los equipos médicos pero a veces hay que crear una plaza,- ¡o no! esto ya lo hará un médico- porque les interesa controlarlo todo, poder tocar todas las teclas. Yo pienso que estamos un poco limitados, que enfermería siempre tenemos el peso de los médicos encima y es muy difícil” (E3)

“A nivel directivo médico se quiso recular el modelo de enfermería clínico hacia las áreas porque – ¿Qué pintan las enfermeras clínicas?- Y ahora que ya llevamos un tiempo, dicen no, no, volvamos a ponerlas, lo han entendido, de entrada si una enfermera tiene poder no les gusta, entonces apartémosla” (E8)

“Yo pienso que están en aquello de – te quiero y no te quiero” (D3)

Por lo que se refiere al control de la infección, hay una implicación distinta entre médicos y personal de enfermería en las medidas de prevención de la infección nosocomial en función del trabajo colaborativo (ver práctica colaborativa). Cuando el equipo de infección funciona por separado, médicos y enfermeras, la apuesta por la prevención de la infección es de la enfermería y esta tiene grandes dificultades para influir en las prácticas y comportamientos de

los médicos (E2). Pero cuando funcionan de forma interdisciplinar, médicos y enfermeras, la confianza entre ellos aumenta, porque trabajan diariamente discutiendo los casos, analizando los circuitos... (E15), pudiendo incluso llegar a tener autoridad las enfermeras sobre los médicos u otros profesionales.

“Nosotras estamos muy encima del personal de enfermería y el personal médico no están tanto encima, de entrada porque hay una cultura social diferente, parece que esto (el control de la infección) no vaya con el médico, y cuesta más decirle –es que lo haces mal- y que acepten la crítica, porque hay cierto rechazo, cierta manera de ponerse a la defensiva” (E2)

“Tú vas a enfermería, por ejemplo el tema de la uniformidad, y les dices: -¡escucha es que no puedes llevar el anillo, o es que no puedes llevar no sé qué... ah!- y contestán: - cuando se lo saque la residente me lo sacaré yo-, bien es difícil, porque yo no tengo poder de decirle a la residente – mira es que has de ir así, [...] y el enfermo es de todos, no puede ser que sea solo de unos cuantos porque las consecuencias son las mismas” (E2)

“Yo creo que no solo se valora el trabajo que hacemos, sino que hay una confianza importante, valoran mucho el tema, a parte de la experiencia, el hecho del conocimiento directo del día a día, se fían porque saben que estamos allá y somos las que estamos al lado y las que conocemos como ha ido el circuito, como ha ido el tema y podemos dar información valiosa” (E15)

El trabajo colaborativo entre médicos y enfermeras promueve el respeto y la confianza mútua, como defienden Hanson y Spross(77), tener un objetivo común, fomentar la competencia clínica y la responsabilidad, reconocer y valorar los conocimientos del otro y tener habilidades de competencia interpersonal aseguran el trabajo colaborativo. En palabras de Nevidjon y Simonson(86) desarrollar un clima de apoyo a las APNs, el primero de los factores que ayudan o obstaculizan es el apoyo de los médicos y otras enfermeras. La aceptación por parte de los compañeros de trabajo crea un entorno exitoso para desarrollar la práctica.

Algunas opiniones ponen de relieve la discriminación, ya no por ser enfermera, sino también por sexo. Se valora positivamente no sentirse maltratada a nivel profesional (E9), se argumenta el clasismo establecido en algunas especialidades médicas concretas y las estrategias adoptadas para conseguir el objetivo propuesto (E8). En definitiva, se argumentan

opiniones y conductas que reflejan la discriminación que sufren las enfermeras por parte de algunos colectivos médicos.

“Cada servicio es un mundo y cada persona también, yo no me siento maltratada a nivel profesional, sí que es verdad que topamos con la parte médica muchas veces, [...] a veces cuando piensas este médico a entendido lo de la práctica avanzada de repente te llama para que le hagas de secretaria clínica no de enfermera” (E9)

“Yo creo que en el mundo de la cirugía, sigue habiendo mucho clasismo versus a la enfermera y además mujer. Si yo fuera un hombre, no tendría ningún problema, pero con los cirujanos, una mujer y enfermera cuesta. Entonces, yo siempre he intentado pasar por tonta, entre comillas, o sea tener mucha mano derecha, no por tonta, porque nunca se sientan avasallados, sino entonces ya te los has puesto de culo. Aquello que se dice, la gracia de los años de experiencia, entonces no dices -pero, ¡ya se lo has dicho!- entonces están encantados y no hay problema, y has de tener mucha mano derecha”.
(E8)

Otras opiniones enfatizan el apoyo de los médicos hacia las EsPA, y en especial las valoran cuando estas demuestran su conocimiento, a través de su lenguaje, explicaciones y análisis sobre la situación de los pacientes (E5, E13)

“Los endocrinos, es una de las especialidades que supongo tienen más sensibilidad y están más a favor de la enfermería, y ven el trabajo de la enfermera, el papel, porque sin ellas no funcionarían” (E5)

“Les ves la cara cuando estás hablando [...] y te acaban diciendo – Ostras ¡que trabajo haces!” (E13)

Los agentes sociales, también generan una corriente de opinión en la organización, inicialmente de desprestigio, ya que valoran más las condiciones laborales de las EsPA porque no realizan fines de semana, que la aportación que estas realizan a la organización, pero cuando se dan cuenta de los elementos de promoción y de aumento de la capacidad de liderazgo, suelen respetarlas (D2).

“Había un frente de la parte social... ¡eh! La parte social también hubo un momento que decía... ¡Estas!” (D2)

“Y que hacen, no... ¡que vengan ellas a hacer fines de semana! Normal. Me toco a mi dar todo tipo de informaciones y clarificar el papel de cada una, a la que han visto que

son elementos de promoción, de aumento de la capacidad de liderazgo enfermero, todo esto se ha ido” (D2)

5.2.4.6. Resultados de evaluación y mejora de la actuación

Para evaluar el impacto que tiene la EPA en los resultados de los pacientes, es imprescindible tener una monitorización de los procesos relacionados tanto con la actividad de la EPA, como del comportamiento y resultados en salud de los pacientes.

Las entrevistas realizadas a las informantes, muestran situaciones diferentes en relación a la evaluación de la atención prestada, el análisis de los resultados y el proceso de mejora realizado.

Los resultados de esta categoría se presentan sobre la base de la metodología de mejora continua haciendo especial énfasis en los resultados que las EsPA consiguen con su aportación. Se han descrito cinco subcategorías relacionadas con la tipología de los resultados que se obtienen y el proceso de mejora continua.

Los resultados de actividad/productividad, hacen referencia a lo que hacen los profesionales y miden la cantidad de actividades que realizan. Se observa que todas las EsPA pueden acceder a los resultados de actividad/productividad del tipo: visitas realizadas, lista de espera, pruebas realizadas, pacientes ingresados que llevan, interconsultas y derivaciones que realizan, visitas domiciliarias y telefónicas, estudios realizados, tipología de pacientes atendidos..., siendo la mayoría datos que provienen del sistema de información del centro, aunque también algunas EsPA tienen un sistema propio de recogida de datos (E2, E7, E10, E12, E13, E15, E16, E17) que utilizan a menudo para presentar comunicaciones en congresos.

“A finales de años me lo pedirán, todas las visitas que hemos hecho, cuantas se han suspendido, cuantas no se han presentado..., esto es para el historial que hacen del año, y nosotras queríamos hacer un estudio pero no nos hemos puesto” (E1)

“Tenemos datos, yo tengo Excel’s, tengo datos, tengo cosas que voy guardando y que valen la pena” (E7)

“Sí, tenemos la actividad que hacemos con los pacientes en consultas externas” (E12)

Los resultados de calidad y seguridad de los pacientes, hacen referencia a la calidad del servicio que prestán las EsPA de la muestra, estos datos suelen estar relacionados con normativas o estándares de calidad. Del total de EsPA de la muestra en 12 casos las

enfermeras han mencionado que disponen de datos sobre resultados de calidad y seguridad de los pacientes. De estos, la mayoría son datos relacionados con el *proceso de atención*, ya sea la evaluación del paciente: evaluación del estado funcional, del estado nutricional, del riesgo de caídas, del riesgo de UPP's, de la comorbilidad... (E4, E9, E13, E14, E16, E17), la ubicación de la ostomía (E17), los cuidados del paciente (E7), el lavado de manos (E2, E15) y la uniformidad (E2).

Los datos relacionados con la valoración del paciente a menudo provienen de la parametrización de la historia clínica, y en este caso no siempre tienen a disposición los resultados agregados para analizarlos.

También se mencionan algunos datos relacionados con *resultados de la atención*, como la confortabilidad en el proceso de muerte en domicilio (E14), las complicaciones de accesos venosos (E14), los tiempos de curación de las heridas (E13), la prevalencia de UPP (E16), la mortalidad (E8) y los resultados de infección como las bacteriemias entre otros (E2, E15).

En general, los resultados que tienen son escasos en el global de las EsPA estudiadas, ya que, aunque pueden acceder a resultados de su propia actividad y a resultados que están parametrizados en la historia clínica, la mayoría de ellas han de disponer de bases de datos complementarias para obtener los resultados que les permita analizar los procesos y los resultados en sus pacientes. Una muestra de los registros recogidos de las enfermeras:

“Vamos registrando los casos, tenerlos controlados, registrados automáticamente para después poder tabular y poder tener indicadores de resultados” (E8)

“Llevamos un año y medio y deberíamos hacer algún estudio... básicamente un poco de resultados de lo que hemos hecho para autoevaluarnos” (E11)

“Una de las cosas que nos ha ayudado mucho es el tema de la vigilancia del VINCAT” (E15)

“Esto lo recojo yo, palito a palito... o sea tengo toda la información, y ahora he hecho un resumen” (E17)

Un caso excepcional son las enfermeras de infecciones que, gracias a la colaboración en un proyecto externo (VINCAT), pueden disponer de datos fiables.

Por lo que se refiere a registros de las DE con respecto a la actividad y la calidad de la atención:

“Desde el punto de vista de control de la infección sí” (D1)

“Tenemos resultados no de todas ni mucho menos... este es el camino [...] tema dolor, tenemos indicadores de infecciones, flebitis, medidas de aislamientos” (D2)

“(mmm) de calidad, ¡vaya!, yo diría que casi nada, de actividad sí” (D3)

“Tenemos un resumen de calidad anual y un informe de actividad mensual” (D4)

Parece que hay organizaciones que están más avanzadas y otras menos, aunque es probable que el desarrollo de los sistemas de información en cada organización y las prioridades de la alta dirección pueda haber desempeñado un papel en esta situación.

Los resultados de eficiencia, hacen referencia a si la actividad que realizan las EsPA es coste-efectiva, o sea que el resultado obtenido en términos económicos es superior a los recursos invertidos para realizar dicha actividad, o bien porque se deja de gastar en recursos alternativos. Así, los resultados de eficiencia que disponen las EsPA son escasos, y solo algunas de las EsPA de la muestra mencionan disponer de datos sobre la eficiencia relacionada con su actuación. Estos resultados hacen referencia a los reingresos de pacientes complejos (E7, E9), a los ingresos de pacientes quirúrgicos a la unidad de hospitalización domiciliaria (E8), al coste por cura de úlcera y día (E13) y en un último caso que no especifica el tipo de datos (E2). Pero la mayoría de estos datos son resultados globales que es difícil atribuirlos a la actividad de la EPA porque intervienen otros profesionales en la atención y en las decisiones sobre los pacientes.

Como argumenta Ingersoll(90), la magnitud de la contribución de las APNs al cuidado, se pierde a menudo porque las propias organizaciones atribuyen los resultados a los médicos.

En cuanto a resultados de satisfacción del paciente y la familia, son aquellos que proceden de la opinión expresada por los pacientes o sus familias de forma clara y por escrito, en relación al servicio prestado, habitualmente a través de cuestionarios o entrevistas por personas o agencias externas al servicio en cuestión o externas a la organización.

Aunque mayoritariamente, las EsPA coinciden en argumentar que los pacientes están satisfechos de su actuación, en ningún caso han manifestado haber realizado un cuestionario de satisfacción específico y en relación a su aportación, algunas EsPA (E4, E9, E10, E11), manifiestan que no han recogido datos referentes a la satisfacción por su contribución.

Análisis y mejora. Esta subcategoría recoge la información relativa al proceso de mejora continua a partir de los resultados obtenidos. En este sentido, solo manifiestan realizar algún tipo de análisis de los mismos y/o realizar intervenciones de mejora y/o volver a comprobar

resultados las EsPA de infección (E2, E15), las EsPA de heridas crónicas (E13, E16) y las EsPA de ostomías (E12, E17).

Cabe destacar en relación a los resultados de salud de los pacientes, la aportación de E2 que en 4 años disminuyeron el 70 % de las bacteriemias del hospital y la aportación de E13 que el tiempo de curación de las heridas complejas desde que en estas interviene la EsPA, ha disminuido un promedio de 18 meses, pasando de 20 meses a 2 meses el tiempo de curación.

En general, cabe decir que el análisis y las acciones de mejora se centran en las enfermeras con roles más clásicos o menos novedosos, o con más trayectoria, como son el caso de prevención de la infección, heridas crónicas y ostomías, que además coinciden que participan con asociaciones profesionales y en el caso de infecciones participan en programas dirigidos desde el *Departament de Salut*.

La evaluación del impacto de la EPA, según Ingersoll(90), se puede hacer en múltiples niveles, uno es el de la evaluación de la práctica. Estaríamos de acuerdo con DePalma(73), en que la EPA ha de ser competente en diseñar e implementar programas para evaluar los resultados de la práctica. Esto quiere decir, identificar cuales son las áreas susceptibles de evaluación, que elementos de diseño hay que considerar para que los resultados puedan ser comparables con otras organizaciones...

Pero una vez realizado el diseño, las organizaciones en nuestro contexto disponen de potentes servicios de gestión de datos para parametrizar los registros, obtener resultados y agregarlos según diseño previo y devolverlos en forma de resultados a las EPA para que ellas puedan analizarlos y buscar líneas de mejora.

En este sentido, es bastante decepcionante, ver que para poder tener resultados y medir la eficacia y efectividad de la EPA han de ser ellas mismas que velen por la obtención de resultados e invertir tiempo en medir en vez de invertirlo en analizar y mejorar.

Otra forma de evaluar el impacto de la EPA, según Ingersoll(90), es a través de las evaluaciones de rendimiento anuales. Para ello, solo se han recogido registros del HC sobre la evaluación del nivel de carrera profesional relacionado con la selección de las EsPA, pero no tenemos información referente a si las EsPA de la muestra han sido evaluadas de su rendimiento con el objetivo de evaluar el impacto de su trabajo en la atención de los pacientes.

Por último, la forma de evaluar más efectiva que probablemente necesiten las direcciones y los equipos es a través de la evaluación de programas. Ya sea con evaluación cualitativa, análisis

descriptivos o mejor con ensayos clínicos aleatorios (caso-control), comparando para el mismo grupo de pacientes y el mismo equipo interdisciplinar dos grupos de intervención, uno con la actuación tradicional y otro con la actuación de la EPA.

Los ensayos realizados por Brooten(187), Naylor(190) y Wong(189), han puesto de manifiesto que es posible evaluar la efectividad y la eficiencia de la EPA y quizás se debería tener en cuenta realizar estudios de evaluación a más largo plazo como proponen Buchan y Calman(191) para obtener muchos más casos.

5.3. DIFICULTADES Y SATISFACCIÓN PROFESIONAL

La sexta dimensión, en la presentación de resultados y discusión, trata de los dos extremos que se encuentra la EsPA, por una parte las dificultades habitualmente relacionadas con el cambio de modelo asistencial y por otra la satisfacción profesional de avanzar como profesión.

Las dificultades, se han definido como una categoría y en ella se recogen los obstáculos, barreras o inconvenientes que las EsPA de la muestra han descrito en sus aportaciones. Algunas de las dificultades se han tratado en otros capítulos, pero las más relevantes se pueden clasificar en las siguientes cuatro subcategorías:

Dificultades o barreras de las organizaciones, a pesar de que el cambio de modelo asistencial parece claro y se promueve desde el *Pla de Salut de Catalunya*(165), algunas de las organizaciones son ambivalentes, por una parte la gerencia y la dirección de enfermería facilitan la puesta en marcha de nuevos roles enfermeros, proporcionando autonomía clínica y de gestión, y por otra algunos equipos muestran claras resistencias. Este es el caso de una parte de los equipos médicos que todavía se plantean porque estas plazas no son cubiertas por médicos o se ponen barreras para su desarrollo (E1, E3, R1). Y también es el caso, de algunos equipos enfermeros, en donde los líderes de los equipos no facilitan la autonomía y el desarrollo profesional (E2).

Dificultades con la confianza de los equipos, esta dificultad que se ha descrito en la dimensión de competencias adicionales y práctica colaborativa, supone uno de las grandes escollos que tiene que superar la EsPA con sus colegas médicos, ya que a diferencia de estos en los que el título de medicina y cirugía y de especialista les presupone la capacidad, la EsPA aunque tenga formación y capacidad, continuamente tiene que demostrarla (E8, D3).

Dificultades con los límites profesionales, entendiendo por límite, aquella línea que no puedes traspasar porque no es competencia de la enfermera, o dicho de otro modo, porque legislativamente la enfermera no está autorizada para hacer.

Solo dos de las EsPA han manifestado que han tenido o tienen dificultad en la percepción de los límites competenciales. Un caso es el de la EsPA de ecocardiografía (E3), que le preocupaba hasta donde podía llegar, porque hasta entonces en su organización solo hacían esta prueba los médicos, pero resolvió su dificultad visitando a otras enfermeras que estaban en su misma situación y comprendiendo que su habilidad estaba en la medición de parámetros coronarios y que el nivel de gravedad venía dado por una escala validada, y además el informe de la prueba iba firmado doblemente por ella y por el médico referente. El otro caso, hace referencia a una de las enfermeras de heridas complejas (E13), que su preocupación radica en la alta especialización en cicatrización de heridas vasculares y hasta qué punto no invade el terreno del cirujano vascular, aunque ella argumenta sus decisiones con evidencia científica y está pendiente de los resultados.

En cuanto a los límites legislativos, prácticamente todas las EsPA de la muestra coinciden en que el problema de la prescripción básicamente se centra en el ajuste de dosis (E1, E5, E6, E9, E10, E11, E14), y la prescripción de medicamentos o material sanitario que no precisa receta médica (E12, E13, E16, E17). Por otro lado, están los límites con los ingresos y altas hospitalarios, ya que siempre ha de pasar o firmar la orden el médico (E1, E9, E10, E11, E14).

La soledad, también es una dificultad expresada, especialmente por aquellas enfermeras que están solas desarrollando un rol concreto, este ha sido el caso de la E1 hasta que no ha habido una segunda enfermera en el mismo rol, o de la E10 y la E13, no solo por la responsabilidad que significa llevar adelante un proyecto, también por el miedo a sentirse imprescindible y por el miedo a tomar decisiones.

La satisfacción profesional que tienen las EsPA es el contrapunto a las dificultades. La mitad de las EsPA entrevistadas, han hablado directamente de la satisfacción que les produce el desarrollo de su rol como EsPA, algunas manifiestan su autorealización profesional ya sea por aumentar la autonomía en la toma de decisiones (E10), o por el desarrollo propio del rol (E3). Otras manifiestan la satisfacción del trabajo bien hecho (E14, E17) y su satisfacción a través de la satisfacción del paciente y la familia (E7, E11).

5.4. CONCEPTUALIZAR LA PRÁCTICA AVANZADA. ANÁLISIS DE LA POLISEMIA DE LOS TÉRMINOS

Cuando hablamos de práctica avanzada en el desarrollo de la profesión enfermera en nuestro contexto, nos encontramos con una variedad de interpretaciones, tanto por parte de las enfermeras como de los directivos, médicos u otros referentes. Los motivos de esta variedad de interpretaciones son diversos, destacando especialmente: la desubicación del concepto en el contexto histórico del desarrollo enfermero en Catalunya y España, la influencia anglosajona del mismo y la falta de claridad en los términos desde sus orígenes. Todo ello hace que exista una confusión terminológica al utilizar e interpretar este concepto de práctica avanzada y los que de ella se derivan.

Así pues, intentaremos en este apartado analizar y situar el concepto de práctica avanzada en nuestro contexto atendiendo a la multicausalidad planteada.

Si tomamos de referencia la definición de la CIE(15) que define a la enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada como:

“Una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer, y como nivel de entrada, se recomienda un título de nivel medio universitario”.

Observamos que es un concepto que sugiere confusión semántica en nuestro contexto. Términos como *“práctica avanzada”*, *“conocimientos de experto”*, *“decisiones complejas”* y *“ejercicio profesional ampliado”*, son conceptos polisémicos, que los profesionales no tienen una noción clara del significado de cada uno de ellos, ni tan siquiera de la interrelación o no de dichos conceptos.

Si además, le añadimos otros términos relacionados como *“competencias avanzadas”* o *“roles avanzados”*, se hace necesario realizar un análisis epistemológico del concepto de *enfermera de práctica avanzada* sobre la base de los referentes teóricos y la opinión de las informantes (resultados de la dimensión 7) para esclarecer los términos y aportar claridad.

5.4.1. Sobre la palabra competencia

Diferentes autores han definido la palabra competencia centrada en el marco profesional enfermero. En Catalunya, el *Institut d'Estudis de la Salut* y el *Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut* en el 2002(163) definieron la competencia de la profesión enfermera como:

“El conjunto de habilidades, actitudes, conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permite que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento. Esta definición implica la capacidad para llevar a la práctica los conocimientos, las habilidades y las actitudes propias de la profesión de enfermería, al servicio de la resolución y prevención de un problema de salud. Así pues, esta definición hace claramente referencia un saber hacer, el cual se puede estructurar en tres dimensiones: conceptuales o pensamiento crítico, interpersonales y técnicas y también estas competencias pueden expresarse en términos de responsabilidad respecto a: los pacientes/usuarios/clientes, uno mismo, el equipo de salud, la profesión, la comunidad y la sociedad.”

Sobre la palabra competencia, la informante referente legal realizó la siguiente aportación a partir de una larga experiencia asesorando casos que le presentan las enfermeras:

“Debemos ponernos de acuerdo cuando utilizamos la palabra competencia, ¿Qué queremos decir? Por qué hay tres significados, [...], yo puedo decir que es competente porque sabe hacer una cosa, puedo decir que es competente porque hace aquello que le corresponde hacer o bien que es competente porque compite para llegar el primero, para ocupar un espacio, por ejemplo un espacio profesional. Esto son las polisemias de la palabra competencia” (R2).

Si entendemos por competencias el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que desarrolla una enfermera en la ejecución de su rol, la aportación de la referente legal, permite argumentar que *“las competencias que le corresponde hacer”* son aquellas definidas a partir de la legislación y que se concretan en el currículo formativo. Pero en la práctica nos encontramos con varios interrogantes para situar el referente: ¿Es el plan de estudios del diplomado de enfermería?, puesto que la mayoría de las enfermeras en el ámbito laboral actualmente tienen esta formación de base. ¿Es el plan de estudios del grado en enfermería?, ya que se le reconoce a la enfermera más competencias que en el diplomado de enfermería, especialmente en las competencias de investigación. ¿Qué ocurre cuando hablamos de

enfermeras especialistas, que se han formado con un currículo formativo complementario? ¿Cómo diferenciamos en la práctica el desarrollo de la función enfermera y de la enfermera especialista?

Ahora bien, si atendemos al significado de qué es competente porque *“sabe hacer una cosa”*, esta cosa, actividad o tarea, no tiene porque estar regulada en el currículo formativo, ya que si lo estuviera diríamos que le corresponde hacer. Así, puede ser una actividad que ha aprendido en el desarrollo de su función relacionada con las competencias que le corresponde hacer, y que tiene todo el sentido que la realice mientras no exista una regulación competencial específica, o cuando con una formación complementaria, mejoraría enormemente la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario. Este puede ser el caso de las enfermeras de preanestesia, cuando requieren conciliar medicación, o requieren retirar o recetar una medicación por protocolo:

“La conciliación de la medicación es un problema de los que tengo, porque cuando hacen la llamada telefónica en la visita preanestésica se encuentran atadas de manos, pero claro la conciliación de la medicación es necesaria” (R2)”.

Otro ejemplo es, la actividad de lectura y ajuste de la prescripción de acenocumarol (sintrom®), que hasta hace pocos años la realizaba un médico especialista en hematología y ahora la realizan todas las enfermeras de atención primaria.

“Los controles de sintrom® hasta hace poco los hacían las hematólogas, ahora los hacen las enfermeras, subes, bajas, bajas, subes. Yo al principio de hacerlo iba a la doctora y preguntaba, pero ahora..., el programa informático ayuda pero no tienes ningún problema, esta es la verdad” (GD-10).

O el caso de la enfermera que realiza pruebas diagnósticas por ecocardiografía gracias a la experiencia, conocimientos anatómicos y habilidad en tomar mediciones:

“Sí que diagnosticamos, sí, sí. Ponemos insuficiencia aortica y estenosis y el grado si es leve, si es moderado..., si que es verdad, los diagnósticos son bastante fáciles, porque todo son números, entonces si está en estos números tú sabes que es una estenosis moderada, porque está dentro de unos límites, y si está en estos otros es una estenosis severa, entonces es muy difícil equivocarte, porque tú tienes una tabla de valores, tú haces las medidas [...]. Claro, lo que sí es importante es que cojas bien las medidas, si te equivocas con las medidas, entonces te equivocas en el diagnóstico, pero es un tema de anatomía, y de coger bien los planos y estar bien alineado [...]. Has de ver bien los flujos

para coger la imagen lo mejor posible para que te salgan los parámetros correctos, si lo tienes bien cogido no hay problema de error porque está todo muy bien delimitado [...]” (E3).

Y si *“es competente porque ocupa un espacio profesional”*, puede ser que hasta ahora este espacio no haya sido cubierto, esto es el caso de las enfermeras gestoras de casos que trabajan en atención primaria o en el hospital haciendo un seguimiento continuado del paciente crónico domiciliario, y que entre las decisiones que han de tomar con un paciente inestable que no responde al tratamiento, esté el ingreso.

“Puedes enviar a urgencias del hospital al paciente y a través de la coordinadora médica se reevalua al paciente y se ingresa” (E14).

¿Por qué cuando esta enfermera que realiza una actuación directa con el paciente a domicilio para estabilizarlo, valora que es necesario que ingrese, pero no puede hacerlo directamente sino que debemos invertir nuevamente tiempo de otro profesional, en este caso médico, para hacer una nueva valoración realizando además una sobreutilización del servicio de urgencias y un problema de incomodidad en el paciente?

Otro ejemplo es el de las enfermeras de cuidados paliativos en horario nocturno que van a domicilio, visitan al paciente y si lo consideran lo ingresan.

“Nosotros tenemos un servicio de noche, donde tengo dos enfermeras expertas en cuidados paliativos que cuando hacen la demanda es la enfermera la que va a domicilio y es ella quien decide ingresar y ya tenemos la conexión con el 061 o con el SS o directamente a la unidad de oncología y es la enfermera la que hace el ingreso, lo que pasa es que oficialmente no consta que sea así” (GD-3).

Nuevamente, nos encontramos que la enfermera tiene la capacidad de evaluar al paciente. Pero solo se le atribuye la competencia de tomar la decisión del ingreso cuando las condiciones no favorecen a que lo realice el médico, o cuando se decide que es más costo-efectivo de esta forma, como sería el caso en horario nocturno. Nuevamente, nos encontramos que la enfermera tiene la capacidad de evaluar al paciente. Pero solo se le atribuye la competencia de tomar la decisión del ingreso cuando las condiciones no favorecen a que lo realice el médico, o cuando se decide que es más costo-efectivo de esta forma, como sería el caso en horario nocturno. En realidad, no se ha podido encontrar ninguna normativa en Catalunya que especifique que el médico sea el que ha de firmar el ingreso, aunque las

organizaciones funcionan de forma que siempre es el médico quien firma el ingreso, pero por protocolo, en este caso, el equipo ha decidido que sea la enfermera quien lo realice.

También puede ser que este espacio sí esté cubierto por el médico principalmente, aunque pudieran ser otros, pero que atendiendo a las competencias que ya tiene la enfermera, en las cuales ha sido formada o requiriendo una formación adicional, pueda realizar. Así, podemos encontrar ejemplos de situaciones en donde la enfermera ha ido ocupando espacios, en donde con algunos prerrequisitos formativos la actuación de la misma se encuentra dentro de su marco competencial, ya que ha sido formada para ello, aunque en algunas ocasiones las normativas vigentes no le acompañen.

Este es el caso, del alta ambulatoria u hospitalaria, en donde, a pesar de que hay una Orden Ministerial que regula que el informe de alta será firmado por el médico(118), las enfermeras tienen las capacidades para valorar las condiciones de alta de un paciente y darles el alta sin la necesidad de que sea el mismo médico que valore estas condiciones.

“Cuando nacen las unidades de cirugía sin ingreso la enfermera es quien da el alta y la que dice -este señor se va de alta- por ejemplo en las cataratas y no espera que venga el oftalmólogo o el anestesista para darle el alta”(R2).

La enfermera puede decidir cuando el paciente está preparado para ir a domicilio. Los criterios de alta habituales son los regulados en la escala de *Aldrete modificada*[®](239), en donde se valoran criterios como: la actividad, la respiración, la circulación, el nivel de consciencia, la saturación de oxígeno, la integridad del apósito, el dolor, la deambulación, la alimentación y la micción, criterios que son de valoración enfermera.

También es el caso de la enfermera que realiza consulta de preanestesia en pacientes con cataratas (E1), una consulta que en el hospital A siempre la realizaban los médicos, y que le dieron la oportunidad a una enfermera de realizarla.

“En mi caso, yo estoy aquí porque el servicio de anestesia piensa que una enfermera puede hacer este trabajo [...] hago una historia clínica, una exploración del cierre ocular [...], explico en que consiste la intervención [...], si tienen EPOC, tienes que valorar como aguantaran el decúbito supino y la saturación de oxígeno [...] y les doy un librito naranja con todas las instrucciones. Además, les escribo todas las instrucciones a seguir con su tratamiento, el día de la intervención, [...]. También les explico un poco que tendrán de hacer después, para que lo sepan antes [...] a veces te encuentras con gente mayor que tiene su marido o su mujer que los tienen que cuidar, los levantan y tal y

esto no lo podrán hacer, y entonces es para que se lo arreglen, para que lo preparen, porque si han de contratar a una persona una semana, lo hagan” (E1)

En distintos hospitales se está incluyendo a la enfermera como parte del equipo profesional de anestesia, en donde participa con competencias que ella tiene legalmente reconocidas, como es la evaluación integral, la educación sanitaria y la coordinación asistencial, y en donde la prescripción, si fuera el caso, sería el único aspecto que en la actualidad no tiene competencia.

“Antes daba una medicación pautada que ahora ya no la damos, o sea, que sería el único momento que quizás no estaría bien cubierta” (E1)

Otro ejemplo es la enfermera de pacientes con cáncer de colon (GD) donde han sustituido visitas de seguimiento, que antes las hacía el médico, por visitas de seguimiento que ahora realiza la enfermera, porque la enfermera tiene competencia para realizar este seguimiento.

“Una visita de seguimiento la hace el médico y la siguiente la hace la enfermera, esta enfermera, que incluso cuando el paciente es identificado con un posible cáncer de colon, ella le hace la primera visita, le educa, le dota de recursos, le enseña...” (GD-2)

Así pues, y a vista de estos ejemplos, entre otros muchos, vemos que el currículo formativo a través de la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes capacita a la enfermera. Capacita, para desarrollar competencias que a menudo en las organizaciones no puede desarrollar, y que solo en aspectos como la prescripción farmacológica o el alta, esta no puede llevar a cabo un servicio con carácter finalista.

Si la sociedad a través de sus instituciones piensa que necesita otros servicios o actividades de la enfermera ¿Por qué no lo regula en leyes o normativas y después lo traslada al currículo formativo?

Ahora bien, ¿Todos estos ejemplos, en donde la enfermera va desarrollando nuevos roles, responde a un perfil de enfermera de práctica avanzada?

5.4.2. Sobre el concepto de expertez

El concepto de expertez o conocimiento experto es sinónimo de pericia, y según el diccionario de la Real Academia Española(221) pericia es sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte. Para Benner(1), considerada la precursora de la práctica avanzada, la pericia se desarrolla cuando el clínico verifica y decanta proposiciones, hipótesis y expectativas basadas en postulados teóricos en un contexto de situaciones reales acaecidas en el ámbito profesional. La enfermera experta percibe la situación como un todo, utiliza como modelo situaciones concretas anteriores y se sitúa en el justo término del problema sin malgastar el tiempo en considerar un gran número de alternativas no aplicables al caso.

Así, la expertez no es sinónimo de experiencia, si argumentamos que experiencia es el mero sumatorio de tiempo en años. Para Benner(1), la experiencia es el refinamiento de ideas preconcebidas y encontrar muchas situaciones prácticas reales que añaden matices o tonos de diferencias a la teoría, a la vez que remarca que no todas las enfermeras serán expertas. Conforme la enfermera adquiere “experiencia”, se genera una sabiduría clínica que es una amalgama de saberes prácticos elementales y de conocimientos teóricos no depurados. La enfermera no necesita de reglas o pautas, capta por vía intuitiva, gracias al conocimiento aprendido, todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema. La función intuitiva de la enfermera experta es fundamental y de ahí el concepto de enfermera experta por la experiencia.

Pero si consideráramos el conocimiento intuitivo de forma reduccionista, asimilando la expertez solo al conocimiento acumulado de la experiencia a lo largo de los años, no se adecuaría a la teoría de Benner cuando describe en la “práctica progresiva de la enfermera”(1), cómo se adquiere el conocimiento experto. En esta teoría, se argumenta que incluso con años de experiencia solo unas pocas enfermeras llegan a actuar desde el profundo conocimiento de la situación global, aludiendo a la agudeza de la percepción y a las facultades de detección, siendo la confrontación clínica entre teoría y práctica lo que permite a la enfermera experimentada, proceder a una constante valoración de sus conocimientos y en donde la teoría y la investigación científica se generan desde la esfera práctica.

Algunas aportaciones de las informantes, ponen de manifiesto el carácter singular y el conocimiento y la competencia de las enfermeras expertas, así como la necesidad de estas, ante situaciones concretas dentro de las organizaciones, de manera que:

“Nadie cuestiona lo que dice la enfermera experta” (D2),

“Es gente muy experta, que trabaja muy bien” (E14)

“Necesitamos que haya una enfermera experta en las plantas de hospitalización que pueda dar soporte en diferentes situaciones” (D3)

“Las enfermeras tienen nombre y apellido [...], si esta enfermera se jubila, el puesto de trabajo no es de rol avanzado, es un puesto de trabajo de enfermera” (GD-2)

También es cierto, que la expertez enfermera no es reconocida en la carrera profesional de los convenios laborales en España. La carrera profesional se estructura a partir de la Ley de las profesiones sanitarias del 2003(113) y aunque pretende ser un instrumento de reconocimiento a la experiencia y a la competencia profesional, en la práctica, ha pasado a ser una forma de aumentar el sueldo a los profesionales a partir de unos criterios evaluados muchas veces como “el café para todos”.

“Aquí hemos tenido una gran ocasión perdida que ha sido la carrera profesional, se ha relacionado la carrera profesional con promoción laboral y recompensa, cuando debería de ser las estrellas que va llevando una persona en virtud de sus conocimientos, su experiencia... y esto debería estar acreditado y reconocido no por las empresas sino por el propio colectivo profesional” (R2)

“El modelo de carrera profesional es un pendiente histórico, y en la práctica avanzada y en la especialista también, y si no hay un modelo donde integremos todo esto a la fuerza después crecen las cosas por generación espontánea” (R1)

Únicamente en el hospital privado se hizo mención de la carrera profesional como un valor de reconocimiento, porque han podido establecer sus criterios de avance para cada uno de los niveles.

“Nosotros de base tenemos la carrera profesional que es de seguimiento obligatorio, hay cuatro niveles del 1 al 4 y no todos pueden llegar al nivel 4. Cuando las enfermeras van destacando por estudios, por dedicación, por interés y porque se han implicado en temas de calidad, entonces les ayudamos a formarse en algún tema o algún campo. Se les procura esta formación en máster, posgrado o formación especializada y así pueden estar en el nivel 3 o en el nivel 4, cuando estas ya son expertas en asistencia del

enfermo en general y especializadas en algún tema destacado cualitativo y de seguridad” (D4)

En el Reino Unido, la RCN(106) ha relacionado la carrera profesional con los niveles de conocimientos y habilidades, siendo la enfermera básica el nivel 5 y la APN el nivel 7 sobre un total de 8 niveles.

Ahora bien, ¿Hasta qué punto la carrera profesional ha de establecerse desde dentro de la organización o debería ser como dice R2 una acreditación desde el propio colectivo?, ¿Qué aspectos positivos ganaríamos en términos de objetividad y de equidad en el reconocimiento de la expertez? y ¿Qué aspectos perderíamos en términos de actitud y de implicación con la organización?

La relación entre la expertez y la práctica avanzada

Hay diferentes autores que relacionan la expertez y la práctica avanzada, en 1993 Fenton y Brykczynski(38) verificaron que las APNs eran de hecho expertas, tal y como las había definido Benner, pero demostraron que además ejercían el rol de consultoría. En 2001 Oberle y Allen(5), sostienen que la práctica avanzada es una extensión de la práctica experta y dicen que la APN primero ha de ser experta, tener un alto nivel de sabiduría práctica o lo que es lo mismo una alta capacidad para individualizar el cuidado y posteriormente ha de obtener más conocimiento teórico a través de estudios de posgrado. En 2006, el estudio de investigación de Donnelly(61) pone de manifiesto la importancia de la experiencia clínica sumada a la formación de posgrado para realizar la función de la práctica avanzada, también Tracy(50) hace referencia a la contribución de Benner para entender la expertez clínica en la práctica enfermera, aunque ella aporta que además de la experiencia clínica focalizada es necesario que las APNs tengan formación de máster en práctica avanzada.

Algunas de las EsPA de la muestra, hacen referencia a tener en cuenta la expertez cuando se selecciona a una enfermera para que pueda desarrollarse como enfermera de práctica avanzada:

“El criterio para seleccionar a una EPA es básicamente la expertez, si va acompañado de conocimiento teórico perfecto, pero básicamente yo creo que hasta ahora hemos trabajado con la expertez. Aquella persona que tú ves que de una forma casi innata desarrolla las capacidades de una enfermera de práctica avanzada, con una experiencia de años, y posteriormente la formamos, yo creo que no es un mal parámetro la expertez” (D3).

“Se necesita que la enfermera que empieza práctica avanzada sea una enfermera experta, si además tiene habilidades en el campo profesional donde ejerza la PA perfecto, pero estas, las cogerá con el tiempo” (E13)

Así pues, en nuestro contexto, también tenemos en cuenta la expertez reconocida por el equipo para seleccionar a las EPA, además de otras conductas como las que se relacionan en la tabla 18.

Según Davis y Hughes(21), la EPA se construye a partir del “conocimiento experiencial” que decía Benner, y la visión de Hamric(22) es que la expertez es necesaria pero no es condición suficiente para la práctica avanzada. Por otra parte, Calkin(19) argumenta que en la PA la enfermera depende menos de la intuición que la enfermera experta, porque utiliza más el razonamiento consciente. A su vez, Oberle y Allen(5) argumentan que la gran diferencia entre la enfermera experta y la APN es que en la enfermera experta la base de conocimientos es a través de la larga experiencia, mientras que la APN tiene una mayor incorporación de conocimientos teóricos gracias a los estudios.

Pero no todas las enfermeras que tienen estudios de posgrado o máster realizan PA, hay enfermeras que han realizado este tipo de formación en un área clínica y trabajan en otra área clínica, y enfermeras que tienen una formación de posgrado o máster en el área clínica donde trabajan pero no han desarrollado en la práctica las capacidades para considerarlas expertas.

“Lo importante es la toma de decisiones complejas, ¿Cómo se pueden tener “30 másteres” y seguir trabajando de ATS? O sea, no haber cambiado, por muchos títulos que tenga” (GD-2)

La expertez no es suficiente para ser considerada una EPA, pero la formación de máster sin la experiencia clínica tampoco es suficiente para ser considerada una EPA.

Otra aportación interesante es la de E4, cuando pone el énfasis en la actitud para llegar a ser una enfermera experta:

“Si hoy me sacaran de cardiología y me pusieran en otro sitio, yo creo que aprendería y llegaría a ser una enfermera experta del servicio que me pusieran. Te lo digo sinceramente, no es falta de modestia, es que creo que la actitud y la aptitud para mí lo es todo para la práctica avanzada. Yo creo que nosotras hacemos práctica avanzada y somos muy expertas no solo porque llevamos muchos años, sino porque además nos formamos y tenemos la actitud y la aptitud requerida” (E4)

Cabe considerar también, que en los conceptos de expertez y práctica avanzada, coinciden algunos elementos. Diferentes autores como Paul y Heaslip(53), Facione(58), Alfaro(57) o Schön(64) están de acuerdo en que el uso del pensamiento crítico, el análisis reflexivo y el juicio clínico son procesos que se dan en la enfermera experta y que estos están estrechamente vinculados a la toma de decisiones complejas. Por otra parte, según la revisión realizada por Mantzoukas y Watkinson(24), diferentes autores consideran que el juicio clínico y la toma de decisiones complejas, son funciones de la APN.

5.4.3. Sobre el concepto de especialista y su relación con la PA y la expertez

El concepto de “enfermera especialista”, se entiende cada vez más como el de una enfermera base que ha cursado unos estudios regulados según una especialidad, pero existe todavía una gran confusión entre el concepto de enfermera especialista, el de experto y el de PA. Por poner un ejemplo:

“Diríamos que la formación como enfermeras expertas en estomatoterapia, existe en este curso. Este curso de enfermera experta, comenzó en la Complutense en el año 1987, después durante dos o tres años se realizó en la Complutense, después pasó a Pamplona[...], diríamos que no es exactamente una especialidad, pero sí que es una expertez, el título es: Enfermera experto en estomatoterapia o experto universitario en estomatoterapia” (E12)

El mismo título de “experto universitario”, que está homologado como tal y que cumple la función de formar a profesionales en un ámbito concreto y específico, no se adecua al concepto de expertez definido, porque se requiere un alto nivel de experiencia práctica y de reflexión. En este registro, la E12 hace una interpretación de que la especialidad es algo más amplio y la expertez más concreto.

En España, ser especialista es tener una especialidad regulada, en el RD sobre las especialidades de enfermería(115), pero ser especialista ¿Es sinónimo de expertez o PA?

En algunos países se asemeja el título de especialista al hecho de ser una EPA. En EE. UU., el NCSBN, a través del consenso realizado de la APRN(48) incluyó como enfermera de práctica avanzada a las NPs y a las CNSs en las diferentes especialidades, porque todas ellas incluyen el grado de máster y además han de obtener la certificación correspondiente según la

especialidad, pero no todas las APRNs han de ser especialistas. Lo que hace realmente mantener la competencia, son los procesos de recertificación que han de realizar, que incluye no solo mantener la experiencia clínica, sino formación continua y exámenes de conocimientos y habilidades.

En Irlanda del Norte, un país que no hemos tratado en el marco teórico, pero en el que la PA supone un nivel superior a la especialidad, se requiere además, haber completado un programa de máster en un área relevante de la práctica, además de una formación en prescripción y las competencias descritas por la *Northern Ireland Practice and Education Council for Nursing and Midwifery* (NIPEC)(13). Estas competencias se relacionan con el modelo de Hamric(22) en la práctica clínica directa y tres competencias nucleares: el liderazgo y la práctica colaborativa, la educación y aprendizaje y la investigación-práctica basada en la evidencia.

En el Reino Unido, los niveles de carrera profesional que estableció la RCN, la especialidad está a un nivel inferior (N-6) en relación a la práctica avanzada (N-7)(106).

A. Giménez(121), comparó los descriptores más utilizados en los programas de formación de la PA y/o del especialista en enfermería de: EE. UU., Canadá, Australia, Irlanda, Reino Unido y España. En los resultados que presenta, cabe destacar que, aunque la formación para la mayoría de los descriptores parece coincidente en los diferentes países, existen descriptores sin presencia en las especialidades de enfermería en España. Entre ellos, tenemos: la fundamentación de la teoría en la práctica enfermera, la amplia experiencia demostrada previa a la formación, la demostración de la capacidad de liderazgo y alguno de ellos como la prescripción enfermera. Aunque hay una regulación incipiente, todavía es un sueño.

A partir de la revisión teórica, A. Giménez(121) concluye que:

“El concepto de enfermera especialista en España, coincide con el concepto de enfermera de práctica avanzada [...] del que se espera que posea conocimientos altamente especializados...”

Con ciertas diferencias ya expuestas, se podría hablar de programas formativos similares, pero tener la formación similar no significa ser EPA, la EPA ha de demostrar sus conocimientos y habilidades más allá de la formación de especialista, con programas de certificación que pongan a prueba las competencias en la práctica clínica.

De modo que, si tenemos en cuenta que no todas las enfermeras especialistas trabajan en su especialidad, la posibilidad de mantener las competencias clínicas es muy baja. ¿Cuántas enfermeras especialistas en salud mental trabajan en salud mental? Y si observamos las comadronas, que prácticamente todas trabajan en su especialidad ¿Todas las comadronas pueden considerarse de PA?

La referente del colegio profesional explica lo que para ella es la relación entre especialidad y PA:

“Pienso que hay diferencias entre PA y el modelo de especialización y que pueden convivir los dos [...], la comadrona es una especialidad en un grupo de población determinado que son las mujeres en todo su ciclo vital, y ya está. Dentro de aquí puede haber comadronas de práctica avanzada, ¡pues claro que sí! Pero no por el hecho de ser comadrona son enfermeras de PA” (R1)

En el GD, las participantes comentaban también la relación o no de la especialidad con la PA:

“Práctica avanzada no es solo tener una titulación, sino que en la actividad profesional tiene que tomar decisiones complejas, todas las enfermeras que tenemos trabajando las tendríamos que utilizar con todas sus competencias. Todo el conocimiento que ha adquirido durante su formación ha de ser capaz de utilizarlo para solucionar problemas complejos” (GD-2)

“La enfermera con la especialidad de pediatría, se forma durante 2 años, pero no son enfermeras de PA en neonatos, para que lo fueran se tendrían que formar más en esta área y coger más competencias” (GD-6). “El título no le da la capacidad de tomar decisiones complejas” (GD-2)

“Tenemos enfermeras en salud mental, que dinamizan grupos de pacientes bipolares, haciendo consultas sucesivas, pueden ser o no especialistas, pero si lo son, la pelota está en nuestro tejado” (GD-2)

De ahí, las propias DE del GD se plantean la pregunta, ¿hasta qué punto, las direcciones tienen una cierta responsabilidad en la formación en servicio, la autorización y consolidación de competencias de las enfermeras especialistas, las cuales ya tienen un nivel de formación y necesitan de un apoyo más institucional para llegar a ser PA?, y ¿hasta qué punto, la enfermera especialista llegue a consolidar un nivel de expertez y/o de PA depende de la institución o depende del profesional?

Según el modelo de Benner(1), en la práctica progresiva la formación es un elemento importante, pero también otros como la capacidad de reflexión, el conocimiento intuitivo... y no todas las enfermeras llegan a ser expertas. Aún trabajando en un área clínica concreta, la enfermera ha de llegar a tener un nivel de conocimientos y habilidades que le sean reconocidos como experta. Por tanto, muy probablemente, de comadronas también las habrá de principiantes, aquellas que justo están empezando a tener su primera experiencia, de principiantes avanzadas, de competentes, de aventajadas y finalmente unas pocas comadronas llegaran a ser expertas.

La definición de la CIE sobre la práctica avanzada argumenta que es *“una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto”*, y más adelante dice *“como nivel de entrada se recomienda un título medio de nivel universitario”*. O sea, que la palabra especialista no es sinónimo de tener una especialidad reconocida sino de tener conocimientos y habilidades en un área concreta o en una tipología de pacientes concreta. De la definición se desprende, que no todas las enfermeras especialistas son expertas, sino solo aquellas que han adquirido la base de conocimientos de experto.

Hanson y Hamric(23), argumentan la necesidad de combinar las competencias de las CNSs y de las NPs para dar respuestas efectivas a las necesidades de la población, y también que la APN es la que es capaz de dar una respuesta más eficaz a los problemas complejos de los pacientes, combinando las habilidades de gestión de pacientes con los conocimientos y las habilidades clínicas.

Pero la situación de EE. UU. es diferente a la de España, esta no puede ser nuestro punto de partida, la historia de la enfermería en los últimos 20 años es distinta y el marco formativo y legislativo actual también es distinto.

Así pues, el concepto de especialista no es sinónimo de PA, puede haber especialistas que realicen PA y enfermeras con formación posgraduada, sin especialidad reglada que realicen PA.

La PA requiere de competencias demostradas en otros países con sistemas de certificación de conocimientos y habilidades. Estas EPA, tienen un alto componente de conocimiento específico en un área clínica y pacientes generalmente complejos con múltiples necesidades de atención. También con capacidad de trabajar autónomamente pero en colaboración con otros profesionales, con un nivel alto de liderazgo clínico y gran capacidad de resolución de problemas.

5.4.4. Sobre las competencias avanzadas

La palabra avanzada según el Word Reference(240), es sinónimo de adelantado, moderno, de vanguardia, pero lo que hoy es algo adelantado y moderno mañana deja de serlo, porque se consolida. También el diccionario de la Real Academia Española(221) define avanzado como “Que aparece en primera línea, bien en cosas que están en primer término o bien refiriéndose a seres animados y personas que se mueven hacia adelante”, si avanzado es estar en primera línea o en primer término es que por delante no hay nada, no hay nadie.

Si trasladamos el concepto avanzada a las competencias avanzadas de las enfermeras, podríamos recoger la aportación de la *Asociación de Enfermeras y Enfermeros de Canadá* (CNA)(11), que nos dice:

“Son aquellas que las enfermeras maximizan la utilización de competencias especializadas y del saber enfermero a fin de responder a las necesidades de la población”.

El concepto de competencias avanzadas podríamos decir que está alineado con la teoría de Benner(1), porque las competencias se desarrollan en el ámbito de la práctica clínica y la máxima utilización de las competencias se dan en la profundización de las mismas y en el desarrollo de la sabiduría clínica. También se relaciona con el modelo de Calkin(19), porque se basan en las necesidades de los pacientes: “a más competencias avanzadas más respondemos a los problemas de salud de los pacientes”. Así mismo, con el modelo de integración de Hamric(2), porque diferencia la práctica de la enfermera básica de la práctica avanzada por la profundidad y amplitud de sus conocimientos, por las habilidades de anticipación a las respuestas de los pacientes frente a la enfermedad y gestionar situaciones complejas, de analizar críticamente situaciones de la práctica, de incorporar la EBE en la práctica y de evaluar el cuidado y mejorar los resultados.

Podríamos decir pues, que una enfermera realiza competencias avanzadas cuando integra la formación en competencias avanzadas con la expertez en la práctica clínica basada en el conocimiento científico e intuitivo para un grupo determinado de pacientes.

Diferentes autores han argumentado la importancia de la formación y del desarrollo de todas o algunas de estas competencias para la EPA(11)(20)(22)(45)(91)(92). Esto coincide con las informantes de la muestra, que relataron hasta 53 conductas y/o competencias que ellas consideraban que las EPA debían tener (ver tabla 17).

Los aspectos competenciales que no relatan las EsPA de la muestra fueron: la investigación, la evaluación de la atención, la mejora de la calidad y las políticas empresariales y su afectación en la mejora de la atención. En cambio, ellas hacen mucho hincapié en los aspectos actitudinales de la enfermera tanto en relación con la atención al paciente como con relación al trabajo, y los referentes teóricos. Pasan muy por encima las actitudes, quizás porque las incorporan en las habilidades. Solamente Spross y Hanson(75) hacen referencia a las cualidades y actitudes que tiene que tener la APN cuando las relaciona con el liderazgo clínico y profesional.

Para conceptualizar de qué se tratan las competencias avanzadas, autores como Hernández Yañez(241) hablan de ensanche profesional cuando las enfermeras incorporan competencias y funciones propiamente enfermeras, y de crecimiento vertical cuando retan a la profesión médica asumiendo competencias que tradicionalmente han asumido los médicos.

Pero esta forma de proyectar el avance competencial de la enfermera, parte de la presunción que el médico está por encima de la enfermera, concepto que está totalmente alejado de la idea de trabajo colaborativo e interprofesional, donde cada profesional aporta para conseguir los objetivos del paciente. Así pues, trataremos el avance profesional y el avance interprofesional.

Competencias de avance profesional. Son aquellas competencias avanzadas, llamadas también de “ensanche profesional”, que se desarrollan cuando las enfermeras incorporan competencias y funciones propiamente enfermeras, que dan autonomía y visibilidad a la profesión.

Precisamente las informantes referentes de la profesión, consideran que las competencias de ensanche profesional son las que deberíamos considerar competencias avanzadas, manifestando su preocupación por la invasión de competencias de otros profesionales, pero mostrando también un gran interés en que la PA en Catalunya ayude a recuperar y a desarrollar el rol autónomo de las enfermeras.

“Para mí, la PA no es avanzada hacia el ámbito competencial médico ni de ninguna otra profesión, sino que es avanzada en la intervención enfermera, sabiendo hacer un abordaje integral enfermero a una determinada situación de salud [...] decir avanzada a invadir otras profesiones, ¡No!, es hacer aquello que las enfermeras saben hacer ayudando a la persona” (R2).

“Lo que me preocupa a mí, es que esta figura de enfermera de práctica avanzada sea una grandísima experta en personas y que además tiene conocimientos de su situación patológica, pero nunca al revés” (R1)

Podríamos decir que la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para la realización de las competencias de avance profesional, las enfermeras las adquieren por un lado a través del currículo formativo que van incorporando (DUE, grado, máster, especialidad, doctorado) y por otro a través de la práctica clínica en un grupo determinado de pacientes que comparten una situación de salud-enfermedad común. De este modo pueden profundizar en la situación de salud-enfermedad del paciente concreto y en su repercusión en las diferentes dimensiones: física, psicológica, social y espiritual.

Estas competencias de avance profesional tienen relación con:

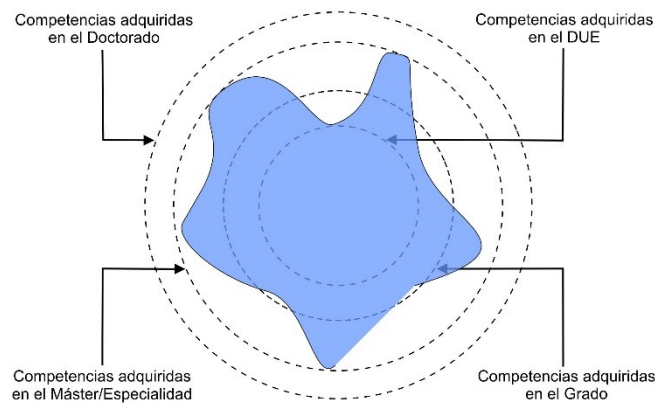
- El cuidado y tratamiento específico en un área de atención concreta o tipo de paciente concreto.
- La educación para empoderar al paciente y la familia del cuidado.
- La comunicación eficaz.
- Las actitudes (compromiso, disponibilidad, asertividad, humildad).
- La utilización de la evidencia para mejorar o adecuar el cuidado o el tratamiento específico al paciente.
- La utilización de la práctica reflexiva y analítica para resolver situaciones complejas de los pacientes.
- La movilización y la utilización de los recursos más adecuados y eficientes para resolver los problemas a los pacientes.
- El trabajo en equipo y colaborativo con otros profesionales.
- La habilidad en la toma de decisiones éticas.
- La investigación en cuidados.
- El liderazgo clínico y profesional desde la vertiente transformacional.
- La evaluación de la atención y la mejora de la calidad.
- Las políticas empresariales y su afectación en la mejora de la atención.

Por otra parte, el nivel de desarrollo en la práctica de cada una de las competencias avanzadas puede ser muy diverso, en función del nivel formativo pero también en función del nivel desarrollado en cada una de las competencias en la práctica clínica.

En las figuras 7 y 8 se representa con círculos concéntricos los diferentes niveles formativos actuales de las enfermeras en el contexto sanitario catalan (DUE, grado, máster, especialidad, doctorado).

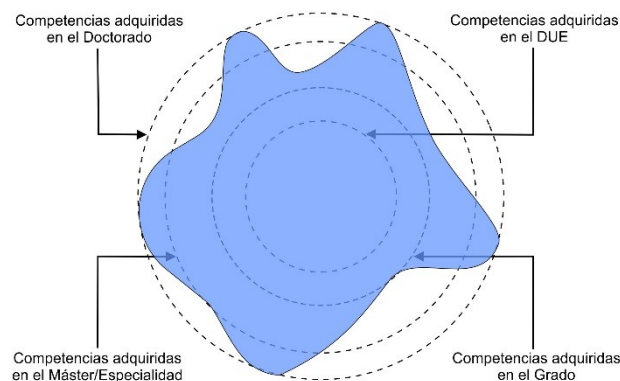
Así, podemos observar, en la figura 7, una enfermera con nivel de máster pero con un despliegue de competencias desigual, en algunos aspectos todavía mantiene competencias de DUE y en otros a nivel de grado o máster. Y en la figura 8, una enfermera con nivel de doctorado y con competencias desiguales, alguna de grado, otra de máster y otras a nivel de doctorado.

Figura 7. Enfermera con nivel de máster/especialidad y despliegue de competencias desigual.



Fuente: elaboración propia

Figura 8. Enfermera con nivel de doctorado y despliegue de competencias desigual.



Fuente: elaboración propia

Así pues, para asegurar que las EPA realmente han adquirido un nivel de competencia avanzada, deben demostrarlo a través de un proceso de evaluación que finalice con la certificación de las mismas y que se recertifique periódicamente.

Un tipo especial de competencias avanzadas de avance profesional, son aquellas que se desarrollan ocupando un espacio profesional que en la actualidad nadie tiene establecido y que son una oportunidad para las EPA.

En este tipo de competencias podemos encontrar roles relacionados con la gestión de pacientes complejos. Que tal y como define la CMSA(219), es el proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, facilitan, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos.

Las EsPA de la muestra que han empezado a desarrollar este tipo de competencias avanzadas son todas aquellas relacionadas con la gestión de casos complejos, en sus diferentes nomenclaturas (E7, E8, E9, E10, E11 y E14). Por una parte, conocen con profundidad el tipo de pacientes que manejan, poseyendo amplios conocimientos y habilidades en la evaluación del estado de salud y tratamientos específicos, y por otra, dominando a fondo todos los recursos del sistema sanitario, manteniendo contactos interprofesionales para posicionarse respecto al otro y poder “lanzar puentes de colaboración” o “saltar las barreras del sistema” cuando sus pacientes lo requieren.

Competencias de avance interprofesional. Históricamente, estas competencias en EE. UU. surgen por la escasez y mala distribución de médicos en asistencia primaria(5), pero en la actualidad, se consideran aquellas que asume la EPA y que tradicionalmente era responsabilidad de los médicos. La enfermera tiene formación básica y posgraduada para asumirlas, incluso con niveles de calidad y satisfacción iguales o mejores que cuando las asumían los médicos.

Revisiones sistemáticas como la de Horrocks y colaboradores en 2002(180), Laurant y colaboradores en 2008(181) en atención primaria y Newhouse en 2011(182), en diferentes niveles de atención, concluyen que las EPA proporcionan una atención de calidad efectiva y segura en la mayoría de entornos y una satisfacción igual o mejor que cuando las asumían los médicos.

Pero existen diversos documentos que se reafirman en la idea de que las enfermeras invaden las competencias de los médicos cuando realizan competencias avanzadas, otros hablan de competencias compartidas, como Varela(242), que en su *blog* documenta que hay una zona competencial compartida entre médicos y enfermeras.

En la muestra estudiada, podemos encontrar EsPA, que han realizado este avance interprofesional y están realizando competencias que tiempos atrás las realizaban los médicos, como es el caso de la enfermera de preanestesia de cataratas (E1), que lleva a cabo competencias de evaluación de la situación de salud (condiciones físicas, emocionales y sociales para someterse a dicha intervención y realizar un postoperatorio adecuado) y de educación al paciente principalmente, las cuales son propias de la enfermera, pero con un conocimiento mucho más profundo tanto de oftalmología como de anestesia. Otro caso, es el de la enfermera de ecocardiografía (E3), donde la competencia avanzada principal es la de evaluación anatómica del corazón, a partir de la cual mediante una escala validada diagnóstica, la EsPA determina el nivel de gravedad de la patología. Tenemos la enfermera de reumatología (E6), que se ha integrado en el equipo de reumatología, pasa consulta de enfermería, pasa visita..., pero realiza actividades propias de la enfermera. Por otra parte, encontramos las EsPA de prevención y control de la infección (E2, E15) que realizan competencias tales, como buscar el origen de una bacteriemia, instaurar aislamientos o realizar el control epidemiológico del centro.

Estas competencias tiempo atrás las realizaban médicos o biólogos, y llego un momento que algunas enfermeras se formaron y adquirieron competencia clínica en epidemiología, en docencia... empezando así, a desarrollar competencias avanzadas de avance interprofesional, las cuales en la actualidad han integrado como propias.

En realidad, todas las disciplinas de ciencias de la salud tienen algunos ámbitos competenciales superpuestos, por ejemplo: la enfermera en el prequirúrgico, enseña al paciente a realizar ejercicios respiratorios. Los fisioterapeutas también los pueden enseñar, lo que ocurre es que probablemente estos lo harán en pacientes donde las dificultades respiratorias en el postoperatorio sean mayores, o donde realmente la organización se pueda permitir tener fisioterapeutas para realizar esta educación.

Lo mismo ocurre con el médico y la enfermera, el ámbito de actuación médica recae más en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, pero además realizan educación sanitaria para modificar hábitos en el paciente. En este caso, la competencia educacional habitualmente la desarrolla más la enfermera.

Ahora bien, en el caso del avance interprofesional, asimismo podemos encontrar dos aspectos interesantes, el primero es que las enfermeras pueden aportar un valor añadido al paciente como enfermeras. Algunos comentarios que pueden entrever este valor añadido:

“Hay enfermos que necesitan ayuda, a veces te dicen, yo veo bien, no sé porque me tengo que operar..., entonces empiezan a explicarte..., yo siempre dejo que me expliquen, y entonces hago lo que quisiera que hicieran para mí, yo siempre intento hacer lo que quisiera que hiciesen por mí. Yo para esto soy enfermera” (E1)

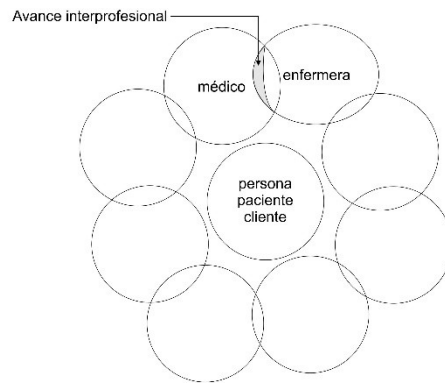
“Yo pienso que las enfermeras somos más cuidadoras, ellos son más: – gírese de lado, mire a la pared, ya le enviaremos el informe a su doctor- nosotras somos distintas: - tranquilo no se preocupe, está más justito que la otra vez, pero ahora lo mirara el cardiólogo y se lo enviaremos...- somos más calmadas, los médicos son más cortantes. Pienso que la enfermera tratamos las cosas de forma distinta. Somos más cuidadoras” (E3)

El segundo aspecto, es que este avance interprofesional no es una avance puro, el hecho de estar trabajando más conjuntamente con el equipo médico, pueda hacerles desarrollar competencias (de avance profesional) que antes no las había puesto en práctica, como por ejemplo tener que revisar artículos científicos, preparar una sesión...

“Hemos creado una sesión multidisciplinar interterritorial, entre primaria y hospitalaria para ver que hacemos con los casos complejos del aparato locomotor una vez al mes y tienes que prepararte tu parte de sesión” (E6)

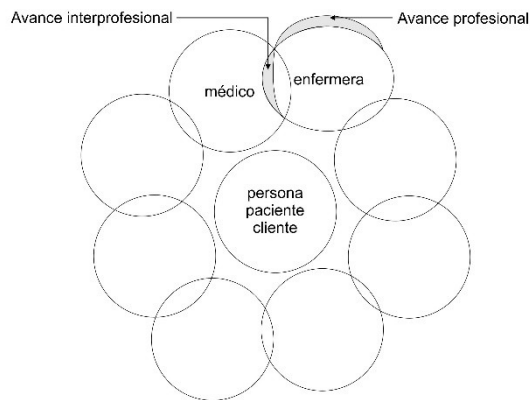
En las figuras 9 y 10 se representa la interrelación de competencias entre diferentes profesionales de la salud, donde hay espacios con competencias compartidas. En la figura 9, la enfermera además del espacio compartido habitual ha crecido un espacio más en este avance interprofesional, de forma que actividades que hasta ahora las realizaba el médico pasa a realizarlas la enfermera. En la figura 10 se observa que el ámbito competencial de la enfermera ha crecido no solo por el espacio interprofesional sino también en un espacio propio o avance profesional, porque anteriormente no había desarrollado estas competencias.

Figura 9. Avance interprofesional



Fuente: elaboración propia

Figura 10. Avance interprofesional y profesional



Fuente: elaboración propia

Ahora bien, ¿dónde están los límites en el avance interprofesional?, el límite que afectaba a la mayoría de las EsPA de la muestra era la prescripción, ya sea por la llamada *prescripción enfermera* (aquella que no precisa de receta médica para su dispensación o que es material sanitario) o por la *prescripción colaborativa* (aquella que requiere de la firma del médico y está relacionada con la patología) básicamente en los ajustes de dosis.

En este sentido, el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* ha firmado en julio de 2015, un acuerdo con el *Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya*(176) para trabajar con el objetivo de poder facilitar legalmente en una primera fase la *prescripción enfermera*. Esto supondría dar cobertura legal a las enfermeras en este tipo de prescripción y aumentar la efectividad del sistema sanitario, porque el paciente no tendría que ir a dos

consultas, una para la receta de material de cura y otra para las bolsas de ostomía, si con una resolviera el problema.

De las dos dudas planteadas por parte de las ESPA de la muestra, sobre los límites profesionales, la primera fue con la E3 ¿Hasta dónde podía llegar la EsPA de ecocardiografía?

“Fui un par de semanas al Clínico porque hay dos enfermeras que también lo hacen, para ver ¿hasta dónde?, porque mi problema era que no sabía el límite de ¿hasta dónde podía llegar?, porque claro, ¡cómo que solo lo hacían los médicos!, yo tengo que hacer un diagnóstico médico y firmar, [...] estuve observando lo que hacían y prácticamente hacen lo mismo, el médico firma después de ellos y esto lo valida, solo lo revisa si es un caso grave o dudoso”(E3).

En este caso, la duda de E3 se relacionaba principalmente con el informe de la prueba y la realización del diagnóstico. El avance interprofesional consiste en realizar una técnica diagnóstica, tomando unas medidas de las estructuras coronarias a través de la ecografía, que aplicando una escala validada se objetiva el diagnóstico y la severidad, finalizando con la emisión de un informe.

En estos momentos, en que la ecocardiografía es una competencia avanzada innovadora para enfermería, con una trayectoria corta en el tiempo, seguramente a nivel profesional estaríamos de acuerdo en que por una parte se debería regular la formación para asegurar la competencia y por otra, si se regulara la formación, el informe lo podría firmar la enfermera.

Por otra parte, esta técnica según el informe de 2010 de la OCDE(30), puede ser prescrita por enfermeras en Irlanda y EE. UU. y la llevan a cabo en Finlandia, siendo únicamente el Reino Unido donde se prescriben y llevan a cabo.

La segunda duda, fue planteada por E13, porque como enfermera de heridas complejas, las heridas de úlceras por presión siempre han sido tratadas por las enfermeras, pero las heridas vasculares eran tratadas por los médicos especialistas en vascular.

“Es una línea muy delgada, hasta aquí acabo yo y aquí empiezas tú, entonces, tú por la experiencia de las que ves, su especialidad es mucho más grande, y parece que para un vascular las heridas es lo más feo, que a nadie le interesa, quiero decir que tienen cosas más importantes que hacer en un quirófano. Claro, yo estoy especializada en el tema de los productos, en la cicatrización de las heridas en sí, no soy vascular, pero sí que ser

y estoy al día, pero es como si pisaras un poco [...] pero lo más importante es ¡que funciona! (E13).

En este caso, su preocupación radica en la alta especialización en cicatrización de heridas vasculares y hasta qué punto no invade el terreno del cirujano vascular, aunque ella argumenta sus decisiones con evidencia científica y está pendiente de los resultados. Pero ¿Porqué una alta especialización en una temática del cuidado no ha de ser práctica avanzada?

5.4.5. Sobre el concepto del rol avanzado

Rol es un término que proviene del inglés *role*, que a su vez deriva del francés *rôle*(243). La idea del "rol" es el concepto central y uno de los fenómenos más populares en las ciencias sociales. Quizás ese sea el motivo de las diferencias encontradas por diferentes autores en la definición del concepto. "Rol" es, por lo tanto, un concepto difícil de definir, pero en general se acepta que este tiene una naturaleza multidimensional y es la unidad fundamental que pone en marcha la sociedad(244). Está condicionado a la relación con el "otro" y sólo existe mientras es desempeñado y depende de la existencia de roles complementarios, entonces el rol de un individuo determina el rol del otro y viceversa. Asociado con cada rol están las expectativas sobre como una persona se comporta en relación con la otra que ocupa la posición complementaria(245).

Según Mendes y colaboradores(244), la práctica de enfermería se está transformando, aumentando la diversidad, y las fronteras de la experiencia intra e interprofesional son difusas con relación al significado de las titulaciones, al objetivo de la práctica, a los grados de autonomía, a las expectativas y también en relación con la educación y formación adecuada para tales roles.

En los EE. UU. "el rol" es el término que se utiliza frecuentemente para diferenciar los diferentes tipos de enfermeras: NP, CNS, CNM y la CRNA, pero en cualquier caso, según Hamric, desarrollar un rol en un área específica de la atención no es sinónimo de EPA, ya que no siempre desarrollan las competencias nucleares(22).

Todos los estudios referenciados, y en especial aquellos que comparan la práctica enfermera con la práctica médica, siempre hacen referencia al "rol" en un área de la atención concreta o tipo de paciente con una patología principal concreta, por ejemplo: paciente paliativo,

pacientes oncológicos, mujeres embarazadas, pacientes con insuficiencia cardíaca, pacientes diabéticos o hipertensos, postoperados de cirugía cardíaca, pacientes crónicos, con enfermedad de alzhéimer, etc.

Así, a la intervención que realiza la enfermera con pacientes con una patología principal o una situación de salud concreta le llamamos rol.

En las EsPA de la muestra, encontramos: el rol de enfermera de anestesia, de prevención y control de la infección, de electrocardiogramas, de diabetes, de heridas crónicas, de ostomías, de gestora de casos en pacientes crónicos complejos, etc.

Ahora bien, ¿Qué se entiende por roles avanzados?, existen tres maneras en las que interpretar el concepto de rol avanzado:

a) Cuando consideramos el “rol avanzado” solamente como un rol de *avance interprofesional*, en el que existe una transición de competencias de un tipo de profesional (médico) a otro (enfermera), con independencia de si la enfermera realiza o no un *avance profesional*.

En este sentido, los profesionales hablan de “rol avanzado” porque es un “rol nuevo”, un rol que anteriormente las enfermeras no realizaban.

b) Cuando consideramos el “rol avanzado” en una situación en la que hay transición de competencias de un profesional a otro, pero a la vez hay crecimiento en las competencias de avance profesional.

c) Cuando consideramos el “rol avanzado” como aquel en el que la enfermera realiza competencias avanzadas, interpretadas únicamente de *avance profesional*. Aquí, podríamos tener enfermeras con un rol de heridas crónicas la cual estuviese realizando su rol con competencias avanzadas, y enfermeras de heridas crónicas las cuales no estuviesen realizando un abordaje a los pacientes con competencias avanzadas.

En la figura 11 se muestra la relación entre los tipos de avance (profesional, interprofesional y mixto) con el tipo de rol avanzado (nuevo o no nuevo). Y en el podemos observar que el rol avanzado puede situarse tanto en el avance profesional, como en el interprofesional, como en el mixto.

También se desprende que en todos los casos se desarrollan competencias avanzadas, pero no en todos ellos la enfermera que desarrolla el rol avanzado puede ser considerada una EPA. Así, podemos tener las diferentes situaciones:

- 1.a. Enfermeras que asuman un rol nuevo de *avance interdisciplinar* pero que no desarrollan competencias avanzadas de *avance profesional* y por tanto se dediquen solamente a aplicar una técnica diagnóstica, la aplicación de un test...
- 1.b. Enfermeras consideradas expertas, con formación a nivel de máster/especialidad que desarrollan competencias avanzadas de *avance profesional* y que asumen un rol nuevo de *avance interdisciplinar*.
- 1.c. Enfermeras consideradas expertas, con formación a nivel de máster/especialidad que desarrollan competencias avanzadas de *avance profesional* y que asumen un rol nuevo de competencia propia.
- 2.a. Enfermeras que en el pasado asumieron un rol de *avance interdisciplinar* pero que no han desarrollado competencias avanzadas de *avance profesional* y por tanto se dedicaron solamente a aplicar una técnica diagnóstica, la aplicación de un test... y con el tiempo se entendió que este rol lo podía hacer cualquier enfermera no experta.
- 2.b. Enfermeras consideradas expertas, con formación a nivel de máster/especialidad que desarrollan competencias avanzadas de *avance profesional* y que asumieron en el pasado un rol de *avance interdisciplinar*. Este rol cada vez está más integrado como competencias de *avance profesional*, hasta que culturalmente sea aceptado como tal.
- 2.c. Enfermeras consideradas expertas, con formación a nivel de máster/especialidad que desarrollan competencias avanzadas de *avance profesional* y que asumieron en el pasado un rol de competencia propia o que ha sido considerada propia.

Figura 11. Relación de los roles avanzados y tipo de avance

Rol/ Avance		Avance interprofesional	Avance interprofesional + Avance profesional	Avance profesional
		A	B	C
Rol avanzado nuevo	1	Competencias avanzadas	Competencias avanzadas	Competencias avanzadas
		Rol avanzado	Rol avanzado	Rol avanzado
		No EPA	EPA	EPA
Rol avanzado "no nuevo"	2		Competencias avanzadas	Competencias avanzadas
			Rol avanzado	Rol avanzado
			EPA	EPA

Integración a competencias propias 

Fuente: elaboración propia

Confusiones con el concepto de rol avanzado y práctica avanzada.

Cuando hablamos de rol avanzado en el sistema sanitario catalán, y atendiendo al modelo de integración, existen algunas confusiones que intentaremos poner sobre la mesa:

1. Confundir rol avanzado con práctica avanzada. En la práctica avanzada van implícitas las competencias avanzadas de avance profesional y por tanto, pudiera haber nuevos roles o roles avanzados que la enfermera no desarrollara las competencias avanzadas propias. Por tanto no se pueden asociar roles a PA. La PA no depende del rol, depende de la enfermera (de su formación y de sus competencias).
 Por ejemplo, no todas las enfermeras de diabetes tienen porque ser de PA, puede ser que tengan niveles de formación y niveles de competencia distinta en las consideradas competencias avanzadas de Hamric.
2. Interpretar que solo los roles nuevos son roles avanzados. Algunos roles son avanzados y las enfermeras que las realizan hacen PA, pero hace años que la profesión ha considerado que son competencia propia, y por tanto continúan siendo un rol avanzado aunque no sea nuevo.
 Por ejemplo, no solo los roles de gestión de casos son roles avanzados, hay enfermeras que realizan roles de ostomías, de diabetes, de prevención y control de la infección que realizan competencias avanzadas y en cambio no siempre es considerado como rol avanzado en el lenguaje habitual de los profesionales.

3. Interpretar que la práctica avanzada es una parte del desarrollo del rol, de forma que se reduce la práctica avanzada a la técnica (de competencia propia) o al rol de transición sin tener en cuenta que la práctica avanzada es un “paraguas” de competencias diversas y no solo la técnica. Por ejemplo, interpretar que la PA es una parte del desarrollo del rol de gestión de casos.

4. Interpretar que la práctica avanzada es la prescripción, de forma que se reduce la práctica avanzada a la prescripción sin tener en cuenta que la práctica avanzada es un “paraguas” de competencias diversas y no solo la prescripción.

En los países donde esta regulada la prescripción, esta es una de las competencias avanzadas que requiere una formación, actualización y certificación específica. Pero solo realizando prescripción no es sinónimo de realizar práctica avanzada.

En cualquier caso, si la prescripción en nuestro país no es considerada como competencia enfermera, no podrá considerarse práctica avanzada, ya que la PA siempre ha de estar dentro del marco legal establecido.

5.4.6. Propuesta de definición de la enfermera de práctica avanzada en el contexto sanitario catalán.

Considerando la definición de la CIE para la práctica avanzada, las tipologías de enfermeras que actualmente se identifica como EPA en Catalunya, el modelo de integración de Hamric(2) y el análisis realizado sobre la polisemia de términos, podríamos definir la enfermera de práctica avanzada en el contexto sanitario catalán como la enfermera que:

- Acredita una formación mínima de máster o especialidad sobre una situación de salud-enfermedad que comparten un grupo de personas/pacientes/comunidades.
- Realiza su práctica clínica en el área de atención o grupo determinado de personas/pacientes/comunidad en el que se ha formado desde hace como mínimo 3 años.
- En su rol habitual en el área de atención o grupo determinado de personas /pacientes /comunidad demuestra capacidad a nivel medio-alto¹⁵ en:

¹⁵ Sería deseable que existiera un sistema de certificación de estas capacidades a través de una agencia de evaluación externa a la organización sanitaria.

- Manejo de la salud-enfermedad desde la perspectiva holística.
 - Intervenciones terapéuticas incluyendo los cuidados.
 - Relación terapéutica con actitudes y habilidades en *coaching y mentoring*.
 - Estrategias de intervención centradas en la persona/paciente/comunidad.
 - Planificación de programas de educación de personas/pacientes/comunidad.
 - Estrategias de intervención en la gestión de casos complejos.
 - Coordinar y gestionar pacientes.
 - Estrategias para la resolución de conflictos éticos.
 - Análisis de casos y análisis crítico de la práctica.
 - Práctica sensible a la investigación y práctica basada en la evidencia.
 - Colaboración en investigaciones relacionadas con su práctica clínica.
 - Liderazgo clínico y profesional.
 - Práctica colaborativa con profesionales del equipo y otros para gestionar a los pacientes adecuadamente.
 - Diseñar, analizar y evaluar programas de evaluación de la práctica clínica, así como identificar áreas de mejora.
 - Diseñar e impartir programas de formación para profesionales.
 - Colaborar en la formación de los nuevos profesionales y los estudiantes.
 - Actuar dentro del marco legal, actual e involucrar a otros profesionales y a la organización para mejorar circuitos que apoyen un trabajo dentro de la legalidad vigente.
 - Conocer las políticas de salud relacionadas con su área de atención y la organización del sistema sanitario y sociosanitario.
-
- Participa en actividades relacionadas con su rol fuera de la organización.

6. PROPUESTA DE FUTURO PARA EL CONTEXTO SANITARIO CATALÁN

Todos los actores del sistema sanitario (gobierno, patronales, colegios profesionales, sociedades científicas, universidades, organizaciones sanitarias y profesionales), tienen la responsabilidad social ante los ciudadanos de autorregular el sistema, en función de los avances profesionales y tecnológicos para asegurar la calidad y la eficiencia del mismo.

Esta responsabilidad social incluye la adecuación de la legislación, de las políticas sanitarias, de las políticas universitarias, de las políticas laborales y profesionales, así como cambios en la estructura, organización y cultura de las organizaciones sanitarias y por último requiere que los profesionales se impliquen y participen activamente para ofrecer a la sociedad el mejor servicio posible con los recursos existentes.

Las propuestas se clasifican en cuatro apartados: propuestas dirigidas al gobierno, patronales, universidades y organizaciones profesionales; propuestas dirigidas a las organizaciones sanitarias; propuestas dirigidas a las EPA y propuestas dirigidas a las enfermeras en general.

6.1. PROPUESTAS DIRIGIDAS A INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES, PATRONALES, UNIVERSIDADES Y PROFESIONALES

1. Reconocer la PA en el contexto sanitario catalán

Objetivo: Definir, consensuar y aprobar la PA en el contexto sanitario catalán

- a) A partir del *Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya*, crear un grupo focal con participación de entidades relevantes para realizar una primera definición de la EPA en Catalunya, definir las competencias y las evidencias.
- b) Crear jornadas de debate profesional para consensuar finalmente la definición.
- c) Reconocer la figura de la EPA en el *Document Oficial de la Generalitat*.

2. Regularizar y acreditar la PA

Objetivo: Posibilitar la certificación de la PA en Catalunya

- a) Crear la *Agència d'Avaluació de la Competència* para la certificación de enfermeras. (modelo EE. UU.)
 - b) Establecer el sistema de certificación y los criterios para la certificación avanzada que incluya: la experiencia en la práctica clínica en el área de atención concreta, la evaluación de competencias, la formación y la recertificación.
 - c) Incluir en la certificación de áreas de atención específicas la prescripción colaborativa.
3. Reconocer la PA en la carrera profesional de los convenios laborales.
Objetivo: Incluir la PA como un nivel avanzado en la carrera profesional (modelo Reino Unido).
- a) Crear un nivel de carrera profesional, que incluya la certificación y recertificación de la EPA en el área de atención concreta.
 - b) Este nivel debería incluirse en los diferentes convenios laborales
4. Adecuar la política de formación posgraduada universitaria de enfermería a las necesidades de la profesión.
Objetivo: Potenciar a partir de la formación de grado un modelo de crecimiento profesional hacia la práctica avanzada.
- a) Identificar las competencias requeridas a partir del reconocimiento oficial para la PA.
 - b) Realizar una propuesta desde las *Escoles Universitàries d'Infermeria* para desarrollar una trayectoria profesional hacia la PA que incluya los niveles competenciales en función de la titulación.
 - c) Promover que los programas docentes incluidos en esta trayectoria sean todos con carácter oficial para dar acceso al doctorado.
 - d) Establecer un sistema de auditoria de programas docentes incluidos en la trayectoria, con estándares de evaluación, que asegure la adquisición de competencias por parte de los estudiantes (modelo Reino Unido o Australia).
5. Regular la prescripción autónoma de la enfermera
Objetivo: Autorizar legalmente a las enfermeras a realizar prescripción autónoma, apoyada en la Ley 28/2009 de 30 de diciembre de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

- a) A partir del documento firmado en julio 2015 por el *Departament de Salut, el Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya y els Col·legis Oficials d'Infermeres i Infermers de Barcelona, Tarragona, Lleida i Girona*, crear la propuesta de redacción para el uso y la prescripción autónoma de medicamentos y productos sanitarios.
 - b) Aprobar la propuesta y documentarla en el *Document Oficial de la Generalitat*.
6. Regular la prescripción colaborativa.
- Objetivo: Autorizar legalmente a grupos seleccionados de enfermeras a realizar prescripción colaborativa en función de las áreas de atención.
- a) Establecer un nuevo acuerdo entre *Departament de Salut* y colegios profesionales para realizar una nueva propuesta de redacción para el uso y la prescripción colaborativa de medicamentos.
 - b) Realizar una propuesta por áreas de atención definidas, con la participación de sociedades científicas enfermeras y de medicina.
7. Promocionar financiación para proyectos de investigación de PA.
- Objetivo: Aumentar los proyectos de cuidados y de gestión de pacientes en las convocatorias de financiación de investigación.
- a) Editar proyectos que pueda incluirse la generación de conocimiento a partir de la actuación de la EPA, ya sea a modo interprofesional o exclusivo para enfermeras.
 - b) Promover la financiación con ensayos clínicos aleatorios (caso-control) para aumentar la evidencia del impacto positivo de la EPA.

6.2. PROPUESTAS DIRIGIDAS A LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

- 1. Potenciar a las enfermeras con perfil EPA para que realicen un rol de seniors-mentores.
- Objetivo: Aprovechar el conocimiento experto de enfermeras seniors y conducir las hacia la práctica avanzada.
- a) Crear puestos de trabajo de EPA (práctica clínica + *mentoring* enfermeras nuevas)

- b) Seleccionar a enfermeras con perfil EPA.
 - c) Proporcionarles formación en la línea de las características de las competencias nucleares.
2. Realizar un plan de reconversión de actividades interprofesionales con la participación de EPA
- Objetivo: Mejorar la accesibilidad y la eficiencia a través de la reconversión de actividades entre los profesionales
- a) Definir la estructura de servicios de atención actuales a corto-medio-largo plazo
 - b) Realizar un análisis detallado de recursos humanos por áreas de atención, titulaciones, edad...
 - c) Identificar servicios/áreas de atención susceptibles de recambiar actividad (ambulatoria, hospitalización u otros).
 - d) Identificar servicios/áreas de atención susceptibles de aumentar actividad (ambulatoria, quirúrgica, hospitales de día, hospitalización a domicilio,...)
 - e) Promover la discusión interdisciplinar con grupos focales coordinados para realizar esta identificación y recoger propuestas
 - f) Realizar un plan a corto-medio-largo plazo que incorpore reconversión de actividades y objetivos de eficiencia.
3. Expandir la EPA a otros recursos asistenciales
- Objetivo: Buscar espacios asistenciales donde la intervención de la EPA pueda aportar valor añadido a la asistencia.
- a) Identificar espacios donde se requiera una mayor efectividad, seguridad y liderazgo en los cuidados.
 - b) Identificar espacios donde se requiera aumentar la eficiencia, disminuyendo las estancias hospitalarias y aumentando el seguimiento ambulatorio o domiciliario.
 - c) Identificar espacios donde se requiera mejorar la coordinación asistencial interniveles (urgencias-hospitalización, UCI-hospitalización, hospitalización-sociosanitario, hospitalización-atención primaria, atención primaria-urgencias...)

4. Posibilitar que la EPA pueda pedir consultoría/pruebas complementarias por el sistema de comunicación clínica de la organización.

Objetivo: Dar autonomía a las EPA en la realización de consultoría clínica/pruebas complementarias para mejorar la efectividad en dar respuesta a las necesidades de los pacientes, para que la actividad de todos los profesionales que participan en la consultoría quede registrada y para mejorar su posición en la organización.

- a) Abrir el sistema de comunicación clínica de la organización a las EPA para que puedan realizar consultoría de forma reglada.
- b) Identificar cuáles son las pruebas que pueden pedir las EPA para mejorar la rapidez y la oportunidad (tipo de analíticas, hemocultivos, urinocultivos, placa de tórax...)
- c) Explotar datos de interconsultas/pruebas que realizan las EPA para que ellas y la organización puedan analizarlos.

5. Promover la aplicación de la práctica basada en la evidencia y la vinculación del conocimiento teórico con el práctico.

Objetivo: Potenciar el pensamiento crítico, el análisis reflexivo y la PBE a las enfermeras de base para que avancen hacia la expertez.

- a) Crear espacios de reflexión crítica y análisis crítico sobre el cuidado y el logro de objetivos de la persona/paciente en todos los ámbitos, pero muy especialmente en hospital.
- b) Asegurar la participación activa de las enfermeras en la presentación y discusión de casos.
- c) Utilizar a las EPA para liderar y coordinar estos espacios
- d) Promover espacios de reflexión compartida universidad-empresa sobre casos clínicos para vincular el conocimiento teórico con el conocimiento práctico.
- e) Promover los espacios de colaboración médico-enfermera-otros.

6. Facilitar la evaluación y la mejora de los programas en los que trabaja la EPA

Objetivo: Evaluar y mejorar la atención al paciente en los programas que participa la EPA.

- a) Identificar los aspectos de valoración, planificación, ejecución y evaluación que han de registrarse en la historia clínica de forma parametrizada, según la opinión de la EPA y los estándares de calidad.
 - b) Parametrizar estos aspectos en la historia clínica informatizada.
 - c) Identificar los indicadores de gestión que requiere la EPA para evaluar su participación.
 - d) Diseñar los indicadores de evaluación (historia clínica y gestión), incluyendo así los elementos necesarios para poder compararse con estándares u otros.
 - e) Explotar datos según diseño y tiempos pactados
 - f) Facilitar a la EPA los resultados para proponer mejoras en la atención al paciente.
7. Proporcionar recursos para facilitar la investigación
- Objetivo: Fomentar la participación de la EPA en proyectos colaborativos relacionados con su área de especialización clínica para generar conocimiento.
- a) Animar a las EPA a participar en investigaciones para generar conocimiento.
 - b) Facilitar la formación en metodología y diseños de investigación.
 - c) Facilitar la búsqueda de financiación de proyectos.
 - d) Promover contactos con otras organizaciones/universidades para facilitar investigaciones colaborativas.
 - e) Dar soporte a la EPA para que organice su actividad teniendo en cuenta su participación en investigaciones.
 - f) Facilitar soporte metodológico a través de las unidades de investigación o de la universidad.
8. Promover un entorno ético en la organización
- Objetivo: Potenciar espacios en el seno de los equipos interdisciplinarios para la discusión de decisiones que afectan a los pacientes.
- a) Hacer partícipe a los comités de ética asistencial de la necesidad de que la toma de decisiones de aspectos ético-morales sea compartida con el equipo interdisciplinar y con el paciente-familia.
 - b) Animar a los equipos médicos a que abran la discusión al equipo interdisciplinar de aspectos ético-morales que afectan a la atención al paciente y fomentar la toma de decisiones conjunta para después plantearla a los pacientes.

6.3. PROPUESTAS QUE AFECTAN A LAS EsPA

1. Formación en competencias avanzadas

Objetivo: Preparar, implementar y evaluar programas de formación empresa-universidad sobre temas relacionados con la adquisición de competencias avanzadas.

Las temáticas más sensibles son:

- a) Fisiopatología, farmacología, terapéutica y cuidados relacionados con el grupo de pacientes o área de atención.
- b) Detección y evaluación de riesgos y posibles complicaciones.
- c) Análisis de interacciones en procesos complejos de fisiología, psicología y sociología, cuando hay que tomar decisiones clínicas complejas.
- d) Habilidades en la emisión de diagnósticos y juicio clínico.
- e) Estrategias de intervención, dentro de un modelo centrado en la persona/paciente /familia/comunidad.
- f) Habilidades en análisis de casos y en análisis crítico de la práctica
- g) Habilidades en guiar la toma de decisiones complejas
- h) Habilidades en liderazgo transformacional
- i) Gestión del cambio
- j) Habilidades de comunicación en relación terapéutica avanzada
- k) Reflexión sobre las propias respuestas cognitivas y afectivas para no influenciar en las decisiones de los pacientes.
- l) *Coaching* aplicado la relación terapéutica en aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales
- m) Habilidades en la utilización de la evidencia como guía para la práctica.
- n) Diseño de programas de evaluación y mejora de resultados.
- o) Metodología de investigación cuantitativa y cualitativa.
- p) Planificación de iniciativas y coordinación programas de educación a los pacientes basados en necesidades, prioridades y recursos de la organización.
- q) Estrategias para la resolución de conflictos éticos.
- r) Identificación de necesidades de aprendizaje de las enfermeras y de otros miembros del equipo de salud y planificación de programas de formación y evaluación.
- s) Políticas sanitarias y modelos de atención sanitaria.

2. Implicación y participación de las EPA

Objetivo: Potenciar la implicación y la participación en las actividades dirigidas a mejorar la atención al paciente.

- a) Esforzarse en buscar espacios para asistir y participar en actividades organizadas para mejorar la atención al paciente y la gestión asistencial.
- b) Seleccionar actividades de formación atractivas dentro del programa de formación en competencias avanzadas.
- c) Estudiar, practicar y reflexionar para conseguir un nivel de competencia avanzado

6.4. PROPUESTAS QUE AFECTAN A LAS ENFERMERAS EN GENERAL

1. Formación en competencias avanzadas

Objetivo: Preparar, implementar y evaluar programas de formación empresa-universidad sobre temas relacionados con la adquisición de competencias avanzadas.

Las temáticas más sensibles son:

- a) Fisiopatología y farmacología relacionada con el grupo de pacientes o área de atención.
- b) Detección y evaluación de riesgos y posibles complicaciones.
- c) Habilidades en la emisión de diagnósticos y juicio clínico.
- d) Habilidades en análisis de casos y en análisis crítico de la práctica.
- e) Habilidades de comunicación en relación terapéutica avanzada.
- f) Reflexión sobre las propias respuestas cognitivas y afectivas para no influenciar en las decisiones de los pacientes.
- g) *Coaching* aplicado la relación terapéutica en aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales.
- h) Habilidades en la utilización de la evidencia como guía para la práctica.
- i) Metodología de investigación cuantitativa y cualitativa.
- t) Estrategias para la resolución de conflictos éticos.

2. Implicación y participación de las enfermeras en general

Objetivo: Potenciar la implicación y la participación en las actividades dirigidas a mejorar la atención al paciente.

- a) Esforzarse en asistir y participar en actividades organizadas para mejorar la atención al paciente.
- b) Seleccionar actividades de formación atractivas dentro del programa de formación en competencias avanzadas.
- c) Estudiar, practicar y reflexionar para conseguir un nivel de competencia medio.

7. LÍNEAS DE FUTURO EN INVESTIGACIÓN

1. Comparar si los programas formativos de los másteres dirigidos a enfermería y las especialidades de enfermería incluyen la formación que garantiza la adquisición de las competencias de la EPA según el modelo de integración de Hamric.
2. Comparar la adecuación de los programas de formación continua actuales en las organizaciones sanitarias, con las propuestas de formación realizadas en el capítulo 6.
3. Diseñar un instrumento de evaluación de competencias avanzadas (genéricas) en la práctica clínica.
4. Diseñar instrumentos de competencias avanzadas (específicas) en diferentes áreas de la práctica clínica.
5. Identificar los roles con competencias avanzadas en el contexto sanitario catalán y estudiar la aproximación a las competencias avanzadas en función de las áreas de atención con metodología cuantitativa.
6. Evaluar la eficacia y efectividad de los espacios o estructuras que actualmente tienen las enfermeras para reflexionar sobre el cuidado de los pacientes y la PBE.
7. Evaluar las estrategias educativas de las EPA para conseguir cambios de comportamiento en los pacientes.
8. Evaluar la efectividad de los cambios de comportamiento en los pacientes a partir de las estrategias educativas de las EPA.
9. Comparar la efectividad y la eficiencia de la intervención de la EPA en un grupo determinado de personas/pacientes/comunidad, que comparten una situación de salud-enfermedad, con la intervención de la enfermera tradicional en el mismo grupo de personas/pacientes/comunidad.

10. Evaluar la participación del paciente y de los equipos interdisciplinarios en la toma de decisiones complejas que afectan a la salud de los mismos.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como todo proceso de investigación, el presente estudio presenta limitaciones que deben ser tenidas en consideración para la óptima interpretación de los datos expuestos:

- Todas las participantes en el estudio fueron enfermeras de sexo femenino y aunque esta variable no se tuvo en cuenta en ningún momento para seleccionar la muestra, quizás hubiésemos encontrado resultados distintos si se hubiese equiparado esta variable.
- La selección de las organizaciones participantes podría verse sesgada por la estrategia de distribución *on-line* del cuestionario, ya que no todos los centros hospitalarios disponían de un contacto en la web donde enviarlo.
- El grupo de discusión se organizó a partir de una organización de hospitales concertados, por lo que todas las directoras de enfermería pertenecían a este tipo de organización. Por tanto, no participaron directoras de hospitales públicos del ICS o privados más allá de las de los hospitales participantes.
- Dado que el objetivo de estudio comporta comparar un modelo de práctica avanzada con la situación actual en el ámbito de estudio, se han tenido en consideración muchos temas que implican a la práctica avanzada, pero a la vez, esto ha comportado que el nivel de profundidad en cada uno de ellos sea limitado.
- Los datos proporcionan información sobre el contexto estudiado (provincia de Barcelona) y esto limita la aplicación en otros contextos. No obstante, los datos generados son transferibles a contextos que compartan similitudes sociopolíticas y socioculturales.

9. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación, nos permiten conocer como se están desarrollando las competencias de las enfermeras que presuntamente realizan práctica avanzada en el ámbito sanitario catalán, a la vez que, comprender el significado que se le da a la enfermera de práctica avanzada en el ámbito hospitalario del contexto sanitario catalán, basándose en el modelo de integración de Hamric.

Así pues, en base a los resultados y dando respuesta a los objetivos específicos del estudio se plantean las siguientes conclusiones:

1. Las enfermeras que se identifican como EPA en el ámbito hospitalario presentan características comparables con las que requiere el modelo, aunque la mayoría requieren avanzar en formación y en el desarrollo de elementos competenciales básicos para asegurar que realizan PA.
2. La formación posgraduada actual en nuestro contexto no responde a un modelo estructurado de crecimiento profesional hacia la práctica avanzada, y no tiene establecido un nivel mínimo requerido. Los motivos son diversos: una falta de definición de la práctica avanzada por parte de las instituciones y de las organizaciones profesionales, una posibilidad de acceder al doctorado muy reciente, una conceptualización de que los másteres profesionalizadores no han de estar acreditados y por tanto no tienen acceso a doctorado, unas especialidades centradas en la práctica.
3. Por lo que se refiere a la certificación o reconocimiento formal de los conocimientos, habilidades, juicio clínico, actitudes y experiencia demostrada, no existe implementado ningún sistema de certificación a través de organismos oficiales que certifiquen el nivel avanzado de competencia. A falta de un reconocimiento formal, las organizaciones, cuando seleccionan a una EPA utilizan fundamentalmente el reconocimiento del equipo, para asegurar por una parte, el reconocimiento del equipo como experta y por otra, para asegurar la integración y la confianza cuando esta adquiera un nivel avanzado de competencia.

4. Por lo que se refiere a la práctica clínica focalizada en el paciente y la familia, el modelo de integración considera este criterio como “el corazón” de la EPA, no se puede considerar una EPA sin estar en la práctica clínica. Así pues roles como la enfermera de docencia, la de investigación, la de gestión, la de sistemas de información u otros en los que no se realiza práctica clínica con los pacientes quedan fuera de la definición de EPA según el modelo de integración de Hamric.
5. Los aspectos competenciales, de la competencia central, en los que ha habido más consenso en el conjunto de las informantes han sido: La utilización de la perspectiva holística; la prevención y educación a los pacientes; el conocimiento fisiopatológico de la enfermedad; la utilización de estrategias para conseguir el control del paciente; la coordinación y gestión de pacientes, la utilización de la evidencia en la elaboración y actualización de protocolos y la autonomía profesional.
6. Los aspectos competenciales, de la competencia central, en los que han manifestado más dificultades, han sido: la utilización del lenguaje y emisión de diagnósticos tanto a nivel verbal como escrito; las capacidades para hacer frente a situaciones emocionalmente críticas y poder dar un soporte adecuado a los pacientes y las familias; el desarrollo proactivo de la reflexión crítica sobre la práctica; las habilidades en la utilización de la evidencia como guía para la práctica, especialmente en la búsqueda activa de artículos científicos y en la práctica sensible a los resultados de investigaciones y la dificultad en actuar como finalistas en sus procesos por motivos relacionados con la prescripción.
7. Los aspectos competenciales de las competencias adicionales, en los que ha habido más consenso en el conjunto de las informantes han sido: el liderazgo clínico y profesional focalizado en las necesidades de los pacientes; el asumir las características y las cualidades del liderazgo transformacional que apoya el modelo; las estrategias para conseguir una colaboración positiva con el equipo y la docencia a los profesionales.
8. Los aspectos competenciales de las competencias adicionales, en los que han manifestado más dificultades han sido: las habilidades para ayudar a los pacientes a

capacitarlos para que tomen el control y la responsabilidad de su cuidado (*coaching*); la realización de consultoría a través de los sistemas de comunicación de la organización; la posibilidad de derivar al paciente al profesional más adecuado; la investigación sobre su propia práctica participando en el diseño de programas de evaluación y la utilización de datos sensibles que le permita analizar y mejorar; la implantación de la práctica basada en la evidencia más allá de su propia práctica; la participación en investigaciones colaborativas para generar conocimiento y la escasa participación en la toma de decisiones éticas.

9. En cuanto a los aspectos legislativos y con independencia de la certificación, el mayor inconveniente es la falta de regulación en la prescripción enfermera tanto autónoma como colaborativa.
10. Las políticas de salud en las que hace referencia el modelo se relacionan con el coste, la calidad y el acceso a la sanidad. En Catalunya, el *Pla de Salut 2011-2015* no solo incorpora líneas de actuación referidas a la eficiencia, la calidad y la accesibilidad, sino que además incorpora elementos que pueden ayudar a potenciar a la EPA y que la EPA, en función de su área de conocimiento, puede contribuir positivamente en el desarrollo de estas políticas.
11. En cuanto a la política empresarial en las organizaciones, hay una apuesta para el desarrollo de la EPA. Pero todavía en la mayoría de ellas, no hay la percepción de que su aportación influya en los resultados económicos porque de ser así, la apuesta sería mayor. Si bien se han evidenciado iniciativas y servicios proactivos a la mejora profesional, en líneas generales, las organizaciones no tienen estructurado un sistema que favorezca el crecimiento de las enfermeras hacia la práctica avanzada. No existe un plan, ni una estructura organizativa que facilite el desarrollo de las competencias de avance profesional, no solo a las posibles EPA, sino a las enfermeras en general, la cual cosa promocionaría que las enfermeras cambiasen la mentalidad, y desarrollaran aspectos como por ejemplo la reflexión crítica sobre la práctica y la PBE.
12. También se han identificado barreras inherentes a la organización que dificultan el desarrollo de las competencias de la EPA, como son: la integración de la consultoría en el sistema de comunicación clínica de la organización; la posibilidad de derivar pacientes al profesional más pertinente (médico, enfermera u otros); los recursos para

facilitar la investigación (un porcentaje de tiempo, formación, soporte metodológico, búsqueda de financiación a proyectos...); la integración en los registros, de parámetros sensibles a su práctica, a partir de los cuales puedan proponer mejoras en la atención y necesidades de sus pacientes, mejorando así, la eficiencia del sistema y por último la creación de un entorno ético en donde las preocupaciones de los pacientes y los profesionales se aborden de forma rutinaria en el seno de los equipos interdisciplinarios y no solo a través de los Comités de ética.

13. La cultura de las organizaciones va amoldándose al escenario con EPA en función del compromiso de los diferentes actores, y se han recogido desde registros de apoyo donde se valora el papel que realizan las EPA, hasta registros donde se pone de manifiesto la infravaloración, el poder médico, e incluso las estrategias para superar la discriminación de género. Aspectos como el demostrar la competencia clínica ayuda a que médicos, enfermeras y otros, reconozcan el valor de la EPA y mejoren el clima de apoyo a la EPA.
14. Los resultados de evaluación y mejora, tienen relación con el impacto de las EPA en la atención de los pacientes, existiendo en la actualidad poca evidencia sobre el impacto de la EPA en el contexto sanitario catalán.
15. A nivel del concepto de práctica avanzada, hay una falta de claridad, confusión y variedad de interpretaciones cuando hablamos de práctica avanzada en el entorno sanitario catalán. Esta confusión se materializa cuando relacionamos la práctica avanzada con los conceptos de: competencia, expertez, competencias avanzadas y rol avanzado.
16. Las tres maneras de interpretar el concepto de rol avanzado son: a) cuando se incorporan competencias desde un avance interprofesional, b) cuando además de incorporar competencias desde un avance interprofesional también se produce un avance profesional y c) cuando se incorporan competencias únicamente de avance profesional.

17. Entre las confusiones que se han identificado al interpretar el concepto de rol avanzado están: confundir rol avanzado con práctica avanzada, interpretar que únicamente los roles nuevos son roles avanzados, interpretar que la práctica avanzada es una parte del desarrollo del rol e interpretar que la práctica avanzada es la prescripción.

BIBLIOGRAFIA

1. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona: Grijalbo; 1987.
2. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009.
3. Joint Commission International. *Estándares de acreditación de Joint Commission International* [Internet]. 2014. Desde: <http://es.jointcommissioninternational.org/search/?Keyword=standard>
4. Comellas-Oliva M, Andres C, Buesa C, Creus G, Garcia C, Molina I, et al. *Disseny i aplicabilitat de la matriu de competències infermeres del Consorci Sanitari de Terrassa*. Terrassa: Consorci Sanitari de Terrassa; 2015.
5. Oberle K, Allen M. The nature of advanced practice nursing. *Nurs Outlook*. 2001;49(3):148-53.
6. OECD. *OECD Health Statistics 2015* [Internet]. OECD.org; 2015 [citado 6 de julio de 2015]. Desde: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
7. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1995.
8. Rasch RFP, Frauman AC. Advanced practice in nursing: conceptual issues. *J Prof Nurs*. 1996;12(3):141-6.
9. Patterson C, Haddad B. The advanced nurse practitioner: common attributes. *Can J Nurs Adm*. 1992;5:18-22.
10. Jansen MP, Zwygart-Stauffacher M, editores. *Advanced practice nursing core: concepts for professional role development*. 4th ed. New York, NY: Springer; 2010.
11. Canadian Nurses Association. *Advanced nursing practice: a national framework* [Internet]. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association; 2008 [citado 21 de julio de 2015]. Desde: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf
12. Canadian Nurses Association. *Advanced nursing practice: position statement* [Internet]. Canadian Nurses Association; 2007 [citado 21 de julio de 2015]. Desde: http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps60_advanced_nursing_practice_2007_e.pdf?la=en
13. National Health Service. Department of Health, Social Services and Public Safety. *Advanced nursing practice framework: supporting advanced nursing practice in health and social care trusts* [Internet]. NHS; 2014 [citado 22 de julio de 2015]. Desde: http://www.dhsspsni.gov.uk/advanced_nursing_practice_framework.pdf

14. National Health Service (NHS), Macmillan Cancer. Working with individuals with cancer, their families and carers professional development framework for nurses specialist and advanced levels [Internet]. 2008 [citado 1 de agosto de 2015]. Desde: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/268259/working_with_individuals_with_cancer_their_families_and_carers_aug_2008.pdf
15. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada [Internet]. ICN Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network. [citado 21 de julio de 2015]. Desde: http://international.aanp.org/Content/docs/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf
16. Royal College of Nursing of Australia. Advanced practice nursing: position statement [Internet]. Royal College of Nursing of Australia; 2010 [citado 1 de agosto de 2015]. Desde: http://www.rcna.org.au/WCM/Images/RCNA_website/Files%20for%20upload%20and%20link/policy/documentation/position/advanced_practice_nursing.pdf
17. Brown S. A framework for advanced practice nursing. *J Prof Nurs*. 1998;14(3):157-64.
18. Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):519-29.
19. Calkin JD. A model for advanced nursing practice. *J Nurs Adm*. 1984;14(1):24-30.
20. Ackerman H, Norsen L, Martin B, Wiedrich J, Kitzman H. Development of a model of advanced practice. *Am J Crit Care*. 1996;5(1):68-73.
21. Davies B, Hughes AM. Clarification of advanced nursing practice: characteristics and competencies: 1995. *Clin Nurse Spec*. mayo de 2002;16(3):147-52.
22. Hamric AB. A definition of advanced practice nursing. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 75-94.
23. Hanson CM, Hamric AB. Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. *Nurs Outlook*. 2003;51(5):203-11.
24. Mantzoukas S, Watkinson S. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *J Clin Nursing*. 2006;16(1):28-37.
25. Roberts-Davis M, Read S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between nurse practitioners and clinical nurse specialists. *J Clin Nurs*. enero de 2001;10(1):33-43.
26. Daly WM, Carnwell R. Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *J Clin Nurs*. 2003;12(2):158-67.

27. Canadian Nurses Association. Clinical nurse specialist: position statement [Internet]. Canadian Nurses Association; 2009 [citado 24 de julio de 2015]. Desde: https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/clinical-nurse-specialist_position-statement.pdf?la=en
28. Canadian Nurses Association. The nurse practitioner: position statement [Internet]. Canadian Nurses Association; 2009 [citado 24 de julio de 2015]. Desde: http://cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps_nurse_practitioner_e.pdf
29. National Health Services. Department of Health Public Service Agreement. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform [Internet]. [London]: NHS; 2000 [citado 21 de julio de 2015]. Desde: <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsuk1.pdf>
30. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2010 [citado 24 de julio de 2015]. Desde: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
31. Consejo Internacional de Enfermeras. ICN nurse practitioner/ advanced practice nursing network: country profiles [Internet]. 2014 [citado 1 de agosto de 2015]. Desde: <http://international.aanp.org/content/docs/countryprofiles2014.pdf>
32. Jodar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Primaria*. 2005;36(10):568-562.
33. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería: enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico. *Enferm Clín*. 2013;24(1):79-89.
34. Morales-Asensio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin*. 2013;24(1):23-34.
35. Ridao M. Incorporar la enfermera clínica y la enfermera gestora en los nuevos modelos organizativos: el "modelo Bellvitge". *Nursing*. 2011;29(3):56-61.
36. Rodríguez Gómez S, de la Fuente Robles N, Casado Mora MI, Ayuso Fernández M. La prescripción enfermera en el Sistema Nacional de Salud: ¿realidad o ficción? *Enferm Clin* [Internet]. 2015 [citado 18 de julio de 2015];25(3). Desde: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1130862115000698>
37. Spross JA, Lawson MT. Conceptualizations of Advanced Practice Nursing. En: *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 33-74.
38. Fenton M, Brykczynski K. Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialist and nurse practitioners. *J Prof Nurs*. 1993;9(6):313-26.
39. Benner P. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1984.
40. Adams A, Pelletier D, Duffield C, Crisp J, Mitten-Lewis S, Murphy J. Determining and discerning expert practice: a review of the literature. *Clin Nurse Spec*. 1997;11(5):217-22.

41. Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Piramide; 1986.
42. Ramió Jofré A. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [Internet]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2005 [citado 13 de septiembre de 2015]. Desde: http://www.coib.cat/UploadsBO/Tesines/Documents/2013723925_ARJ_TESIS.pdf
43. English I. Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *J Adv Nurs*. 1993;18(3):387-93.
44. Ackerman M, Clark J, Reed T, Van Horn L, Francati M. A nurse practitioner managed cardiovascular intensive care unit. En: Hickey J, Ouimette R, Venegoni S, editores. *Advanced practice nursing: changing roles and clinical applications*. Philadelphia, PA: Lippincott; 2000. p. 470-80.
45. Shuler PA, Davis J. The Shuler nurse practitioner practice model: a theoretical framework for nurse practitioner clinicians, educators, and researchers: part 1. *J Am Acad Nurse Pract*. 1993;5(1):27-34.
46. Ball C, Cox CI. Part one: restoring patients to health: outcomes and indicators of advanced nursing practice in adult critical care. *Int J Nurs Pract*. 2003;9(6):356-67.
47. American Nurses Association. *Nursing's social policy statement: the essence of the profession*. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2010.
48. APRN Consensus Work Group and the APRN Joint Dialogue Group. Consensus model for APRN regulation: licensure, accreditation, certification & education [Internet]. National Council of State Boards of Nursing; 2008 [citado 27 de julio de 2015]. Desde: https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf
49. Phaneuf MC. *The nursing audit: self-regulation in nursing practice*. 2nd ed. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1976.
50. Tracy MF. Direct clinical practice. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 123-58.
51. Newman M. Experiencing the whole. *ANS Adv Nurs Sci*. 1997;20(1):34-9.
52. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci*. 1978;1(1):13-23.
53. Paul RW, Heaslip P. Critical thinking and intuitive nursing practice. *J Adv Nurs*. 1995;22(1):40-7.
54. Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. *Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking-in-action approach*. Philadelphia, PA: Saunders; 1999.

55. Sanchez-Rueda G. Las emociones en la práctica enfermera [tesi doctoral] [Internet]. [Bellaterra]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014 [citado 14 de diciembre de 2014]. Desde: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=50211>
56. Watson J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2007.
57. Alfaro-Lefevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en resultados. 4ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2009. 299 p.
58. Facione PA. Critical thinking: what it is and why it counts [Internet]. Measured Reasons and The California Academic Press; 2011 [citado 23 de julio de 2015]. Desde: <https://blogs.city.ac.uk/cturkoglu/files/2015/03/Critical-Thinking-Articles-w6xywo.pdf>
59. Kaddoura MA. Critical thinking skills of nursing students in lecture-based teaching and case-based learning. International Journal for the Scholarship of Teaching and Learning [Internet]. 2011 [citado 2 de agosto de 2015];5(2). Desde: <http://digitalcommons.georgiasouthern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1305&context=ij-sotl>
60. Insight Assessment. California Critical Thinking Skills Test (CCTST) [Internet]. Measuring Thinking Worldwide. 2013 [citado 23 de julio de 2015]. Desde: <http://www.insightassessment.com/Products/Products-Summary/Critical-Thinking-Skills-Tests/California-Critical-Thinking-Skills-Test-CCTST>
61. Donnelly G. The essence of advance nursing practice. Int J Adv Nurs Pract. 2006;8(1):1-6.
62. Ketefian S, Redman R, Hanucharunkul S, Masterson A, Neves E. The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. Int Nurs Rev. 2001;48(3):152-63.
63. Furlong E, Smith R. Advanced nursing practice: policy, education and role development. J Clin Nursing. 2005;14(9):1059-66.
64. Schön DA. The reflective practitioner: How professionals think in action. New York, NY: Basic Books; 1984.
65. Reveley S, Walsh M. Preparation for advanced nursing roles. Nurs Standard. 2000;14(31):42-5.
66. Chiavenato I. Construção de talentos. 3 ed. Rio de Janeiro: Campus; 2002.
67. Spross JA. Expert coaching and guidance. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. Advanced practice nursing: an integrative approach. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 159-90.
68. Spross JA. Coaching and suffering: the role of the nurse in helping people face illness. En: The human dimensions of suffering. Boston: Jones&Bartlett; 1996.

69. Barrow A-M, White PA. Consultation. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 75-94.
70. Ureña M, Riera I, Roure C, Ramirez de Arellano M, Vargas E, Boadas J. *El espacio interconsulta: mejorando la integración de niveles*. En Bilbao; 2013.
71. Canadian Nurses Association. *Telehealth: the role of the nurse: position statement*. Canadian Nurses Association; 2007.
72. Garcia Alonso D. *Avaluació Projecte TelePresons*. TicSalut; 2011.
73. DePalma J. Research. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2009. p. 315-46.
74. Institute of Medicine (US). *The future of nursing: leading change, advancing health*. National Academies Press; 2010.
75. Spross JA, Hanson CM. Clinical, professional, and systems leadership. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing An integrative approach* [Internet]. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2009. p. 249-82. Desde: <http://evolve.elsevier.com/Hamric/>
76. Barker A. *An energy leadership paradigm: transformational leadership*. 4ed. ed. Philadelphia: Lippincott; 1994.
77. Hanson CM, Spross JA. Collaboration. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 75-94.
78. Jameton A. *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
79. Hamric AB, Delgado SA. Ethical decision making. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2009. p. 315-46.
80. Falk-Raphael A. Speaking truth to power: nursing's legacy and moral imperative. *ANS Adv Nurs Sci*. 2005;28:212-23.
81. American Association of Colleges of Nursing. *The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice: October 2006* [Internet]. Washington DC: American Association of Colleges of Nursing; 2006 [citado 28 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.aacn.nche.edu/dnp/Essentials.pdf>
82. Hanson CM. Understanding regulatory, legal and credentialing requirements. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 605-26.

83. O'Grady ET, Johnson JE. Health policy issues in changing environments. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2009. p. 627-53.
84. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* [Internet]. Washington DC: National Academies Press; 2001 [citado 4 de septiembre de 2015]. Desde: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=R2
85. Agency for Healthcare Research and Quality. *2014 National Healthcare Quality and Disparities Report* [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015 [citado 28 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqdr14/2014nhqdr.pdf>
86. Nevidjon BM, Simonson CJ. Strengthening advanced practice nursing in organizational structures: administrative considerations. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 657-78.
87. Hanson CM, Bennett SD. Business planning and reimbursement mechanisms. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 543-74.
88. Hodnicki DR. Marketing and contracting considerations. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2009. p. 575-501.
89. Richmond T, Becker D. Creating an advanced practice nurse-friendly culture: a marathon, not a sprint. *AACN Clin Issues*. 2005;16(1):58-66.
90. Ingersoll GL. Outcomes evaluation and performance improvement: an integrative review of research on advanced practice nursing. En: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editores. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 681-732.
91. American Nurses Credentialing Center. *2015 Certification renewal requirements* [Internet]. Silver Spring, MD; 2015 [citado 8 de diciembre de 2015]. Desde: <http://www.nursecredentialing.org/RenewalRequirements.aspx>
92. American Nurses Association. *Nursing: scope and standards of practice*. 2nd ed. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2010.
93. National Organization of Nurse Practitioner Faculties. *Domains and core competencies of nurse practitioner practice*. [Internet]. National Organization of Nurse Practitioner Faculties; 2006 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://c.ymcdn.com/sites/www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/domainsandcorecomps2006.pdf>

94. National CNS Competency Task Force. Clinical nurse specialist core competencies: executive summary 2006-2008 [Internet]. National CNS Competency Task Force; 2008 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.nacns.org/docs/CNSCoreCompetenciesBroch.pdf>
95. National Association of Clinical Nurse Specialists. Core practice doctorate clinical nurse specialist (CNS) competencies [Internet]. National Association of Clinical Nurse Specialists; 2009 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.nacns.org/docs/CorePracticeDoctorate.pdf>
96. Accreditation Commission for Midwifery Education. Core competencies for basic midwifery practice [Internet]. American College of Nurse-Midwives; 2012 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.mc.vanderbilt.edu/documents/CAPNAH/files/Scope%20of%20Practice/Midwifery%20Core%20Comptencies%20Dec%202012.pdf>
97. American College of Nurse-Midwives. Standards for the practice of midwifery [Internet]. American College of Nurse-Midwives; 2011 [citado 13 de agosto de 2013]. Desde: http://www.mc.vanderbilt.edu/documents/CAPNAH/files/Standards_for_Practice_of_Midwifery_Sept_2011.pdf
98. Carr KC, Accreditation Commission for Midwifery Education. Gap analysis of ACME and ICM global education standards. [Internet]. Accreditation Commission for Midwifery Education; 2013 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.midwife.org/acnm/files/cclibraryfiles/Filename/000000003821/Gap-Analysis-ACME-and-ICM-Global-Education-Standards.pdf>
99. International Confederation of Midwives. Global standards for midwifery education 2010: amended 2013 [Internet]. International Confederation of Midwives; 2013 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Standards%20Guidelines_ammended2013.pdf
100. American Association of Nurse Anesthetists. Standards for nurse anesthesia practice [Internet]. American Association of Nurse Anesthetists; 2013 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.aana.com/resources2/professionalpractice/Documents/PPM%20Standards%20for%20Nurse%20Anesthesia%20Practice.pdf>
101. Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs. Standards for accreditation of nurse anesthesia educational programs. [Internet]. Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs; 2012 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://home.coa.us.com/accreditation/Documents/Standards%20for%20Accreditation%20of%20Nurse%20Anesthesia%20Education%20Programs.pdf>
102. Canadian Nurses Association. Framework for the practice of registered nurses in Canada [Internet]. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association; 2007 [citado 20 de julio de 2015]. Desde: <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada.pdf?la=en>

103. New classes of practitioners regulations [Internet]. Canada Gazette, 146(24) (21 nov 2012) dic 21, 2012. Desde: <http://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2012/2012-11-21/html/sor-dors230-eng.html>
104. Chennel A. Sesión enfermería de práctica de avanzada en el Reino Unido [Internet]. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria; 2013 [citado 4 de septiembre de 2015]. Desde: <https://www.youtube.com/watch?v=i8WE77fNhn4>
105. Royal College of Nursing. Advanced nurse practitioners: an RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation [Internet]. 2nd ed. London: Royal College of Nursing; 2012 [citado 14 de diciembre de 2014]. Desde: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf
106. Royal College of Nursing. Integrated core career and competence framework for registered nurses [Internet]. 2009. Desde: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/276449/003053.pdf
107. National Health Service (NHS). Department of Health. Advanced level nursing: a position statement [Internet]. Department of Health; 2010 [citado 8 de noviembre de 2014]. Desde: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215935/dh_121738.pdf
108. National Health Service (NHS). Who can write a prescription? [Internet]. NHS Choices. 2015 [citado 23 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/1629.aspx?CategoryID=68&>
109. Gardner GE, Chang AM, Duffield C. Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. JAN. 2007;57(4):382-91.
110. Nursing and Midwifery Board of Australia. Continuing professional development registration standard [Internet]. Nursing and Midwifery Board of Australia; 2010. Desde: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-Standards.aspx>
111. Australian Nursing & Midwifery Accreditation Council. Nurse practitioner: accreditation standards 2015. [Internet]. Australian Nursing & Midwifery Accreditation Council; 2015 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: http://www.anmac.org.au/sites/default/files/documents/Nurse_Practitioner_Accreditation_Standard_2015_FINAL_0.pdf
112. Nursing and Midwifery Board of Australia. National competency standards for the registered nurse [Internet]. Nursing and Midwifery Board of Australia; 2006 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards.aspx>
113. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 280, (23 de noviembre de 2003). Desde: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

114. Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, núm. 161, (3 de julio de 2010).
115. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 108, (6 de mayo de 2005).
116. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 315, (31 de diciembre de 2009).
117. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 178, (27 de julio de 2006).
118. Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del Informe de alta. Boletín Oficial del Estado, núm. 221, (14 de septiembre de 1984) p. 26665.
119. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. Boletín Oficial del Estado, núm. 176, (21 de julio de 2014).
120. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Boletín Oficial del Estado, núm. 260, (17 de septiembre de 1882).
121. Gimenez Maroto AM. La enfermería y la práctica avanzada: su desarrollo en España [tesis doctoral] [Internet]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2013 [citado 11 de julio de 2015]. Desde: <http://eprints.ucm.es/21966/1/T34582.pdf>
122. Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clímets G, Aguirre-Jaime A, Sierra-López A, Arias-Rodríguez A, De Armas-Felipe JM. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. ENE, Revista de Enfermería. 2012;6(2):39-70.
123. Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado, núm. 35, (10 de febrero de 2011).
124. Universitat de Barcelona. El grado y las nuevas titulaciones universitarias [Internet]. Estudis de grau. 2015 [citado 19 de agosto de 2015]. Desde: http://www.ub.edu/web/ub/es/estudis/oferta_formativa/graus/objectius_estructura/grau_noves_titulacions/grau_noves_titulacions.html
125. Universidad de Navarra, IESE Business School. Master en Práctica avanzada y gestión en enfermería [Internet]. 2015 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.unav.edu/web/master-en-practica-avanzada-y-gestion-en-enfermeria/presentacion>

126. Universidad de Alicante. Práctica avanzada a debate [Internet]. 2011 jun 2 [citado 13 de agosto de 2015]; Alicante. Desde: <http://fcsalud.ua.es/documentos/noticias/jornadaenfermeriavanzada.pdf>
127. Consorci Sanitari i Social de Catalunya. Fent el sistema més eficient: la infermera i les competències avançades [Internet]. 2013 jun 18. Desde: http://www.csa.cat/documents/jornadarolsinfemeria_copy1.pdf
128. Associació Catalana de Direccions Infermeres. Rols avançats infermers: visió de futur [Internet]. 2014 nov 26 [citado 13 de agosto de 2015]; Hospital de Sant Pau de Barcelona. Desde: <http://www.santpau.es/UploadFiles%2F17612-1-90453.pdf>
129. Universidad de Alicante. Jornada de expertos enfermería practica avanzada «nuevas soluciones a viejos problemas» [Internet]. 2015 abr 20 [citado 13 de agosto de 2015]. Desde: <http://masteremergenciasua.com/wp-content/uploads/2015/03/Jornada-Practica-Avanzada.pdf>
130. Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Roles avanzados en enfermería oncológica [Internet]. Congreso de Enfermería Oncológica; 2015 may 27 [citado 13 de agosto de 2015]; Tarragona. Desde: https://www.congresoseeo.org/pdf/programa_seeo.pdf
131. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Titulo de Grado de Enfermería [Internet]. ANECA; 2004 [citado 14 de diciembre de 2014]. Desde: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
132. Orden SPI/1356/2011 de 11 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 123, (25 de mayo de 2011). Desde: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaSaludMentalProgramaNuevo.pdf>
133. Orden SAS/3225/2009 de 13 de noviembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 288, (1 de diciembre de 2009) p. 101976. Desde: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/11/30/pdfs/BOE-A-2009-19139.pdf>
134. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 157, (30 de junio de 2010). Desde: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10365.pdf>
135. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 157 (30 de Junio de 2010). Desde: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>

136. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 129 (29 de mayo de 2009). Desde: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaObstetricoGineMatronas.pdf>
137. Oltra-Rodríguez E, Rich-Ruiz M, Orts-Cortés MI, Sánchez-López D, González-Carrión P. Competencias de investigación en las especialidades de enfermería. *Enferm Clin*. 2013;23(5):225-30.
138. Fuentelsaz-Gallego C, Navalpotro-Pascual S. Competencias en investigación: propuesta de la unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería (Investén-isciii). *Enferm Clín*. 17(3):117-27.
139. Muñoz Cruz R, Rodríguez Mármol M, Sánchez Muñoz I. Actitudes de los profesionales de enfermería frente a la enfermería basada en la evidencia. *Evidentia*. 2014;11:47-8.
140. Bengoa R. Innovaciones en la gestión de las enfermedades crónicas. *Jano*. 2008;(1718):49-52.
141. Contel JC, Martínez Roldán J., Jodar-Solà G. Por una nueva atención primaria en un escenario de atención integrada. *JANO*. 2008;(1693):11-3.
142. Ramírez García P. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enferm Clín*. 2002;12(6):286-9.
143. Goulet C, Lauzon S, Ricard N. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. *Enferm Clín*. 2003;1(13):48-52.
144. Galao Malo R. Enfermería de práctica avanzada en España: Ahora es el momento. *Index Enferm*. 2009;18(4):221-3.
145. Morales-Asensio JMM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas Enferm*. 2012;15(6):26-32.
146. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enferm Global (Esp)*. 2013;12(32):346-61.
147. del Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):52-7.
148. Argilaga-Molero E, Arias-Rivera S. Práctica avanzada de enfermería en las unidades de cuidados intensivos de España. *Enferm Intensiva*. 2013;24(4).
149. Goodman C, Asensio JMM, de la Torre Aboki J. La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas Enferm*. 2013;16(9):5.

150. Zabalegui A. El cuidado de la salud requiere enfermeras de práctica avanzada. *Nursing*. 2014;31(5):6.
151. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. *Aprendiendo de las experiencias. Enfermería Clínica*. 2014;24(1):90-8.
152. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 52 (4 de mayo de 2002). Desde: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/d1.pdf>
153. Servicio Andaluz de Salud. Manual de gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2006 [citado 15 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gesti%F3n%20de%20Casos%20en%20Andaluc%EDa.pdf>
154. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Desarrollo competencial en el modelo de Gestión de casos del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011 [citado 14 de diciembre de 2014]. Desde: <http://goo.gl/swBPcz>
155. Servicio Andaluz de Salud. Pi-Cuida. Plan Integral de Cuidados en Andalucía [Internet]. 2015 [citado 14 de agosto de 2015]. Desde: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_estratcuidados
156. López Alonso SR, Martín Caravante S. Enfermera de práctica avanzada para las urgencias a domicilio. *Index Enferm*. 2012;21(3):117-8.
157. López Alonso SR, Linares Rodríguez C. Enfermera de práctica avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index Enferm*. 2012;21(1-2):5-6.
158. Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm.º 151, (5 de agosto de 2009) p. 11-9. Desde: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_decreto_enfermeria
159. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013 [citado 14 de agosto de 2015]. Desde: http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf

160. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. País Vasco: transformando el sistema de salud 2009-2012 [Internet]. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2012 [citado 14 de agosto de 2015]. Desde: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf
161. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Proyecto estratégico 8: competencias avanzadas de enfermería [Internet]. Álava: Osakidetza, Servicio Vasco de Salud; 2012. Desde: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/InformeGlobalEs.pdf
162. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Líneas estratégicas y planes de acción: Osakidetza 2013-2016. [Internet]. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud; 2013 [citado 14 de agosto de 2015]. Desde: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/estrategia/lineasEstrategicasOsakidetza.pdf
163. Consell Català d'Espécialitats en Ciències de la Salut. Competències de la professió d'infermeria. reimpr. Barcelona: Consell Català d'Espécialitats en Ciències de la Salut; 2002.
164. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya [Internet]. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2013 [citado 14 de diciembre de 2014]. Desde: <http://www.asociacionbioetica.com/imagenes/publicaciones/ficheros/publicacion-fichero-53.pdf>
165. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2012 [citado 14 de junio de 2015]. Desde: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf
166. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Servei Català de la Salut. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Projectes del Pla de salut de Catalunya 2016-2020. «Document de treball» [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2015 [citado 13 de septiembre de 2015]. Desde: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/destacats/projectes_pladesalut2020.pdf
167. Associació d'infermeria Familiar y Comunitaria de Catalunya. L'AIFICC i la gestió de la demanda [Internet]. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC); 2007 [citado 15 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.aificc.cat/storage/altres-documentos/aificc-i-la-gestio-de-la-demanda.pdf>
168. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya. La gestió de casos: un model d'atenció a la complexitat i a la dependència [Internet]. Barcelona: AIFICC; 2008 [citado 15 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.aificc.cat/storage/altres-documentos/la-gestio-de-casos.pdf>

169. Secretaria d'Estratègia i Coordinació Direcció Estratègica d'Infermeria DE d'Infermeria. La gestió de casos en la pràctica infermera [Internet]. Generalitat de Catalunya. Direcció Estratègica d'Infermeria,; 2010 [citado 24 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/LA%20GESTI%C3%B3%20DE%20CASOS%20EN%20LA%20PR%C3%A0CTICA%20INFERMERA.PDF>
170. Consell de la Profesió Infermera a Catalunya. La Infermera assistencial amb lideratge clínic [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2010 [citado 14 de diciembre de 2014]. Desde: <http://goo.gl/Vfuibb>
171. Institut Català de la Salut. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut: aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2010 [citado 27 de julio de 2015]. Desde: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_casos.pdf
172. Comissió de Salut del Parlament de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 [Internet]. 2012 mar 8 [citado 28 de agosto de 2015]; Parlament de Catalunya. Desde: www.parlament.cat/document/altres/48199.ppt
173. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat: document conceptual: versió 5.0 del 28.02.2012 [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012 [citado 21 de julio de 2015]. Desde: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/562conceptual.pdf
174. Tic Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Experiències en TIC i Salut [Internet]. Observatori. 2015 [citado 7 de septiembre de 2015]. Desde: <http://www.ticsalut.cat/observatori/innova-tic-salut/>
175. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. La prescripció enfermera [Internet]. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2007 [citado 23 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/DEF.%20CASTELL%C3%80%20LA%20PRESCRIPCI%C3%B3N%20ENFERMERA%2001.09.07.PDF>
176. Departament de Salut, Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Salut posa les bases per fer que els professionals de la infermeria puguin prescriure medicaments [Internet]. Generalitat de Catalunya. Sala de premsa. Notes de premsa. 2015 [citado 18 de julio de 2015]. Desde: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/286032/ca/salut-posa-bases-fer-professionals-infermeria-puguin-prescriure-medicaments.do
177. Consell de la Profesió Infermera de Catalunya. Comissió d'Indicadors d'Avaluació. Indicadors d'avaluació de les cures infermeres [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2014 [citado 16 de agosto de 2015]. Desde: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/participacio/consells_de_les_professions_sanitaries/consell_professio_infermera_de_catalunya/documents/arxius/indicadors_avaluacio_cures_infermeresv4.pdf

178. García-Altés A. Central de Resultats: indicadors d'avaluació de les cures infermeres [Internet]. Indicadors d'avaluació de les cures infermeres; 2015 jun 10 [citado 16 de agosto de 2015]; Barcelona. Desde: http://premsa.gencat.cat/pres_fsdp/docs/2015/06/12/14/43/17f32f3c-e676-45a6-8905-0457492a842c.pdf
179. Secretaria d'Estratègia i Coordinació. Direcció Estratègica d'Infermeria. La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya [Internet]. Generalitat de Catalunya. Direcció Estratègica d'Infermeria,; 2011 [citado 16 de agosto de 2015]. Desde: http://www.coill.org/Ficheros/Destacado/recerca_infermera_cures_salut_2012.pdf
180. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324(7341):819-23.
181. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008;2. Desde: <http://www.cochrane.org/es/CD001271/sustitucion-de-medicos-por-enfermeras-en-la-atencion-primaria>
182. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bas EB, Zangano G. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*. 2011;29(5):230-50.
183. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai W-Y, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioner or physicians: a randomized trial. *JAMA*. 2000;283(1):59-65.
184. Kinnersley P, Anderson E, Parry K. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting «same day» consultations in primary care. *BMJ*. 2000;320:1043-8.
185. Cortada Echaiz J. La práctica avanzada en enfermería en el control de la estimulación ovárica en comparación con el control médico [tesi doctoral] [Internet]. [Bellaterra]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013 [citado 17 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/129153/jcie1de1.pdf?sequence=1>
186. Dueker M j., Spurr SJ, Jacox AK, Kalist DE. The practice boundaries of advanced practice nurses: an economic and legal analysis [Internet]. St. Louis, MO: The Federal Reserve Banc of Sant Louis; 2005 [citado 17 de agosto de 2015]. Desde: <https://research.stlouisfed.org/wp/2005/2005-071.pdf>
187. Brooten D, Naylor MD, York R, Brown LP. Lessons learned from testing the quality cost model of advance practice nursing (APN) tradicional care. *J Nurs Scholarsh*. 2002;(4):369-75.
188. Kleinpell RM. What advanced practice nursing outcomes research is out there? *Crit Care Nurs Clin N Am*. 2002;14:269-74.
189. Wong KW, Wong FKY, Chan MF. Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs*. enero de 2005;49(2):210-22.

190. Naylor MD, McCauley K. Effects of a discharge planning and home follow - up intervention on elders hospitalized with common medical and surgery cardiac conditions. *J Cardiovasc Nurs.* 1999;14(1):44-54.
191. Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles [Internet]. OECD Publishing; 2004 [citado 4 de septiembre de 2015]. Desde: <http://dx.doi.org/10.1787/743610272486>
192. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmas en competencia en investigación cualitativa. En: Denman C, Haro J, editores. *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en investigación social.* Sonora, México: El Colegio de Sonora; 2002. p. 113-45.
193. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin N, Lincoln Y, editores. *The Sage handbook of qualitative research.* Los Angeles, CA. Sage Publications; 1994. p. 105-17.
194. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social.* 4ª ed. Madrid: Síntesis; 2007.
195. Heidegger M. *Ontología: hermenéutica de la factibilidad.* Madrid: Alianza Editorial; 2008.
196. De la Cuesta-Benjumea C. Formación para la práctica de investigación cualitativa: algo más que retocar programas. *Enferm Clin.* 2004;2(14):111-6.
197. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Els serveis per a la salut: mirant cap al futur: mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública (versió resumida)* [Internet]. Barcelona: Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació; 2010 [citado 24 de julio de 2015]. Desde: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/mapa_sanitari_sociosanitari_i_salut_publica/que_es/documents/ssalut_futur.pdf
198. QSR International Partner. Nvivo10 [Internet]. QSR International; 2013. Desde: http://www.qsrinternational.com/other-languages_spanish.aspx
199. Martínez Miguélez M. Los grupos focales de discusión como método de investigación [Internet]. Universidad Simón Bolívar. 2004 [citado 25 de julio de 2015]. Desde: http://prof.usb.ve/miguelm/gruposfocales.html#_ftn1
200. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry.* SAGE Publications; 1985. 416 p.
201. Calderon C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76 (5):473-82.
202. Coffey A, Atkinson P. Encontrar sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003 [citado 15 de febrero de 2015]. Desde: <http://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2014/DraSanjurjo/8mas/Amanda%20Coffey,%20Encontrar%20el%20sentido%20a%20los%20datos%20cualitativos.pdf>

203. Universitat de Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería. Oferta de másteres, posgrados y doctorado [Internet]. Escuela Universitaria de Enfermería. 2015 [citado 19 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.ub.edu/infermeria/queoferim/es/index/postgrau.htm>
204. Universitat Autònoma de Barcelona. Màsters y postgrados en Enfermería y Fisioterapia [Internet]. 2015 [citado 19 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.uab.cat/web/estudiar/masters-y-postgrados/masters-y-postgrados-propios/listado-de-masters-y-postgrados-1345674090842.html/param1-2007/>
205. Generalitat de Catalunya. Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries [Internet]. 2015. Desde: <http://www.gencat.cat/salut/ccfcps/>
206. Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 179, (28 de julio de 2015). Desde: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/28/pdfs/BOE-A-2015-8442.pdf>
207. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Desarrollo competencial en el sistema de gestión de casos del SSPA. [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; [citado 14 de agosto de 2015]. Desde: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/DesarrolloCompetencial.pdf>
208. Diccionari d'infermeria [Internet]. Barcelona: Termcat. Centre de Terminologia; 2015 [citado 10 de marzo de 2015]. Desde: http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/34/Presentacio/
209. Silvesind D, Parker P, Cohen L, Demoor C, Bumbaugh M, Throckmorton T. Communicating with patients in cancer care: what areas do nurses find most challenging? J Cancer Educ. 2003;18(4):202-9.
210. Isla Pera P. Modelo colaborativo de participación y decisión: educación terapéutica. [Internet]. IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico; 2012 mar 8 [citado 22 de agosto de 2015]; Alicante. Desde: <http://iv.congresocronicos.org/documentos/ponencias/modelo-colaborativo-participacion-decision-educacion.pdf>
211. Alfaro-LeFevre R. Critical thinking indicators: CTI's: 2014 evidence-based version [Internet]. 2014 [citado 23 de julio de 2015]. Desde: <http://www.alfaroteachsmart.com/2014CTIrichJan.pdf>
212. Subirana Casacuberta M, Garcia Alamino JM. Enfermería basada en la evidencia: ¿qué hemos aprendido? Metas Enferm. 2004;7(3):15-8.
213. Lacasaña P. ¿Y después de la investigación qué?: reflexión sobre la implementación de la evidencia en la práctica clínica enfermera. Evidentia [Internet]. 2006 [citado 21 de agosto de 2015];3(10). Desde: <http://www.index-f.com/evidentia/n10/236articulo.php>

214. de Pedro JE, Morales JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica basada en la evidencia? *Index Enferm* [Internet]. 2004;13(44-45). Desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100006
215. González Mestre A. Programa Pacient Expert Catalunya®: una estratègia per potenciar l'autoresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; [citado 22 de agosto de 2015]. Desde: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/programa_pacient_expert_catalunya.pdf
216. Robles Carrion J, Pachon Maria E, Vega Vázquez FJ. Hemodinamica en UCI: Manejo del PICCO®. *Ciber rev enfermeriadeurgencias.com* [Internet]. 2010 [citado 21 de marzo de 2015];11. Desde: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina9.html>
217. Sociedad Española de Reumatología. TID: técnicas de imagenes diagnósticas en reumatología: dossier de prensa [Internet]. Sociedad Española de Reumatología; [citado 21 de marzo de 2015]. Desde: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Dosieres_prensa/Imagen.pdf
218. Jodar-Solà G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta-Del-Olmo E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2009;41(6):335-8.
219. Case Management Society of America. Standards of practice for case management: revised 2010 [Internet]. Little Rock, AR: Case Management Society of America; 2010 [citado 21 de marzo de 2015]. Desde: <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/standardsofpractice.pdf>
220. Contel JC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente recomendable. *Aten Primaria*. 1999;24(3):162-8.
221. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española [Internet]. 2012. Desde: <http://www.rae.es/>
222. Nelson S. De la autonomía a la responsabilidad: aspectos individuales y de conjunto en la práctica actual de la enfermería. *Enferm Clin*. 2007;17(4):1-2.
223. Maylone MM, Ranieri L, Quinn Griffin MT, McNulty R, Fitzpatrick JJ. Collaboration and autonomy: perceptions among nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*. enero de 2011;23(1):51-7.
224. Brown JS, Draye M. Experiences of pioneer nurse practitioners in establishing advanced practice roles. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(4):391-7.
225. Lewis F, Zahlis E. The nurse as coach: a conceptual framework for clinical practice. *Oncol Nurs Forum*. 1997;24(10):1695-702.
226. Benner P. The oncology clinical nurse specialist as expert coach. *Oncology Nursing Forum*. 1985;12:40-4.

227. Parnov Machado B, Gama Paes L, Ferreira Tonini TF, Nascimento Lampert AD, Soares de Lima SB. Coaching en la Enfermería: revisión integradora. *Index Enferm.* junio de 2014;23(1-2):51-5.
228. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(3):365-85.
229. Joint Commission International. *Accreditation standards for hospitals.* 5th ed. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2014.
230. Joint Commission International. *Accreditation standards for ambulatory.* 3rd ed. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2015.
231. Ramón i Bauzà F, editor. Requisites que han de complir les àrees d'obtenció de mostres en centres hospitalaris amb laboratori clínic [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Recursos Sanitaris; 2004 [citado 21 de junio de 2015]. Desde: <http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/req.pdf>
232. Gutierrez Martí R, Ferrús Estopà L, Subirana Casacuberta M, Pellejà Adalid L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería [Internet]. Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007 [citado 27 de agosto de 2015]. Desde: http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/147_aatrm06-13.pdf
233. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Cursos prescripció infermera [Internet]. Formació. 2015 [citado 27 de agosto de 2015]. Desde: <https://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=1121>
234. Etienne, C, Asamoah-Baah, A. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 27 de agosto de 2015]. Desde: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1
235. Ortún V. La enfermería en el mundo que viene. *Enferm Clín.* 2013;23(2):45-7.
236. González López-Valcarcel B, Barber Pérez P. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria.* 2012;26(1):46-51.
237. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. La Razón otorga el «Premio A Tu Salud a la Mejor Iniciativa Socio-sanitaria» a los enfermeros de ostomías [Internet]. Codem.es. 2014 [citado 6 de abril de 2015]. Desde: <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=89764d7c-a8f4-444b-85ff-36898f94f89f&Cod=831cf51f-b77a-47e6-83bf-a7362bf9ac81>
238. Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 36, (11 de febrero del 2012). Desde: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/02/11/pdfs/BOE-A-2012-2076.pdf>

239. Aldrete JA. Criterios para dar de alta. El puntaje de recuperación postanestésica. Rev Col Anest. 1996;24:305-12.
240. Wordreference. Diccionario de sinonimos Wordreference [Internet]. 2015. Desde: <http://www.wordreference.com/sinonimos/avanzada>
241. Hernandez Yañez JF. ¿Qué significa enfermería de práctica avanzada hoy y aquí? RIdEC. 2011;4(2):31-3.
242. Varela J. Enfermeras de práctica avanzada: es momento de apostar fuerte [Internet]. Avances en Gestión Clínica. 2015 [citado 6 de julio de 2015]. Desde: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2015/01/enfermeras-de-practica-avanzada-es.html>
243. Wordpress.org. Definición.de rol [Internet]. Wordpress.org. 2015 [citado 4 de septiembre de 2015]. Desde: <http://definicion.de/rol/>
244. Mendes MA, Almeida Lopes Monteiro da Cruz, Dina de. La teoría de los roles en el contexto de la enfermería. Index Enferm [Internet]. 2009 [citado 19 de julio de 2015];18(4). Desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400010
245. Sister Callista Roy. Roy Adaptation Model. En: Nursing Theories: A Framework for Professional Practice [Internet]. 2n ed. Burlington, Massachussetts: Jones and Bartlett Learning, LLC; 2015 [citado 19 de septiembre de 2015]. p. 500. Desde: http://samples.jbpub.com/9781449626013/72376_CH10_Masters.pdf

RESUMEN DE FIGURAS Y TABLAS

Figuras

Figura 1	Modelo de integración. Criterios primarios
Figura 2	Modelo de integración. Competencia central
Figura 3	Modelo de integración. Competencias nucleares
Figura 4	Modelo de integración de la Enfermera de Práctica Avanzada de Hamric
Figura 5	Diseño metodológico para la selección de participantes a través de los hospitales u organizaciones sanitarias
Figura 6	Orden de abordaje de los hospitales participantes
Figura 7	Enfermera con nivel de m�aster/especialidad y despliegue de competencias desigual.
Figura 8	Enfermera con nivel de doctorado y despliegue de competencias desigual.
Figura 9	Avance interprofesional
Figura 10	Avance interprofesional y profesional
Figura 11	Relaci3n de los roles avanzados y tipo de avance

Tablas

Tabla 1	Procesos de coaching y posibles resultados
Tabla 2	Visión global de las competencias y niveles en investigación
Tabla 3	Competencia I: Interpretación y utilización de la investigación en la toma de decisiones clínicas.
Tabla 4	Competencia II. Evaluación de la práctica
Tabla 5	Competencia III. Componentes del proceso
Tabla 6	Atributos o cualidades de las enfermeras líderes
Tabla 7	Beneficios de la colaboración
Tabla 8	Síntesis de la aplicación del modelo de cuidados de transición de Brooten et al.
Tabla 9	Selección de los hospitales participantes
Tabla 10	Características de las organizaciones sanitarias con respuesta de descripción de EPA
Tabla 11	Roles descritos por las direcciones de enfermería de EsPA
Tabla 12	Roles de las EsPA de la muestra
Tabla 13	Codificación de las enfermeras susceptibles de práctica avanzada de la muestra
Tabla 14	Codificación de las directoras de enfermería de la muestra
Tabla 15	Codificación de las referentes de la profesión de la muestra
Tabla 16	Dimensiones, categorías y subcategorías

Tabla 17	Competencias de las EsPA descritas por las informantes de la muestra.
Tabla 18	Selección de las competencias iniciales de las EsPA descritas por las informantes de la muestra
Tabla 19	Relación entre la experiencia asistencial previa y el rol actual
Tabla 20	Relación de las unidades de registro con los dominios, características y atributos del liderazgo
Tabla 21	Actividades problemáticas y no problemáticas legalmente
Tabla 22	Reconocimiento institucional

ANEXOS

Anexo 1. DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS DE LA APN POR LA *CANADIAN NURSE ASSOCIATION*.

Canadian Nurses Association. Advanced nursing practice: a national framework [Internet]. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association; 2008.

Competencia clínica, especializada en un área de la práctica de enfermería. Una APN integra la experiencia con la teoría y la investigación para ampliar sus conocimientos relativos a:

- Desarrollo de múltiples evaluaciones y estrategias de intervención, dentro de un modelo centrado en el paciente como individuo, a la comunidad y a la población.
- Utilización de datos cualitativos y cuantitativos desde múltiples recursos, a menudo en situaciones ambiguas y complejas.
- Análisis de interacciones en procesos complejos de fisiología, psicología y sociología, cuando hay que tomar decisiones clínicas complejas e iniciativas de cambio en la gestión.
- Anticiparse y explicar una amplia gama de respuestas a problemas reales o potenciales de los pacientes y dar recomendaciones.
- Guiar la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas.
- Atraer clientes y otros miembros del equipo para resolver temas a nivel individual, organizacional o del sistema de salud.
- Identificar y evaluar tendencias o patrones que tienen implicaciones para la salud a nivel individual, de familias, grupos o comunidades.
- Generar e incorporar nuevo conocimiento a la enfermería y desarrollar nuevos estándares de cuidados, programas y políticas.
- Planificar iniciativas y coordinar programas de educación basados en necesidades, prioridades y recursos de la organización.
- Gestionar una amplia gama de respuestas de pacientes a problemas de salud reales o potenciales.

Competencia en investigación, general, sintetizar y utilizar evidencias es central en la APN, la APN es capaz de:

- Identificar e implementar innovaciones basadas en investigación, para mejorar el cuidado al paciente, la organización o el sistema.

- Ser investigador principal o colaborador con otros miembros del equipo de salud o de la comunidad, identificar conductas de soporte a la investigación que mejore o beneficie la práctica enfermera.
- Evaluar la práctica habitual a nivel individual, del sistema a la luz de los resultados de investigación.
- Recoger datos para evaluar resultados de la APN para clientes, la profesión de enfermería y el sistema de salud.
- Critica, interpreta, aplica y difunde los resultados de la evidencia.
- Contribuye con la enfermería y el sistema de salud a difundir los nuevos conocimientos, a través de canales formales o informales, incluyendo presentaciones o publicaciones a nivel local, regional, nacional o internacional.

Competencia de Liderazgo, la APN es líder en la organización o en la comunidad donde trabaja. Ella es un agente de cambio, busca constantemente la efectividad en nuevas áreas de la práctica y en la prestación del cuidado, en su organización en beneficio del público teniendo influencia en la política de salud. La APN demuestra liderazgo en:

- Defiende a los individuos, grupos, familias y comunidades, en relación al tratamiento, al sistema de salud y a las decisiones políticas que afectan a la salud y la calidad de vida.
- Identifica las necesidades de aprendizaje de las enfermeras y de otros miembros del equipo de salud, desarrolla programas de evaluación y encuentra recursos para estas necesidades.
- Actúa de *mentoring* y hace *coaching* a las enfermeras, a otros miembros del equipo de salud y a estudiantes.
- Defiende y promueve la importancia de la accesibilidad al servicio de salud, a la EPA, a otras enfermeras y otros profesionales de salud, al público, a los legisladores y a los políticos.
- Contribuye y defiende la cultura de la organización que da soporte al crecimiento profesional, al aprendizaje continuo y a la práctica colaborativa.
- Evalúa programas en la organización y en la comunidad, desarrollando innovaciones enfocadas a aspectos complejos.
- Entiende e integra la principal asignación de recursos tanto a nivel de costo-efectividad en la organización como en el sistema de toma de decisiones.
- Identifica gaps en el sistema de cuidados y desarrolla relaciones que faciliten la gestión del cambio.

- Desarrolla y articula claramente una visión para la práctica enfermera, influenciando y contribuyendo en el sistema de cuidados de la organización e implementando enfoques dirigidos a esta visión.
- Asesora a clientes, a colegas, a la comunidad, a instituciones de salud y hace políticas en aspectos relativos a la enfermería, a la salud y a los cuidados.
- Identifica problemas e iniciativas de cambio, dirigidas a retos a nivel individual, organizacional y del sistema.
- Entiende los aspectos legislativos y socio-políticos que influyen en las políticas de salud y construye estrategias para mejorar la salud, la accesibilidad a los cuidados de salud y a las políticas saludables.

Competencia de consultoría y colaboración, la comunicación efectiva y la colaboración con los clientes y el equipo de salud, es un aspecto importante en la práctica de la enfermera. La habilidad para consultar y colaborar con los colegas a través de los diferentes servicios de la organización, a nivel provincial, nacional o internacional es una característica de la APN. La APN es capaz de:

- Iniciar oportuna y apropiadamente una consulta, derivar y colaborar con otros proveedores de salud.
- Consultar y colaborar con miembros del equipo de salud para desarrollar estrategias de mejora de la calidad y de gestión del riesgo.
- Trabajar con otros para recoger y sintetizar información cualitativa y cuantitativa sobre determinantes de la salud, desde diferentes fuentes.
- Practicar colaborativamente y construir coaliciones efectivas.
- Aplicar teorías relativas a dinámica de grupos, de roles y de organizaciones.
- Demostrar conocimiento y habilidades en comunicación, negociación y resolución de conflictos, incluyendo la habilidad en analizar, gestionar y negociar el conflicto.
- Articular claramente la contribución de la APN dentro del equipo interprofesional de salud.
- Participar en proyectos colaborativos con instituciones académicas y manteniendo una relación transversal.
- Defender cambios en las políticas de salud, participando en todos los niveles: local, regional o nacional para influenciar en la toma de decisiones.

Anexo 2. ELEMENTOS COMPENTENCIALES Y COMPETENCIAS DESCRITAS EN EL REINO UNIDO POR EL *HEALTH DEPARTMENT*.

National Health Service (NHS). Department of Health. Advanced level nursing: a position statement [Internet]. Department of Health; 2010.

Práctica clínica directa

- Práctica autónoma e independiente
- Evaluar a los individuos, familias y poblaciones de manera integral utilizando una gama de diferentes sistemas de evaluación, algunos de los cuales habitualmente no son ejercidos por enfermeras como el examen físico, el orden y la interpretación de pruebas diagnósticas, o la evaluación avanzada de las necesidades de salud.
- Realizar orientación, promoción y prevención de la salud, evaluar los factores de riesgo de los pacientes de forma global y detectar signos precoces de la enfermedad.
- Recurrir a una amplia gama de conocimientos para la toma de decisiones y determinar las intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia (que por lo general incluyen la prescripción de medicamentos¹⁶ y la supervisión activa de la eficacia de intervenciones terapéuticas).
- Planificar y gestionar los episodios completos de atención, trabajando en asociación con otros profesionales y saber delegar para optimizar la salud, los resultados, el uso de recursos, así como la prestación de apoyo directo a los pacientes y clientes.
- Utilizar el criterio profesional en la gestión compleja e impredecible, cuidar eventos y capturar el aprendizaje desde estas experiencias para mejorar la atención al paciente y la prestación de servicios.
- Recurrir a una gama apropiada de agencias y recursos interpersonales en su práctica.
- Definir adecuadamente los límites de su práctica.

¹⁶ La prescripción de medicamentos viene regulada por el NHS(108)

Liderazgo y práctica colaborativa

- Identificar e implementar sistemas para promover su contribución y demostrar el impacto de la enfermería de nivel avanzado con el equipo de atención médica y de la salud en general, conjuntamente con el sector de atención social.
- Proporcionar servicios de consultoría a otras profesiones en intervenciones terapéuticas, la práctica y el desarrollo de servicios.
- Ser resistente y decidida, demostrando liderazgo en contextos que son desconocidos, complejos e impredecibles.
- Involucrar a los interesados en el uso de negociación para que influyan en las habilidades de alto nivel con el fin de desarrollar y mejorar la práctica.
- Trabajar a través de fronteras profesionales, de organizaciones y del sistema para desarrollar proactivamente nuevas alianzas y redes, influyendo en la mejora de la salud, los resultados y los sistemas de prestación de atención médica.
- Desarrollar prácticas y roles que sean apropiadas a los pacientes y a las necesidades de servicios a través de la comprensión de las implicaciones en la aplicación de las tendencias epidemiológicas y el desarrollo demográfico, social, político y profesional.
- Identificar la necesidad de cambio, generar proactivamente innovaciones prácticas y aportando nuevas soluciones prácticas y rediseño de servicios para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes y el servicio.

Mejorar la calidad y el desarrollo de la práctica

- Estar involucrada activamente en el desarrollo de estrategias y la realización de actividades de monitorización, en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y la eficacia de la práctica propia y la de los demás.
- Esforzarse constantemente para mejorar los resultados de la práctica y de salud para que sean consistentes con las normas nacionales e internacionales a través de iniciar, facilitar y liderar el cambio a nivel individual, de equipo, de organización y en los niveles del sistema.
- Evaluar a la vez que auditar la práctica de uno mismo y de otros en el ámbito individual de forma continua respecto a los sistemas de selección y aplicación de enfoques válidos y fiables con métodos que sean apropiados a las necesidades y el contexto, actuando sobre los hallazgos.

- Evaluar continuamente y controlar su propio riesgo además de la práctica de los demás, desafiando a otros profesionales con los factores de riesgo ampliados.
- Evaluar críticamente y sintetizar los resultados de las investigaciones pertinentes, evaluaciones y auditorías, aplicando la información cuando se trata de mejorar la práctica.
- Planificar y aprovechar las oportunidades para generar, a la vez que aplicar nuevos conocimientos a su propia práctica y a la de otros profesionales, en formas estructuradas que sean capaces de ser evaluadas.
- Alertar apropiadamente tanto a personas como a organizaciones de los vacíos de la evidencia y/o poner en práctica investigaciones ya sea como investigador principal o en colaboración con los demás, dando apoyo a las conductas que puedan para mejorar la práctica.
- Utilizar visión financiera con el paciente/cliente, el equipo, la organización y la toma de decisiones a nivel de sistema, demostrando las estrategias adecuadas para mejorar la calidad, la productividad y el valor.

Desarrollo propio y de los demás

- Buscar activamente y participar en la revisión por pares de su propia práctica.
- Permitir a los pacientes/clientes que aprendan mediante el diseño y la coordinación de la implementación de planes adecuados a su enfoque preferido para el aprendizaje, la motivación y la etapa de desarrollo.
- Desarrollar sistemas de gobernanza sólidos, contribuyendo al desarrollo y la aplicación de protocolos basados en la evidencia, los procesos de documentación, normas, políticas y directrices clínicas a través de la interpretación y sintetizar información de una variedad de fuentes, promoviendo su utilización en la práctica.
- Trabajar en colaboración con otros profesionales para planificar y ofrecer intervenciones que satisfagan las necesidades de aprendizaje y desarrollo propias, junto a las de otros profesionales.
- Defender y contribuir al desarrollo de una cultura organizacional que apoye el aprendizaje y desarrollo continuo, la práctica basada en la evidencia y el plan de desarrollo profesional.
- Tener capacidad de comunicación de alto nivel y contribuir al desarrollo de las personas que trabajan en su área de la práctica, mediante la publicación y la

difusión de su trabajo a través de presentaciones en conferencias y artículos en la prensa profesional.

Anexo 3. DOMINIOS Y COMPETENCIAS DE LA NP EN AUSTRALIA. *NURSING AND MIDWIFERY BOARD OF AUSTRALIA.*

Nursing and Midwifery Board of Australia. National competency standards for the registered nurse [Internet]. Nursing and Midwifery Board of Australia; 2006

Dominio 1. Práctica profesional

- 1.1. Práctica de acuerdo con la legislación que afecta a la práctica de enfermería y la atención sanitaria.
- 1.2. Práctica dentro del marco ético y profesional

Dominio 2. Pensamiento y análisis crítico

- 2.1. Práctica dentro de un modelo basado en la evidencia científica.
- 2.2. Participación en el desarrollo profesional continuo de ella misma y de los demás.

Dominio 3. Provisión y coordinación de la atención

- 3.1. Llevar a cabo una evaluación exhaustiva y sistemática de la enfermería.
- 3.2. Planificar los cuidados de enfermería en consultas con las personas, grupos, con otros y con el equipo de salud interdisciplinar.
- 3.3. Proporcionar atención integral, segura, eficaz, basada en la evidencia de enfermería para lograr los resultados de salud identificados con el individuo/grupo.
- 3.4. Evaluar el avance hacia los resultados de salud esperados en el individuo/grupo.

Dominio 4. Colaboración y práctica terapéutica

- 4.1. Establece, mantiene y concluye de forma apropiada relaciones terapéuticas.
- 4.2. Colabora con el equipo de salud interdisciplinario para proporcionar atención de enfermería integral.

Anexo 4. ROLES Y COMPETENCIAS

Competencia central o práctica clínica directa

A continuación se exponen una serie de tablas, las cuales pretenden identificar las publicaciones de diferentes países que hacen referencia a roles y competencias en la práctica avanzada.

Roles y competencias. Competencia central. Evaluación clínica.

1. Evaluación clínica	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Realizar el primer contacto con el paciente/cliente	(15)							
Triage para dar prioridad a pacientes		(30)			(30)	(30) (29)		(155)
Evaluación avanzada integral	(15)	(30)		(30) (13)	(30)	(30) (107)	(95)	(161) (171)
Realizar chequeos físicos								(161)
Ordenar e interpretar test diagnósticos de RX						(29)		
Ordenar e interpretar test diagnósticos : doppler					(30)	(30)		
Prescribir pruebas de laboratorio				(30)		(30)	(30)	
Prescribir pruebas de anatomía patológica						(30)		
Prescribir ecocardiogramas				(30)		(30)	(30)	
Prescribir y llevar a cabo test diagnósticos como ecografías					(30)	(30)		
Usar datos cuantitativos y cualitativos desde diferentes fuentes de intervención, a menudo en situaciones complejas			(11)				(95)	
Desarrollar múltiples evaluaciones avanzadas y estrategias de intervención dentro de un marco de trabajo de clientes individualizados, comunidades y poblaciones		(112)	(11)					
Recibir pacientes con problemas sin diagnosticar y hacer una evaluación de las necesidades de atención basada en el conocimiento enfermero y sus habilidades incluida la exploración física						(105)		
Realizar interpretación de pruebas complementarias			(11)					
Analizar las interacciones complejas de procesos sociales, psicológicos, fisiológicos determinantes de la salud de los clientes y experiencias de vida			(11)				(95)	

1. Evaluación clínica	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Seleccionar pacientes con factores de riesgo y signos precoces de enfermedad						(30) (107)		(161)
Identificar y evaluar tendencias o patrones que tengan implicaciones en la salud para los individuos, familias, grupos o comunidades			(11)					

Fuente: Elaboración propia

Roles y competencias. Competencia central. Realizar diagnósticos.

2. Realizar diagnósticos	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Tener derecho a diagnosticar	(15)							
Tomar decisiones y explicar diagnósticos	(15)							
Utilizar el conocimiento experto y el juicio clínico para identificar diagnósticos potenciales							(95)	
Diagnóstico y tratamiento de episodios agudos de enfermedades comunes, lesiones y seguimiento de enfermedades crónicas estables			(30)					
Hacer diagnósticos y tratamientos de salud/enfermedad							(30)	
Guiar la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas			(11)					
Hacer diagnóstico diferencial y toma de decisiones para la resolución de problemas				(13)		(30) (105)		
Diagnosticar y tratar a los pacientes tanto en primaria como en atención aguda							(30)	

Fuente: Elaboración propia

Roles y competencias. Competencia central. Planificar la atención.

3. Planificar la atención	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Realizar el plan personalizado de cuidados		(112)						(161)
Involucrar a los pacientes y otros miembros del equipo en la resolución de problemas individuales, organizacionales y de los diferentes niveles del sistema de salud			(11)			(107)		
Desarrollar el plan de cuidados de enfermería, haciendo énfasis en las medidas preventivas						(105) (107)		
Planificar, iniciar, coordinar y conducir programas educativos basados en necesidades, prioridades y recursos de la organización			(11)					

Fuente: Elaboración propia

Roles y competencias. Competencia central. Gestionar y proporcionar cuidados.

4. Gestionar y proporcionar cuidados	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Derivar a los pacientes a otros profesionales para mejorar el diagnóstico								(161)
Derivar pacientes a especialistas o a otras enfermeras		(30)	(30)		(30)	(30)		(161)
Tener autoridad para realizar derivaciones a los especialistas apropiados u otros proveedores de salud						(30)		
Tener autoridad para realizar derivaciones a otros proveedores de salud	(15)					(105)		
Iniciar consultas oportunas y adecuadas a referentes, colaboradores o con otros proveedores de salud			(11)					
Trabajar con otros, reunir y sintetizar información cualitativa y cuantitativa en determinantes de salud desde diferentes fuentes			(11)					
Articular claramente la contribución de la EPA dentro del equipo interprofesional de salud			(11)					
Planificar, ejecutar y evaluar programas	(15)							

4. Gestionar y proporcionar cuidados	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Aplicar teorías relativas a dinámicas de grupos, roles y organizaciones			(11)					
Realizar comunicación, negociación y resolución de conflictos			(11)					
Tener autoridad para ingresar a los pacientes en los hospitales	(15)					(30)		
Tener autoridad para ingresar o dar de alta a los pacientes								
Ingresar y dar de alta a pacientes en determinadas condiciones y dentro de los protocolos acordados						(30)		
Ingresar y dar de alta a un número de pacientes o los refiere a otros profesionales de la salud				(13)		(105)		
Realizar visitas domiciliarias y telefónicas de seguimiento después del alta							(187)	(153) (155)
Realizar seguimiento ambulatorio								(171)
Realizar seguimiento telefónico en pacientes con Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC)								
Realiza gestión proactiva en patologías complejas								(161)
Proporcionar asesoramiento y educación para la salud						(30) (105)		
Proveer cuidados a todas las edades incluyendo promoción, prevención de enfermedades, soporte, cuidados, rehabilitación y cuidados paliativos			(30)					
Apoyar el autocuidado, el automanejo y facilitar la independencia								(161) (154) (171)
Promover conductas que mejoren la salud y prevenir el deterioro en los niveles de salud de sus pacientes, así como prevenir la aparición de complicaciones evitables								(161)
Desarrollar prácticas basadas en la evidencia para mejorar la angustia de los pacientes		(112)					(30)	
Tomar decisiones y determinar intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia.						(107)	(95)	
Realizar supervisión activa de la eficacia de las intervenciones						(107)		
Integrar la atención en el continuum del paciente, enfermera y sistema							(30)	
Realizar un papel de apoyo en ayudar a las familias a manejar y vivir con la enfermedad						(105)		
Llevar a cabo rutas clínicas, por								

4. Gestionar y proporcionar cuidados	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
ejemplo en oftalmología o dermatología								
Gestionar un número de pacientes por ejemplo de diabetes o reumatología						(29)		
Realizar gestión de casos	(15)							(161) (153) (171)
Gestión de enfermedades crónicas: Seguimiento, monitorización, educación de estilos de vida por gestión de casos				(30)	(30)	(30)	(30)	(161)
Utilizar el criterio profesional para la gestión compleja e impredecible						(107)		
Gestión de una amplia gama de problemas agudos de salud					(30)			
Tener autoridad para prescribir medicamentos y tratamientos				(13)		(30)	(95)	
Prescripción de medicamentos con supervisión médica		(30)				(30)	(30)	
Prescripción de medicamentos sin supervisión médica			(30)	(30)		(30)	(30) (95)	
Realizar modificaciones en las prescripciones clínicas escritas por protocolo				(30)				
Prescripción de radiaciones ionizantes				(30)				
Vacunar sin prescripción médica		(30)						
Llevar a cabo procedimientos de reanimación y desfibrilación						(30)		
Llevar a cabo cirugías menores y procedimientos ambulatorios						(30)		
Gestión el departamento de urgencias menores				(30)				
Llevar a cabo programas de rehabilitación en domicilio.								(161)

4. Gestionar y proporcionar cuidados	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Promover la mejora de los resultados de los pacientes								(161)
Asegurar que los tratamientos y cuidados de los pacientes se basan en buenas prácticas								(161)
Aboga por la integración de las preferencias de los pacientes y el derecho a la toma de decisiones conjunta con el equipo interprofesional.							(95)	
Práctica dentro del marco ético y profesional		(112)						(171) (164)

Fuente: Elaboración propia

Competencias nucleares adicionales

Roles y competencias. Competencia adicional. Autonomía, liderazgo clínico y profesional.

5. Autonomía, liderazgo clínico y profesional	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Trabajar de forma independiente pero formando parte de un equipo								(161)
Alto grado de autonomía profesional y práctica independiente	(15)			(13)			(95)	
Se hace responsable de las decisiones de autonomía profesional				(13)		(105)		
Demuestra juicio clínico avanzado y habilidades en la toma de decisiones			(12)	(13)				
Demuestra liderazgo en la coordinación de cuidados complejos						(107)		(161) (170)
Provee cuidados efectivos y eficientes con un alto grado de autonomía a una población identificada			(12)					
Evaluar junto con el paciente, la efectividad del tratamiento y los cuidados proporcionados y hacer los cambios necesarios							(95)	(161)
Contribuir y defender la cultura organizacional que defiende el crecimiento profesional, el aprendizaje continuo y la práctica colaborativa			(11)	(13)		(107)		
Tener habilidad e iniciativa para participar en la planificación, coordinación, implementación y			(12)					

5. Autonomía, liderazgo clínico y profesional	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
evaluación de programas dirigidos a las necesidades de los pacientes con el soporte a la práctica enfermera								
Evaluar programas en la organización y en la comunidad desarrollando enfoques innovadores para problemas complejos			(11)					
Demostrar liderazgo e iniciar cambios para la mejora en el cliente, la organización y los resultados del sistema			(12)					
Desarrollar y articular una visión de la práctica enfermera, influenciando y contribuyendo en las organizaciones y en la visión de los sistemas de salud e implementar enfoques para la realización de esta visión			(11)				(95)	
Asesorar a clientes, colegas, a la comunidad, a las organizaciones de salud y a los políticos sobre problemas relativos a la enfermería, a la salud o a los cuidados			(11)					
Identificar problemas e iniciativas de cambio dirigidos a desafiar a los individuos, a las organizaciones y al sistema de salud			(11)					
Usar de forma intencionada para integrar en profundidad los conocimientos, la investigación, la experiencia clínica, así como también integrar conocimientos desde otras disciplinas			(12)					
Presentar una profundidad y amplitud de conocimientos que se basan en una amplia gama de estrategias, satisfaciendo así las necesidades de los clientes, mejorando el acceso y la calidad de la atención			(12)					
Realiza análisis crítico e influencia en las políticas de salud			(12)			(107)		
Entender los problemas legislativos y de política social que influyen en las políticas de salud, en la construcción de estrategias para mejorar la salud, el acceso a los cuidados de salud y a las políticas de salud pública			(11)	(13)				
Implicarse en los servicios locales de salud, en la organización y en la ejecución						(30)		
Defender los cambios en política de salud para participar a nivel regional, provincial, territorial y federal, de modo que influya en la toma de decisiones a esos niveles.			(11)			(107)		

Fuente. Elaboración propia

Roles y competencias. Competencia adicional. Práctica colaborativa.

6. Realizar práctica colaborativa	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Realizar práctica colaborativa y construir coaliciones efectivas		(112)	(11)			(105)		(161) (171)
Realizar práctica colaborativa con médicos y otros profesionales		(112)		(30)		(107)	(95)	(171)
Consultar y colaborar con miembros del equipo de salud para desarrollar mejoras de la calidad y estrategias de gestión del riesgo			(11)					

Fuente: Elaboración propia

Roles y competencias. Competencia adicional. Realizar consultoría.

7. Realizar consultoría	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Prestar servicios de consultoría a los dispensadores de salud	(15)					(107)		
Ofrecer servicios de consultoría en educación y práctica clínica para enfermeras u otros miembros del equipo				(30)			(95)	

Fuente: Elaboración propia

Roles y competencias. Competencia adicional. Implicarse en la docencia.

8. Implicarse en la docencia	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Identificar las necesidades de aprendizaje de las enfermeras y otros miembros de los equipos de salud desarrollando programas y encontrando recursos para sus necesidades			(11)	(13)		(107)		
Tutorizar y entrenar a colegas enfermeras, además de a otros miembros del equipo de salud y a estudiantes			(11)	(13)				(171) (164)

8. Implicarse en la docencia	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Tener habilidades para explicar y aplicar los fundamentos teóricos, empíricos, éticos y experimentales de la práctica enfermera			(12)	(13)			(95)	
Participar y colaborar en proyectos con instituciones académicas.			(11)					

Fuente: Elaboración propia

Roles y competencias. Competencia adicional. Implicarse en la investigación.

9. Implicarse en la investigación	CIE	Australia	Canadá	Irlanda	Finlandia	UK	EE. UU.	España
Identificar lagunas en el sistema de cuidados y desarrollar asociaciones que faciliten el manejo del cambio			(11)					
Entender, desarrollar y difundir los conocimientos de la enfermería basada en la evidencia		(112)	(12)			(107)		(179)
Utilizar la transferencia de conocimiento técnico para poner en la práctica los conocimientos basados en investigaciones			(12)				(95)	
Identificar e implementar innovaciones basadas en investigación para proveer cuidados a los clientes, organizaciones o sistemas			(11)	(13)		(107)		(171)
Ya sea como investigador principal o colaborador con otros miembros del equipo de salud o de la comunidad, identificar conductas e investigaciones de soporte que mejoren o beneficien la práctica enfermera			(11)	(13)		(107)		(179)
Evaluar la práctica actual individual y del sistema a la luz de los resultados de la investigación		(112)	(11)			(107)		(177)
Generar e incorporar nuevos conocimientos enfermeros y desarrollar nuevos estándares de cuidados, programas y políticas			(11)			(107)		
Involucrarse activamente en la evaluación y la mejora de la calidad de la asistencia				(13)		(107)		
Realiza análisis de los resultados de los pacientes incluyendo consideraciones socioeconómicas, epidemiológicas, culturales, de coste y efectividad clínica, de seguridad, satisfacción y calidad				(13)			(95)	

Fuente: Elaboración propia

Anexo 5. CUESTIONARIO ON-LINE

CUESTIONARIO ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

**Obligatorio*

1. Tipo de hospital *

Indicar la titularidad del hospital
Marca solo un óvalo.

- Pública (gestionada por el ICS)
 Red de utilización pública (XHUP)
 Privada

2. Tipo de hospital *

Indicar el tipo de hospital según perfil de los pacientes
Marca solo un óvalo.

- Hospital general de agudos
 Hospital sociosanitario
 Hospital monográfico
 Diferentes niveles asistenciales
 Otros

3. Tipo de hospital *

Indicar el tipo de hospital según capacidad
Marca solo un óvalo.

- Mas de 600 camas activas
 Entre 400 y 599 camas activas
 Entre 200 y 399 camas activas
 Menos de 200 camas activas

4. Tipo de hospital *

Indicar el tipo de hospital según ubicación
Marca solo un óvalo.

- En la ciudad de Barcelona
 A la provincia de Barcelona

5. Experiencias en práctica avanzada *

Hay experiencias en su organización de enfermeras de práctica avanzada (PA)?- entendiéndolo como PA, aquella que supone el desarrollo de unas competencias con mas nivel de autonomía y liderazgo que las de una enfermera general.
Selecciona todos los que correspondan.

- SI
 NO

6. Experiencias en práctica avanzada *

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, puede describir en cual/es área/s asistencial/es? (En caso de respuesta negativa a la pregunta anterior, indicar "No procede")
Selecciona todos los que correspondan.

- No procede
 Hospitalización de agudos
 Hospitalización sociosanitaria
 Hospitalización paliativos
 Curas intensivas o semi críticos
 Urgencias
 Área Ambulatoria
 Atención primaria
 Otros

7. Experiencias en práctica avanzada *

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 5, puede describir en que roles o competencias desarrollan? (En caso de respuesta negativa a la pregunta anterior, indicar "No procede")

.....

8. Datos de la persona que responde el cuestionario *

Nombre y Apellidos de la persona que responde el cuestionario

.....

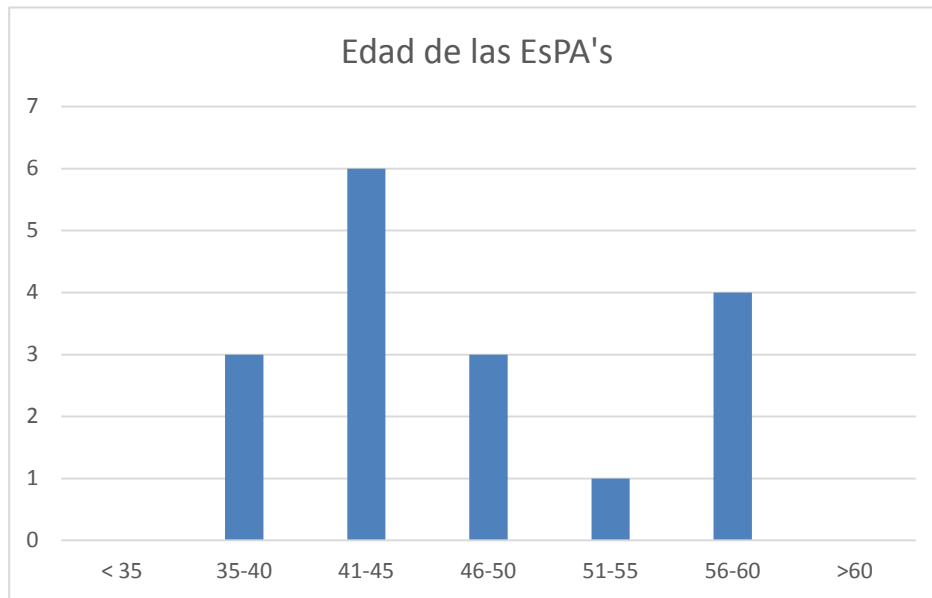
9. Datos de la persona que responde el cuestionario *

Correo electrónico

.....

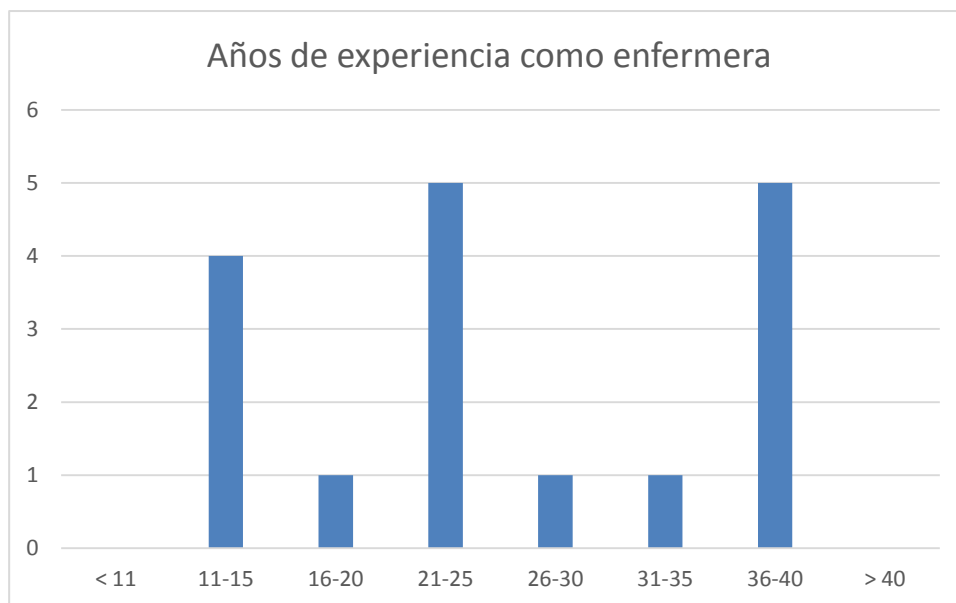
Anexo 6. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE EsPAs

Gráfica 1: Edad de las EsPA de la muestra.



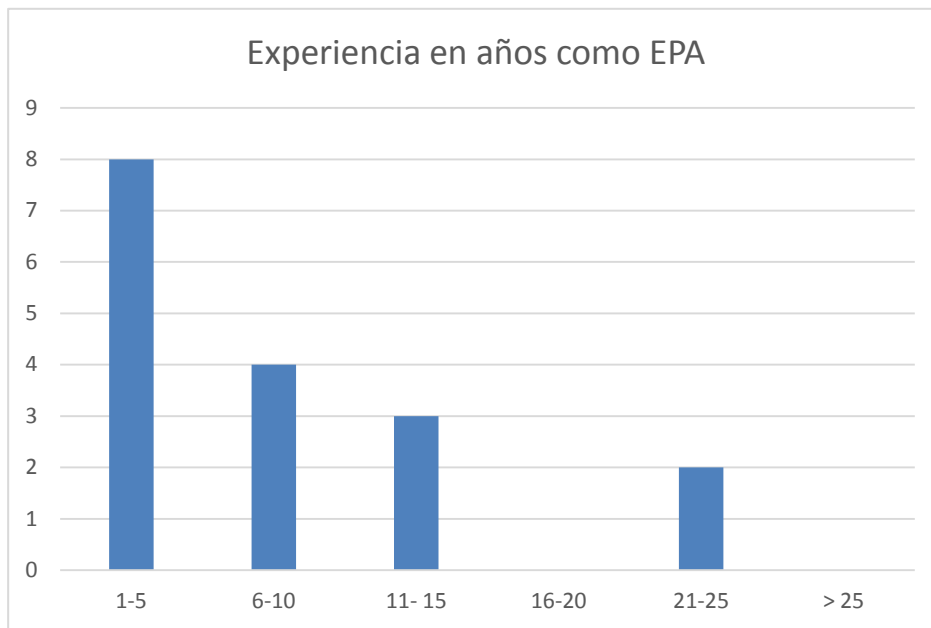
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 2: Años de experiencia como enfermera.



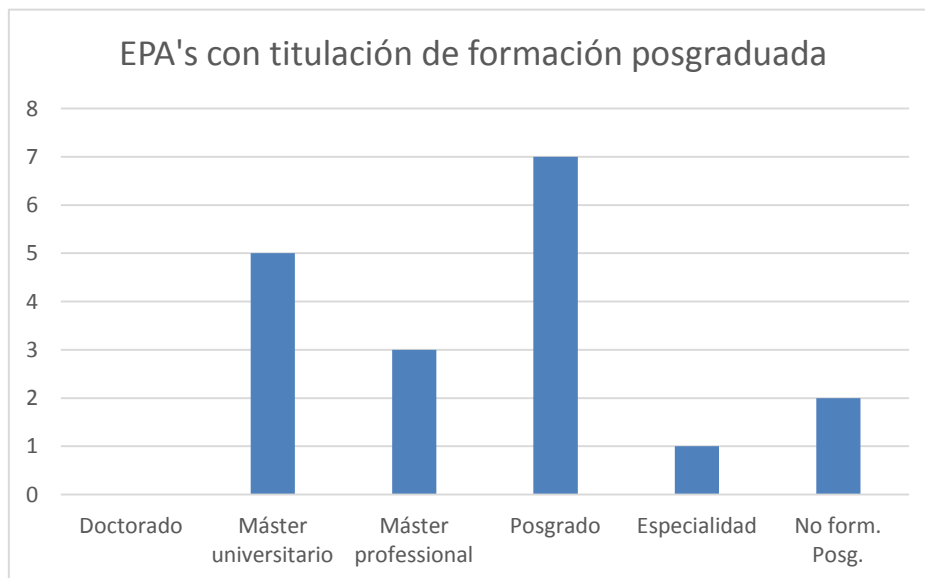
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3: Años de experiencia como enfermeras susceptibles de práctica avanzada



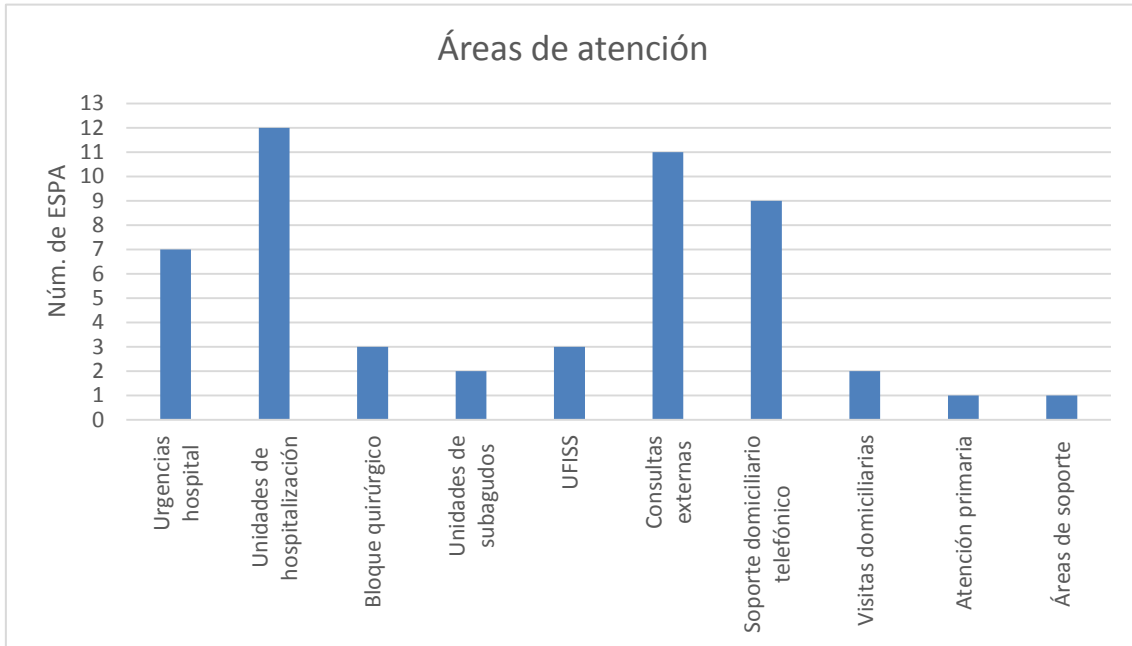
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4: Formación posgraduada de las EsPA



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 5: Áreas de atención de las EsPA.



Fuente: Elaboración propia

Anexo 7. ENTREVISTA DIRECTORA DE ENFERMERIA

Justificación de la entrevista

1. Concepto de enfermera de práctica avanzada (EPA)
2. Objetivo de la entrevista
3. Contenido de la entrevista
 - a. ¿Qué ámbitos asistenciales/tipologías de pacientes se atienden en su organización?
 - b. ¿Qué aspectos resaltaría del modelo asistencial de la organización?
 - c. ¿Cuál es el papel que desarrollan o han de desarrollar las EPA en su organización?
 - d. Actualmente, ¿que tipología de pacientes atienden las EPA?
 - e. ¿Cuáles fueron los criterios o requisitos para la selección de las EPA?, entre ellos ¿La formación ha sido un aspecto relevante?, ¿La evaluación de competencias lo fue?
 - f. ¿Podría identificar y describir los roles o competencias más relevantes que realizan las EPA en su organización?
 - g. ¿Podría identificar y describir los roles o competencias que más dificultades han tenido o tienen las EPA en la implantación de la misma?
 - h. ¿Cual es la percepción de la organización de las EPA?, por parte de los equipos de enfermería, de los médicos, de los gestores...
 - i. La dirección y gestión de la organización, ¿apoya o dificulta el desarrollo de la práctica avanzada?
 - j. La gestión de datos en su organización, ¿apoya o dificulta el desarrollo de la práctica avanzada?
 - k. ¿Cuáles son los datos/indicadores que utiliza la dirección para hacer el seguimiento de la eficacia, efectividad y eficiencia de las EPA?
 - l. La cultura de la organización, ¿Apoya o dificulta el desarrollo de la práctica avanzada?
 - m. ¿Qué perspectivas de futuro tiene la practica avanzada en su organización?
 - n. ¿Qué piensa de las políticas de salud actuales, pueden limitar o dar apoyo a la PA?
 - o. ¿Qué piensa de los sistemas de contratación y de reconocimiento de la práctica avanzada?
 - p. ¿Piensa del marco legal de la enfermera dificulta la PA, en que aspectos?
4. Acuerdo en el cronograma de las entrevistas de la EPA's

Anexo 8. REFERENTE DE LA PROFESIÓN

1. Justificación de la entrevista
2. Concepto de enfermera de práctica avanzada (EPA)
3. Objetivo de la entrevista
4. Contenido de la entrevista
 - a. ¿Cuál es su opinión en relación a la implantación de la práctica avanzada (PA) en Catalunya?
 - b. ¿Qué piensa de las políticas de salud actuales, pueden limitar o dar apoyo a la PA?
 - c. ¿Podría identificar y describir los roles o competencias más relevantes que deberían realizar las EPA?
 - d. ¿Existe opinión de las instituciones sanitarias respecto a la PA de la enfermera?
 - e. ¿Cuáles son los ámbitos, organizaciones, instituciones que dan más soporte al desarrollo de la PA?, y ¿Cuáles son los que la dificultan y porqué?
 - f. ¿Qué piensa del marco legal de la enfermera?, ¿dificulta la PA, en que aspectos?
 - g. Desde las instituciones, (gobierno catalán...) ¿Qué pueden hacer para mejorar el marco legal?
 - h. ¿Cuál es el papel que han de desarrollar las EPA en el futuro en Catalunya?
 - i. ¿En su opinión, deberían ser necesarios algunos criterios para realizar PA? ¿Cuáles?
 - j. ¿Qué piensa de los sistemas de contratación y de reconocimiento de la práctica avanzada?
 - k. En su opinión, la PA de la enfermera ¿Podría ayudar ha realizar un sistema sanitario más eficiente?

Anexo 9. GUIÓN DE ENTREVISTA AL REFERENTE LEGAL

Según el Consejo Internacional de Enfermería, la EPA, es una tipología de enfermera especialista con una base de conocimientos de experto, la capacidad para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer.

1. Desde el punto de vista legal, y desde su experiencia en el COIB, ¿Qué entendería por ejercicio profesional ampliado?
2. ¿Existe alguna Ley, reglamento o normativa en Catalunya/España por la que la enfermera pueda ejercer con unas competencias ampliadas o que queden reguladas las competencias de la enfermera de práctica avanzada?
3. De una relación extensa de competencias o roles que realizan las EPA en otros países, he seleccionado algunas que requeriría su conocimiento en temas legales para profundizar en el marco legal de las mismas para las enfermeras en Catalunya:

Evaluación y reevaluación clínica	Diagnosticar signos y síntomas Realizar diagnósticos Realizar diagnósticos diferenciales
Gestionar y proporcionar cuidados	Derivar pacientes a otros profesionales Derivar pacientes a otros niveles asistenciales Realizar ingresos hospitalarios/socios... Realizar altas hospitalarias/socios... Realizar altas de procesos asistenciales Realizar Seguimiento ambulatorio Gestionar casos complejos Actividades de conciliación de la medicación Prescripción de medicamentos Prescripción de medicamentos con protocolo Modificación de prescripciones (vía de adminis., frecuencia, dosis) Vacunación sin prescripción Intubación, reanimación y desfibrilación
Liderazgo clínico	Ser referente/responsable de pacientes
Consultoría	Realizar consultoría clínica
Autonomía	Tener autonomía en la toma de decisiones para el cuidado y el plan terapéutico enfermero

4. ¿Cómo puede afectar el sistema de contratación de las enfermeras en el desarrollo de la PA?
5. ¿Pueden las EPA ejercer de forma libre la profesión?

Anexo 10. PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN (DI)

Data:/...../2014

Benvolgut/a,

En el marc del programa de doctorat en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, estic realitzant la tesi doctoral sobre la pràctica avançada de la infermera en el nostre entorn.

El treball de recerca té per objectiu descriure i comparar les competències de les infermeres de pràctica avançada a la província de Barcelona vers el model de pràctica avançada de Ann Hamric entre d'altres.

Una de les formes de recollir informació sobre el rol de les infermeres de pràctica avançada (IPA) en el nostre entorn és l'entrevista a les direccions d'infermeria, ja que aquestes són qui proposen el model i la tipologia d'infermeres que volen a l'organització i l'entrevista a les IPA's, perquè són elles qui porten a terme el rol encomanat.

Per aquest motiu li proposo una doble participació:

La seva com a directora, la participació consistirà en una entrevista semiestructurada i gravada per facilitar la tasca d'anàlisi de dades

La de les IPA's de la seva organització, que consistirà en una entrevista en profunditat i gravada i que requerirà l'acceptació específica de cada una de les IPA en aquesta recerca.

Un cop feta la transcripció de la seva entrevista, li remetré per correu electrònic perquè la pugui validar.

Per altra banda, jo com a investigadora principal, em comprometo a preservar la confidencialitat tant dels participants com de la seva organització, tal com especifica en la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

L'entrevista a la Direcció, es realitzaria el dia i lloc que vostè prefereixi, només cal que sigui un espai tranquil, sense interrupcions i confidencial, i tindria una durada d'aproximadament 1,5h.

La seva participació és completament voluntària, i en cas d'acceptar-la, li demano que signi aquest document i el consentiment informat adjunt.

Montserrat Comellas Oliva
Investigadora principal

Acceptació de la proposta
Signatura:

Anexo 11. PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN (R.Profesió)

Data:/...../2014

Benvolgut/a,

En el marc del programa de doctorat en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, estic realitzant la tesi doctoral sobre la pràctica avançada de la infermera en el nostre entorn.

El treball de recerca té per objectiu descriure i comparar les competències de les infermeres de pràctica avançada a la província de Barcelona vers el model de pràctica avançada de Ann Hamric entre d'altres.

Una de les formes de recollir informació sobre el rol de les infermeres de pràctica avançada (IPA) en el nostre entorn és l'entrevista a un referent de la professió en el nostre entorn, i per aquest motiu li proposo la participació en la recerca mitjançant una entrevista semiestructurada i gravada per facilitar la tasca d'anàlisi de dades.

Un cop feta la transcripció de l'entrevista, li remetré per correu electrònic perquè la pugui validar.

Per altra banda, jo com a investigadora principal, em comprometo a preservar la confidencialitat del seu nom, tal com especifica en la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

L'entrevista es realitzaria el dia i lloc que vostè prefereixi, només cal que sigui un espai tranquil, sense interrupcions i confidencial, i tindria una durada d'aproximadament 1,5 h.

La seva participació és completament voluntària, i en cas de acceptar-la, li demano que signi aquest document i el consentiment informat adjunt.

Montserrat Comellas Oliva
Investigadora principal

Acceptació de la proposta
Signatura:

Anexo 12. PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN (R. Legal)

Data:/...../2014

Benvolgut/a,

En el marc del programa de doctorat en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, estic realitzant la tesi doctoral sobre la pràctica avançada de la infermera en el nostre entorn.

El treball de recerca té per OBJECTIU descriure i comparar les competències de les infermeres de pràctica avançada a la província de Barcelona vers el model de pràctica avançada de Ann Hamric entre d'altres.

Una de les formes de recollir informació sobre el rol de les infermeres de pràctica avançada (IPA) en el nostre entorn és l'entrevista al referent legal del Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Barcelona, i per aquest motiu li proposo la participació en la recerca mitjançant una entrevista semiestructurada i gravada per facilitar la tasca d'anàlisi de dades.

Un cop feta la transcripció de l'entrevista, li remetré per correu electrònic perquè la pugui validar.

Per altra banda, jo com a investigadora principal, em comprometo a preservar la confidencialitat del seu nom, tal com especifica en la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

L'entrevista es realitzaria el dia i lloc que vostè prefereixi, només cal que sigui un espai tranquil, sense interrupcions i confidencial, i tindria una durada d'aproximadament 1,5 h.

La seva participació és completament voluntària, i en cas de acceptar-la, li demano que signi aquest document i el consentiment informat adjunt.

Montserrat Comellas Oliva
Investigadora principal

Acceptació de la proposta
Signatura:

Anexo 13. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Data:/...../2014

Tesi doctoral: "la enfermera de practica avanzada en unidades de hospitalización de pacientes agudos"

Jo,.....

He llegit la proposta de participació en la recerca

He parlat amb la investigadora principal, la Sra. Montserrat Comellas i Oliva

He pogut fer preguntes referents a la meva participació en aquesta recerca i he rebut respostes satisfactòries.

He rebut informació suficient per poder participar en l'entrevista.

Entenc i accepto que l'entrevista sigui enregistrada

Entenc que la meva participació és voluntària

Entenc que puc retirar el meu consentiment durant l'entrevista i retirar-me de la recerca en qualsevol moment i sense haver d'explicar els motius.

Amb tot això, accepto lliurement a participar en aquesta investigació

Signatura:

Nom de l'entrevistat/a:

Jo Montserrat Comellas i Oliva, investigadora principal, garanteixo que la informació recollida esta subjecta al compliment de la *Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de les dades de caràcter personal* i em comprometo a respectar la confidencialitat de les dades obtingudes, utilitzant-les estrictament per al desenvolupament de la meva Tesi.

Signatura:

Nom de la investigadora principal: Montserrat Comellas i Oliva

Anexo 14. GUIÓN ENTREVISTA EPA

Características de encuadre biográfico-profesional

¿Qué edad tiene?

Experiencia enfermera

¿Cuántos años tiene de experiencia enfermera?

¿Cuáles son los ámbitos asistenciales donde ha trabajado?

¿Cuántos años de experiencia tiene en práctica avanzada (PA)?

Formación

¿Qué nivel de estudios universitarios tiene? ¿Es diplomada, grado o licenciada?

¿Qué estudios universitarios de posgrado (posgrado o másteres) ha realizado?

¿Ha realizado el doctorado?

¿Tiene alguna especialidad de enfermería?

Contexto asistencial donde desarrolla la actividad de PA

¿Cuáles son los ámbito/s asistencial/es donde desarrolla la PA?

¿Cuál es el modelo asistencial en el/los ámbito/s donde desarrolla la PA?

¿Cuál es la tipología de pacientes que atiende?

¿Puede mencionar, según su criterio, las ventajas e inconvenientes de la práctica de la PA?

¿Qué percepción tiene el equipo de la necesidad de roles de PA?

¿Existe soporte institucional para el desarrollo de la PA?

¿Cuáles cree que son las competencias necesarias para realizar PA?

¿Alguna vez le han realizado una evaluación de competencias de PA?

Competencias centrales

¿Realiza evaluación y reevaluación clínica a sus pacientes?

¿Realiza un enfoque holístico? ¿Puede explicar como?

¿Solicita pruebas complementarias?

- ¿Cómo aplica el juicio clínico en su práctica?
- ¿Realiza diagnósticos? ¿Qué tipo de diagnósticos?
- ¿Hasta que punto toma decisiones a partir de los problemas y diagnósticos?
- ¿Realiza análisis reflexivo para orientar la mejor terapéutica de cuidados?
- ¿Realiza un plan de atención? ¿Qué tipo de actuaciones son más frecuentes en su plan de atención?
- ¿Participa el paciente, la familia y/o los miembros del equipo en la planificación?
- ¿Qué tipo de actuaciones realiza para gestionar los cuidados? ¿Deriva pacientes a otros profesionales? ¿Deriva pacientes a otros dispositivos o centros asistenciales? ¿Puede ingresar o dar de alta a los pacientes?
- ¿Realiza gestión de casos? ¿Cómo gestiona los problemas agudos y crónicos?
- ¿Cuáles son las actividades de cuidados que realiza? ¿Actividades de prevención? ¿Educación sanitaria? ¿Seguimiento clínico? ¿Soporte rehabilitador? ¿Conciliación de la medicación? ¿Prescripción y administración de medicación? ¿Reanimación y desfibrilación? ¿Otras?
- ¿Cómo realiza la práctica basada en la evidencia?
- ¿Considera que tiene autonomía para el desarrollo de la práctica?
- ¿Qué limitaciones tiene para desarrollar la PA?

Competencias adicionales

Liderazgo clínico y profesional (referente de equipos...) / Autonomía

- ¿Piensa que tiene liderazgo clínico? ¿Influye en las decisiones que se toman para con los pacientes?
- ¿Piensa que tiene liderazgo profesional? ¿Es una persona referente en el equipo?
- ¿Actúa de consultora? ¿Piden su opinión los médicos o las enfermeras u otros?
- ¿Realiza trabajo colaborativo con otros profesionales?
- ¿Practica el *coaching* para que el paciente mejore los resultados en salud?
- Identifique algún problema ético que se ha encontrado.

¿Participa en la toma de decisiones éticas?

¿Se implica al paciente en la toma de decisiones?

¿Se implica al equipo en la toma de decisiones?

¿Utiliza los resultados de la EBE en la toma de decisiones clínicas?

¿Tiene habilidades en investigación? ¿Participa en investigaciones?

Elementos del entorno

¿Tiene conocimiento de la legislación aplicable a la PA y a los cuidados de salud?

¿Participa en políticas de salud? ¿En grupos de trabajo?

¿Participa en asociaciones científicas o profesionales para el desarrollo de la profesión?

¿En qué se diferencia su contrato como EPA del contrato de otras enfermeras?

¿Existe algún tipo de reconocimiento para realizar PA?

¿Cómo influye la cultura de la organización en la PA?

¿Conoce los resultados de su actividad y de la calidad de atención fruto de su práctica?

¿Usted o su empresa realiza *marketing* de la práctica avanzada?

Anexo 15. PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN (EPA)

Data:/...../2014

Benvolgut/a,

En el marc del programa de doctorat en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, estic realitzant la tesi doctoral sobre la pràctica avançada de la infermera en el nostre entorn.

El treball de recerca té per objectiu descriure i comparar les competències de les infermeres de pràctica avançada a la província de Barcelona vers el model de pràctica avançada de Ann Hamric entre d'altres.

Una de les formes de recollir informació sobre el rol de les infermeres de pràctica avançada (IPA) en el nostre entorn i quines competències porten a terme és l'entrevista en profunditat a les infermeres que desenvolupen aquest rol, la seva direcció ens ha facilitat el seu nom, considerant que vostè compleix amb el perfil d'IPA, i per aquest motiu li proposo que participi en la recerca.

La seva participació, es basa en una entrevista oberta i gravada per facilitar la tasca d'anàlisi de dades i un cop feta la transcripció de l'entrevista, li remetré per correu electrònic perquè la pugui validar.

Per altre, jo, com a investigadora principal, em comprometo a preservar la confidencialitat tant del seu nom com el de la seva organització, tal com especifica en la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

L'entrevista, es realitzaria el dia i lloc que vostè prefereixi, només cal que sigui un espai tranquil, sense interrupcions i confidencial, i tindria una durada d'aproximadament 2 h.

La seva participació és completament voluntària, i en cas d'acceptar-la, li demano que signi aquest document i el consentiment informat adjunt.

Montserrat Comellas Oliva
Investigadora principal

Acceptació de la proposta
Signatura:

Anexo 16. GRUPO DE DISCUSIÓN

1. Justificación del grupo de discusión (GD)
2. Concepto de enfermera de práctica avanzada (EPA)
3. Objetivo del GD
4. Contenido de la entrevista
 - a. ¿Qué entienden por práctica avanzada?
 - b. ¿Existen diferencias entre la EPA y la enfermera especialista?
 - c. ¿Cuál es la formación que tienen las EPA en sus organizaciones?
 - d. ¿Consideran que la certificación o acreditación de competencias ayudaría a dar reconocimiento a las EPA?
 - e. ¿La PA depende del rol que lleva a cabo la enfermera o depende de las características profesionales de la enfermera?
 - f. ¿Qué piensan de las políticas de salud actuales, leyes y normativas, estas limitan o dar apoyo a la PA?
 - g. ¿Hasta qué punto medimos los resultados del impacto que tienen las EPA sobre la salud de los pacientes?
5. Cierre y agradecimiento por la participación en el GD

Anexo 17. APROBACIÓN CEIC

CST CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

Ctra. Torrebonica, s/n
08227 Terrassa

t +34 93 731 00 07
www.cst.cat

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La Dra. Esther Jovell Fernández, Vicepresidenta del Comité de Ética de Investigación Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa

CERTIFICA

Que este Comité ha aprobado con fecha 25 de abril de 2014 el estudio **La enfermera de práctica avanzada en unidades de hospitalización de pacientes agudos**, código CEIC: **02-14-210-006**, que será realizado por la Sra. Montserrat Comellas Oliva como investigadora principal y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.


La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados el procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Consorci Sanitari de Terrassa por la **Sra. Montserrat Comellas Oliva** como investigadora principal.

Lo que firmo en Terrassa a 9 de mayo de 2014

Firmado:



Dra. Esther Jovell Fernández