



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN CONSTANTE EVOLUCIÓN. NUEVOS ROLES.

TRABAJO FIN DE GRADO

Autora: Leire Sanchez Azpiroz

Directora: Ana Ariztegui Echenique

Grado en Enfermería

Convocatoria Mayo, Curso Académico 2019/2020

Universidad Pública de Navarra

RESUMEN

La enfermería se ha visto sometida a muchos cambios desde sus inicios hasta lo que conocemos actualmente. Estos cambios han permitido que la profesión haya y siga evolucionando en un crecimiento competencial.

A lo largo de la historia de la profesión, el papel de la enfermera ha estado y está ligado al acto médico. Sin embargo, en la actualidad esta asociación es más superficial debido al desarrollo del poder de decisión y su rol autónomo. Este cambio ha sido generado por las nuevas necesidades que han ido surgiendo en la población debido a diferentes cambios sociodemográficos, epidemiológicos y políticos. Es por esto, que se ha visto la necesidad de dar una respuesta a la demanda de la población generando así un cambio en los sistemas sanitarios. Los sistemas de salud han ido identificando nuevos modelos asistenciales eficaces y económicamente sostenibles, para poder hacer frente a los nuevos cuidados de la población, y en los cuales la enfermera tiene un papel primordial.

Dentro de los diferentes modelos asistenciales que han ido surgiendo, se han ido desarrollando también nuevos roles en enfermería; enfermera de práctica avanzada, enfermera gestora de casos o enfermera especialista, los cuales constituyen figuras fundamentales para poder dar una atención continua e integral.

Por tanto, el presente trabajo recoge de una forma general la evolución de la profesión de enfermería y la aparición de estos nuevos roles en diferentes ámbitos asistenciales. Asimismo, reúne también las competencias de cada uno de esos nuevos roles y sus capacidades.

PALABRAS CLAVE: “Enfermera de Práctica Avanzada”, “Enfermera Gestora de Casos”, “Enfermera Especialista”, “Nuevos roles enfermeros”, “Cuidados enfermeros”.

Número de palabras: 10.720

ABSTRACT

The field of nursing has suffered many changes from its beginnings to what we know today. These changes have allowed the professional to have evolved and continue doing it in a competitive growth.

Throughout the history of the profession, the role of the nurse has been linked to the medical act. However, this association is now more superficial due to the development of decision-making power and its autonomous role. The change has been generated by the new needs of population stemmed from different socio-demographic, epidemiological and political changes. For this reason, we have seen the urge to respond to the demand of the population generating a change in health systems. Health systems have identified new effective and economically sustainable care models in order to cope with the new population care and in which the nurse has a key role.

Within the different care models that have emerged, new roles in nursing have also been developed; advanced practice nurse, case management nurse or specialist nurse, who are key figures in order to provide continuous and comprehensive care.

Therefore, the present work reflects, in a general way, the evolution of the nursing profession and the emergence of these new roles in different areas of health care. It also brings together the competencies of each of these new roles and their capabilities.

KEY WORDS: “Advanced Practice Nursing”, “Case Management Nurse”, “Nurse Specialist”, “New nurse roles”, “Nurse care”.

Number of words: 10.720

ÍNDICE

RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
2.1. El rol y los roles enfermeros.....	5
2.2. Enfermera gestora de casos (EGC).....	6
2.3. Enfermera de práctica avanzada (EPA).....	9
2.3.1. Competencias de la Enfermera de práctica avanzada (EPA).....	13
2.3.2. Ámbitos de intervención de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) .	14
2.4. Enfermera especialista (EE).....	15
3. OBJETIVOS	18
3.1. Objetivos principales:.....	18
3.2. Objetivos secundarios:.....	18
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
5. RESULTADOS.....	22
5.1. A nivel global	22
5.1.1 América Latina	22
5.1.2 Asia	23
5.1.3 Europa.....	24
5.2. A nivel estatal	28
5.3. A nivel de la Comunidad Foral de Navarra.....	30
6. DISCUSIÓN	35
7. CONCLUSIONES.....	40
8. BIBLIOGRAFÍA	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1: Evolución del número de profesionales de la enfermería en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes. España 2000-2016.....	2
Figura 2.1: Definiciones de la Enfermera de Práctica Avanzada.....	10
Figura 2.2: Áreas de competencia de la EPA.....	14
Figura 5.1: Médico y Enfermera de Atención Primaria responsables principales del paciente	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1: Ventajas y desventajas de la Enfermera Gestora de Casos.....	8
Tabla 2.2: Ventajas y desventajas de la Enfermera de Práctica Avanzada	15
Tabla 2.3: Ventajas y desventajas de la Enfermera Especialista	16
Tabla 4.1 Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica	21
Tabla 5.1: EPA en UCI	24
Tabla 5.2: Diferencias en la atención entre poseedores de títulos y no.....	26
Tabla 5.3: EPA en la atención a pacientes oncológicos.....	27
Tabla 5.4: Atención por parte de la EGC durante 9 meses	28
Tabla 5.5: EGC por comunidad autónoma	34

1. INTRODUCCIÓN

En este mundo globalizado, el sistema sanitario no es inmune a los enormes cambios que conlleva el progreso, como tampoco lo son los profesionales sanitarios ni los usuarios del sistema.

En la actualidad, se han dado muchos cambios en cuanto al concepto del cuidado se refiere, bien por las personas que brindan el cuidado como las que son cuidadas. Los pacientes han cambiado y lo seguirán haciendo, al igual que sus necesidades de salud las cuales cada vez son más complejas.

El incremento de la esperanza de vida ha llevado al aumento del envejecimiento poblacional y ha acarreado consigo un crecimiento de los cuidados familiares. A través del cuidado se quiere conseguir garantizar la calidad de vida del sujeto y su autonomía. El cuidado ha ido evolucionando con el paso del tiempo por diversas etapas, desde la familia, como institución central del cuidado, hasta la introducción del concepto clínico en las que las enfermedades agudas eran predominantes, volviendo de nuevo por el concepto de cuidados de las enfermedades crónicas. El cuidado, al igual que la familia, se redefinen y con ello la forma de entender y de hacer el cuidado. Por tanto, la cronicidad ha traído consigo el incremento y la complejidad de los cuidados lo cual ha hecho que se empiecen a plantear nuevas figuras profesionales (1,2).

Actualmente el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con 182.000 profesionales de enfermería los cuales se distribuyen de la siguiente manera; 30.000 profesionales en los Equipos de Atención Primaria, 146.000 profesionales en Hospitales, 3.000 profesionales en Servicios de urgencia y emergencia (112/061) y 2.000 profesionales Especialistas en formación (3). Un total de 256.333 profesionales de enfermería trabajan tanto en el sector público como en el privado, lo que proporciona una tasa de 5,5 por cada 1.000 habitantes (4).

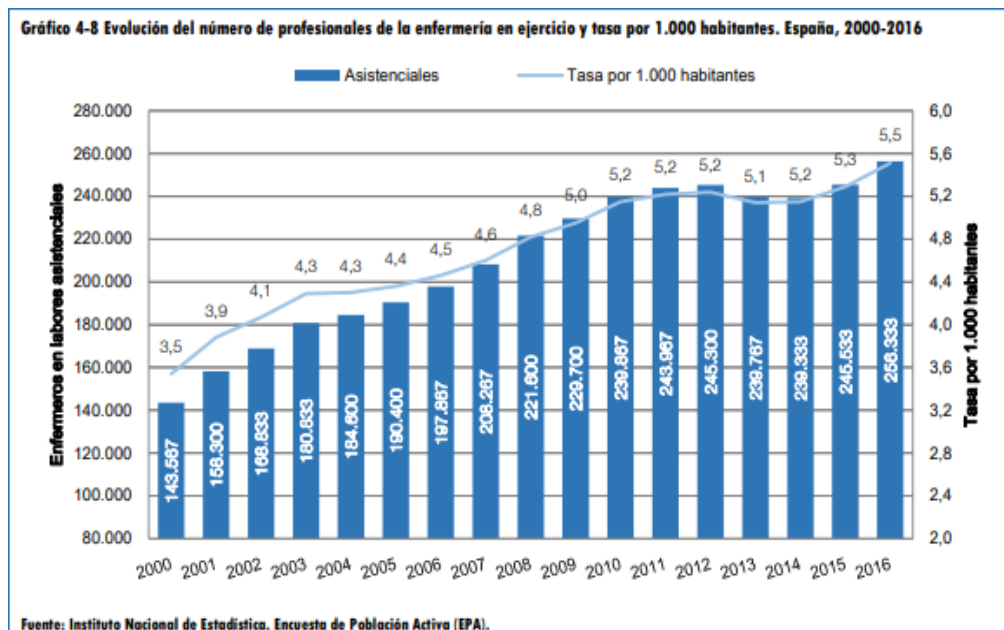


Figura 1.1: Evolución del número de profesionales de la enfermería en ejercicio y tasa por 1.000 habitantes. España 2000-2016. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2018 (4)

Estas son algunas de las razones por la que se ha otorgado a la enfermería un rol más presente, autónomo y especializado. Tienen que hacer frente al desafío de los costos que surgen mediante la atención a las necesidades de una población envejecida que encima, cada vez son mayores. Tienen la labor de gestionar los cuidados para hacer que el sistema sea más efectivo y eficiente optimizando los recursos (5).

La enfermería ha experimentado muchos cambios en menos de un siglo, pasando de ser asistente del médico a tener un papel propio y muy relevante en torno al cuidado. Cada vez cuenta con más autonomía y mayor poder de decisión en cuanto al paciente, dándole la suficiente información y educación para empoderarlo con el fin de que se realicen mejoras en el autocuidado. Las enfermeras tratan de dar respuesta a las necesidades que surgen en la población, no solo desde la práctica asistencial directa con el paciente, sino que también tiene una labor cada vez más decisiva en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud.

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermería con el paso del tiempo y con la aparición de diferentes factores ha tenido la necesidad de ir adaptándose y evolucionando en los cuidados. Estos han sido los motivos por el cual se ha visto la necesidad de ir incorporando nuevos roles y por tanto nuevas competencias a la profesión.

El cuidado es una palabra clave en la profesión de enfermería y su significado ha ido variando en el tiempo dependiendo de las necesidades de la población. Los cuidados enfermeros se manifiestan de forma diferente según los valores en los que se sustentan en cada momento histórico, la percepción de la salud-enfermedad para cada cultura o grupo social (6). Al principio, el cuidado estaba muy ligado a la supervivencia de la especie y totalmente atribuido al sexo femenino (7). Los cambios sociales, como la incorporación de la mujer al mundo laboral, han repercutido directamente en el concepto de cuidado, profesionalizándolo. En 1915 se legalizó la enfermería como una ocupación profesional con el título de enfermera practicante que posteriormente, en el año 1955, fue modificada a Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Aproximadamente 20 años más tarde, 1970, es cuando aparece la primera diplomatura de enfermería, formalizándose como estudios universitarios (8).

En 1999 surge el Grado en Enfermería en las universidades españolas gracias a la reforma universitaria realizada por la Unión Europea con los Acuerdos de Bolonia. Actualmente, el Real Decreto 1393/2007 de Enseñanzas Universitarias Oficiales establece la ordenación de las titulaciones en tres ciclos: Grado, Máster y Doctorado (9). Al mismo tiempo que se va desarrollando la formación académica de la enfermería, van surgiendo también diferentes organizaciones de profesionales a nivel internacional como nacional. En 1899, a nivel internacional, se fundó el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) que se considera la primera organización internacional de profesionales de salud a nivel mundial dirigida por enfermeras. El CIE trabaja para garantizar así unos cuidados de enfermería de calidad para todos, políticas de salud sólidas, avance de los conocimientos de enfermería y la presencia de esta profesión en todo el mundo (10). Por otro lado, a nivel nacional, en España, se crea en 1902 el Consejo General de Enfermería (CGE) como órgano de referencia para la profesión en el país

español. Entre sus funciones destaca la aprobación del Código Deontológico de la Enfermería Española que constituye el mecanismo de regulación de la profesión y defender y proteger los intereses de los profesionales y de la propia enfermería (11).

La enfermería siempre ha ido ligada al acto médico, con un claro papel dependiente y con un rol auxiliar, pero desde el momento que se estableció como Diplomatura Universitaria, la enfermería intenta pasar de ese rol dependiente a un rol más autónomo e independiente y con cuidados específicos enfermeros (8). Esta autonomía está reconocida en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias¹ donde se exponen las funciones enfermeras en función de su formación. Por tanto, la enfermería como profesión intenta dar respuesta a todo tipo de necesidades y demandas sociales que vayan surgiendo en la población. Por esta misma razón, la necesidad de mantener un sistema sanitario económicamente sostenible ha conllevado a modificaciones en el sistema de salud en los cuales enfermería empieza a coger un papel mucho más importante y especializado.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2002) define enfermería como la profesión que *“abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”*. Por tanto, dentro de las funciones de la enfermería aparte de la parte más técnica y de atención al paciente, entran también la participación en políticas de salud, como la gestión de pacientes y los sistemas de salud.

Actualmente, el considerable aumento de las enfermedades crónicas como el aumento de la esperanza de vida traen consigo la preocupación de diferentes organismos que tienen como objetivo de cuidado la salud de la población. Estos dos factores han generado que se realicen multitud de análisis entorno a estos problemas

¹ Ley 44/2003, del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Artículo 7: “corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

con el objetivo de dar solución así desde la asistencia al problema de las enfermedades crónicas. No obstante, la OMS ha dado recomendaciones para que los países y los servicios de salud desarrollen y pongan en marcha estrategias para solucionar la demanda existente, controlar y prevenir las enfermedades crónicas. Para poder dar respuesta a la demanda de la cronicidad, se ve la necesidad de contar con equipos multidisciplinares en los cuales la enfermera va cogiendo cada vez un papel más importante (12). La enfermera es la aseguradora de una continuidad de cuidados, capaz de detectar las necesidades que surjan en la población y proporcionar la asistencia sanitaria precisa gestionando los recursos disponibles.

España está caracterizada por las enfermedades crónicas, según la encuesta europea de salud de 2009, el 45,6% de la población mayor de 16 años presenta una enfermedad crónica y el 22% presenta una o más. Además, es uno de los países con la tasa de edad más altas del mundo, la media de esperanza de vida está en unos 83,1 años (2018). Aunque la edad media se situó a los 42,4 años, el 18,36% de la población tiene más de 65 años y es ésta la razón que explica el aumento de los procesos de salud crónicos (13). Es por esto, por lo que se ha visto la necesidad de potenciar el papel de la enfermería ya que con el tiempo irán asumiendo mayores responsabilidades en los cuidados de los pacientes, con el objetivo de alcanzar mejoras en la calidad de atención sanitaria y en resultados en salud. Por tanto, se han desarrollado nuevas competencias y con ello nuevos roles enfermeros. Surgen nuevos roles de enfermería como; enfermera de práctica avanzada (EPA), enfermera especialista (EE) o enfermera gestora de casos (EGC).

2.1. El rol y los roles enfermeros

Según la Real Academia Española (RAE) (14) el rol es “el cargo o función que una persona desempeña a lo largo de su vida”. Hace referencia a un conjunto de “prescripciones que definen el comportamiento del miembro de un grupo que tiene una determinada posición dentro de ese grupo” (Biddle & Thomas, 1996) (15).

Un rol no puede funcionar aislado, para su ejecución requiere la participación de otros roles. Todos los roles se complementan y coexisten entre sí ya que todos forman parte de una misma persona.

Estos roles pueden sufrir cambios dependiendo de las necesidades que se tengan y debido a esto la enfermería se encuentra en un constante cambio y evolución que hace que las expectativas de roles varíen, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus cuidados (15).

Si hablamos del rol profesional encontramos la siguiente definición “conjuntos de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que espera la sociedad de ellos a la hora de ejercer su labor profesional”. La actividad central del rol enfermero va a ser la gestión del cuidado basándose en cuatro actividades esenciales: asistencial, educativa, de gestión y de investigación (16).

La evolución del rol enfermero ha hecho que los profesionales puedan alcanzar puestos de responsabilidad anteriormente inexistentes, y al desarrollarse estos nuevos roles la enfermera coge un papel primordial en el sistema de salud.

Entre estos roles podemos destacar la enfermera gestora de casos (EGC) como solución a las enfermedades crónicas, la enfermera de práctica avanzada (EPA) dando respuesta a las necesidades más específicas de cada lugar y la enfermera especialista (EE) como la profesional con gran conocimiento y competencia sobre un campo específico.

2.2. Enfermera gestora de casos (EGC)

Una de las nuevas estrategias que se realizan para enfrentar este nuevo problema de salud sería la enfermera gestora de casos o también conocida como la enfermera de enlace.

Esta figura nace en EE. UU. en los años 50 y el modelo se exportó a diferentes países donde cada sistema lo acogió y lo adaptó a sus necesidades de salud. Países como Inglaterra, EE. UU. o Canadá apostaron desde un principio en esta nueva figura (13).

El organismo interdisciplinar Case Management Society of America (CMSA), define la gestión de casos como *“El método de colaboración dinámico y sistemático que permite proporcionar servicios de salud a una población definida y coordinada”*. Es un proceso de colaboración y participación en el que se valoran, planificación, aplica y coordinan, monitorizan y evalúan opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad coste-efectivos (17).

A nivel español, Canarias fue una de las pioneras en esta nueva figura en el Sistema Nacional de Salud Español. Catalunya y Andalucía también pusieron en marcha en sus sistemas de salud la nueva enfermera gestora de casos para dar lugar así a una correcta continuidad de cuidados y que más tarde evoluciono en la EGC comunitaria y la EGC hospitalaria (13). Este nuevo rol ha necesitado también de un marco normativo y legislativo y de una previa formación en la cual estén estipuladas una serie de nuevas competencias. Como ejemplo; en el Servicio Gallego de Salud (Sergas) pusieron en marcha un programa, conecta72, en el cual la enfermera de AP tiene un plazo de 72h para realizar una consulta telefónica al paciente que por una forma u otra ha necesitado atención especializada. Su finalidad es mejorar la calidad asistencial, aumentar la confianza entre profesionales y pacientes y agilizar el proceso de alta (18).

Es la EGC quien hace de conexión entre ambos niveles asistenciales debido a su preparación ya que se considera como el profesional idóneo para el desarrollo del plan de atención. Su metodología de trabajo, formación sociosanitaria integral de salud, su cercanía hacia el paciente y la familia, su competencia educadora y la capacidad de gestión a corto y largo plazo. Por tanto, la EGC se encarga de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, atención primaria y atención hospitalaria, para trabajar así entorno a un modelo de práctica avanzado el cual va dirigido a los grupos más frágiles y vulnerables con necesidades en su domicilio como son los pacientes crónicos (18,19). Además, la EGC se considera como la garantía para una buena atención al paciente crónico, a su familia y a la comunidad. No obstante, aunque se esté apostando por estos nuevos roles enfermeros algunos de los estudios

revelan la escasa dotación de enfermeras comunitarias que hay a nivel español, un 43% menor que la media europea (19).

En varios de los estudios realizados para valorar el impacto de la EGC, contemplaron que el papel de esta era un rol clave en todo el proceso de atención de un paciente crónico. Los resultados de los estudios realizados muestran una clara disminución en los reingresos de estos pacientes crónicos, en los días de estancia, en la adherencia al tratamiento prescrito, número de consultas a urgencias, y, por tanto, en el coste asociado (19).

Del mismo modo, la EGC mejora la accesibilidad de aquellos pacientes con necesidades. Estos pacientes, con mayores necesidades, percibían a la EGC como una nueva puerta de entrada al servicio sanitario y con una mayor satisfacción en cuanto a los cuidados, tanto el paciente como la familia (19).

Tabla 2.1: Ventajas y desventajas de la Enfermera Gestora de Casos

ENFERMERA GESTORA DE CASOS (EGC)	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor coordinación entre servicios • Aumento de la continuidad asistencial • Disminución de los ingresos hospitalarios espontáneos • Diminución del tiempo hospitalizado • Mejor atención del paciente crónico • Disminución de la carga de trabajo de la persona cuidadora informal • Disminución de la frecuentación del centro de salud por personas cuidadoras • Aumento de la confianza y habilidad del autocuidado del paciente • Disminución del coste • Mejores adherencias al tratamiento • Disminución de las visitas a urgencias • Mayor satisfacción por parte del paciente y de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes funciones dependiendo de las comunidades autónomas • Fragmentación del modelo de atención longitudinal de atención primaria

Fuente: Elaboración propia

2.3. Enfermera de práctica avanzada (EPA)

Otra de las nuevas figuras que se ha creado ha sido la de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA). El Consejo Internacional de Enfermería define a la EPA como *“Una enfermera practicante/enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimientos expertos, habilidades complejas de toma de decisiones y competencias clínicas para una práctica ampliada, cuyas características están determinadas por el contexto y/o el país en el que él/ella está acreditado para prácticas. Se recomienda un título de maestría para el nivel de entrada”* (20). Esta figura nace en EEUU en los años 70 y desde entonces se ha ido desarrollando en otros países como; Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Holanda, Suecia, Irlanda (12). La aparición de estos nuevos roles ha estado condicionada por el contexto histórico de cada país, en función de su situación político-económica, social y sanitaria. A principio la EPA surgió como alternativa para cubrir la falta de personal de medicina, como respuesta a las grandes demandas de la población y más recientemente como fórmula a la búsqueda de sistemas organizativos más costo-efectivos y que garanticen la accesibilidad de los usuarios a unos servicios ágiles, coordinados y de calidad (21).

Una encuesta realizada en el 2003 por el Consejo Internacional de Enfermería identificó que existían más de 60 países desarrollando esta nueva figura con roles avanzados. Al mismo tiempo, se observó que había muchas diferencias en cuanto a las preparaciones educativas, el objetivo de los roles e incluso el entorno de la educación (20). La diferencia es tan significativa que no llega a haber una definición completa de la EPA, cada institución o asociación lo define de un modo diferente.

Table 4. Definitions of Advanced Practice Nursing.

Institution	Definition
American Nurses Association – ANA ⁴⁷	“... is a regulatory title and includes the four roles” (Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs), Certified Nurse-Midwives (CNMs), Clinical Nurse Specialists (CNSs), and Certified Nurse Practitioners (CNP)). “The core competencies for education and the scope of practice are defined by the professional associations. State law and regulation further define criteria for licensure for the designated scopes of practice. The need to ensure healthcare consumer safety and access to APRNs by aligning education, accreditation, licensure, and certification is shown in Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification, and Education”
Canadian Nurses Association – CNA ⁴⁸	“Advanced practice nursing (APN) is an umbrella term for registered nurses (RNs) and nurse practitioners (NPs) who integrate graduate nursing educational preparation with in-depth, specialized clinical nursing knowledge and expertise in complex decision-making to meet the health needs of individuals, families, groups, communities and populations.”
International Council of Nurses – ICN ⁴⁹	“A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master’s degree is recommended for entry level”.
Understanding of APN in Spain according to Comellas Oliva ³¹	This kind of nurse “can concentrate on a specific area of knowledge patient-type by undertaking postgraduate training, where they can develop specific clinical competences. They form an extension of expert practice, thanks to the integration of theoretical knowledge, practice, and the ability to individualise care” ³¹ (p. 937).

Source: Elaborated by authors.

Figura 2.1: Definiciones de la Enfermera de Práctica Avanzada. Fuente: M. López Vallejo, J. Puente Alcaraz. 2019 (20)

Desde su aparición en los años 40, cada país lo adoptó dependiendo de sus necesidades y es por esto, por lo que existen una heterogeneidad de definiciones (22). Pero, aun así, el elemento común por el que ha surgido este nuevo rol ha sido la necesidad de nuevos modelos que regulen la práctica clínica para adaptar así el sistema de salud a los nuevos cambios que están surgiendo en el momento en la sociedad (23).

El CIE al definir EPA hace hincapié en que cada país interpretará y realizará el trabajo de enfermera de práctica avanzada según en el contexto que se encuentre su país y las necesidades que estos capten (24).

En América Latina la implementación de la enfermera de práctica avanzada es difícil debido a que la proporción de enfermeras y médicos es similar y el médico sigue siendo la primera línea en atención primaria. En atención especializada tampoco tienen las enfermeras suficiente educación y formación como para hacer el papel de práctica avanzada (24). Asimismo, no solo el déficit de personal médico ha hecho que este rol empiece a florecer sino, también a consecuencia de los pocos recursos que

tiene algunas áreas de salud y por las características geográficas de algunos países. En este contexto se empezó a vivenciar la EPA, aunque no de un modo formal. A modo ejemplo, se puede mencionar a Canadá, que desde finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX a comenzó a tener la figura de la EPA, aunque no fuese de forma oficial, debido a que casi el 20% de la población vive en comunidades remotas y aisladas. A partir de 1960 se comenzó con la educación formal de la Nurse Practitioner (enfermera de práctica avanzada) y la Clinical Nurse Specialist (enfermeras clínicas especialistas) (25). Aun así, los países Latinoamericanos más preparados para la introducción de este nuevo rol serían Chile, Brasil, México y Colombia (24,26).

En Taiwan en cambio, fue en 1994 cuando empezaron las primeras CSN (Clinical Nurse Specialist) por falta de médicos residentes y debido a esto, aprobaron una ordenanza para reconocer formalmente a las EPA. Finalmente, en 2003 se emitió sobre el plan educativo y la propuesta de regulación (24).

Fue en EEUU donde nacieron las figuras de la EPA por primera vez y desde donde se expandieron a otros países. Las dos figuras que se definieron fueron la Nurse Practitioner (NP) y la Clinical Nurse Specialist (CNS). Estas dos figuras han hecho avanzar en el papel de la práctica de enfermería en diferentes direcciones. En cierto modo, el papel de NP nació con el fin de responder a la carencia de médicos y por tanto su práctica avanzada se centra en adquirir las competencias de valoración, diagnóstico y tratamiento. De esta manera tiene el poder de gestionar cierto tipo de paciente (22).

La segunda figura, la CNS, surgió por la necesidad de formar al personal en calidad de cuidados y, por tanto, su práctica avanzada se basa en los cuidados de enfermería (22).

A nivel europeo, fueron Alemania, Países Bajos, Reino Unido y Suiza los que a priori hicieron grandes esfuerzos para desarrollar la práctica avanzada en la década del 2000. En Bélgica fue en 2004 cuando surgió la necesidad de ofrecer una formación postgrado de práctica avanzada debido a la escasez de médicos que había y para poder así satisfacer las necesidades de atención médica. No obstante, en Alemania no hay mucho apoyo al rol de práctica avanzada debido a la sobreoferta que hay de médicos de práctica general. Por otro lado, en Suiza hay un programa de maestría que

prepara a las enfermeras para la práctica avanzada con un enfoque especial en el manejo de las enfermedades crónicas desde el 2000 (24).

Desde Reino Unido, gracias a la colaboración de la Unión Europea (UE), St Martin's College en Inglaterra, está estableciendo un programa de maestría. Está colaborando con 13 universidades de la UE y de esta forma está ofreciendo formación a distancia para que los profesionales puedan formarse y hacer las prácticas en sus propios países. Este nuevo movimiento debería alentar el desarrollo de la práctica avanzada por toda la Unión Europea (24).

España tiene uno de los sistemas sanitarios más medicalizados del mundo, tiende a aumentar el número de médicos especialistas mientras los ratios de enfermera paciente se mantienen en cotas bajas en comparación con otros países (24). Sin embargo, las EPAs no son sustitutos médicos, combinan sus competencias clínicas con los conocimientos de otras disciplinas para tomar decisiones complejas y mejorar el cuidado de los pacientes (27).

Actualmente la EPA es un elemento de mucho interés en España debido a la gran elevación de enfermedades crónicas, pero poco conocida por la poca información que tenemos acerca de ello. La figura del rol avanzado en enfermería aún es un incipiente en España (23,28). No obstante, a nivel español son varias las comunidades que han puesto en marcha la función de la EPA con el fin de dar solución a las nuevas demandas de atención (12). Cada comunidad autónoma ha desarrollado las competencias de la enfermera de práctica avanzada según las necesidades que han tenido en su sistema de salud, habiendo así diferencia de competencias y perfiles de unas comunidades a otras (20). Por tanto, el desarrollo no ha tenido un enfoque global sino más bien basado en necesidades específicas de cada país y comunidad autónoma. Esto demuestra la variación de definiciones y competencias que hay, pero existe un interés internacional por unificar los criterios para así orientar el desarrollo e implantación de estos perfiles (28). Lo que se está intentando es reorientar la rígida estructura existente y establecer así unos mecanismos que sean lo suficientemente adecuados para satisfacer toda necesidad que tenga la población a través de las competencias profesionales, en términos de capacitación y responsabilidad. Con el fin de

mantener un cuidado continuo e integral especialmente en los procesos crónicos y conseguir una atención sanitaria ágil, eficiente y de calidad (20).

2.3.1. Competencias de la Enfermera de práctica avanzada (EPA)

Las competencias pueden ser comunes en diferentes especialidades, pero a la vez semejantes en las diferentes especialidades o roles de la profesión. Es el alcance y grado de complejidad lo que diferencia a la EPA del resto de niveles enfermeros. Las competencias adquiridas por una enfermera de práctica avanzada son las siguientes:

- **Investigación:** es una de las competencias clave y diferencial de la EPA respecto a otros niveles enfermeros. Tienen la labor de guía en la puesta en marcha de diferentes proyectos de investigación para poder así responder a las preguntas que surgen en su entorno. De esta manera, facilita la entrada de la evidencia científica, identifica áreas de mejora en la relación clínica con la seguridad del paciente y con los sistemas de calidad (21,29).
- **Liderazgo clínico y profesional:** es una competencia esencial que forma junto a la autonomía profesional. Tiene el poder de derivar pacientes a otros profesionales sanitarios y viceversa, sobre todo en los cuidados transicionales como puede ser en la gestión de casos de los cuidados crónicos (21,29).
- **Labor docente:** sería una de las competencias que abarca la práctica avanzada. Tiene la función de formar a otros profesionales (21,29).
- **Clínica avanzada o práctica basada en la evidencia:** Este puede ser uno de los dominios que puede llegar a diferenciar a la EPA del resto de los niveles enfermeros. Una enfermera de práctica avanzada debe de tomar las decisiones basadas en la evidencia, con el mejor conocimiento posible. Asimismo, la EPA tiene la capacidad de realizar y de solicitar pruebas diagnósticas, interpretar resultado y emitir juicios clínicos de manera autónoma o de forma conjunta con otros profesionales. De esta manera se evitan las derivaciones innecesarias a otros profesionales. No obstante, una gran parte de la actividad clínico asistencial sigue siendo la esencia de la enfermería con la labor de educación y promoción para la salud y la prevención de enfermedades (21,29).



Figura 2.2: Áreas de competencia de la EPA. Fuente: Elaboración propia

2.3.2. Ámbitos de intervención de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)

La enfermería de práctica avanzada puede verse situada en diferentes puntos asistenciales. En relación de la EPA de urgencias, uno de los estudios realizados revela que un 72,5% de los casos se necesitaron solamente intervenciones de la competencia de enfermería. Además, los pacientes que eran atendidos por EPA recibían información en relación a la toma correcta de tratamiento, educación para la salud, consejos sobre su problema de salud e información escrita de adonde y a quien deben acudir en caso de necesitar ayuda. El 68% de los pacientes percibieron como una atención “excelente” respecto a un 50% de los cuidados medicalizados, y un 83.8% de los pacientes volvería a acudir a donde una EPA de urgencias para la resolución de sus problemas. Por tanto, la EPA podría ofrecer ventajas muy importantes al sistema sanitario en términos de costo-eficiencia como en términos de accesibilidad, sobre todo cuando hacemos referencia a uno de los servicios más colapsados como es el de urgencias (23).

Otros estudios revelan que la tasa de mortalidad baja de un 3.5% a un 2% con la incorporación de las enfermeras de práctica avanzada. Incluso se llega a comprobar que reemplazando a las residentes de una planta de pacientes postoperados por enfermeras de práctica avanzada la tasa de mortalidad desciende, de una forma no muy significativa, de un 2.8% a un 2.2%. En cuanto a la medición de los días de estancia, en siete de los diez estudios que se realizaron, se vio que en las unidades

que dotaban EPAs el tiempo de estancia hospitalaria era menor. Asimismo, en siete de los nueve estudios que midieron el costo se vio que había una disminución de estos con la incorporación de las EPAs, y donde las ganancias del hospital aumentaban. Finalmente, en cuanto a la satisfacción de los pacientes, uno de los estudios revela que no hay estadísticamente mayor satisfacción entre los pacientes y en el otro en cambio, sí que hay mayor satisfacción por parte de los pacientes (27).

Tabla 2.2: Ventas y desventajas de la Enfermera de Práctica Avanzada

ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA (EPA)	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor accesibilidad para el paciente • Disminución del coste • Disminución de los ingresos hospitalarios espontáneos • Disminución del tiempo hospitalizado • Aumento de la satisfacción del paciente • Flexibilidad ante diferentes situaciones • Resultados positivos en salud • Mayor seguridad • Labor de investigación • Aumento de la calidad de atención • Mayores competencias que una enfermera generalista 	<ul style="list-style-type: none"> • No poseer de una definición universal • Su flexibilidad impide tener una definición clara y competencias sólidas

Fuente: Elaboración propia

2.4. Enfermera especialista (EE)

Como tercer nuevo rol de enfermería tenemos la enfermera especialista. La enfermera especializada tiene una mayor cualificación y capacitación para el desarrollo profesional en una determinada área de cuidado la cual requiere tener unos conocimientos, habilidades, actitudes y formación que se adquieren con unos estudios de postgrado para mejorar así la calidad de los cuidados (30).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define a una enfermera especialista como *"Una enfermera preparada más allá del nivel de una generalista, y autorizada para trabajar como una especialista con experiencia en un campo específico de la enfermería"* (31). Las primeras especialidades que salieron a la luz en el año 1957 no planteaban formación en investigación hasta el año 1987 cuando salió la primera

normativa reguladora de las especialidades enfermeras². En esta normativa, se establecieron 7 especialidades las cuales se fueron desarrollando y definiendo en los siguientes años; Enfermería Obstetro-Ginecológica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados- Médico Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica (27).

El Real Decreto 992/87³ abrió las puertas a la investigación en las especialidades de enfermería, la cual recogía lo siguiente: *“Fomentar y promover la investigación en el campo de los estudios de las Especialidades de Enfermería”*. Estas condiciones se aprobaron por el Consejo Nacional de Especialidades (CNE) de manera que todas las especialidades (excepto la especialidad pendiente de Cuidados Médico-Quirúrgicos) contemplan competencias de investigación (32). Cada especialidad está dotada de una serie de competencias recogidas en el Boletín Oficial del Estado.

Tabla 2.3: *Ventajas y desventajas de la Enfermera Especialista*

ENFERMERA ESPECIALISTA (EE)	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la calidad de cuidados • Mayor seguridad • Mayor conocimiento respecto a un campo • Mayores habilidades • Labor investigadora • Cuidados más individuales • Cuidado más específicos 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay reconocimiento pleno de las 7 especialidades a nivel nacional • Especialidad en un campo específico

Fuente: Elaboración propia

Una de las diferencias que hay entre EPA y EE es que la EE tiene un conocimiento muchos más profundo sobre un campo determinado, mientras que la EPA ha sido educada para tener unas competencias y habilidades que una EE no tiene tan desarrolladas, la mayoría de ellas relaciones con el trabajo que tradicionalmente han hecho los médicos (31). Se considera mayor el nivel autopercebido entre las EPA, sobre todo en las dimensiones de liderazgo y consultoría, relaciones interprofesionales, gestión de cuidados y promoción de la salud. La competencia del

² Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería.

³ Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista.

liderazgo se considera una de las relevancias estratégicas en el campo de la práctica avanzada, la posibilidad de tomar decisiones en torno al paciente o a las organizaciones sanitarias (33).

Por tanto, la EE va a ser la figura que va a tener un conocimiento mucho más profundo sobre un área de trabajo específico dando así una continuidad de cuidados asistenciales más individualizados, mientras la de práctica avanzada va a tener la capacidad de ser el punto de entrada al sistema sanitario, con autoridad para derivar pacientes a otros profesionales, capaz de emitir juicios clínicos de forma individual o complementaria con el resto del equipo multidisciplinar y con la suficiente autonomía como para tomar decisiones de práctica avanzada. Asimismo, la EGC va a ser el punto clave de un sistema sanitario algo fragmentado y donde las enfermedades crónicas y el envejecimiento han hecho que este sea un papel fundamental para dar esa continuidad de cuidados a los pacientes crónicos.

La aparición de estos roles es fundamental para poder ofrecer al paciente unos cuidados totalmente integrales, continuos e individualizados. De esta manera, el profesional va a tener más formación en un ámbito en el cual va a poder ofrecer unos cuidados mucho más específicos y los cuales el propio usuario va a percibir como más satisfactorios.

Por todo lo mencionado anteriormente, veo la necesidad de realizar una búsqueda bibliográfica para poder así conocer la importancia y la situación de estos nuevos roles ya que es un tema propio de la enfermería y de mucha actualidad. Además, es un tema muy interesante para tratar ya que da mucha más autonomía y empodera más el trabajo enfermero. Estos nuevos roles pueden enriquecer nuestra profesión.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos principales:

-Identificar los roles de enfermería que van surgiendo como consecuencia del cambio de concepto del cuidado.

3.2. Objetivos secundarios:

-Analizar los cambios acontecidos en la evolución de la historia de la profesión enfermera.

-Identificar las características y competencias de los nuevos roles.

-Conocer la situación de las nuevas figuras en nuestro país y las diferencias existentes entre ellos.

-Determinar cuál es el rol que mejor se adapta al cuidado de las enfermedades crónicas.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto presente es una revisión bibliografía sobre los nuevos roles que están surgiendo en enfermería. Para la realización de este trabajo he seguido la guía ``Guía Trabajo Fin de Grado de la Facultad de ciencias de la salud`` y también he realizado el curso de ``Competencias Internacionales para el Trabajo de Fin de Grado de estudios Sanitarios`` disponible en la plataforma virtual de la UPNA/NUP.

Para conseguir los objetivos marcados, se ha seguido el proceso de búsqueda que se describe a continuación.

Buscadores utilizados: La búsqueda se ha realizado en los siguientes buscadores: Pubmed, Dialnet y Scielo, introduciéndose como criterios de búsqueda las palabras clave que se muestran a continuación. La bibliografía ha sido introducida en base al modelo Vancouver.

Palabras clave/ Key words: “enfermera de práctica avanzada” “enfermera gestora de casos” “enfermera especialista” “nuevos roles enfermeros” “rol enfermero” “cuidados enfermeros” y en inglés “nurse rol” “rol of the nurse” “specilaist nurse” “adavanced practice nurse” “nurse new role” “nurse practitioner” “competence” y “case management nurse”.

Criterios:

- **Inclusión:**

1. Años de publicación: 2010-2020. Se ha incluido alguno a pesar de la fecha se ha catalogado como importante.
2. Idioma: Castellano e inglés.
3. Textos completos.
4. La visión multidisciplinar ha hecho que pueda incluir fuentes prominentes de distintas disciplinas como ciencias de la salud y la sociología.

- **Exclusión:**

1. Años de publicación: de hace más de 10 años.

2. Idioma: aquellos que no estuviesen en castellano e inglés.
3. Textos completos no disponibles.
4. Textos que hablen de la función de los roles en patologías específicas.

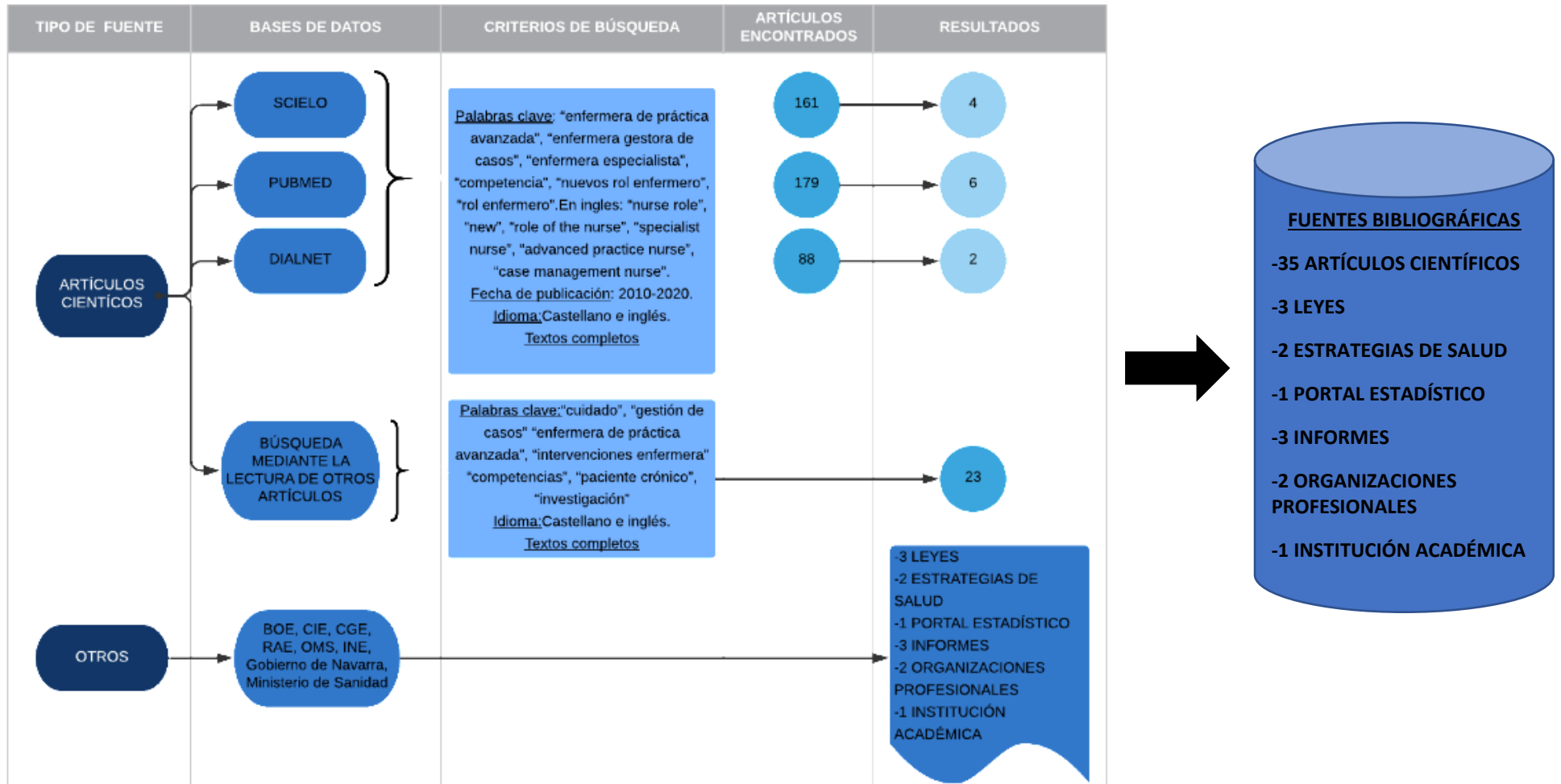
Operados booleanos: Y/AND, O/OR, para realizar una búsqueda más específica.

Principalmente se revisaron artículos provenientes de estudios cualitativos para determinar los nuevos roles de enfermería, el papel que tienen, las competencias que ellos adquieren para así entender mejor como repercute en el cuidado de los pacientes. No obstante, también se buscaron estudios cuantitativos para determinar así la eficacia de estos nuevos roles.

Paralelamente para la recogida de datos se utilizaron también búsquedas e información de organismos oficiales como el Colegio Internacional de Enfermería (CIE), El Consejo General de Enfermería (CGE), El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de Navarra, el Boletín Oficial del Estado (BOE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), portales estadísticos como el Instituto Nacional de Estadística (INE) e instituciones académicas como la Real Academia Española (RAE).

Toda esta búsqueda se resuelve en la siguiente tabla.

Tabla 4.1 Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica



5. RESULTADOS

5.1. A nivel global

5.1.1 América Latina

En América Latina, la OMS junto a la Organización Panamericana de Salud (OPS) en 2018 contemplaron la ampliación de los roles de Enfermería en el área de atención primaria debido al desafío actual de lograr una densidad y contribución adecuadas de profesionales que participen en la promoción de la salud y en los servicios de AP. La distribución de los recursos humanos en salud se encuentra en zonas urbanas y en servicios de atención terciaria, en consecuencia, gran parte de la población que vive en zonas remotas carece de acceso a los servicios de salud y por tanto la accesibilidad de ser atendido por un personal cualificado (34).

Actualmente, la atención primaria se ha visto desatendida debido a la migración de gran parte de los profesionales, en busca de mejores condiciones de vida y laborales, y debido a que muchos ellos tienden a ir a atender los niveles terciarios de salud, dejando así un vacío en AP. En este contexto, los países de la región comenzaron a establecer estrategias para incrementar así la densidad de recursos humanos en salud. A modo de ejemplo, El Gobierno de Brasil inicio la estrategia de “*Mais Médicos*” para la implementación de más médicos en los diferentes municipios para abordar de esta manera la escasez de médicos en diferentes lugares y mejorar la estrategia de salud de atención primaria en zonas sin acceso a esos servicios. Otra de las estrategias que pusieron en marcha para corregir este déficit profesional fue realizar reformas en los ámbitos de educación de los profesionales para así establecer competencias y habilidades para la AP (34).

En cuanto a la estrategia de las profesionales de enfermería hay una distribución heterogénea, la proporción de enfermeras por 10.000 va desde 111,4 en EEUU hasta 3,5 en Haití. Por tanto, ante este contexto es imprescindible presentar el rol de la EPA en la AP para así hacer frente a las necesidades de salud de la población y al déficit de la accesibilidad de la población a los recursos humanos ya que la EPA, mejora la accesibilidad a los servicios de AP al mismo tiempo que permite reducir los costes. No obstante, se han identificado dificultades a la hora de la implementación debido a que no existe ni la regulación y la formación necesaria para la EPA de AP. La

regulación se establece con el fin de proteger a la población de prácticas inseguras, asegurar la calidad de los servicios, promover una formación continua y ofrecer así a la población las mejores competencias profesionales. Por tanto, para lograr los cambios necesarios en la implementación de la EPA, es fundamental que se ajusten las políticas y las regulaciones de la enfermería en vigor en los distintos países.

El Caribe, Jamaica y Puerto Rico son los países que más han llegado a desarrollar el programa de formación. En México, en cambio, se ha llegado incluso a regular la prescripción enfermera ante la ausencia del médico y bajo una urgencia.

La OMS junto con la OPS identificaron los siguientes roles como las ampliaciones de la EPA en América Latina:

1. *Nurse practitioner: enfermeras con formación de maestría, que asistirán a los usuarios diagnosticados de enfermedades agudas leves y crónicas.*
2. *Enfermera gestora de casos: Enfermera gestora de casos, que participaría en las redes integradas del sistema de salud actuando como elemento de alianza e integración de la atención al paciente entre los niveles de la asistencia.*
3. *Enfermera de práctica avanzada especialista en obstetricia, que asistirá a la mujer embarazada.*

Con esta distinción de roles lo que se quiso conseguir fue reorganizar las tareas para que de esta manera se hiciese más eficiente el uso de los recursos humanos y reglamentar así las delimitaciones entre las diferentes actividades de práctica asistencial de cada profesional (34).

A pesar de que en América Latina el rol de la enfermera de práctica avanzada no esté muy arraigado todavía, en ciertos países ya se han empezado a realizar estudios en torno a su implementación.

5.1.2 Asia

Al otro lado del mundo, en Japón, por ejemplo, se han realizado estudios en torno a la efectividad de este nuevo rol de práctica avanzada en el ámbito hospitalario. Se estudiaron 8955 pacientes los cuales necesitaron de ventilación mecánica en cuidados intensivos en diferentes Hospitales de Japón. Se estudió si la presencia de las EPA en las UCI tenía alguna relación con la tasa de mortalidad a los 30 días de estancia. Este estudio reveló que la presencia en la unidad de un mayor número de

enfermeras de práctica avanzada se asoció significativamente con una reducción en la mortalidad de 30 días en las enfermedades críticas que requieren ventilación mecánica. Por tanto, este estudio tiene gran relevancia ya que se puede considerar la introducción de las EPA también en entornos tan específicos como son los cuidados intensivos y mejorar así los resultados del paciente en la UCI (35).

Tabla 5.1: EPA en UCI

	Ventajas	Desventajas
<i>EPA en UCI: atención a pacientes con ventilación mecánica.</i>	Reducción de la mortalidad de 30 días en las enfermedades críticas con ventilación mecánica.	

Fuente: Elaboración propia

5.1.3 Europa

Asimismo, a nivel europeo, mediante un estudio que se realizó en Irlanda, se avaló también que los poseedores de títulos como especialistas clínicos (CS) y de profesional avanzado (AP) tenían un mayor impacto sobre los pacientes y el servicio. Utilizaron un diseño de estudio de caso, se compararon datos de entrevista, observaciones y documentales de sitios con profesionales CS y AP con datos de sitios sin CS y AP. Los resultados sugirieron que la práctica de los poseedores de títulos parecía diferir de la de los no poseedores de títulos en relación con la gestión de casos y la provisión de servicios. Se consideró que los poseedores de títulos tenían un impacto de readmisión, listas de espera/tiempos, toma de decisiones en colaboración, continuidad de la atención y gestión de la carga de trabajo. Se percibió también que la autonomía de los titulares para manejar el número de casos conducía a una transición más fluida de pacientes a través del sistema de salud. Los autoinformes de los usuarios del servicio parecían apreciar la atención holística individualizada proporcionada por los poseedores de títulos. El papel de los titulares en facilitar la atención centrada en la persona y promover el trabajo en equipo interprofesional, son elementos esenciales en la prestación de atención de calidad (36).

Los resultados indicaron que los formuladores de políticas en Irlanda creen que los roles de CS/AP contribuyeron a una atención de mayor calidad a través de un enfoque más holístico, una mejor continuidad de la atención, mejores resultados para pacientes, mayores iniciativas en atención y educación, auditoria y desarrollo de políticas. Además, los CS/AP proporcionaron más práctica basada en la evidencia y realizaron auditorias con más frecuencia que otros médicos que trabajan en roles clínicos comparables con los sitios coincidentes (36).

No obstante, se encontraron diferencias entre los roles de AP y los CS. Los AP proporcionaron una mejor prestación de servicios y mostraron un mayor liderazgo, una mayor labor de investigación y una estructura clara de gobierno, en comparación con los CS. Los especialistas en comadronas clínicas obtuvieron una calificación más alta por la “continuidad de la atención y el cuidador” que los AP (36).

La evaluación y el diagnóstico de las necesidades de los pacientes fueron vistos como una parte clave del papel de todos los poseedores de títulos. La evaluación se consideró exhaustiva debido al profundo conocimiento de los poseedores de títulos y a las buenas relaciones con los pacientes y la utilización de los recursos disponibles. Los médicos consideraron que las evaluaciones exhaustivas permitieron un tratamiento exitoso o una derivación adecuada, y contribuyeron a una reducción de la hospitalización y pruebas innecesarias para los pacientes (36).

Con respecto a los sitios no poseedores de títulos, era evidente que también se estaba realizando una evaluación; pero había menos énfasis en conocer al usuario del servicio como persona, y más profesionales de la salud parecían estar involucrados en el proceso de evaluación, lo que retrasó el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Además, las enfermeras no CS/AP llevaron a cabo una serie de tareas para múltiples pacientes, en lugar de brindar atención integral y completa a un número menor. No obstante, dentro de los sitios no poseedores de títulos, había evidencia de comunicación y buen trabajo en equipo en todas las disciplinas. Sin embargo, el trabajo en equipo parecía que estuviese dirigido por consultores en lugar de ser dirigido por enfermeras o parteras y parecía haber más referencias a seguir las pautas en lugar de llevar a cabo una atención autónoma centrada en el paciente, como se encontró en

los sitios de CS/AP. También se observó que en el puesto donde la atención venía dada desde un CS/AP el rendimiento diario era mayor, ya que tenían la capacidad de gestionar el tiempo y reducir así los tiempos de espera. Por tanto, para satisfacer las cambiantes demandas de atención médica, promover la atención centrada en la persona y mejorar la prestación de servicios, se deben desarrollar y apoyar puestos de práctica más especializados y avanzados en enfermería y partería dentro de la atención médica (36).

Tabla 5.2: Diferencias en la atención entre poseedores de títulos y no

	Poseedores de títulos	No poseedores de títulos
<i>EE y Epa en AP: comparación de sitios con y sin estos roles.</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Menores tiempos/listas de espera. -Toma de decisiones autónoma. -Mejor continuidad de la atención. -Buena gestión de la carga de trabajo. -Mayor calidad de la atención holística. -Mayores iniciativas en atención y educación. -Buena utilización de recursos. -Mejor evaluación. EPA: Mayor liderazgo, mejor prestación de los servicios y mayor labor de investigación. EE: Mejor continuidad de la atención y el cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> -Buena comunicación. -Tareas para múltiples pacientes en vez de una forma más individualizada. -Buena armonía de trabajo.

Fuente: Elaboración propia

Los estudios muestran mejoras de calidad asociados con los roles avanzados. En Suecia, se realizó un estudio transversal para comparar la atención percibida por los pacientes con cáncer antes y después de la introducción de una nueva enfermera avanzada, la enfermera de contacto de coordinación (CCN). La atención brindada por las enfermeras en estos roles avanzados ha demostrado tener un impacto en importantes factores de la calidad de atención, la seguridad, la carga de sistemas, las experiencias de los pacientes y la coordinación de la atención del cáncer.

Una de las metas descritas por el Plan Nacional contra el Cáncer de Suecia fue que a todo paciente con cáncer se le asignase una enfermera de contacto (CN) para que fuese así su principal vía de contacto con el sistema sanitario en toda su lucha contra la enfermedad. Los pacientes informaron que la mala coordinación de la atención en relación con las transiciones para la atención del cáncer eran las principales áreas de preocupación (37).

El CN es una función de enfermería clínica con un conocimiento profundo en la atención del cáncer, que apoya a los pacientes y sus familias durante la trayectoria del cáncer. Algunos CN pueden realizar tareas avanzadas, como clínicas dirigidas por enfermeras, manejo independiente de casos y son reconocidos como el primer punto de contacto para los pacientes. Al ver que con este nuevo papel no se veía una clara mejora de la fragmentación en la atención del cáncer, se desarrolló e implantó una nueva función de enfermera avanzada; la enfermera de contacto de coordinación. Estas enfermeras trabajan muy de cerca con el equipo de atención al cáncer, pero tiene un papel más de liderazgo en comparación con el CN. No tiene contacto diario con el paciente, pero tiene el objetivo de cerrar las brechas y abordar las barreras en la trayectoria del cáncer, y, por tanto, mejorar la coordinación (37).

Durante el estudio sí que se vieron que había mejoras, los pacientes percibían una atención mejor después de la introducción de este nuevo rol CCN, en la participación del paciente y con la coordinación de la atención. Pero este estudio dejaba al descubierto también puntos de desarrollo los cuales daban lugar a mejoras (37).

Sin embargo, aún sin estar todavía bien definido este nuevo rol avanzado, se vio que su introducción iba traer mejoras en los cuidados de atención a pacientes oncológicos.

Tabla 5.3: EPA en la atención a pacientes oncológicos

<p>EPA con pacientes oncológicos: después de su implementación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor calidad de la atención. -Mayor seguridad. -Mejora de la carga del sistema. -Mejor experiencia percibida por los pacientes. -Mayor accesibilidad al sistema, primer punto de contacto. -Mayor participación por parte del paciente en su propio proceso de salud.
--	--

Fuente: Elaboración propia

Otro estudio habla sobre que los resultados del paciente pueden ser considerados desde diferentes perspectivas: la del paciente y sus cuidadores, la de institución u organización en la cual prestan cuidados y la de los profesionales. En este estudio se desarrolló un seguimiento a pacientes los cuales habían sido atendidos por una enfermera gestora de casos durante un periodo de nueve meses. Este estudio concluyó con que los usuarios con antecedentes de recibir asistencia sanitaria

diferenciaban perfectamente aquellas enfermeras con habilidades técnicas y las que ya eran expertas en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas complejas y en la coordinación de cuidados complejos. En este caso la EGC era capaz de combinar la experiencia clínica y la actuación como intermediaria con otros servicios, siendo así la fuente principal de apoyo y recursos. Esta era la EPA mejor situada para garantizar así la continuidad asistencial. La efectividad producía un incremento de la confianza y habilidad de autocuidado por parte del paciente y una sensación de que las prioridades de este iban a ser acometidas (38).

Tabla 5.4: Atención por parte de la EGC durante 9 meses

<p>EGC durante 9 meses: recibieron atención por parte de la EGC durante 9 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diferenciación muy clara de las diferentes habilidades técnicas y comunicativas entre los profesionales. -Fuente principal de apoyo y recursos. -Buena continuidad de cuidados gracias a esta nueva práctica avanzada. -Incremento de la confianza y habilidad del autocuidado por parte del paciente.
---	--

Fuente: Elaboración propia

5.2. A nivel estatal

La EPA se ha ido implantando en cada país y comunidad autónoma dependiendo de las necesidades que hayan ido surgiendo y cada cual lo ha ido adaptándolo a la mejora de los cuidados de los pacientes. Países como EEUU y Reino Unido son pioneros en este nuevo rol, donde incluso la formación de estos profesionales está mucho más avanzada en comparación con el país español.

En la actualidad se han dado varias iniciativas de implementación de la gestión de casos en el país español, aunque las más consolidada hasta el momento son Andalucía, Catalunya, Canarias y Euskadi (39).

En Andalucía en el 2002 se puso en marcha un modelo orientado a la atención domiciliaria, para proporcionar gestión de casos a personas con deterioro de la movilidad, pacientes dados de alta del hospital, pacientes terminales y las cuidadoras de cada uno de esos grupos. Publicaron su propio Decreto 137/2002 de 30 de abril, en apoyo de las familias andaluzas, que establece que la atención de enfermería se

proporciona de manera regulada y continua en el hogar (13,39). Añadieron a esto las enfermeras gestoras de casos en atención hospitalaria. La función de estos nuevos roles enfermeros es totalmente complementaria al resto del equipo y se evaluó mediante el estudio ENMAD, en el que se demostró que la carga de los cuidadores disminuía significativamente a los 6 meses en ese grupo que recibió la atención de la EGC bien domiciliaria, como hospitalaria (39). Actualmente, implantada también esta figura para hacer frente al crecimiento de las enfermedades crónicas mediante el plan estratégico “Plan de atención integral andaluza para pacientes con enfermedades crónicas” (13).

En Catalunya hay que destacar el programa IC-DOM, el cual tiene una combinación de gestión de casos a nivel domiciliario y hospitalario y gracias al cual se ha evidenciado una reducción en la mortalidad combinada con reingresos hospitalarios y una gran mejora en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca (39). Aunque la enfermera gestora de casos lleva en marcha en Catalunya desde finales del siglo XX para mejorar la atención domiciliaria de diferentes tipos de pacientes, fue en 2011 cuando se implantó para hacer frente a las enfermedades crónicas mediante el “Programa de prevención y atención de la cronicidad de Cataluña”. Actualmente cuenta con programas específicos dentro de la comunidad para el tratamiento de pacientes crónicos (13).

Canarias, una de las pioneras a nivel nacional de este nuevo rol, tiene implantada a la enfermera gestora de casos desde finales del siglo XX. Sin embargo, no se formalizó hasta el 2002 a través del “Protocolo del servicio de atención continua para atención domiciliaria”. La importancia del papel de esta enfermera en las Islas Canarias es actuar como un oficial de enlace para ayudar a garantizar la continuidad de la atención al paciente entre las diferentes atenciones clínicas. Asimismo, la EGC hizo frente también a las enfermedades crónicas gracias a la “Estrategia para afrontar enfermedades crónicas en la Comunidad Autónoma de Canarias” (13).

En Euskadi, se inició en el 2012 el Proyecto de Competencias Avanzadas de Enfermería, integrado en la Estrategia de Cronicidad, donde se desarrollaron 3 nuevas figuras en relacionadas con la gestión de casos: la enfermera gestora de enlace hospitalario, la enfermera gestora de continuidad y la enfermera gestora de

competencias avanzadas (39). Con la nueva implantación de esta figura se vio que había una disminución de las tasas de reingresos urgentes, disminución de las tasas de hospitalización, aumento de la satisfacción de los pacientes y los familiares, y una continuidad de cuidados (13).

La efectividad de la gestión de casos en personas con insuficiencia cardiaca ha mostrado una reducción de la mortalidad global al año de seguimiento de estos pacientes, y una reducción de reingresos a medio plazo. En el área de salud mental, en los casos de trastornos mentales graves, la gestión de casos ha evidenciado una reducción de hospitalizaciones, así como la mejora en el seguimiento y en la función social. Igualmente, se ha visto una mejora en los resultados psicológicos, de calidad de vida y de adherencia en pacientes oncológicos (39).

5.3. A nivel de la Comunidad Foral de Navarra

En la Comunidad Foral de Navarra se implementó la estrategia de pacientes crónicos y pluripatológicos para hacer frente al gran aumento de las enfermedades crónicas. En Navarra, por ejemplo, la EPA se implantó mediante la estrategia de cronicidad y pluripatológicos que describió del Servicio Navarro de Salud en 2014. El aumento progresivo de la esperanza de vida, los cambios sociodemográficos y el cambio en los estilos de vida han condicionado un profundo cambio en el patrón epidemiológico que está cada vez más dominado por las enfermedades crónicas, aproximadamente un 70% de la actividad en atención primaria y un 60% de los ingresos hospitalarios. Las estadísticas sitúan a Navarra con una longevidad de 81,47 años en los hombres y 86,83 en las mujeres (40)(41).

En esta estrategia se desarrolló la implementación de la nueva EPA, la enfermera gestora de casos. La gestión de casos es un proceso de colaboración en el cual se coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad, garantizando una atención integral y continuada. Con carácter general, la gestión de casos se realiza desde atención primaria y cuenta con ello con competencias avanzadas para supervisar el

desarrollo de la Estrategia en el centro y serán referentes para los casos complejos. Las funciones propuestas por el plan estratégico de Navarra para la EGC son las siguientes:

- Gestionar los casos de alta complejidad garantizando la continuidad de la atención.
- Colaborar en la elaboración del Plan de Atención Integral.
- Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales del sistema sanitario intervinientes en el caso.
- Garantizar la optimización de todo tipo de recursos disponibles
- Asesorar en la toma de decisiones en los casos de especial complejidad del Centro de Salud y a petición de la enfermera de la Unidad Básica
- Garantizar el cumplimiento del plan de atención al paciente crónico y pluripatológico del conjunto de los pacientes del centro y de las diferentes unidades básicas.
- Capacitar a los pacientes más complejos y/o cuidadores en autocuidados, fomentando la autonomía en la medida de lo posible.
- Organizar las reuniones multidisciplinares para la coordinación y seguimiento de la estrategia.
- Coordinarse con los servicios de A.H. para la planificación de ingresos y/o altas hospitalarias.
- Organizar los grupos de autocuidados y las reuniones “de paciente experto”.
- Supervisar la realización de talleres dirigidos a personas cuidadoras.
- Asesorar y formar al personal de enfermería en la atención a pacientes de mayor complejidad.
- Promover la investigación en atención a la cronicidad.
- Colaborar con la trabajadora social en la coordinación de otras redes formales e informales sociales (recursos externos) de la zona (42).

A nivel hospitalaria también implantó un nuevo rol de competencias avanzadas el cual desarrolla su labor en pacientes hospitalizados como ambulatorio y será la referente para los pacientes complejos mientras se encuentren en el ámbito

hospitalario; Enfermera de Enlace Hospitalaria. En este caso, las funciones son las recoge como las siguientes:

- Gestionar los casos de alta complejidad garantizando la continuidad de la atención.
- Supervisar la efectiva aplicación de la Estrategia de Crónicos en su ámbito
Coordinación con la enfermera de Atención Primaria y/o el resto del sistema
sociosanitario con particular atención a garantizar la continuidad de la
atención en la transición entre niveles
- Promover la correcta identificación de la población diana en particular en el
caso de ingreso hospitalario y en ámbito de urgencias
- Detectar y encaminar las situaciones que precisen la coordinación o
derivación a otros profesionales.
- Organizar las actividades de información, sensibilización e implicación del
paciente en su autocuidado que corresponden al ámbito hospitalario.
- Asesorar en la toma de decisiones.
- Encaminar las situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros
profesionales.
- Organizar reuniones multidisciplinarias para la coordinación y seguimiento de
la estrategia.
- Evaluar las necesidades de atención en su área.
- Proponer modificaciones de pautas terapéuticas, según protocolo, de los
procesos de su área que se determine (insulina, sintrom...).
- Definir, ejecutar y evaluar el plan de atención.
- Facilitar la participación del paciente y/o familiares en grupos de autoayuda.
- Fomentar el afrontamiento efectivo de la enfermedad.
- Ejecutar las acciones asignadas (42).



Figura 5.1: Médico y Enfermera de Atención Primaria responsables principales del paciente. Fuente: Estrategia de Navarra de atención integrada a pacientes crónico y pluripatológicos (42).

Tabla 5.5: EGC por comunidad autónoma

ENFERMERA GESTORA DE CASOS (EGC) POR COMUNIDAD AUTÓNOMA				
Andalucía	Canarias	Catalunya	Euskadi	Navarra
<p>-Desde el 2002 para mejorar la atención domiciliaria.</p> <p>-Dirigido a pacientes con deterioro de la movilidad, dadas de alta hospitalaria, pacientes terminales y sus cuidadores.</p> <p>-Labor complementaria al resto del equipo.</p> <p>-Se agregó la figura de la Enfermera gestora de casos de atención hospitalaria.</p> <p>-Se implantó con el fin de disminuir la carga de los cuidadores.</p> <p>-Actualmente también para hacer frente a las enfermedades crónicas.</p>	<p>-Desde finales del siglo XX, pero se formalizó en el 2002 a través del protocolo del servicio de atención continua para atención domiciliaria.</p> <p>-Labor complementaria al resto del equipo.</p> <p>-Actualmente implantado también para hacer frente a las enfermedades crónicas “Estrategia para afrontar enfermedades crónicas en la comunidad autónoma de Canarias”.</p>	<p>-Desde finales del siglo XX para mejorar la atención domiciliaria.</p> <p>-Se implantó con el fin de una disminución combinada de reingresos hospitalarios.</p> <p>-Se observó una mejora de calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca.</p> <p>-Mediante el “Programa de prevención y atención de la cronicidad de Cataluña” 2011 cuenta con las figuras de EGC domiciliaria y hospitalaria.</p> <p>-Actualmente cuenta con programas propios para el tratamiento de pacientes crónicos.</p>	<p>-En 2012 mediante la “Estrategia para afrontar la cronicidad en Euskadi”.</p> <p>-3 nuevas figuras; Enfermera gestora de casos de enlace hospitalario, Enfermera gestora de continuidad y enfermera gestora de competencias avanzadas.</p> <p>-Disminución de las tasas de reingresos urgentes, disminución de las tasas de hospitalización, aumento de la satisfacción de los pacientes y los familiares, continuidad de cuidados.</p>	<p>-En 2014 para hacer frente a las enfermedades crónicas.</p> <p>-“Estrategia de cronicidad y pluripatológicos”</p> <p>-Enfermera gestora de casos y la enfermera de enlace hospitalario.</p> <p>-Proporcionar una atención integral y continuada.</p>

Fuente: Elaboración propia

6. DISCUSIÓN

En España, como en muchos otros lugares, existen unas barreras claras a la hora de implementar a la enfermera de práctica avanzada. Hay que tener en cuenta que el Servicio Nacional de Salud cuenta con una de las tasas europeas más altas en cuanto a médico por habitante se refiere, y de enfermeras más bajas. Por tanto, el ratio médico/enfermera por 100.000 habitante en España es uno de los más altos comparando con el resto de Europa. Debido a esto, España es uno de los países más medicalizados y, por consiguiente, la oportunidad de desarrollo de la EPA puede que se vea afectada por esta misma razón (43).

No obstante, el considerable aumento de las enfermedades no transmisibles hizo que se empezasen a plantear una reorganización de los servicios de salud como estrategia para hacer frente a estas enfermedades, así lo recalzó la OMS en el año 2000 (44).

Esta reorganización sanitaria supuso la reestructuración de la enfermera haciendo así ampliar su diámetro competencial, de tal manera que implica hacer cambios que no siempre todos los integrantes de los grupos profesional están de acuerdo con asumir. Ya sea por razones deontológicas, legislativas, conceptuales o simplemente por la incertidumbre a lo desconocido y de remover los roles tradicionales. Los límites entre las diferentes disciplinas cada vez están más borrosas (45).

Otra de las barreras o dificultades a la hora de implementar la EPA supuso el no tener una definición completa y universal. Cada Comunidad Autónoma frente al aumento de las enfermedades crónicas adopto la labor de la EPA según las necesidades que iban surgiendo en su entorno, y de este mismo modo, en cada comunidad se han ido identificando diferentes competencias de una misma EPA. Esto se puede ver con la gestión de casos (uno de los estandartes de EPA en la actualidad) que obedece a pautas muy dispares en función de la comunidad autónoma. Por tanto, esto ha supuesto un gran problema a la hora de implementar la EPA en España, ya que no existe una cimentación conceptual y competencial (43).

En España, un 75% de la población afirma sentir un buen nivel de salud. En cambio, la frecuentación a consultas médicas es una de las más elevadas de Europa, con un promedio de 8,1 consultas per cápita. La frecuentación a Urgencias también ha

aumentado de año en año, con un incremento de 800.000 visitas más anuales. Por tanto, estos datos hablan de una utilización de servicios por problemas de salud menores y justo donde algunos modelos de EPA han ofrecido mayor efectividad, bien en urgencias como en AP (43).

Uno de los estudios realizados en cuanto a la implementación de enfermeras en vez de atención médica en AP evidencia que en la atención a problemas de salud menores o en enfermedades crónicas las enfermeras alcanzan niveles más altos de satisfacción del paciente en comparación con la atención médica. Logran unos resultados de igual o mejor calidad, así como la disminución de visitas a urgencias por paciente en año, la disminución de hospitalizaciones innecesarias, etc. (45).

En Cataluña la implementación de una EPA para la atención en demandas agudas ha evidenciado una tasa de resolución de procesos banales superior al 60% en adultos y al 70% en niños (43).

No son sólo estas las barreras que se han encontrado a nivel español a la hora del desarrollo de la EPA. Puede que los mecanismos reguladores y legislativos se puedan convertir también en barreras ya que se pretende regular y legislar todos los aspectos de la EPA y es un ejercicio prácticamente imposible. Podría no regularse el conjunto de la práctica avanzada, sino simplemente en aspectos concretos de ésta como pueden ser la prescripción, solicitud de pruebas, etc. Asimismo, la implementación de las especialidades de enfermería también puede que haya frenado el desarrollo de la EPA debido a que la confusión entre ambos roles está garantizada, ya que hay posturas que declaran por la asimilación de la EPA al ejercicio especializado y otra que conciben aspectos diferenciados entre ambos (43).

Igualmente, en Reino Unido el futuro de la enfermería de práctica avanzada también ha estado impulsado por dos problemas principales; la demanda de alguna forma de regulación y gobernanza nacional (considerar una regulación formal de la enfermería avanzada) y la organización cambiante de la prestación de servicios de salud en el Reino Unido (46).

Estos autores señalaron que se estaba experimentando una inestabilidad y cambio organizacional generalizado, junto con la perspectiva de una restricción financiera

continua. La consiguiente pérdida de personal experimentado y la reducción del reclutamiento afectarán a toda la fuerza laboral de salud (46).

A pesar de esta aparente amenaza para las profesiones de la salud, dicho cambio puede traer paradójicamente nuevas oportunidades y permitir que surjan nuevos roles y modelos de servicio. El apoyo significativo para la enfermería avanzada provino de organizaciones de enfermería doméstica (92%), enfermeras individuales (70%) y gobiernos (68%). La oposición a la introducción de funciones avanzadas de enfermería provino principalmente de médicos y organizaciones de médicos (83% y 67%). Los médicos se encontraban incomodos con el cambio de roles ya que carecían de confianza en la capacitación de los nuevos roles (46,47). Aparte de la aceptación por parte de la medicina, la falta de conocimiento del propio rol fue una barrera muy importante en su desarrollo, la falta de una definición clara e incluso algunos estudios informan que los propios compañeros eran reacios a trabajar con este nuevo rol (47). La evidencia sugiere que las enfermeras avanzadas pueden desempeñar un papel central en la resolución de los problemas de servicio destacados anteriormente y, si se implementan adecuadamente, mejorarán la atención al paciente (46).

Uno de los facilitadores más importantes para este nuevo rol, según varios estudios realizados, es la propia confianza que tiene la enfermera en sí misma para desempeñar ese nuevo rol. A medida que iban desarrollando experiencia iban adquiriendo habilidades para así llevar a cabo todo tipo de actividades (47).

En general, en todos los casos se ha visto que la EPA aporta un valor añadido en los resultados de salud del paciente y este es el argumento más persuasivo para el desarrollo y la implementación de la EPA. Existe evidencia que avala que las enfermeras con una formación específica logran mejores resultados en salud sobre los pacientes que las que no poseen esta cualificación (38). Encima, una de las fortalezas de la EPA puede que sea el hecho de que las funciones de esta enfermera son una respuesta a las necesidades del paciente, por tanto, son flexibles y capaces de utilizar múltiples fuentes de conocimiento para proporcionar cuidados al paciente (38). No obstante, esta fortaleza se convierte en su mayor debilidad al mismo tiempo debido a la gran variedad de definiciones existentes que no dan oportunidad a una definición universal.

En cuanto a estos roles en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en primer lugar, hay que considerar que el SNS español cuenta con las figuras de las enfermeras especialistas en diferentes campos asistenciales desde 1957, cada una de ellas con sus competencias correspondientes estipuladas a su campo determinado, y las mismas para todo el territorio nacional.

En segundo lugar, en cambio, la evolución de la enfermera gestora de casos, como está mencionado anteriormente, fue de una manera más heterogénea. Cada territorio español utilizó su figura para poder hacer frente a las diferentes necesidades de salud que tenía la población. A pesar de tener diferencias en las funciones y competencias de las enfermeras gestoras entre comunidades autónomas, la efectividad de este nuevo rol está asegurada. Esta es una figura que se adapta perfectamente a las necesidades que tiene el paciente crónico y a las de una población cada vez más envejecida, donde las enfermedades crónicas son predominantes.

En tercer y último lugar, enfermera de práctica avanzada. Este rol todavía sigue sin tener gran protagonismo en el sistema de salud, pero las ventajas que tiene son claras y a tener en cuenta. Los diferentes estudios analizados anteriormente muestran claras ventajas de este nuevo rol en diferentes contextos asistenciales de la enfermería. Muestran una formación de alto nivel asistencial, en investigación, en gestión y formación, con un alto grado de atención autónoma. Las ventajas muestran una clara repercusión tanto sobre el paciente, como hacia la población e incluso hasta sobre el sistema sanitario. Ventajas que se deberían de considerar para el desarrollo de la figura avanzada.

Es requisito indispensable elaborar una legislación que regule la figura de la EPA, definir los nuevos perfiles de práctica avanzada, así como regular el proceso de integración de la EPA en el Sistema Sanitario Español. Una definición universal y completa sobre la función y competencias que debería de tener esta nueva figura sería el punto de partida esencial. Por otro lado, se necesitaría centrar la mirada en la formación académica de futuras enfermeras de práctica avanzada. Se debería de desarrollar y

proponer estrategias educativas universitarias regladas, que conduzcan a un desarrollo óptimo de las habilidades clínicas, conocimientos y visión para el desempeño de la EPA.

Por tanto, no hay un rol que destaque por encima de los demás si no que cada rol aporta una serie de ventajas que el resto no tiene tan desarrolladas. Esto puede ser una gran oportunidad de mejora de atención. Una convivencia de los tres roles podría ser el resultado para un sistema de salud más eficiente y con mejores resultados en salud. Para ello, sería necesario la clara definición de las funciones y las competencias de cada rol.

Esto supondría un aumento de la calidad de la atención ya que estaría suministrada por profesionales con una mayor experiencia y cualificación.

7. CONCLUSIONES

Después de la revisión de la literatura y diferentes estudios sobre los nuevos roles de enfermería y sus competencias, a continuación, se enumeran las conclusiones a destacar:

- Falta de regulación de la figura enfermera de práctica avanzada y sus competencias.
- Surge un rol nuevo rol enfermero a consecuencia del cambio del concepto de cuidado y las necesidades que se detectan en la comunidad, enfermera gestora de casos.
- Necesidad de dotar a las enfermeras con mayor formación y competencias para una mejora en la atención sanitaria y lograr un sistema sanitario más costo eficiente.
- Posible convivencia en el Sistema Nacional de Salud de los tres roles descritos durante el trabajo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Ortiz M, Jenaro Río C, Pérez Rodríguez MC, Hernández Blanco ML, Flores Robaina N. Artículo de Revisión Correspondencia: Cambios en el contexto del cuidado: desafíos para la enfermería [Internet]. 2011 [citado 18 de marzo de 2020]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
2. Mejía LD, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud [Internet]. 2010 [citado 27 de abril de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Sanidad en datos [Internet]. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Informe anual del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [citado 27 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
5. Cequier Á, Ortiga B. Niveles de manejo clínico. Rev Esp Cardiol [Internet] 2015 [citado 14 de marzo de 2020];68(6):465-8. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/en-clinical-management-levels-articulo-S1885585715001188>
6. Matesanz Santiago MA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Rev Adm Sanit. [Internet]. 2009 [citado 16 de marzo de 2020].7(2):243-60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>
7. Domínguez Alcón C. Para una sociología de la profesión de enfermería en España. [Internet]. 1979 [citado 16 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=666937>
8. Caviedes López V. Rol profesional enfermero. Cambios más significativos en el siglo XX. Núberos Científica [Internet]. Fundación de la enfermería de

- Cantabria. 2014 [citado 25 de febrero de 2020]; 2(12): 42-49. Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/33/31>
9. Grado en enfermería: titulación y características (informativo) - Enfermería21 [Internet]. 2016 [citado 27 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/contenido/grado-en-enfermeria-titulacion-y-caracteristicas-revisado-121212/>
 10. Consejo Internacional de Enfermeras. Quiénes somos. [Internet]. [citado 1 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es>
 11. Consejo General de Enfermería. ¿Quiénes somos? [Internet]. [citado 27 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/quienes-somos>
 12. Sánchez-Martín I. Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clínica [Internet]. 2014 [citado 20 de febrero de 2020];24(1):79-89. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964>
 13. López Vallejo M, Puente Alcaraz J. Institutionalisation of the case management nurse in Spain. Comparative analysis of health systems of the Spanish autonomous communities. Enferm Clínica [Internet]. 2019 [citado 20 de febrero de 2020];29(2):107-18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117301614>
 14. Real Academia Española (RAE). [Internet]. [citado 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/rol>
 15. Angélica Mendes M, Lopes Monteiro da Cruz DA. La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería [Internet]. 2009 [citado 18 de marzo de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400010&lng=es&nrm=iso
 16. Zabalegui Yárnoz A. El rol del profesional en enfermería [Internet]. Universidad de la sabana. [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/30/58>
 17. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? Rev Cient la Soc Esp Enferm Neurol [Internet]. 2015 [citado 20 de febrero de

- 2020];42(1):1-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-enfermeras-gestoras-casos-esa-gran-S2013524615000215>
18. Tizón Bouza E, Pesado Cartelle J-Á, Pérez Felpete N. Informe de cuidados de enfermería, programa conecta72 y la enfermera gestora de casos: estudio de opinión médica. [Internet]. 2019 [citado 21 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1327.pdf>
 19. Mármol López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea Caballero V, Ruiz Hontangas A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática [Internet]. Rev Esp de Salud Pública. 2018 [citado 18 de marzo de 2020]; 92:1-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100501&lang=es
 20. Hämel K, Gonçalves de Oliveira Toso BR, Casanova A, Giovanella L. Advanced practice nursing in primary health care in the spanish national health system. Ciênc. e Saude Coletiva [Internet]. 2020 [citado 20 de febrero de 2020];25(1):303-14. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000100303&script=sci_arttext&tlng=en
 21. Appleby C, Camacho Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clínica [Internet]. 2014 [citado 26 de febrero de 2020];24(1):90-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-retos-oportunidades-aportaciones-enfermera-practica-S1130862113001976>
 22. San Martín Rodríguez L. Práctica basada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. Enferm Clínica [Internet]. 2016 [citado 25 de febrero de 2020];26(3):155-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862116300523?via%3Dihub>
 23. Galiana Camacho T, Gómez Salgado J, García Iglesias JJ, Fernández García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de

- cambio: Revisión sistemática. Rev Esp de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2 de marzo de 2020]; 92:1-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100504&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. [Internet]. J. Nurs. Scholarsh. 2008 [citado 25 de febrero de 2020]; 40:204-11. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x>
 25. Morán Peña L. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿Qué es? y ¿Qué podría ser en América Latina? Enferm Univ. 2017 [citado 25 de marzo de 2020]; 14(4):219-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-enfermeria-practica-avanzada-que-S1665706317300696>
 26. Bryant Lukosius D, Valaitis R, Martin Misener R, Donald F, Moran Peña L, Brousseau L. Advanced practice nursing: A strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 20 de marzo de 2020]; 25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28146177>
 27. Riviotta AL, Galiano A. Enfermeras de práctica avanzada para mejorar los resultados de los pacientes hospitalizados: una revisión sistemática. Rev Iberoam de educ e investi en enferm. [Internet]. 2018 [citado 6 de marzo de 2020]; 8(1): 48-61. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/274/enfermeras-de-practica-avanzada-para-mejorar-los-resultados-de-los-pacientes-hospitalizados-una-revision-sistematica/>
 28. Oroviogioicoechea C. Implantación de perfiles de práctica avanzada: retos y oportunidades en nuestro contexto. NURE Investigación [Internet]. 2014 [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/52>
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/52>
 29. Sastre Fullana P, De Pedro Gómez JE, Bennasar Veny M, Fernández Domínguez JC, Sesé Abad AJ, Morales Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. Enferm Clínica [Internet]. 2015

- [citado 25 de febrero de 2020];25(5):267-75. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086211500090X>
30. Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enferm Clínica* [Internet]. 2019 [citado 20 de febrero de 2020];29(2):83-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-english-edition--435-articulo-competential-development-nurses-in-public-S2445147919300360>
 31. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento [Internet]. 2009 [citado 18 de marzo de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400001
 32. Oltra Rodríguez E, Rich Ruiz M, Orts Cortés MI, Sánchez López D, González Carrión P. Competencias de investigación en las especialidades de Enfermería. *Enferm Clínica* [Internet]. 2013 [citado 28 de abril de 2020];23(5):225-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001198>
 33. Gutiérrez Rodríguez L, García Mayor S, Cuesta Lozano D, Burgos-Fuentes E, Rodríguez-Gómez S, Sastre-Fullana P, et al. Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enferm Clínica* [Internet]. 2019 [citado 28 de abril de 2020];29(6):328-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862119303729>
 34. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. OPS insta a ampliar el rol de las enfermeras en la atención primaria de salud [Internet]. 2018 [citado 31 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14325:paho-calls-on-the-role-of-nurses-in-primary-health-care-to-be-expanded&Itemid=1926&lang=es
 35. Morita K, Matsui H, Yamana H, Fushimi K, Imamura T, Yasunaga H. Association between advanced practice nursing and 30-day mortality in mechanically ventilated critically ill patients: A retrospective cohort study. *J Crit Care* [Internet]. 2017 [citado 31 de marzo de 2020]; 41:209-15. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28577478>

36. Coyne I, Comiskey CM, Lalor JG, Higgins A, Elliott N, Begley C. An exploration of clinical practice in sites with and without clinical nurse or midwife specialists or advanced nurse practitioners, in Ireland. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 26 de abril de 2016 [citado 7 de abril de 2020];16(1):151. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27117714>
37. Westman B, Ullgren H, Olofsson A, Sharp L. Patient-reported perceptions of care after the introduction of a new advanced cancer nursing role in Sweden. *Eur J Oncol Nurs*. [Internet] 2019[citado 4 de abril de 2020]; 41:41-8.
38. Goodman C, Morales Asensio JM, 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 de Enfermería* [Internet] 2013[citado 31 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80515/la-contribucion-de-la-enfermera-de-practica-avanzada-como-respuesta-a-las-necesidades-cambiantes-de-salud-de-la-poblacion/>
39. Morales Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin* [Internet] 2014 [citado 21 de abril de 2020];24(1):23-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-gestion-casos-cronicidad-compleja-conceptos-S1130862113001563>
40. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. Evaluación Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes pluripatológicos a los dos años de implementación. [Internet] 2018 [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BEF58587-D99A-4B7C-821C-04BDA341CFFF/421581/EvaluacionEstrategiaAtencionPluripatologicoenNavarra.pdf>
41. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de Vida al Nacimiento por comunidad autónoma, según sexo. [Internet]. 2018 [citado 16 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1448#!tabs-tabla>
42. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. Estrategia navarra de atención

- integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. [Internet]. 2013 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
43. Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. Metas de Enferm [Internet]. 2012 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80341/barreras-para-la-implementacion-de-modelos-de-practica-avanzada-en-espana/>
44. Organización mundial de la salud (OMS). Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 2000 [citado 28 de marzo de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf
45. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Library [Internet]. 2018 [citado 1 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30011347>
46. Barton TD, Bevan L, Mooney G. What does the future hold for advanced nursing? Nurs Times [Internet]. 2012 [citado 14 de abril de 2020]; 18:(26), 19-21. Disponible en: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/what-does-the-future-hold-for-advanced-nursing-22-06-2012/>
47. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919302500>