



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**GRADIENTES DE COMPETENCIAS EN
ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA,
ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS
CLÍNICAS GENERALISTAS**

TESIS DOCTORAL

2023

DOCTORANDA: LAURA DEL CARMEN GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ

DIRECTORES: DRA. SILVIA GARCÍA MAYOR Y DR. JOSE MIGUEL

MORALES ASENCIO

TUTOR: DR. JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTORA: Laura del Carmen Gutiérrez Rodríguez

 <https://orcid.org/0000-0002-5738-205X>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS
PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

D^a: Doctorando/a **LAURA DEL CARMEN GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ**

Estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga, y autora de la tesis presentada para la obtención del título de doctora por la Universidad de Málaga, titulada:

« Título **GRADIENTES DE COMPETENCIAS EN ENFERMERAS DE PRÁCTICA
AVANZADA, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS CLÍNICAS
GENERALISTAS** Título »

Realizada bajo la tutorización de tutor/a **JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO**
y la dirección de **JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO** y **SILVIA GARCÍA
MAYOR**

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual, ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996 de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019 de 1 de marzo.

Igualmente, asumo ante la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 11 de abril de año **2023**

Fdo.: LAURA DEL CARMEN GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ
(Doctoranda)

Fdo.: JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO
(Tutor)

Fdo.: JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO
(Director)

Fdo.: SILVIA GARCÍA MAYOR
(Directora)

D.: Director/a **JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO**)

Como director de la tesis doctoral titulada: Título **GRADIENTES DE COMPETENCIAS EN ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS CLÍNICAS GENERALISTAS**)

Presentada para su admisión a trámite por D^a: Doctorando/a **LAURA DEL CARMEN GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ**)

CERTIFICA

Que dicho trabajo ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendido y juzgado por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctora por la Universidad de Málaga.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes,

Expide y firma el presente certificado en Málaga a 11 de abril de 2023

Fdo.:

Dr. José Miguel Morales Asencio

D^a.: Director/a **SILVIA GARCÍA MAYOR**)

Como directora de la tesis doctoral titulada: Título Título **GRADIENTES DE COMPETENCIAS EN ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS CLÍNICAS GENERALISTAS**))

Presentada para su admisión a trámite por D^a: Doctorando/a **LAURA DEL CARMEN GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ**)

CERTIFICA

Que dicho trabajo ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendido y juzgado por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctora por la Universidad de Málaga.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes,

Expide y firma el presente certificado en Málaga a 11 de abril de 2023

Fdo.:

Dra. Silvia García Mayor

Fdo.:

Dr. José Miguel Morales Asencio

INFORME DE LA DIRECCIÓN SOBRE LAS PUBLICACIONES QUE AVALAN LA TESIS

D. **Director/a JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO**) y D^a. **SILVIA GARCÍA MAYOR,**

Como directores de la tesis: **Título (Título GRADIENTES DE COMPETENCIAS EN ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS CLÍNICAS GENERALISTAS))**

Presentada por D^a: **Doctorando/a LAURA DEL CARMEN GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ)**

INFORMAN

- Que dichas publicaciones han sido presentadas, publicadas o aceptadas para su publicación, muestra o reproducción con posterioridad a la fecha de matrícula de la doctoranda en el Programa de Doctorado.
- Que en ellas consta la Universidad de Málaga, a través de la afiliación de sus directores y la doctoranda.
- Que la doctoranda consta como primera o segunda autora de todas ellas¹.
- Que dichas publicaciones NO han sido utilizadas en tesis anteriores.

Lo que firman a los efectos oportunos, en Málaga a 11 de abril de 2023.

Fdo.:

Fdo.:

Director y tutor: JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO Directora: SILVIA GARCIA MAYOR

¹ Según el art. 19 del Reglamento de Doctorado de la Universidad de Málaga, sólo en casos realmente excepcionales, la Comisión Académica del Programa de Doctorado podrá autorizar que en una contribución que avale una tesis, el doctorando figure en una posición posterior a la segunda, o que la contribución se haya producido en un periodo de investigación previo a la matrícula del doctorando en el Programa, a la vista de las justificaciones presentadas y con el visto bueno de la Comisión de Posgrado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto la doctoranda, como los directores de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

“For us who nurse, our Nursing is a thing, which, unless we are making progress every year, every month, every day... We are going back”.

Florence Nightingale (1872)

AGRADECIMIENTOS

Hace 5 años decidí embarcarme en esta “avventura” (una mezcla entre aventura y locura) de comenzar un doctorado. Mi motivación no era otra que la de alcanzar el mayor grado académico. A pesar de la montaña rusa de sensaciones que me ha acompañado durante este proceso, esta ilusión por la investigación nace años atrás.

Cuando comencé mi grado en Enfermería, desconocía que las enfermeras pudieran investigar. Quizá este era un tema poco publicitado, no muy difundido, sin demasiada relevancia para la comunidad en general... La cuestión, es que la visión proyectada en mi cabeza a través de las influencias del cine, la cultura popular, la sociedad, y el mundo en general, me hacían creer que la investigación no iba más allá de una bata blanca y un tubo de ensayo.

Sin embargo, el primer día en el que iniciaron las clases del primer año de grado, nos dieron una charla en la que se nos habló, entre otras cosas, sobre todo lo que una enfermera podía llegar a hacer una vez terminasen nuestros estudios. Esa fue la primera vez que escuché que una enfermera podía investigar. En ese momento, una pequeña chispa se encendió dentro de mí, chispa que se fue acrecentando con el transcurso de los años a medida que iba conociendo más en profundidad esta profesión.

Quizá él no lo recuerde, pero la persona que dio esa charla resultó ser el que es hoy, uno de mis directores de tesis. José, gracias por inspirarme y motivarme desde el primer momento en el que te escuché, por ser mentor, por todo lo que me has enseñado (y enseñas) tanto dentro como fuera del ámbito académico, por confiar en mí y tener siempre unas palabras de aliento en los momentos más complicados. Te estaré siempre eternamente agradecida.

Mi otra directora, que no menos importante, llegó a mi vida también a través del plano académico, aunque fue años más tarde durante mis estudios de máster. Quien me iba a decir que, a día de hoy, además de ser una persona a la que admiro y respeto en el ámbito profesional, aprecio y quiero enormemente en el ámbito personal. Gracias Silvia por todo lo que me has aportado durante este proceso, por transmitirse tu entusiasmo por la práctica avanzada, por mostrarte siempre disponible para cualquier duda o pregunta, por tu apoyo, por animarme e ilusionarte de mis aciertos como si fuesen tuyos, por escucharme cuando lo he necesitado y, en resumidas cuentas, por guiarme y acompañarme en todo este proceso. Gracias infinitas, amiga.

Durante este tiempo, he tenido la suerte de contar, no solo con el apoyo de mis directores, sino que también he podido contar con mis compañeros/as. Se podría decir que gran parte de las personas que se mueven por la primera, segunda y tercera planta de la Facultad de Ciencias de la Salud han contribuido en cierto modo en esta tesis. Ya sea con palabras de ánimo, ofreciendo su ayuda, aportando consejos,

celebrando mis logros... Son personas que han estado ahí. Ana Belén, Cristina, Bibi, Jose Carlos, Rosa, Marina, Reme, Shakira, Inma Lupiáñez, Ana Marchena, Pablo, y en especial, Celia, quien en estos últimos tiempos ha sido un gran pilar: gracias, compañeros/as. Quiero agradecer también a la directora del departamento, Isabel, ya que además del apoyo brindado durante este período, gracias a ella he tenido la oportunidad de descubrir una de las ramas más bonitas de la Enfermería: la docencia. Asimismo, quisiera agradecer a otra persona que, con las que además de compartir trabajo, intereses, y sentido del humor, comparto una bonita amistad. Gracias, Álvaro por hacer que el tiempo contigo ya sea trabajando o disfrutando, siempre sea tiempo de calidad.

¿Y qué sería la vida sin los amigos? Gracias a la familia que se escoge por escucharme, por vuestra paciencia, por vuestras palabras de aliento o incluso por prestar vuestra ayuda de cualquier forma posible. Irene, Alba, Espe, Laura, Ana, Manolo, David, Antonio, Mana, Irene López, Marcos, Cristi, Borja, entre otros/as... Gracias por ser y estar, y por todo lo que me aportáis en mi día a día. Me gustaría hacer una mención especial a mi amigo Xelan, que además de hacer todo lo citado anteriormente, ha leído cada una de las palabras recogidas en estas páginas: gracias, amigo.

A lo largo de este proceso, hay una persona que ha sido mi apoyo principal, y para la que todas las palabras de agradecimiento que existen se quedan cortas. Gracias, Alberto: mi pareja, amigo, confidente y compañero de vida. Tu compañía, paciencia, ayuda y comprensión

durante estos años han sido fundamentales para que esta tesis se haya materializado. Nunca podré agradecerle lo suficiente, te quiero.

Por último, quisiera dar las gracias a mi familia. A mis dos bichos peludos, Garrapata y Anillo, quienes han sido, sin lugar a duda, las que más horas han pasado conmigo mientras escribía esta tesis, haciendo más llevaderos los momentos de bloqueo o de poca inspiración. A mis tres hermanos, Javier, Elena y Juan Antonio por haber cuidado de mí desde siempre, tratarme y educarme como a una hija en ocasiones, y haberme regalado a esos 6 tesoros tan preciosos que tengo por sobrinos. Y por supuesto, gracias a los que me dieron la vida, mis padres, Paco y Reme. Porque volver a empezar 20 años después de que naciera el primer hijo y desplegar todo el cariño y la paciencia, así como esforzarse en transmitir la mejor educación y valores como si fuese la primera vez, no es fácil. Gracias a los 5 por todo lo que habéis hecho y hacéis por mí, y por haber hecho de mí, la mujer que soy hoy día. Aunque no os lo diga con la frecuencia que debería, os quiero mucho.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	1
1.1.1 Evolución de la Enfermería en España: desde el franquismo hasta inicios del siglo XXI.....	2
1.1.2 Evolución de la profesión enfermera en el entorno anglosajón	6
1.2 El grado en Enfermería en España.....	11
1.3 ¿Es suficiente la formación generalista?.....	16
1.4 Competencias profesionales en Enfermería	21
1.5 La especialización en enfermería.....	28
1.5.1 Antecedentes de las especialidades enfermeras.....	28
1.5.2 Regulación de la práctica especializada en el contexto internacional.....	29
1.5.3 Regulación de la práctica especializada en España	32
1.6 Enfermería de Práctica Avanzada.....	39
1.6.1 Definición y antecedentes.....	39
1.6.2 Características de la práctica avanzada	41
1.6.3 Áreas de actuación de la EPA	48
1.6.4 Marco conceptual y competencias de la práctica avanzada ..	53

1.6.5 Experiencias de la práctica avanzada a nivel internacional ..	62
1.6.6 Experiencias de la práctica avanzada en España	67
1.7 Dificultad para el desarrollo de servicios enfermeros avanzados	76
2. JUSTIFICACIÓN	80
3. OBJETIVOS.....	86
3.1 Objetivo general.....	86
3.2 Objetivos específicos	86
4. METODOLOGÍA	87
4.1 Diseño.....	87
4.2 Población y ámbito de estudio.....	87
4.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	87
4.2.2 Cálculo del tamaño muestral.....	88
4.3 Variables	88
4.3.1 Variables explicativas	88
4.3.2 Variables de resultado.....	94
4.4 Recogida de datos	96
4.5 Análisis de datos	98
4.5.1 Análisis descriptivo y exploratorio	98
4.5.2 Análisis bivalente.....	98
4.5.3 Análisis multivariable.....	99

4.6 Consideraciones éticas	100
5. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	102
6. RESULTADOS.....	104
6.1 Análisis descriptivo.....	104
6.2 Resultados por objetivos	110
6.2.1 Resultados del objetivo general.....	110
6.2.2 Resultados objetivos específicos 1 y 2.....	115
6.2.3 Resultados objetivo específico 3.....	120
6.2.4 Resultados objetivo específico 4.....	126
6.2.5 Resultados objetivo específico 5.....	126
7. DISCUSIÓN	129
7.1 Aplicación de los resultados en el contexto español.....	154
7.2 Futuras líneas de investigación.....	160
7.3 Limitaciones	162
8. CONCLUSIONES	166
BIBLIOGRAFÍA.....	168
ANEXOS.....	201
ANEXO I: Solicitud de participación en el estudio	201
ANEXO II: Dimensiones e ítems del IECEPA.....	202

ANEXO III: Aprobación del Comité de Ética de la Investigación
Provincial de Málaga..... 204



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Modalidades de acceso a la vía excepcional.....	38
Tabla 2: Variables explicativas	92
Tabla 3: Participantes desglosados por provincia	106
Tabla 4: Nivel de representatividad de enfermeras en el SNS en 2019	107
Tabla 5: Variables descriptivas de la muestra	109
Tabla 6: Puntuaciones obtenidas en el IECEPA	110
Tabla 7: Diferencias de medianas en las competencias avanzadas autopercebidas entre las EPAs y no EPAs	112
Tabla 8: Diferencias de medianas en las competencias avanzadas autopercebidas entre las EEs y las EGs	112
Tabla 9: Gradiente de competencias entre EGs, EEs y EPAs.....	113
Tabla 10: Descriptivo del grado de satisfacción de los profesionales con aspectos laborales	120
Tabla 11: Grado de satisfacción en base al gradiente enfermero	121
Tabla 12: Modelo de regresión multivariable satisfacción 1	125
Tabla 13: Modelo de regresión multivariable satisfacción 2	125
Tabla 14: Modelo de regresión multivariable perfil profesional.....	127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Línea temporal de los principales hitos para la enfermería en España y contexto anglosajón.....	11
Figura 2: Marco de competencias de la EG de acuerdo con el CIE	15
Figura 3: Pirámide para la evaluación clínica de Miller	26
Figura 4: Trayectorias académicas posibles para las enfermeras	36
Figura 5: Componentes de la práctica avanzada.....	44
Figura 6: Marco conceptual de Hamric.....	54
Figura 7: Marco político conceptual de (Schober et al., 2016)	62
Figura 8: Países y año en el que iniciaron el desarrollo de la práctica avanzada a nivel internacional.....	66
Figura 9: Niveles de institucionalización de la GC por CCAA	73
Figura 10: Ejes para la definición de servicios y competencias de la EG, EE y EPA.....	84
Figura 11: Flujograma de participantes del estudio.....	105
Figura 12: Estructura de la discusión con arreglo al marco conceptual del estudio y a los resultados obtenidos	130

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gradiente de competencias entre EGs, EEs y EPAs	114
Gráfico 2: Relación entre las competencias avanzadas, los diferentes roles de enfermería y la complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras	116
Gráfico 3: Gradiente de competencias entre los roles y la complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras	117
Gráfico 4: Relación entre la complejidad de los pacientes atendidos y el gradiente	118
Gráfico 5: Nivel de complejidad de los pacientes atendidos en base a las especialidades enfermeras	119
Gráfico 6: Grado de satisfacción con diferentes aspectos laborales en base al gradiente enfermero	122
Gráfico 7: Grado de satisfacción con la autonomía laboral en función del entorno de práctica.....	128

GLOSARIO DE SIGLAS/ABREVIATURAS

ATS	Ayudante técnico sanitario
BOE	Boletín Oficial del Estado
DUE	Diplomado universitario en enfermería
EEES	Espacio europeo de educación superior
EE. UU	Estados Unidos
RD	Real Decreto
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
ECTS	European Credits Transfer System
CIE/ICN	Consejo Internacional de Enfermería (International Council of Nurses)
EG	Enfermera generalista
INE	Instituto Nacional de Estadística
EE	Enfermera especialista
CNS	Clinical Nurse Specialist (Enfermera Clínica Especialista)
EIR	Enfermera Interna Residente
CCAA	Comunidades Autónomas
UD	Unidad Docente
EPA	Enfermera de Práctica Avanzada
APRN	Advanced Practice Registered Nurse (Enfermera de práctica avanzada registrada)
AP	Atención Primaria
NP	Nurse Practitioner (Enfermera Facultativa)
APN	Advanced Practice Nurse (Enfermera de práctica Avanzada)
ANA	Asociación Americana de Enfermeras
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
EGC	Enfermera Gestora de Casos
GC	Gestión de casos
CMSA	Case Management Society of America (Sociedad Americana de la Gestión de Casos)
BOJA	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
EEPA	Enfermera Especialista de Práctica Avanzada
SNS	Sistema Nacional de Salud
CI	Consentimiento Informado
AH	Atención Hospitalaria
IECEPA	Instrumento para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada
RIC	Rango Intercuartílico
DE	Desviación Estándar

RESUMEN

Antecedentes: El sistema sanitario español cuenta con diferentes roles enfermeros, como son la enfermera generalista, la enfermera especialista y la enfermera de práctica avanzada. A pesar del largo recorrido de los roles de práctica avanzada en el contexto internacional, así como el impacto positivo que generan en los resultados de salud de pacientes de múltiples contextos sanitarios, en la actualidad no han terminado de desarrollarse por completo por todo el territorio español. Esto se debe, en parte, a la ambigüedad conceptual que existe en torno a este término, junto con la confusión que hay entre este rol y el de enfermera especialista. Conocer las diferencias en el nivel de competencias avanzadas entre los diferentes roles enfermeros podría permitir la delimitación del ámbito de práctica de las enfermeras.

Objetivos: Analizar la distribución de competencias avanzadas autopercibidas en enfermeras generalistas, enfermeras especialistas y enfermeras de práctica avanzada en España. Asimismo, se evaluó el grado de complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras en base a su perfil competencial, se comprobó el nivel de satisfacción de las enfermeras con algunos aspectos de su puesto de trabajo y se analizaron los factores relacionados con el perfil profesional de las enfermeras y su nivel de competencias. En el caso de las enfermeras de práctica avanzada, también se quiso evaluar si el reconocimiento de su rol por parte de su institución sanitaria influía de algún modo en su nivel de competencias avanzadas.

Metodología: Se realizó un estudio transversal analítico multicéntrico. La recogida de muestra se llevó a cabo desde junio de 2019 hasta febrero de 2021. Fueron invitadas a participar enfermeras que ejerciesen su práctica clínica en España procedentes de diferentes Comunidades Autónomas, como Andalucía, Cataluña, Islas Baleares, Cantabria y Madrid. Se recogieron variables relacionadas con el perfil académico y profesional de las enfermeras participantes, y se midió su nivel de competencias avanzadas mediante el Instrumento para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada. Asimismo, se les preguntó sobre su grado de satisfacción con algunas cuestiones relacionadas con su puesto de trabajo, así como el grado de complejidad de los pacientes atendidos por ellas en los últimos 12 meses. Se llevaron a cabo análisis descriptivos, análisis bivariantes, así como análisis multivariantes. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de Málaga en junio de 2019.

Resultados: La muestra estuvo conformada por un total de 1270 enfermeras. La distribución de la muestra por perfil profesional fue de un 42,9% de enfermeras generalistas, 33,7% de enfermeras especialistas, y un 23,4% de enfermeras de práctica avanzada. El nivel competencial autopercibido global fue mayor en el caso de las Enfermeras de práctica avanzada, seguidas de las enfermeras especialistas y por último las enfermeras generalistas. Además, las enfermeras de práctica avanzada destacaron especialmente en las dimensiones de práctica basada en la evidencia, autonomía, liderazgo y gestión de cuidados ($p < 0,001$). En cuanto a la complejidad de los pacientes atendidos, fueron las enfermeras

de práctica avanzada una vez más las que atendían a los pacientes con mayor nivel de complejidad ($p < 0,001$), mientras que no hubo diferencias en el nivel de complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras generalistas y enfermeras especialistas. En el caso de las enfermeras de práctica avanzada, se constató que su nivel de competencias era mayor cuando su institución tenía reconocido su rol. En lo que respecta al grado de satisfacción, las enfermeras en general estaban más satisfechas con su puesto de trabajo actual y menos satisfechas en cuanto a su salario. También se observó que, a mayor nivel de competencias, las enfermeras se encontraban más satisfechas con su nivel de autonomía, desarrollo laboral, estatus profesional y flexibilidad laboral. Asimismo, al analizar los factores académicos y profesionales que influían en el nivel de competencias de las enfermeras, se observó que las enfermeras de práctica avanzada, que atendían a los pacientes con mayor nivel de complejidad, que se encontraban en posesión de un doctorado, que ejercían en atención primaria, y que estaban satisfechas con su nivel de autonomía y trabajo actual, presentaban mayores puntuaciones en el cuestionario evaluador de competencias.

Conclusiones: Las enfermeras de práctica avanzada son las que presentan un mayor nivel de competencias avanzadas y son las que atienden a pacientes con mayor nivel de complejidad. La satisfacción en el profesional de enfermería influye en el nivel de competencias de estas profesionales. Con estos hallazgos, se podría facilitar la creación de un marco regulatorio de la práctica clínica en servicios avanzados y especializados.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

Tratar de establecer en qué momento tiene lugar el origen de la enfermería es una ardua tarea, ya que para ello sería necesario remontarse a los inicios de la humanidad. Ya en la prehistoria, existía la necesidad de cuidar y ser cuidado, siendo las mujeres las que ocupaban esa labor. Esa época fue denominada etapa doméstica del cuidado, y fue evolucionando a lo largo de los años en diferentes fases, hasta llegar a la actual etapa profesional del cuidado (Martín & Rebollo, 2017). No obstante, a pesar de los años que lleva existiendo el cuidado, la profesión enfermera que conocemos hoy día, no alcanza los dos siglos.

Llegar a la profesionalización de la enfermería no ha sido un camino apacible: ser una profesión mayoritariamente femenina, donde el grueso de sus estudiantes en el siglo XIX provenía de niveles socioeconómicos bajos, en un sistema marcado por la hegemonía médica y masculina, no fue un elemento precisamente favorecedor para su progresión y desarrollo. Todos estos factores han condicionado su desarrollo tanto en sus intentos de profesionalización, así como su entrada en la enseñanza superior (Bullough & Bullough, 1981).

Con el paso de los años, la atención sanitaria fue modificándose, volviéndose más compleja. Esto requería que las enfermeras tuvieran un mayor nivel formativo y más experiencia. Este hecho, junto con el papel de algunas enfermeras referentes, permitieron que la enfermería

evolucione y finalmente llegara a convertirse en una titulación universitaria. Algunos países como Estados Unidos o Canadá, consiguieron la implantación de la enseñanza universitaria enfermera a inicios del siglo XX, años antes que en España (Bullough & Bullough, 1981). Esto puede explicarse en parte, por la situación política y social que acontecía en España durante mediados del siglo XX y que arrastraba desde finales del siglo XIX.

1.1.1 Evolución de la Enfermería en España: desde el franquismo hasta inicios del siglo XXI

Tanto el transcurso de la guerra civil, como el inicio de la dictadura, supusieron un retroceso para el desarrollo de la profesión enfermera (Siles González, 2011). Durante el franquismo, la Iglesia tenía una gran influencia en la sociedad, y eran las órdenes religiosas las que regían y desempeñaban la actividad enfermera: por un lado, por la labor altruista que han venido realizando a lo largo de los años de hacerse cargo del cuidado de personas enfermas, debido al gran poder que sustentaban las congregaciones religiosas en aquel momento y, por otro lado, por necesidad, dado el gran déficit de enfermeras que existía en aquel momento (Germán Bes, 2014). Esta carencia vino marcada en parte por la desigualdad de derechos y la discriminación que sufrieron las mujeres durante el franquismo, suponiendo un retroceso para su desarrollo personal y, en especial, para el avance de la enfermería, actividad ejercida fundamentalmente por mujeres (Sellán Soto, 2010).

Las diferencias de género eran muy notorias en ese momento, y esto era visible entre las profesiones sanitarias. En ese período, coexistían tres profesiones sanitarias: los practicantes, las enfermeras y las matronas. En el caso de los practicantes, eran varones los que fundamentalmente ocupaban la profesión, y las enfermeras eran exclusivamente mujeres (Perán et al., 2021). Más adelante, estas tres profesiones se unificaron en una sola bajo el nombre de ayudante técnico sanitario (ATS) mediante el Decreto del 4 de diciembre de 1953 publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE, 1953). Sin embargo, la unión de estas profesiones en una sola, no evitó que se continuara perpetuando la segregación por sexos en cuanto a los planes de estudio, siendo estos diferentes entre los y las estudiantes (Gancedo, 2021).

Entre los años 1951 y 1977, se crearon 131 hospitales de Seguridad Social, lo que generó una gran demanda de ATS (Gancedo, 2017). Posteriormente, con el fin de la dictadura y la llegada de la democracia se comenzó a forjar un contexto social, político y económico, que fue el que determinó el nuevo rumbo de la enfermería, promoviendo a su vez la investigación en cuidados (Morales Asencio et al., 2017). En España, las enfermeras pudieron acceder a la formación universitaria en 1977, pasando de ser ATS a diplomados universitarios en enfermería (DUE) (BOE, 1977b). El plan de estudios de la diplomatura se estructuraba en tres años donde el estudiantado debía recibir un mínimo de 4600 horas, de las cuales, al menos la mitad debían ser dedicadas a la formación práctica. Las asignaturas impartidas podían ser de carácter

anual o cuatrimestral, y abordaban áreas como ciencias básicas, ciencias médicas, ciencias de la enfermería, ciencias de la conducta y salud pública (BOE, 1977a). Además, durante este período a los ATS se les permitió la homologación de su título al de DUE mediante la realización de un curso de nivelación de conocimientos (BOE, 1980).

Este avance en la formación enfermera supuso un giro en la orientación de estos estudios con respecto a los anteriores de ATS. Por primera vez se le dio un enfoque científico a su programa educativo, en el que se creaba el papel de la enfermera generalista, integrado dentro de un equipo de salud (Martín & Rebollo, 2017).

Fue el comienzo de una etapa de transición para la profesión enfermera, donde nuevos y complejos retos aguardaban a los integrantes de este colectivo, tales como la unificación y convalidación de las diferentes titulaciones de enfermería o la creación de la concepción e identidad enfermera, entre otros (Germán Bes, 2014).

Es a partir de este momento, cuando se comienza a cambiar la concepción tradicional que concebía a la enfermería como profesión auxiliar de la medicina. Pero a pesar del progreso que supuso este hito, al mismo tiempo implicaba una limitación para el crecimiento profesional. El acceso a la enseñanza como diplomatura en lugar de como licenciatura, conllevaba la imposibilidad de continuar con estudios superiores de posgrado. De este modo, la investigación enfermera se topaba con el impedimento de desarrollarse en el ámbito académico,

teniendo que recurrir a la realización de una licenciatura, sin existir otras posibilidades (Germán Bes, 2014; Morales Asencio et al., 2017).

Asimismo, al no tratarse de una licenciatura, se continuó con el legado del plan de estudios de ATS, en el que el grueso de su profesorado era médico. Era únicamente en el ámbito asistencial, durante las prácticas clínicas, donde las enfermeras podían ejercer la docencia (Germán Bes, 2014). Este suceso no es más que un ejemplo, de lo que algunos autores definen como la opresión que sufría el colectivo enfermero frente a la hegemonía médica, que ha supuesto una limitación en la calidad de educación, economía y ofertas laborales de las enfermeras a lo largo de la historia (Moya et al., 2010).

No fue hasta 1983 cuando los diplomados accedieron a la figura de profesor titular de escuela universitaria sin necesidad de cursar una licenciatura adicional, según lo establecido en la Ley de Reforma Universitaria (BOE, 1983). De este modo, las enfermeras pudieron optar a estas plazas y ejercer la docencia en el ámbito de la academia, y no exclusivamente en el ámbito asistencial.

A pesar de todos estos cambios en el plano académico, en el sistema sanitario persistía una cultura organizacional jerarquizada en la que se arrastraban roles heredados de la inercia de los años 50 en adelante y generaban una disonancia entre la formación y capacitación que conllevaba la formación universitaria, y lo que el sistema sanitario posteriormente permitía a las enfermeras.

A pesar de esta discordancia, durante los últimos años del siglo XX y comienzos del siglo XXI, la disciplina enfermera ha continuado progresando, y se han ido alcanzando nuevos logros dentro de la profesión. Uno de los grandes avances, se produjo tras la declaración de Bolonia en junio de 1999, donde 29 países se unieron para la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) (Valle López, 2006). Esta conferencia, en la que los países integrantes se comprometían a remodelar su propio sistema de educación superior, facilitó el intercambio de titulados con el fin de alcanzar una convergencia y comprensión del currículo común. De esta forma, se finaliza la distinción previa entre licenciatura y diplomatura, y se establecen los estudios de grado, máster y doctorado para todas las titulaciones (Estrada-Masllorens et al., 2016; Siles González, 2011).

Sin embargo, antes de proseguir con la evolución y cambios más recientes de la enfermería en España, es necesario contextualizar brevemente en qué situación se encontraba la enfermería en otros países con un desarrollo más temprano que la enfermería española, como Estados Unidos (EE. UU), Canadá o Reino Unido. Esto permitirá poner de relieve la situación de retroceso en la que se encontraba sumida la enfermería española al compararla con estos entornos.

1.1.2 Evolución de la profesión enfermera en el entorno anglosajón

La concepción social que existía sobre la enfermería durante sus inicios en otros estos países no era muy diferente a la visión que se tenía en España: ocupación fundamentalmente femenina, asociada a personas

de bajos ingresos, con un componente principalmente vocacional y/o religioso, y que además contaba con poco reconocimiento social. No obstante, las principales diferencias encontradas entre el contexto anglosajón y el español residen fundamentalmente en la velocidad con la que la enfermería ha ido evolucionando, y la temporalidad con la que acontecieron momentos de vital importancia para el desarrollo de la profesión.

En Reino Unido, antes de la primera guerra mundial, la enfermería ya se consideraba una profesión. Sin embargo, su función no era más que la de una empleada doméstica asignada a un lugar subordinado dentro del hospital, y cuyas aspiraciones profesionales no se correspondían con su estatus social. A finales del siglo XIX, la educación enfermera estaba ligada a su centro de trabajo ya que era en los hospitales en los que desempeñaban su actividad, donde aprendían las habilidades técnicas que les permitían ejercer como enfermeras. Cabe señalar que, en ese momento, cada hospital era soberano de escoger su programa formativo. Esto suponía que el aprendizaje de las técnicas podía verse influenciado por los prejuicios o hábitos de los médicos o enfermeras que les enseñaban. En ausencia de un modelo de conocimiento homogéneo y transferible entre hospitales, las enfermeras no podían cambiar fácilmente de centro de trabajo. Este hecho limitaba además las posibilidades de que las instituciones incrementaran los salarios de las enfermeras (Dingwall et al., 2002).

Tras el fin de la primera guerra mundial, se aprobó la ley de registro de enfermeras en 1919. Esta ley supuso, la creación del Consejo General de Enfermería, el establecimiento de unos criterios básicos para el registro de las enfermeras, y el diseño de un programa de estudios obligatorio para estas profesionales (Dingwall et al., 2002; J. Kelly & Watson, 2015). Sin embargo, persistía la problemática generada por la gran variedad de instituciones que ofrecían formación enfermera. En los años siguientes se propusieron diferentes programas de estudios, como el plan de estudios de 1948 que incluía un período de 6 meses de especialización posterior a 18 meses de formación básica (Dingwall et al., 2002). Fue en el año 1960 cuando las enfermeras comenzaron a acceder a la universidad mediante un programa formativo de 3 años (Lusk B et al., 2001). No obstante, el traspaso de la educación brindada en hospitales a las universidades fue completado en 1996 (Callery, 2000). Los estudios de máster también se fueron desarrollando de forma heterogénea por todo el país, siendo el primer programa iniciado en la Universidad de Edimburgo en 1973 (Carpenter et al., 2013). En cuanto los estudios de doctorado, fue en 1990 cuando un número considerable de enfermeras comenzaron a realizar sus tesis doctorales, aunque desde la década de los 70, algunas universidades contaban con programas para su realización (McKenna & Cutcliffe, 2001).

En otros países no europeos como Canadá o EE. UU, la evolución de la formación enfermera fue más precoz que en el resto de los países. A inicios del siglo XX la educación enfermera llegó a las universidades en

estos países, más concretamente en 1909 en EE. UU, siendo la Escuela de Enfermería de la Universidad de Minnesota la primera en introducirse en la estructura universitaria (aunque la docencia impartida no llegaba a ser un título universitario como tal) (Conesa, 1995), y en 1919 en Cincinnati se creó una titulación universitaria en enfermería. Durante la década que iba desde 1920 hasta 1930, los programas universitarios en enfermería se desarrollaron por todo EE. UU (Bullough & Bullough, 1981). En el caso de Canadá, fue la Universidad de Columbia Británica la que estableció un primer programa formativo de enfermería en 1919, y en 1942 se creó la carrera universitaria de enfermería en la Universidad de Toronto (Anthony & Landeen, 2009).

En cuanto a la educación de posgrado para enfermeras, ambos países la contemplan en sus currículums décadas antes que en España. En EE. UU cuentan con programas de máster desde inicios de 1950, aunque durante esta época el número de programas era muy limitado, y pocos profesionales pudieron acceder a ellos. Sin embargo, durante el período que abarca desde 1951 hasta 1962 el número de planes de estudio de máster se duplicó (Ervin, 2017).

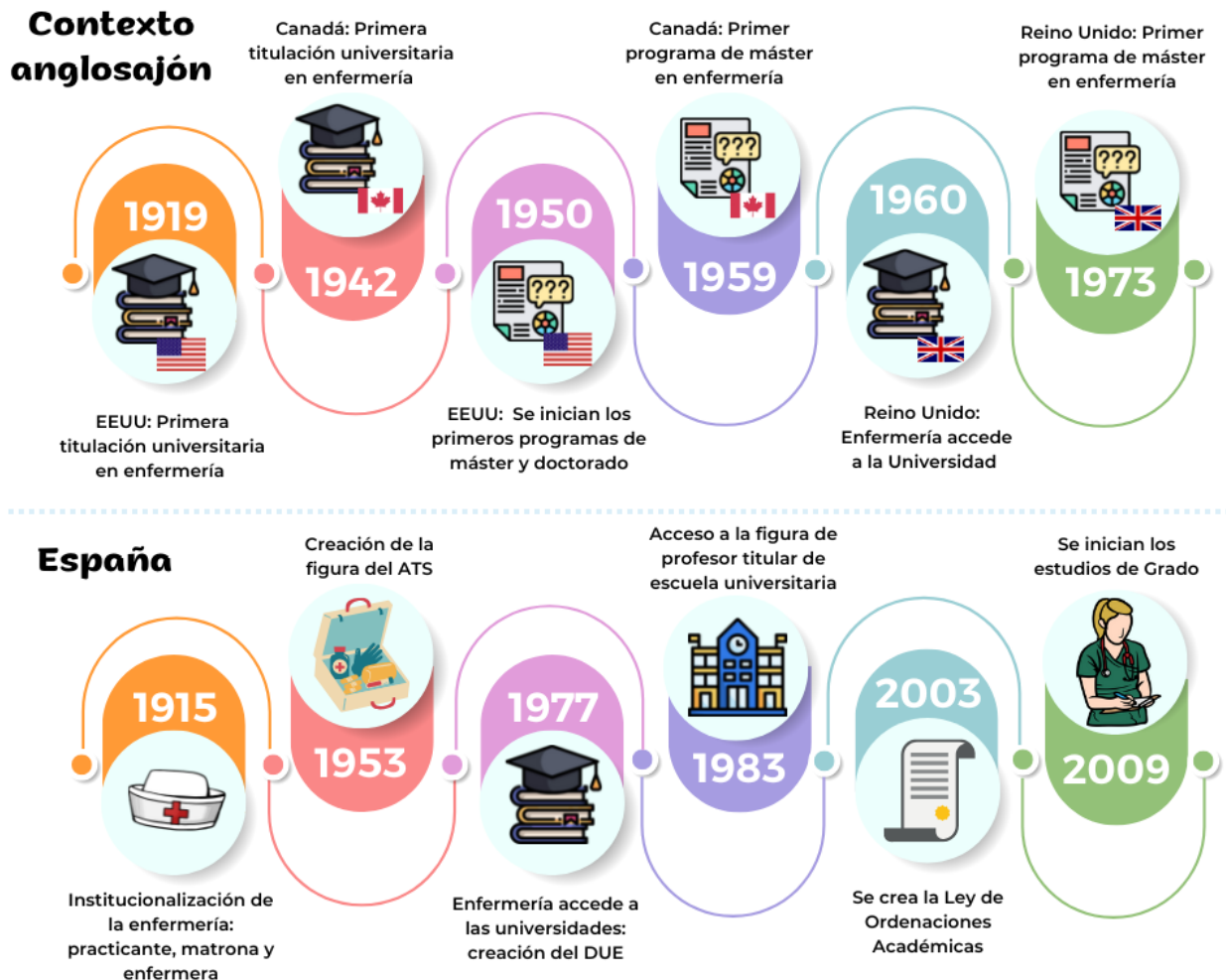
En lo que respecta a los estudios de doctorado, fue durante las décadas de 1920 y 1930 cuando se comenzaron a desarrollar los primeros programas destinados a la preparación del profesorado en enfermería, pero en otras áreas diferentes de la enfermería. Los primeros programas de doctorado en enfermería se comenzaron a formular en 1950, motivados en parte por la necesidad de contar con profesorado con

preparación doctoral. Esta era la única vía por la que la investigación enfermera podía prosperar, centrándose en cuestiones propias de la profesión, y de este modo, crear un cuerpo de conocimientos coherente y acorde a la disciplina enfermera. En 1954, en la Universidad de Nueva York se reorientó el programa de doctorado hacia un doctorado en enfermería (Ervin, 2017).

En Canadá, los programas de máster en enfermería surgen casi a la par que en EE. UU. Los primeros fueron creados en la Universidad de Ontario Occidental en el año 1959, y en la Universidad de Montreal en 1961. Estos programas surgieron con el fin de proveer conocimientos y habilidades más especializadas, y de este modo, permitir que la enfermera asumiera roles más avanzados. Por otro lado, los estudios de doctorado se desarrollaron décadas posteriores al país americano, siendo la Universidad de Alberta la primera en crear un programa de doctorado en enfermería en el año 1991 (Berman et al., 2013).

En la Figura 1: Línea temporal de los principales hitos para la enfermería en España y contexto anglosajón
Figura 1: Línea temporal de los principales hitos para la enfermería en España y contexto anglosajón puede observarse un historiograma que ilustra las distintas fases evolutivas de la Enfermería en el contexto anglosajón y en España.

Figura 1: Línea temporal de los principales hitos para la enfermería en España y contexto anglosajón



Elaboración propia.

Conocer las disparidades en cuanto a la formulación de los programas de enfermería de posgrado a nivel internacional y nacional, facilitará la posterior comprensión en la forma en la que se desarrollaron nuevos roles de enfermería, abordados más adelante.

1.2 El grado en Enfermería en España

Continuando con la evolución de la profesión enfermera en España, la adaptación española al modelo educativo de grado se produce en el 2007 a través del Real Decreto (RD) 1393/2007. Esta nueva ley equiparó

los estudios de enfermería al resto de titulaciones universitarias, y estableció la estructura en las ramas del conocimiento y documentos de verificación del título, que suponían la definición de materias, módulos y asignaturas, en las que las ciencias de la enfermería cobraban una mayor relevancia (BOE, 2007). Al año siguiente, se establecieron las competencias y contenidos del Grado en Enfermería, entre las que se recoge la capacidad de basar las intervenciones en base a la evidencia científica (BOE, 2008a). Esto iba en consonancia con lo publicado años atrás, en la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) del 2003 por la que se promueve la participación activa de la enfermera en actividades investigadoras. Por tanto, a las funciones de asistencial, docente y gestora, se les sumó la investigadora, reconocida explícitamente como otra función propia (BOE, 2003a). Finalmente, en el año 2009, inició la primera promoción de Grado en Enfermería, dejando atrás la diplomatura (Morales Asencio et al., 2017).

Esta titulación tiene una duración de 4 años equivalentes a un total de 240 ECTS (European Credits Transfer System) repartidos en 60 ECTS por curso. Estos créditos son la unidad por la que se decidió medir el trabajo que realiza el estudiante, donde se incluyen las horas de asistencia a clases, las de estudio, elaboración de trabajos y prácticas.

Este nuevo sistema formativo aportó novedades con respecto al anterior entre las que destaca la incorporación de materias relacionadas con la investigación, el acceso a un programa formativo de tres ciclos (grado, máster y doctorado), focalización en la formación del estudiantado

fomentando el trabajo autónomo, y evaluación por objetivos y competencias (Cerezo, 2013). El concepto de competencia ha ido dominando la formación de grado y posgrado en la educación universitaria de forma progresiva. Su significado varía en función del ámbito en el que se utilice, y tiene una implicación directa en la definición y desarrollo de nuevos roles profesionales. Es por ello por lo que el marco teórico de este concepto será abordado de forma más detenida posteriormente, y en este apartado se limitará a su definición en el contexto del Grado.

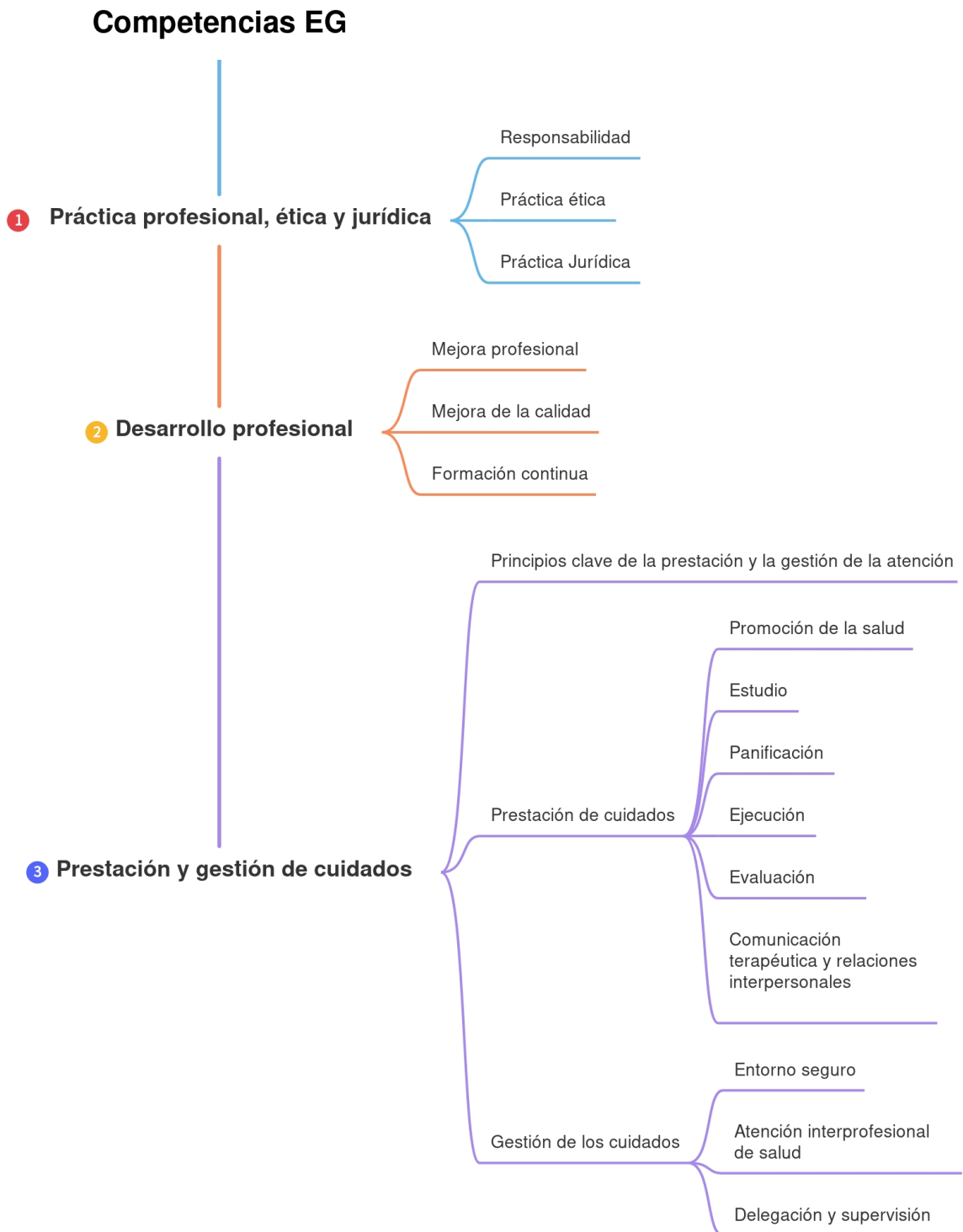
De acuerdo con el RD 822/2021, las competencias son el conjunto de conocimientos, habilidades y capacidades relevantes en el campo académico que se han de adquirir para obtener el título (BOE, 2021; Cerezo, 2013).

Por otro lado, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) las define como las acciones llevadas a cabo que demuestran el juicio, conocimiento y capacidades que poseen quienes están habilitados para su ejercicio profesional (Alexander & Runciman, 2003). Asimismo, el concepto de competencia también engloba a la aptitud que posee el profesional sanitario para poner en práctica las actitudes, las habilidades y el conocimiento asociado a las buenas prácticas de la profesión enfermera con el fin de hacer frente a los escenarios que se le plantean (BOE, 2003b).

La distribución de estas competencias para el grado en enfermería debe ser de 60 ECTS de formación básica común (anatomía, fisiología,

bioquímica, etc.), un mínimo de 60 ECTS relacionados con competencias de las ciencias enfermeras, y 90 ECTS en relación con las prácticas tuteladas y trabajo de fin de grado. Los 30 ECTS restantes, quedan a disposición de cada centro universitario (BOE, 2008a). De este modo, una vez finaliza el grado, el egresado puede ejercer como enfermera generalista (EG) (denominada en otros países también como enfermera acreditada, cualificada o especialista [Alexander & Runciman, 2003]), de forma competente en todos los contextos y campos de la enfermería, así como comenzar sus estudios de posgrado. En la Figura 2: Marco de competencias de la EG de acuerdo con el CIE puede verse la clasificación de competencias para la EG realizada por el CIE (Alexander & Runciman, 2003).

Figura 2: Marco de competencias de la EG de acuerdo con el CIE



Elaboración propia, basado en el marco de competencias de la EG del CIE. Publicado en:

Alexander & Runciman (2003).

En los últimos 45 años, la profesión enfermera ha experimentado una transformación acelerada en nuestro país con una tendencia fundamentalmente ascendente en el plano educativo y más tardíamente en el de desarrollo profesional en las organizaciones sanitarias. Así, los estudios de grado proveen a los egresados de los conocimientos y competencias necesarias para comenzar con su ejercicio profesional, o si lo desean, pueden continuar con su formación académica hacia los estudios de Máster y Doctorado, aspecto inexistente hasta la implantación del marco del EEES.

1.3 ¿Es suficiente la formación generalista?

En este contexto académico con una evolución tan marcada en el plano competencial, surge la cuestión de si este nuevo perfil profesional es capaz de dar respuesta a las demandas y desafíos en salud que la sociedad actual plantea. Estas necesidades y demandas de la ciudadanía necesitan ineludiblemente una estructura de cuidados basada en el desarrollo de la profesión enfermera. El envejecimiento poblacional en el que está envuelto irreversiblemente nuestro país nos sitúa ante proyecciones de población según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en las que el número de personas mayores de 80 años se incrementará en un 260% en el año 2049. La edad avanzada y la presencia de enfermedades crónicas favorecen la aparición de fragilidad y dependencia. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2016, en el 16,40% de hogares de España hay al menos una persona dependiente, y el 14,40% de estas personas necesita cuidados domiciliarios. Las

personas con procesos crónicos complejos son ya la norma y no la excepción, sin que los servicios de salud hayan evolucionado al ritmo necesario para hacer frente a este enorme reto. La multimorbilidad, la utilización desorganizada de recursos de salud, así como una escalada de resultados de salud negativos se ciernen sobre un grupo de población que requiere abordajes distintos a los tradicionales y tenga en cuenta, además de los patrones de enfermedad, los de funcionalidad, calidad de vida y los determinantes sociales (Onder et al., 2015). Además, la cronicidad en los mayores se presenta en forma de coexistencia de múltiples procesos crónicos: se estima una prevalencia de multimorbilidad en población general en España en el 20%, subiendo hasta el 52,9% en hombres mayores de 65 años y el 67,3% en mujeres mayores de 65 años (Garin et al., 2014).

Por otra parte, los estilos de vida no hacen sino aumentar un horizonte de mayor incidencia de enfermedades crónicas: según la Encuesta Europea de Salud en España un 16,5% de hombres de 18 y más años y un 15,5% de mujeres padecen obesidad y un 44,9% de hombres y un 30,6% de mujeres padecen sobrepeso. Estos factores aumentan, además, de forma considerable, la aparición de otros factores de riesgo, como es el caso de la hipertensión arterial, la dislipidemia, o el sedentarismo, y de enfermedades como la diabetes mellitus, o las enfermedades cardiovasculares, con una importante influencia de las desigualdades sociales en su presentación (Cinza-Sanjurjo et al., 2020). En la población infantil y adolescente este problema también se

manifiesta de forma especialmente cruda en nuestro país. En España la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 42 % en niños y 41% en niñas de 7 años. Aunque la prevalencia de exceso de peso entre los escolares de 6 a 9 años en España ha disminuido un 3,2% desde 2011 por la disminución del sobrepeso, la obesidad permanece estable (García-Solano et al., 2021).

Además, la complejidad del sistema sanitario actual ha situado a los eventos adversos y la seguridad clínica en el centro de la diana, debido al impacto negativo que generan en la población y en los costes de la atención sanitaria. Las evidencias en los últimos 20 años definen un escenario de impacto causal directo entre la presencia de un número suficiente de enfermeras y con la cualificación de grado o especialización, y la disminución de eventos adversos como la mortalidad, infecciones, errores de medicación, etc. Hay pruebas de calidad de esta asociación causal en estudios llevados a cabo en más de 30 países, durante dos décadas y más de medio millón de pacientes (Aiken & Fagin, 2018).

La piedra angular de todo este conocimiento actual radica en que el personal de enfermería correctamente cualificado contribuye a la consecución de estos objetivos, actúa como nexo entre los diferentes miembros del equipo sanitario y se encargan mayoritariamente de la coordinación y prestación de cuidados del paciente, al que tiene permanentemente como referente y, en el caso de la atención hospitalaria, es el profesional que constantemente tiene la relación más

cercana y directa con la persona y su familia (Abu-Qamar et al., 2020; Rhee et al., 2022).

Una vez finaliza sus estudios de grado, la EG se encuentra capacitada para ejercer en diferentes ámbitos de actuación clínica. Pero, el escenario de demandas y necesidades de salud descrito anteriormente nos sitúa ante una realidad ineludible: la complejidad de la atención en muchos contextos y nuevos escenarios que hace dos décadas ni existían, plantea la necesidad un mayor desarrollo competencial de las enfermeras. Este progreso dentro de la profesión se puede conseguir bien mediante formación académica adicional, ya sea mediante estudios de posgrado como másteres (tanto oficiales, como no oficiales) y programas de doctorado, expertos universitarios, o cursos de formación continuada, o bien, formación especializada, que se desarrollará en profundidad más adelante (Lafuente-Robles et al., 2019).

Los estudios de máster suponen una alternativa en la que la enfermera adquiere nuevos conocimientos y habilidades en un área concreta. Las implicaciones que supone la realización de un máster abarcan desde la obtención de destrezas técnicas específicas, mejora en las habilidades intrapersonales (como habilidades comunicativas, trabajo en equipo, resolución de problemas, etc.), o bien, para el desarrollo de aptitudes investigadoras. Estos estudios también contribuyen a la mejora de capacidades como el liderazgo, confianza en el desempeño del rol, o mayor reputación profesional. Los conocimientos adquiridos tras la realización de estos estudios se traducen en una mejor atención y

cuidado al paciente, mayor satisfacción de los pacientes y de los propios profesionales, así como mejores oportunidades de empleo (Abu-Qamar et al., 2020).

Del mismo modo, los estudios de máster (másteres oficiales en el caso de España) son la puerta de entrada a los estudios de posgrado, permitiendo que tras su realización se pueda proseguir con un programa de doctorado. La finalización de una tesis doctoral implica una mejora de las perspectivas laborales y de la carrera profesional de las enfermeras, la adquisición de competencias investigadoras, y un perfeccionamiento en la atención brindada al paciente. Esta mejora en la calidad de la atención, se consigue mediante la práctica clínica basada en la evidencia científica, educación tanto a compañeros como a la comunidad, e incluso en su contribución en la investigación enfermera y desarrollo de políticas sanitarias (Wilkes & Mohan, 2008).

Otro medio por el que el personal de enfermería puede ampliar sus conocimientos, aunque de forma menos extensa, es mediante la realización de expertos universitarios, cursos de formación continuada, o cualquier tipo de actividad formativa que permita la adquisición de conocimientos en un área específica. El cometido de esta formación es la de actualizar o ampliar conocimientos previamente obtenidos, así como profundizar en ciertas materias, y son necesarias para el reciclaje continuo de los profesionales.

A pesar de que con la formación de posgrado se consigue ampliar el cuerpo de conocimientos de la EG, en ocasiones, continúa resultando

insuficiente para atender a determinadas poblaciones. Las demandas sociales y científicas derivadas de los cambios epidemiológicos y demográficos tales como las desigualdades en salud, el envejecimiento poblacional, así como el incremento del coste de la atención sanitaria, han generado un contexto al que ha sido necesario adaptarse con el fin de dar una adecuada respuesta. Los perfiles de EG, en ocasiones, no han conseguido abordar de forma plena todas estas circunstancias. Es por ello que se ha fomentado la creación de nuevos puestos y figuras a nivel asistencial en enfermería (Cuevas Santos, 2019; Salmond & Echevarria, 2017). Por estos motivos, entre otros, se fomentó el desarrollo de la enfermería especializada y enfermería de práctica avanzada, conceptos que se desarrollarán en apartados posteriores.

Toda educación adicional, ejerce una transformación en el profesional de enfermería. Estos cambios producidos en su aprendizaje se traducen en un aumento en las habilidades y competencias que permitirán una expansión en su práctica profesional.

1.4 Competencias profesionales en Enfermería

La competencia como atributo fundamental para garantizar unos cuidados de enfermería de alta calidad, éticos y seguros, ha sido objeto de estudio de forma frecuente en la literatura enfermera (Flinkman et al., 2017).

El cambio educacional en enfermería (de la enseñanza en hospitales a universidades) junto con la iniciativa de las instituciones

sanitarias, crearon la necesidad de establecer sistemas de acreditación o regulación de la práctica enfermera. Mediante las competencias, las organizaciones de salud pueden definir los estándares de práctica, guiar currículos y establecer las habilidades y conocimientos que se deben poseer para acceder a cada puesto de trabajo. La enfermería es una profesión basada en competencias, por lo que resulta fundamental asentar las bases de este concepto con el fin de permitir su entendimiento (Goh et al., 2020). Existen en la literatura diferentes marcos conceptuales que hacen aproximaciones a este concepto, siendo algunos de los más conocidos la teoría de principiante a experta de Benner (1982) y la pirámide de Miller (1990).

Patricia Benner (1982) basa su marco conceptual en el crecimiento profesional de las enfermeras. Benner entiende la competencia como un continuo competencia-desempeño que cambia con el tiempo en el curso de la trayectoria profesional. De este modo, esta teoría establece que las competencias de una enfermera recién graduada, o bien estudiante de primer año, no serán las mismas que las de una enfermera con una amplia experiencia en un área determinada.

Esta teoría, por tanto, establece una serie de niveles en base a la experiencia enfermera. Los cambios que se evidencian en cada nivel guardan relación con la pericia y confianza que adquiere la enfermera a través de su experiencia profesional, así como la capacidad que obtienen de analizar y abordar las situaciones desde una perspectiva que va madurando en base a su trayectoria.

El orden de los niveles de menos a más avanzado es: principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta. En los niveles principiante y principiante avanzado se espera que las enfermeras lleven a cabo tareas simples, pero que no requieran de la emisión de un juicio clínico. La principal diferencia entre ambos es que la principiante avanzada cuenta con que se ha enfrentado a situaciones clínicas en las que tiene cierta experiencia, mientras que la principiante no cuenta con experiencia al enfrentarse a una nueva situación.

En el tercer nivel, la enfermera posee una mayor seguridad y cuenta con la suficiente experiencia para valorar, analizar y planificar su actuación. Tiene la capacidad de ver sus intervenciones con perspectiva, y es capaz de prever el resultado de sus actos; muchas enfermeras permanecen en este nivel. Lo que diferencia a esta profesional, de la enfermera eficiente (cuarto nivel) es la flexibilidad y rapidez que esta dispone. Está capacitada para atender situaciones en las que hay que modificar el plan establecido previamente, y dar respuestas a escenarios no planificados gracias a su experiencia y conocimiento.

En el último y quinto nivel, la enfermera experta no basa su práctica de forma exclusiva en protocolos, guías de práctica clínica... Sino que el gran bagaje profesional con el que cuenta, le aporta una gran comprensión intuitiva. Su grado de expertía le permite actuar independientemente y tener un dominio completo de la situación (Benner, 1982).

Este modelo ha supuesto un progreso importante en el campo de la educación enfermera. Tanto es así, que algunos autores han empleado este marco conceptual como base para el desarrollo de instrumentos evaluadores de competencias (Goh et al., 2020) como son la Escala de Competencias Básicas Autoevaluadas (Hsu & Hsieh, 2009) y la Escala de Competencia Enfermera (Meretoja, Isoaho, et al., 2004) o la escala para la evaluación de competencias en los prácticum de enfermería (convertida posteriormente en una aplicación online denominada EVALComp) (Iglesias-Parra et al., 2015).

El marco conceptual de Miller (1990) presenta un modelo que se emplea para la evaluación de competencias enfermeras y es aplicable tanto a estudiantes como a profesionales sanitarios. Está basado en una pirámide de cuatro niveles:

- Primer nivel, “*Knows*” (“sabe”). Establece la base de la pirámide, y hace alusión al conocimiento que el estudiante o profesional necesita para realizar su trabajo de forma adecuada. Miller plantea en su marco conceptual, que a pesar de que este conocimiento es uno de los pilares fundamentales (y en ocasiones el único pilar, según otros autores) que domina los sistemas de evaluación de profesionales, no ofrece una visión completa de las capacidades de la persona evaluada, sino que se queda en la superficie.
- Segundo nivel, “*Knows how*” (“sabe cómo”). Hace referencia a la competencia. Este siguiente escalón viene a complementar el anterior: no es suficiente con qué el graduado o profesional sepa,

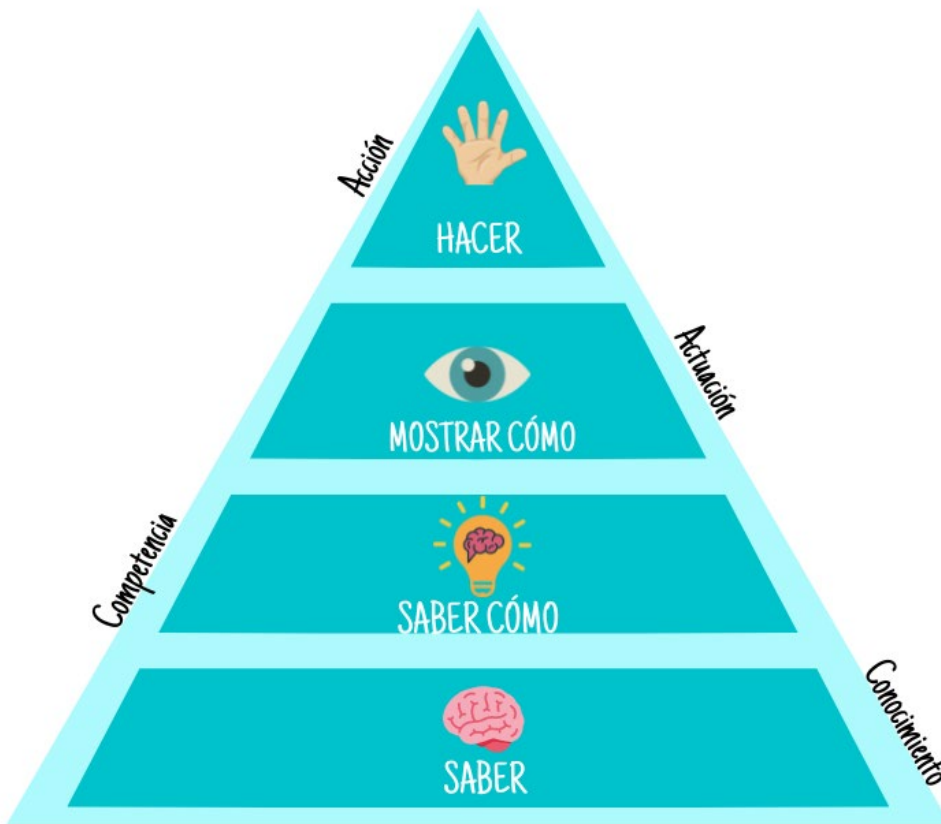
sino que debe saber cómo aplicar ese conocimiento. En este nivel se incluirían todas las habilidades relacionadas con la interpretación y análisis de datos, y emplear dicha información para emitir diagnósticos o establecer un plan de actuación. Tanto el primer nivel como este, son evaluados mediante pruebas de conocimiento objetivas (tipo test o respuestas cortas para el primero, y casos clínicos o preguntas de desarrollo para el segundo).

- Tercer nivel, “*Shows how*” (“demuestra cómo”) se refiere a la actuación. Este nivel se fundamenta en la idea de que como el conocimiento y la aplicación de este no son suficientes para evaluar la capacidad del profesional, se necesita también examinar su actuación. En este eslabón ya se combina el conocimiento (adquirido en los niveles anteriores), junto con la habilidad. El medio para evidenciar la adquisición de este nivel es mediante la observación directa del estudiante o profesional en un entorno práctico, como son los escenarios de simulación de alta fidelidad.
- El cuarto y último nivel, “*Does*” (“hace”) contempla la acción llevada a cabo por el profesional. Pese a que en el nivel anterior se evalúe la actuación, al tratarse de un entorno simulado no puede predecirse como va a actuar el estudiante/profesional en condiciones reales. Este elemento es el más difícil de valorar, pues ya el estudiante o profesional se encuentra ejerciendo de forma independiente en su ámbito de práctica con pacientes. Para ello, el autor propone emplear para la evaluación escalas o listas de

verificación, que permitan al examinador dar una retroalimentación inmediata a la persona evaluada.

La ejecución y evaluación positiva de estos dos últimos niveles (actuación y acción) implican que el sujeto sometido a evaluación posee todos los elementos que forman parte de la pirámide (es decir, el conocimiento y la competencia). No obstante, esto no supone que el individuo pueda llevar a cabo otros objetivos más complejos con total seguridad (Miller, 1990). En la Figura 3: Pirámide para la evaluación clínica de Miller se muestra la pirámide en la que se sustenta este marco conceptual.

Figura 3: Pirámide para la evaluación clínica de Miller



Elaboración propia, basada en la pirámide del marco conceptual de Miller (1990).

Además de establecer el cómo deben definirse las competencias enfermeras, para asegurar la calidad de la asistencia sanitaria y gestionar los recursos humanos de las instituciones de salud, es necesario disponer de herramientas que permitan su evaluación. Meretoja, es una investigadora con amplio recorrido en este sector, y quien ha desarrollado uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de competencias (Flinkman et al., 2017) como es la Escala de Competencia Enfermera (Nurse Competence Scale) (Meretoja et al., 2004). Esta escala cuenta con un total de 73 ítems que se subdivide en 7 categorías: función de ayuda (7 ítems), enseñanza/entrenamiento (16 ítems), funciones de diagnóstico (7 ítems), gestión de situaciones de riesgo (8 ítems), intervenciones terapéuticas (10 ítems), velar por la calidad (6 ítems), y función laboral (19 ítems). Esta herramienta es válida tanto para la evaluación de competencias en estudiantes de enfermería y en profesionales, y ha sido empleada en múltiples contextos y países (Flinkman et al., 2017; Kajander-Unkuri et al., 2020). Además de esta escala, esta autora recientemente ha participado en la elaboración de la Escala de competencia Enfermera en Anestesia (AnestComp) (Jeon et al., 2020), un instrumento elaborado para evaluar competencias en el entorno de la anestesia, que también puede ser empleado en estudiantes de enfermería.

La evaluación de las competencias enfermeras es un proceso dinámico, y puede producirse como se ha mencionado desde la etapa formativa del estudiante de enfermería (Lejonqvist et al., 2016; Ličen &

Plazar, 2015) y continuar a lo largo de la carrera profesional de la enfermera (Bing-Jonsson et al., 2013; Franklin & Melville, 2015; Watson et al., 2002). Deben existir mecanismos de desarrollo profesional continuo para que los profesionales sanitarios demuestren los conocimientos y competencias profesionales que desarrollan a lo largo de su carrera (Organización Mundial de la Salud, 2002). Estos conocimientos pueden utilizarse para desarrollar las intervenciones de las organizaciones en materia de competencias, los procesos de garantía de calidad y la contratación de empleados (Flinkman et al., 2017). Asimismo, además de tener en consideración la trayectoria profesional de la enfermera, es importante tener presente el área en el que se desarrolla la actividad asistencial, la complejidad de la atención sanitaria, y el perfil académico de la enfermera (Defloor et al., 2006; Meretoja et al., 2004). En base a la educación adicional que reciban, las competencias enfermeras podrían variar, en especial, cuando hablamos de contextos especializados o de práctica avanzada.

1.5 La especialización en enfermería

1.5.1 Antecedentes de las especialidades enfermeras

Los inicios de la especialidad enfermera se remontan a comienzos del siglo XX donde empezó a fraguarse la institucionalización de las especialidades sanitarias en el contexto internacional, siendo después de la Segunda Guerra Mundial cuando este concepto comenzó a materializarse (de Almeida Souza et al., 2020).

La enfermera especialista (EE) posee una cualificación superior a la de la práctica generalista, que le capacita para ejercer como especialista con conocimientos avanzados en una rama concreta del campo de la enfermería (Affara, 2009).

Los factores que justifican la consolidación de las especialidades enfermeras, guardan relación con los desafíos emergentes en la esfera sanitaria, sumados al incremento de dificultades para responder a los diferentes contextos de atención. Estos escenarios requerían de la adquisición de nuevas competencias enfermeras. Estas competencias particulares de cada especialidad permiten atender necesidades de grupos de pacientes con necesidades más delimitadas (Cuevas Santos, 2019).

1.5.2 Regulación de la práctica especializada en el contexto internacional

A nivel internacional, el desarrollo de las especialidades enfermeras ha ido transcurriendo acorde a la regulación y situación de cada país. El contexto anglosajón fue, una vez más, pionero en el desarrollo de estas especialidades. No obstante, el concepto de EE en estos países difiere de otros contextos, como el español, ya que este rol entra dentro del ámbito de la Enfermería de Práctica Avanzada. En estos contextos, la EE es conocida como *Clinical Nurse Specialist* (Enfermera Clínica Especialista) (CNS), y es un tipo de enfermera de práctica avanzada (DiCenso et al., 2010). A lo largo de este apartado se tratará brevemente el desarrollo de esta figura en estos países, ya que será en apartados posteriores donde

se desarrolle de forma detenida todo lo relacionado con la Enfermería de Práctica Avanzada.

En EE. UU el término de EE comienza a resonar a inicios del siglo XX a raíz de los cursos de postgrado sobre prácticas específicas de enfermería, siendo las especialidades de salud mental, anestesia y matrona las primeras en surgir. Estas enfermeras contaban con un mayor grado de especialización al que se asociaba previamente al profesional de enfermería generalista (ICN, 2020; Schober, 2019). Por otro lado, en Canadá fue en torno a los 70 cuando comenzó a surgir este rol (Kilpatrick et al., 2013), y en Reino Unido fue a partir de esta misma década cuando comenzaron a aparecer estos roles, que de forma paulatina fueron aumentando hasta los 90 (Castledine, 2002). Estos roles fueron emergiendo a consecuencia de la disminución de las jornadas laborales de médicos que había, así como por el aumento de la complejidad en la prestación de servicios sanitarios (Castledine, 2002; ICN, 2020).

Las competencias básicas de estas profesionales son similares entre estos países. Por ejemplo, en EE. UU entre las competencias básicas de las EEs se encuentran la atención directa a pacientes, el liderazgo, la consultoría y mentoría, colaboración con otros profesionales, la investigación, la toma de decisiones éticas y protección de los derechos del paciente (National CNS Competency Task Force, 2010). En Canadá, hacen una distinción entre actividades clínicas, que recoge todo lo relacionado con la actividad asistencial, y actividades no clínicas. En este

apartado incluyen toda actuación relacionada con la educación, investigación, liderazgo, desarrollo profesional y consultoría (Kilpatrick et al., 2016).

Su ámbito de práctica abarca desde la edad pediátrica hasta la edad adulta, ejerciendo su actividad en diferentes entornos y en pacientes con patologías de índole diversa. Para poder ejercer como EE, es necesario estar en posesión de un título máster específico para estas profesionales. Sin embargo, no existen otros requisitos educativos obligatorios que supongan la regulación del título (ICN, 2020; Kilpatrick et al., 2016).

Estas enfermeras requieren, además, de una certificación que les habilite para su práctica profesional. La certificación es el medio por el que el gobierno define el proceso de concesión de acreditaciones por el que una agencia o asociación no gubernamental reconoce la competencia profesional de una persona que ha cumplido unas cualificaciones predeterminadas y específicas (Lyon, 2002). En el caso de América, fue después de la segunda guerra mundial cuando la Asociación Americana de Enfermeras Anestelistas inició un programa para la certificación de estas profesionales en 1945. A partir de ese momento, diferentes grupos de especialidades de enfermería, así como Asociación Americana de Enfermería, fueron desarrollando diferentes mecanismos de certificación. Sin embargo, no fue hasta 1991 cuando se creó la Asociación Americana de Especialidades de Enfermería, un organismo nacional compuesto por un grupo de expertos cuya función consistía en evaluar los organismos

de certificación de las especialidades enfermeras. Su objetivo era el de satisfacer las demandas sanitarias cada vez más complejas mediante la mejora de la práctica enfermera. Este organismo opina que el reconocimiento de la especialidad enfermera debe obtenerse mediante la adquisición de una base de conocimientos especializados, una demostración de alto nivel de habilidad, todo integrado mediante la utilización del proceso enfermero (Parker, 1994).

Las políticas y regulaciones que proporcionan la protección del título, así como una definición clara de este rol, son de suma importancia para su reconocimiento y correcto desarrollo (Canadian Nurses Association, 2019). No todos los países cuentan con estos mecanismos, sin embargo, la literatura señala que en aquellos países que esta figura está claramente definida y regulada, favorece el reconocimiento por parte de la población (Maier et al., 2017).

Para concluir, cabe puntualizar que mientras que en otros países el concepto de especialización concibe exclusivamente la práctica clínica en entornos especializados, el término de Enfermera Clínica Especialista (CNS) conlleva un nivel de mayor responsabilidad y un enfoque de especialidad clínica en nivel avanzado (ICN, 2020; Kilpatrick et al., 2016).

1.5.3 Regulación de la práctica especializada en España

En España se comienza a regular la práctica especialista desde los estudios de ATS (BOE, 1953). Se generaron en 1957 las especialidades de asistencia obstétrica y fisioterapia para los ATS, siguiéndole posteriormente las especialidades de Radiología, Podología, Enfermería

Pediátrica y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Análisis Clínicos, Urología y Nefrología (Cantarino et al., 2019). Este desarrollo estaba muy condicionado por el modelo médico hegemónico en aquel momento y obedecía más a la disposición de los recursos sanitarios que a las demandas y necesidades de salud de la población.

Más adelante, en 1987, se crea el título de EE acorde al nuevo plan de estudios de DUE. Este RD surge con el fin de adaptar las especialidades enfermeras a las necesidades asistenciales que había en ese momento motivadas por el continuo avance científico y por el cambio de paradigma en la atención sanitaria donde se le brindaba una mayor relevancia a la atención primaria, la promoción de salud y la salud comunitaria. Asimismo, la incorporación de España a la Unión Europea hizo imprescindible reorganizar el número, contenido y denominación de las especialidades enfermeras. El título de EE permitía que aquellas profesionales que lo desearan pudieran realizar una especialización progresiva, sin olvidarse de los perfiles generalistas, los cuales permitían una mayor polivalencia en el ejercicio profesional. Las especialidades ofertadas en aquel momento eran las de Enfermería de Cuidados Especiales (que incluía a las áreas de urología, nefrología y análisis clínicos), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental y Enfermería Obstétrico-Ginecológico (BOE, 1987). El sistema de especialidades enfermeras que existe en la actualidad entró en vigor con la publicación del RD 450/2005 (BOE, 2005).

Esta nueva regulación, introducía cambios en cuanto a los programas de especialidades establecidos anteriormente, como la eliminación de especialidades creadas previamente y la introducción de otras nuevas. El catálogo de especialidades ofertadas consta de las siguientes disciplinas: enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), enfermería de salud mental, enfermería pediátrica, enfermería geriátrica, enfermería del trabajo, enfermería familiar y comunitaria y enfermería de cuidados médico-quirúrgicos (BOE, 2005). Esta clasificación de las especialidades enfermeras, trataba de dar respuesta a necesidades de salud, en función de:

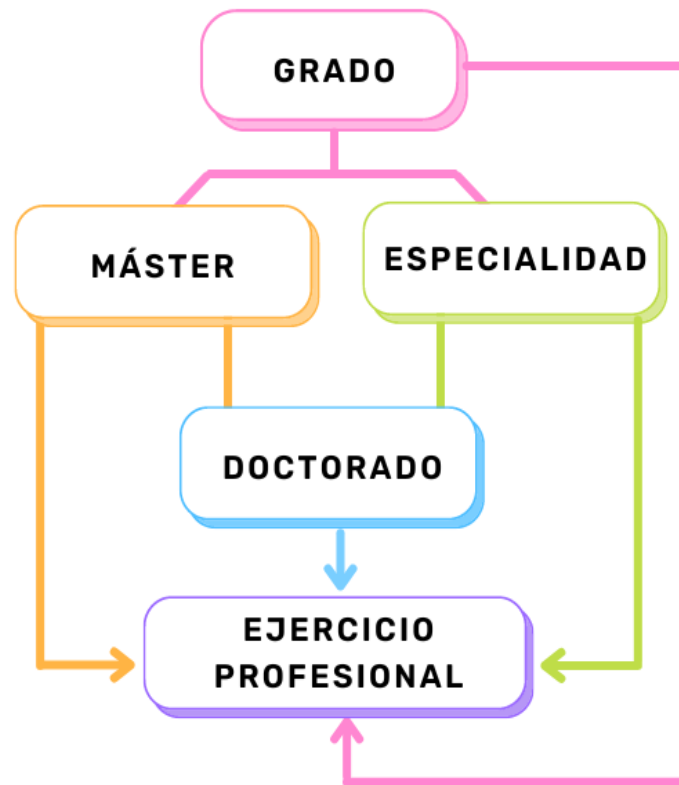
- Ámbito donde se produzca la necesidad (enfermería familiar y comunitaria, enfermería del trabajo).
- Necesidades específicas de patologías físicas (enfermería médico-quirúrgica) o psíquicas (enfermería de salud mental).
- Etapas de la vida (enfermería pediátrica, geriátrica, obstétrico-ginecológica) (Mompart García, 2011).

Otra de las novedades que aportó este RD, fue en relación con la formación de la EE. De acuerdo con lo establecido previamente en la Ley 44/2003 (BOE, 2003a), el sistema de especialidades enfermeras se encuentra estructurado como un programa de enfermero interno residente (EIR), que se acogía al modelo de especialización de otras ramas de las ciencias de la salud, como la medicina, la psicología o farmacia, entre otras.

El RD 450/2005 sobre Especialidades de Enfermería, define a los EIR como *“aquellos que, para obtener su título de EE, permanecen en las unidades docentes acreditadas durante un período, limitado en el tiempo, de práctica profesional programada y tutelada conforme a lo previsto en el programa formativo, para obtener los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el residente de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de aquella”* (BOE, 2005).

Esto quiere decir que, una vez finalizado el período formativo, los residentes poseen las competencias necesarias que le habilitan en su práctica especializada, pasando a ser EE. Además, una vez finalizada la especialidad, las EE pueden realizar el doctorado, ya que esta se considera un estudio de posgrado al igual que los estudios de máster (BOE, 2011) (Figura 4: Trayectorias académicas posibles para las enfermeras

Figura 4: Trayectorias académicas posibles para las enfermeras



Elaboración propia. Esta figura ilustra las diferentes opciones formativas que tienen las enfermeras para continuar con sus estudios una vez que finalizan el grado, estando desde ese momento ya capacitadas para ejercer.

Este programa formativo tiene dos años de duración, y para poder acceder a él, además de poseer el título de diplomado o graduado en Enfermería, los profesionales deben realizar una prueba competitiva a nivel estatal que se celebra de forma anual y de manera simultánea en las diferentes comunidades autónomas (CCAA) del país. La puntuación obtenida en dicha prueba, junto con sus méritos académicos establecen el orden de elección de especialidad y Unidad Docente (UD). La UD es el conjunto de los recursos materiales y personales necesarios para impartir la formación reglada de las diferentes especialidades de acuerdo con su

programa formativo. Dentro de ellas, se encuentra la figura de los tutores y tutoras clínicos quienes contribuirán activamente en la adquisición de competencias clínicas específicas de cada especialidad, así como de investigación (BOE, 2013; Ministerio de Sanidad, s. f.).

Más adelante en 2008, se publicó el RD por el que se clasifican las especialidades sanitarias y establecen algunas características de su programa formativo (BOE, 2008b). Sin embargo, la oferta de plazas de las distintas especialidades no ha sido homogénea en el tiempo, sino que han ido saliendo paulatinamente. Desde el 2010, se ofertan plazas para todas las especialidades a excepción de la especialidad de enfermería de cuidados médico-quirúrgicos, la cual a día de hoy continua sin tener un plan formativo establecido (BOE, 2010).

Además del programa EIR, existen dos vías para acreditarse como EE. Una de ellas es mediante la homologación del título, de acuerdo con las especialidades que fueron aprobadas en el pasado y siguen vigentes en la actualidad. La otra consiste en la vía excepcional, ofrecida para aquellos profesionales que han trabajado durante un tiempo determinado en un servicio específico y que, además, deben superar una prueba de evaluación de competencias. Dentro de esta vía, existen diversas variantes entre las que se tiene en cuenta el tiempo trabajado, formación relacionada con la disciplina, y la docencia relacionada con el área específica (BOE, 2005; Ministerio de Universidades, s. f.). Toda esta información queda recogida en la Tabla 1: Modalidades de acceso a la vía excepcional

Tabla 1: Modalidades de acceso a la vía excepcional

	Ejercicio profesional	Formación	Prueba objetiva
1	4 años ejerciendo en área específica	-	Superar prueba de conocimiento
2	2 años ejerciendo en área específica	Mínimo 40 ECTS de formación continuada o título posgrado universitario (no inferir a 20 créditos o 200 horas) del área específica	
3	1 año de experiencia profesional asistencial en área específica junto con 3 años de docencia en Escuelas Universitarias de Enfermería de la disciplina	-	

Elaboración propia, basado en la publicación del BOE (2005).

El resultado de este programa formativo supone una mayor capacitación en el cuidado en las áreas definidas previamente frente al EG. Las competencias específicas adquiridas, pretenden hacer frente a las demandas sociales y sanitarias surgidas en los últimos años. Sin embargo, en ocasiones, estas nuevas necesidades no se ven completamente atendidas, cuando se tratan problemas de salud más concretos y complejos, donde la especialidad no las satisface en su totalidad (de Pedro Gómez & Morales Asencio, 2019).

Durante el desarrollo y consolidación de las especialidades en España, surge de forma paralela otro rol de enfermería denominado enfermera de práctica avanzada, cuya finalidad es dar respuesta a aquellas poblaciones y situaciones que no quedan cubiertas con otros modelos de atención.

1.6 Enfermería de Práctica Avanzada

1.6.1 Definición y antecedentes

De acuerdo con el CIE, se entiende como enfermera de práctica avanzada (EPA) aquella que, a través de educación adicional (título máster como mínimo), ha adquirido una base de conocimiento experto y competencias clínicas y habilidades para la práctica asistencial, así como para la toma de decisiones complejas, cuyas características están definidas por el contexto en el que están acreditadas para ejercer (ICN, 2008, 2020). Tanto las EGs (siempre y cuando su nivel formativo y grado de expertía se lo permita), como las EEs pueden desarrollar práctica avanzada. En algunos contextos como EE. UU se emplea también el término de *Advanced Practice Registered Nurse (APRN)* (Enfermera de Práctica Avanzada Registrada en español), que hace alusión a la EPA que cumple con los requisitos formativos y de certificación que la autorizan para ejercer como EPA en alguno de sus roles (estos conceptos se desarrollarán más adelante). De igual modo, el CIE define a la Enfermería de Práctica Avanzada como las intervenciones avanzadas de enfermería que repercuten en los resultados de salud de los pacientes, sus familias y diversas poblaciones. Este concepto se basa en la formación de

posgrado y capacitación, junto con la definición de unos criterios y competencias centrales para el desarrollo de la práctica. Otro concepto similar a este último, pero que no debe confundirse, el de práctica avanzada de la Enfermería. El CIE la identifica como la rama de la enfermería que amplía y expande los límites de la práctica enfermera, y que contribuye al avance y conocimiento de la profesión (ICN, 2020).

La asociación de enfermeras de Canadá define a las EPAs como las profesionales de enfermería que integran una formación en enfermería en profundidad con conocimientos de enfermería clínica especializados, además de tener experiencia en la toma de decisiones complejas con el fin de cumplir con las demandas de salud de los pacientes, familias y la población en general (Canadian Nurses Association, 2019).

Por otro lado, el Real Colegio de Enfermeras de Reino Unido, define el concepto práctica avanzada, no como un tipo de práctica, si no como un nivel de práctica, en el que las enfermeras con nivel máster, tienen la libertad y autoridad para actuar y tomar decisiones complejas de forma autónomas en la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes (Royal College of Nurses, 2018).

Estas iniciativas nacen alrededor de los años 60 en respuesta a los desafíos globales que acontecían en aquel momento. Países como EE. UU, Canadá, y posteriormente Reino Unido, fueron de los primeros en instaurar esta figura, con el fin de mejorar el acceso a un sistema sanitario donde había escasez de médicos, y en el que la atención primaria (AP) comenzó a tomar mayor relevancia (Kaasalainen et al.,

2010). Introducir una mejora en la calidad del cuidado del paciente, reducción del gasto sanitario (mediante la contratación de enfermeras en lugar de médicos) fueron otros de los motivos que impulsaron la implementación de este rol. Por otro lado, la práctica avanzada también fue empleada como una forma de hacer más atractiva a la profesión enfermera mediante las perspectivas de mejorar la carrera profesional de los sanitarios (Delamaire & Lafortune, 2010; Dowling et al., 2013).

1.6.2 Características de la práctica avanzada

El ejercicio de la práctica avanzada requiere de unas habilidades y nivel de conocimientos especializados y extensos frente a la práctica habitual. En el marco conceptual desarrollado por Daly & Carnwell (2003) en el contexto anglosajón, se establecen los límites de los diferentes niveles de la práctica enfermera:

1. Extensión del rol (*Role extension*): hace alusión a una ampliación de las funciones propias, donde la enfermera incluye en su práctica habilidades de un área que no se asociaba con anterioridad a la enfermería. Habitualmente, estas habilidades o técnicas vienen delegadas de otra profesión (por ejemplo, de la medicina) que suele ser quien instruye en su desarrollo. Este concepto se asocia a la figura de la enfermera clínica experta, una EG que puede realizar algunas técnicas y procedimientos no comunes a la práctica enfermera (por ejemplo, las enfermeras que realizan endoscopias), que le proporciona cierta autonomía, aunque limitada a situaciones muy específicas.

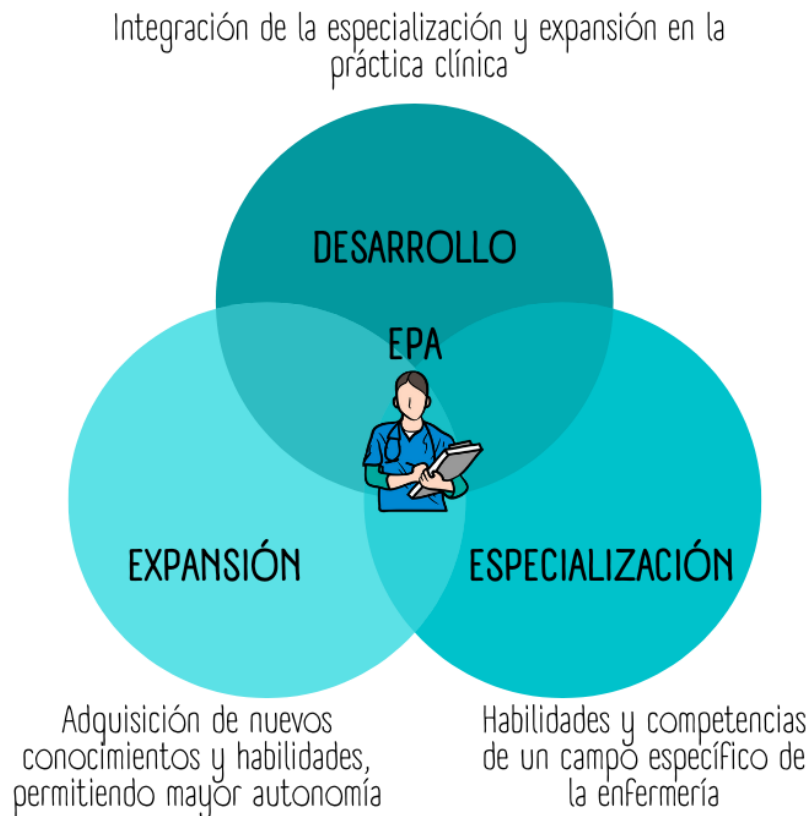
2. *Expansión del rol (Role expansion)*: este término se refiere a la práctica enfermera habitual (generalista) a la que se le suman además ciertas funciones especializadas, lo que permite una mayor responsabilidad y autonomía para el manejo de situaciones que requieren de cuidado especializado (por ejemplo, control de infecciones, cuidados paliativos, diabetes o control de tejidos). En este caso, no se adquiere exclusivamente una técnica concreta, sino que la enfermera adquiere nuevas competencias que le permiten un crecimiento multidireccional, permitiéndole derivar pacientes, realizar prescripciones, etc. Para adquirir este nivel, se debe recibir una formación estructurada previa. Es la figura de la EE la que se asocia a la expansión del rol, aunque este rol de especialización que describe Daly no refleja de forma fidedigna a las especialidades enfermeras en España, sino que se refiere a la figura de la CNS.

3. *Desarrollo del rol (Role development)*: este nivel ya no solo implica una extensión y expansión del rol, sino que requiere de la creación de un nuevo rol que incluya además un elevado nivel de autonomía para hacer frente a las nuevas demandas de salud y a las carencias en provisión de servicios sanitarios. Al igual que con la expansión del rol, requiere de una formación adicional, además de conocimientos y habilidades de otras disciplinas, pero que no suponen el eje central de esta práctica. Este rol corresponde con la figura de la EPA.

En la literatura existe consenso en que la práctica avanzada corresponde a la práctica clínica más allá de la generalista, distinguiéndose por su nivel de especialización, expansión y desarrollo (Dowling et al., 2013).

En la misma línea, la Asociación Americana de Enfermería establece que en la práctica avanzada deben darse tanto la expansión como especialización del rol. Por un lado, la expansión es definida como el conocimiento, las competencias, y las habilidades nuevas que se adquieren para incluirlas en la práctica asistencial, permitiendo una mayor autonomía en las profesionales. Por otro lado, la especialización se refiere a delimitar el área de conocimiento a una parte específica de la enfermería, ya sea en base a las poblaciones que atienden o a su contexto de atención (American Nurses Association, 2010). No obstante, la especialización por sí sola, no debe ser tomada como único elemento definitorio, sino que debe ir acompañada de un marco conceptual en el que se integren también el resto de componentes (Figura 5: Componentes de la práctica avanzada). Esto es importante para evitar confusiones entre los diferentes roles de enfermería (Mantzoukas & Watkinson, 2007).

Figura 5: Componentes de la práctica avanzada



Elaboración propia, basado en las publicaciones de American Nurses Association, (2010) y Daly & Carnwell (2003).

Algunos autores distinguen a la EPA frente a la EG en base a: los conocimientos avanzados adquiridos basados en la mejor evidencia científica, una mayor autonomía en relación a la práctica tradicional enfermera, la toma de decisiones complejas, liderazgo, una mayor responsabilidad sobre la promoción de salud aunado al diagnóstico y manejo del paciente (incluyendo la prescripción de medidas farmacológicas y no farmacológicas), así como la especialización en la provisión de cuidados a pacientes con gran complejidad (American Nurses Association, 2010; Tracy et al., 2019).

Con la intención de facilitar la comprensión y guiar su correcto desarrollo en todo el mundo, en 2002 el CIE identificó las características de la Enfermería de Práctica Avanzada clasificándola en tres grupos: formación académica, naturaleza de la práctica, y mecanismo regulador (Schober & Affara, 2006).

En primer lugar, en relación con la formación de las EPAs, como se ha mencionado anteriormente, es fundamental que este profesional tenga estudios de posgrado, siendo el máster el nivel mínimo exigido. Sin embargo, no todos los países han conseguido este objetivo (Colson et al., 2021; Pulcini et al., 2010). Además, también se hace necesario para el ejercicio de la práctica avanzada un sistema de acreditación o certificación, así como un reconocimiento formal en programas educativos.

Por otro lado, la naturaleza de la práctica hace referencia a las habilidades y competencias propias de la práctica de la EPA, tales como:

- Capacidad de integrar la educación junto con la investigación y la gestión clínica.
- Elevado nivel de autonomía y práctica independiente.
- Gestión de casos.
- Valoración avanzada del paciente y habilidades para la toma de decisiones.
- Competencias clínicas avanzadas.

- Capacidad de proveer servicios de consultoría y formación a otros profesionales.
- Reconocimiento como punto de entrada en los servicios sanitarios.

Por último, en cuanto el mecanismo regulador, aunque varíe según las regulaciones de cada país, se establecen las siguientes condiciones comunes: competencia para realizar diagnósticos, para la prescripción de fármacos y tratamientos, autoridad para derivar a otros profesionales e ingresar a pacientes en el hospital, regulación propia de la práctica avanzada y protección del título de EPA (Schober & Affara, 2006).

Existen múltiples denominaciones empleadas para identificar y/o definir a las EPAs. La diversidad en la categorización de la práctica clínica avanzada, viene determinada por el contexto o país en el que se desarrolla el rol y donde la EPA está acreditada para su ejercicio profesional (Pulcini et al., 2010; Wheeler et al., 2022).

En la literatura se observan múltiples términos para denominar a la práctica avanzada. Algunos de los roles identificados son los de *Nurse Practitioner* (NP) (Enfermera Facultativa), CNS, *Nurse Therapist* (Enfermera Terapeuta), *Higher Level Practitioner* (Profesional de nivel superior), *Nurse Consultant* (Enfermera asesora), *Physician's Assistant* (Asistente médica), *Specialist Practitioner* (Facultativa especialista) o *Advanced Practitioner* (Facultativa Avanzada) (Daly & Carnwell, (2003).

Posteriormente, en el análisis conceptual llevado a cabo por Dowling et al. (2013), se identificaron en la literatura 14 diferentes títulos para denominar a la EPA. Además de los mencionados anteriormente, surgieron otros términos como *Advanced Nurse Practitioner* (Enfermera Facultativa Avanzada), *Advanced Midwife Practitioner* (Matrona avanzada Facultativa), *Nurse Clinician* (Enfermera clínica), *Clinical Nurse Consultant* (Enfermera clínica consultante), *Advanced Practice Nurse* (APN, que es la traducción de EPA), *Nurse Anaesthetist* (Enfermera anestesista) y *Nurse Midwife* (Matrona).

Sin embargo, tan solo 4 roles han sido reconocidos de forma oficial por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA): NP, CNS, Certified Nurse Midwife y Certified Registered Nurse Anaesthetist (APRN Consensus Group Work Group & NCSBN APRN Advisory Committee, 2008; Dowling et al., 2013; National Academy of Medicine & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021; Stanley et al., 2009; Tracy et al., 2019).

El CIE define en su guía sobre práctica avanzada los términos de NP y CNS. La NP es una EPA que integra habilidades clínicas asociadas a la enfermería y medicina que le permiten valorar, diagnosticar y tratar a pacientes en entornos de AP y agudos, así como ofrecer atención continuada a pacientes crónicos (ICN, 2020). Su labor está enfocada principalmente a la promoción de la salud y la prevención de los pacientes mediante el diagnóstico y manejo de la enfermedad (tanto crónica como aguda) (APRN Consensus Group Work Group & NCSBN

APRN Advisory Committee, 2008). Por otro lado, la CNS, como ya hemos visto anteriormente, es aquella EPA que proporciona asistencia y asesoramiento clínico experto en áreas de práctica especializadas, y que ejerce formando parte de un equipo sanitario (ICN, 2020). Además de brindar atención a pacientes referentes a un área específica enfermera (como pediatría, salud mental...), se dedica a labores administrativas, como realizar funciones de consultoría y mentoría, así como la creación de programas de mejora basados en la evidencia científica (APRN Consensus Group Work Group & NCSBN APRN Advisory Committee, 2008; DiCenso et al., 2010; Donald et al., 2010; Wheeler et al., 2022).

Los autores del modelo de consenso de la ANA, además de regular la práctica avanzada en base a la denominación del título, definieron las poblaciones a las que la EPA brindaba su atención bajo el título de focos poblacionales (*population foci*), distinguiendo entre seis grupos: familia e individuo a lo largo de la vida, adulto-gerontología, pediatría, neonatos, salud de la mujer o relacionada con el género, y salud mental o psiquiatría (APRN Consensus Group Work Group & NCSBN APRN Advisory Committee, 2008). Esta clasificación se ha mantenido a lo largo del tiempo (American Nurses Association, 2021).

1.6.3 Áreas de actuación de la EPA

La EPA está capacitada para brindar su atención a estas poblaciones previamente descritas y abordar diversos problemas de salud. No obstante, debido a la variabilidad de modelos implementados

en distintos países, algunos servicios pueden no ser considerados como EPA dependiendo de los contextos.

Independientemente de esta heterogeneidad, y atendiendo a las dimensiones nucleares que definen la EPA, hay un gran abanico de modelos de atención guiados por enfermeras con roles avanzados.

Por ejemplo, se han desarrollado servicios de EPA en el entorno de la atención a la demanda de procesos agudos en AP (Laurant et al., 2018), en la atención a procesos cardiovasculares y diabetes en este mismo entorno (Clark et al., 2011; Murchie et al., 2003), así como en atención ambulatoria a procesos cardiovasculares, sobre todo en insuficiencia cardiaca (Al-Mallah et al., 2016; Driscoll et al., 2015, 2022) y, particularmente en la atención a estos pacientes, los servicios avanzados enfermeros es donde han obtenido resultados de mayor impacto en términos de reducción de mortalidad, evitación de reingresos y otras complicaciones (Takeda et al., 2019). Dentro del contexto hospitalario, hay bastantes experiencias encaminadas a proveer servicios enfermeros avanzados a personas frágiles y/o con multimorbilidad que ingresan por procesos agudos, con resultados que también muestran una reducción muy significativa de la mortalidad (van Leendert et al., 2021).

En relación con el manejo y cuidado de pacientes institucionalizados en residencias, se reportan resultados positivos relacionados con la satisfacción de los residentes y la frecuentación a los servicios de urgencias y hospitalizaciones (Bakerjian, 2022; Christian & Baker, 2009). La labor de la EPA en el área del telecuidado, además, ha

supuesto un aumento en la satisfacción de los pacientes y ha facilitado el acceso al sistema sanitario, en especial, en estos años marcados por la pandemia por la COVID-19 (Frey & Chiu, 2021). En el área de los cuidados transicionales, la práctica avanzada implica en términos generales una reducción en los reingresos hospitalarios, reducción de la estancia hospitalaria, y una mayor satisfacción en diferentes poblaciones de pacientes (Bryant-Lukosius et al., 2015; McClain & Chance, 2020).

En la atención oncológica, el impacto de los modelos de EPA implementados ha mostrado una efectividad importante en variables con la calidad de vida relacionada con la salud, grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida, el control de síntomas, la reducción de eventos adversos del tratamiento, la disminución de visitas a urgencias y de la estancia hospitalaria, la mejora de la adherencia a la quimioterapia, o de la accesibilidad (Bakitas et al., 2009; Bakitas et al., 2015; Charalambous et al., 2018; Joo & Liu, 2019; Wu et al., 2021; Zweers et al., 2016).

En la atención a personas con demencia, también han proliferado muchas experiencias internacionales, con impactos positivos en la reducción de síntomas conductuales, salud mental de los cuidadores familiares y su sobrecarga percibida, disminución de las hospitalizaciones agudas, entre otros (Jansen et al., 2011; Peeters et al., 2016; Possin et al., 2019; Reilly et al., 2015).

En la atención aguda a personas con ictus también las intervenciones guiadas por enfermeras con competencias avanzadas han

mostrado un gran impacto en reducción de mortalidad y complicaciones (Middleton et al., 2017).

En la atención a pacientes con enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se ha observado una reducción de visitas a urgencias y hospitalizaciones tras las visitas domiciliarias al alta, una mejora en el manejo de su enfermedad, tratamiento y exacerbaciones, y modificaciones positivas del estilo de vida (Baker & Fatoye, 2017; Yin et al., 2018).

También en el contexto de la Salud Mental hay resultados muy significativos en la atención avanzada guiada por enfermeras a personas con depresión o con procesos de trastorno mental grave (Aragonès et al., 2012; Dieterich et al., 2017; Ekers et al., 2013).

La prevalencia de patologías crónicas y comorbilidades es mayor durante la tercera edad, y aumentan la complejidad del cuidado de la persona enferma (National Academy of Medicine & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). Estas enfermedades, además de ser la primera causa de muerte y discapacidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2022), suponen una pérdida de la calidad de vida de los pacientes, un mayor contacto con los servicios sanitarios, escenarios de incertidumbre frecuentes, sumados a los factores socioeconómicos del paciente (Morilla Herrera et al., 2016). Estas patologías, además de afectar al paciente, también afectan a sus familiares, quienes suelen asumir su cuidado (Mair et al., 2016). Asimismo, el sistema sanitario se ha visto afectado por la creciente

incidencia de estas patologías, ya que estas implican la frecuente utilización de los servicios de salud y, en consecuencia, un mayor gasto sanitario (Vela et al., 2019).

En este sentido, la EPA cobra especial importancia, ya que sus intervenciones en pacientes crónicos complejos contribuyen de forma positiva en la calidad de vida de estos (Amo-Setién et al., 2019), así como son costo-efectivas (Abraham et al., 2019).

Sin embargo, la labor de la EPA no se limita exclusivamente a la atención a la cronicidad. En modelos más centrados en sustitución de roles, la EPA ha mostrado también impactos muy considerables en la prestación de servicios de valoración preanestésica (Hines et al., 2015; Kinley et al., 2002; Rushforth et al., 2006), o en la realización de biopsias prostáticas (Clements et al., 2021), hepáticas (Murphy et al., 2014), medulares (Glennon et al., 2018; Knopf, 2011).

Otro campo donde se han desplegado roles de EPA ha sido en la atención a personas con dolor crónico, con mejora de los niveles de dolor, calidad de vida y salud mental (Broderick et al., 2014; Dysvik et al., 2012; Morales-Fernández et al., 2021).

Asimismo, la actuación de la EPA no se limita a grandes ciudades y entornos desarrollados. Estas profesionales también cuentan con experiencia en entornos rurales, promoviendo el acceso a los sistemas sanitarios y mejorando los resultados de salud en poblaciones vulnerables en entornos rurales (Bryant-Lukosius et al., 2017).

1.6.4 Marco conceptual y competencias de la práctica avanzada

La definición de las competencias de la EPA ha sido objeto de estudio desde hace años. Esta delimitación competencial se hace necesaria para el correcto desarrollo de nuevos roles (Pulcini et al., 2010), comprobar la efectividad de los roles ya existentes, así como para identificar nuevas áreas/poblaciones que podrían beneficiarse de la práctica avanzada (Duffield et al., 2009). Algunos de los primeros autores que definieron el marco competencial de estas profesionales fueron Hamric (1996), Manley (1997) y Reimanis (2001).

En el marco conceptual de Hamric et al., (1996), establecieron un total de 7 competencias definitorias de la práctica avanzada (una central y 6 adicionales): práctica clínica directa, orientación y mentoría, asesoría, práctica basada en la evidencia (PBE), liderazgo, colaboración y toma de decisiones éticas. En este modelo además de las competencias, se identificaban los criterios primarios que definían a la EPA (formación de postgrado, certificación en alguna especialidad y enfoque en la práctica clínica en los pacientes y sus familias). Posteriormente, este marco conceptual fue perfeccionado y se añadieron además factores ambientales y contextuales que influían en el desarrollo de la práctica avanzada, tales como: política de salud, modo de pago, evaluación de resultados y mejora del rendimiento, comercialización y contratación, cultura y estructura organizacional, requisitos normativos y de acreditación y aspectos empresariales (Figura 6: Marco conceptual de Hamric) (Tracy et al., 2019).

Figura 6: Marco conceptual de Hamric



Elaboración propia, basado en el marco conceptual de Hamric et al. (Tracy et al., 2019).

Por otro lado, Manley (1997) en su marco conceptual sobre enfermería de práctica avanzada señalaba los requisitos formativos que se debían poseer, los subroles que podían desempeñar, los objetivos que debían cumplir y las competencias propias de la EPA. Estas competencias o características establecían que la EPA debía ser: agente de cambio, colaboradora, líder clínico, modelo a seguir por sus compañeros y defensora de los pacientes.

Reimanis et al., (2001) llevaron a cabo una revisión sistemática en la que identificaron aquellas variables que podrían definir de manera holística, integral y completa el rol de las Enfermeras Gestoras de Casos, uno de los roles de práctica avanzada más desarrollados en España. Este marco conceptual añade, además de algunos de los atributos ya descritos por otros autores, las percepciones que tienen las propias gestoras de casos, los pacientes y otros proveedores de asistencia sobre este rol. Estas variables fueron las de autonomía, colaboración multidisciplinar, control sobre la práctica enfermera, satisfacción laboral, estrés laboral, satisfacción del paciente, situación profesional, conflicto del rol, y efecto de la gestión de casos sobre otras EGs, fueron descritas de la siguiente forma.

- **Autonomía:** atributo laboral que se asocia a la libertad e independencia en la toma de decisiones.
- **Colaboración:** proceso de interacciones con otras enfermeras o compañeros de otras disciplinas que facilitan los objetivos comunes de salud de los pacientes.
- **Control sobre la práctica enfermera:** libertad percibida de ejercer bajo la propia responsabilidad y autoridad, mientras se mantiene la responsabilidad de cumplir con los resultados esperados de su rol.
- **Satisfacción laboral:** resultado global que refleja la percepción que tiene un empleado de su trabajo. En este constructo se incluye la satisfacción tanto con el salario, características

específicas del trabajo, situación laboral e interacciones con los compañeros.

- **Estrés laboral:** situación generada cuando uno o más factores provocan malestar psicológico en el empleado. Esta acumulación de estresores puede desembocar en una sobrecarga en el trabajador.
- **Satisfacción del paciente:** resultado que refleja la experiencia del paciente con la atención recibida por las EGs o Enfermeras Gestoras de Casos.
- **Situación profesional:** percepción del rol que incluye la base del conocimiento especializados con una orientación colectiva o de servicio, y autonomía en la definición y organización del trabajo.
- **Conflicto del rol:** conflicto que se vivencia al llevar a cabo las expectativas del rol.
- **Efecto sobre EGs:** impacto percibido por las EGs tras la modificación en su proceso de prestación de cuidados de enfermería.

La revisión realizada por Mantzoukas & Watkinson (2007) aporta otra de las clasificaciones de competencias para las EPAs más extendida. En este caso, los autores hablan de habilidades en lugar de competencias, clasificándolas en 7 categorías:

- Uso de conocimientos en la práctica clínica. Hace alusión tanto a los conocimientos teóricos como a los que se adquiere en la

práctica asistencial, además de la capacidad de aplicarlos correctamente en su trabajo.

- Pensamiento crítico y capacidad de análisis. Es la capacidad que ha de tener la EPA de interpretar y evaluar las necesidades del paciente y su entorno, y cómo actuar ante ello.
- Juicio clínico y de toma de decisiones. Seleccionar las intervenciones enfermeras adecuadas en base a la observación. Los autores relacionan esta categoría con la autonomía.
- Liderazgo profesional e investigación clínica. En esta categoría, por investigación clínica se refieren al desarrollo del conocimiento, que permite fomentar el juicio clínico, herramienta fundamental para fomentar la capacidad de liderar.
- Habilidades de asesoramiento y tutoría. Saber escuchar, aconsejar y dar retroalimentación a compañeros, pacientes y familiares alentando de ese modo el desarrollo de habilidades.
- Habilidades de investigación. Interpretar, comunicar y usar la investigación para guiar la práctica clínica.
- Cambio de práctica. Con esta categoría, los autores se refieren a la suma del conocimiento, experiencia e investigación necesarios para ser trasladados a la práctica, y así mejorarla.

En España también se han delimitado las competencias para el ejercicio de la práctica avanzada. Tras una revisión sistemática previa (Sastre-Fullana et al., 2014), se llevó a cabo un consenso de expertos realizado en nuestro país (Sastre-Fullana et al., 2015), donde se identificaron un total de 17 dominios competenciales para la práctica avanzada: investigación y PBE, liderazgo clínico y consultoría, mentoría, colaboración y relación interprofesional, juicio clínico experto, liderazgo educativo, gestión de la calidad y la seguridad clínica, gestión de cuidados, autonomía para la práctica profesional, promoción de la salud, competencia cultural, protección y defensa de los derechos del paciente. Posteriormente, estos autores crearon una herramienta de evaluación de competencias para la práctica avanzada (Sastre-Fullana et al., 2017), en la que finalmente, redujeron los 17 dominios en 8: investigación y PBE, liderazgo clínico y consultoría, autonomía para la práctica profesional, promoción de la salud, gestión de cuidados, gestión de la calidad, relaciones interprofesionales y mentoría, enseñanza y educación profesional.

La delimitación de las competencias de estas profesionales se ve marcada por el país en el que la EPA ejerza. En países que se encuentran en fases iniciales de implementación de los roles de práctica avanzada, las competencias de estas profesionales en el contexto internacional servirán de guía. No obstante, una vez comiencen a adquirir experiencia, es importante que las competencias reflejen su enfoque particular en base a las necesidades de salud de su población (Schober & Affara, 2006).

Deben ser las poblaciones, así como los objetivos de salud que se establezcan por las organizaciones sanitarias los que definan el perfil competencial de estos profesionales, no al contrario (Morales-Asencio, 2014). Algunos autores, como Bryant-Lukosius & DiCenso (2004) dan algunas orientaciones sobre cómo podrían implementarse de forma exitosa la figura de la EPA. Estos autores, crearon un marco conceptual para el desarrollo, implementación y evaluación de los roles de enfermería de práctica avanzada. Este modelo ofrece unos sobre los pasos que deberían seguirse para conseguir una correcta implementación de roles:

1. Definir la población de pacientes y describir el modelo de cuidado vigente.
2. Identificar a las instituciones interesadas y reclutar participantes.
3. Determinar la necesidad de un nuevo modelo de cuidado.
4. Identificar los problemas prioritarios y objetivos.
5. Definir el nuevo modelo de cuidado y el papel de la EPA.
6. Planificar la implementación de estrategias. En este paso se incluyen la formación de las EPAs, el conocimiento que tienen las instituciones acerca del rol de las EPAs, las ayudas y recursos administrativos y las políticas, procedimientos y mecanismos reguladores.
7. Iniciar el plan de implementación de roles de práctica avanzada.
8. Evaluar el nuevo modelo de cuidado y el rol de la EPA.

9. Realizar un seguimiento a largo plazo de los roles y el modelo de cuidado.

Sin embargo, a pesar de que este hecho sea coherente y que permite que cada país vele por sus intereses, al mismo tiempo genera una gran heterogeneidad, pudiendo conducir a confusión (Sastre-Fullana et al., 2014; Stasa et al., 2014), por ejemplo, en cuanto a la definición o denominación de las distintas figuras de EPA, o a su desarrollo competencial.

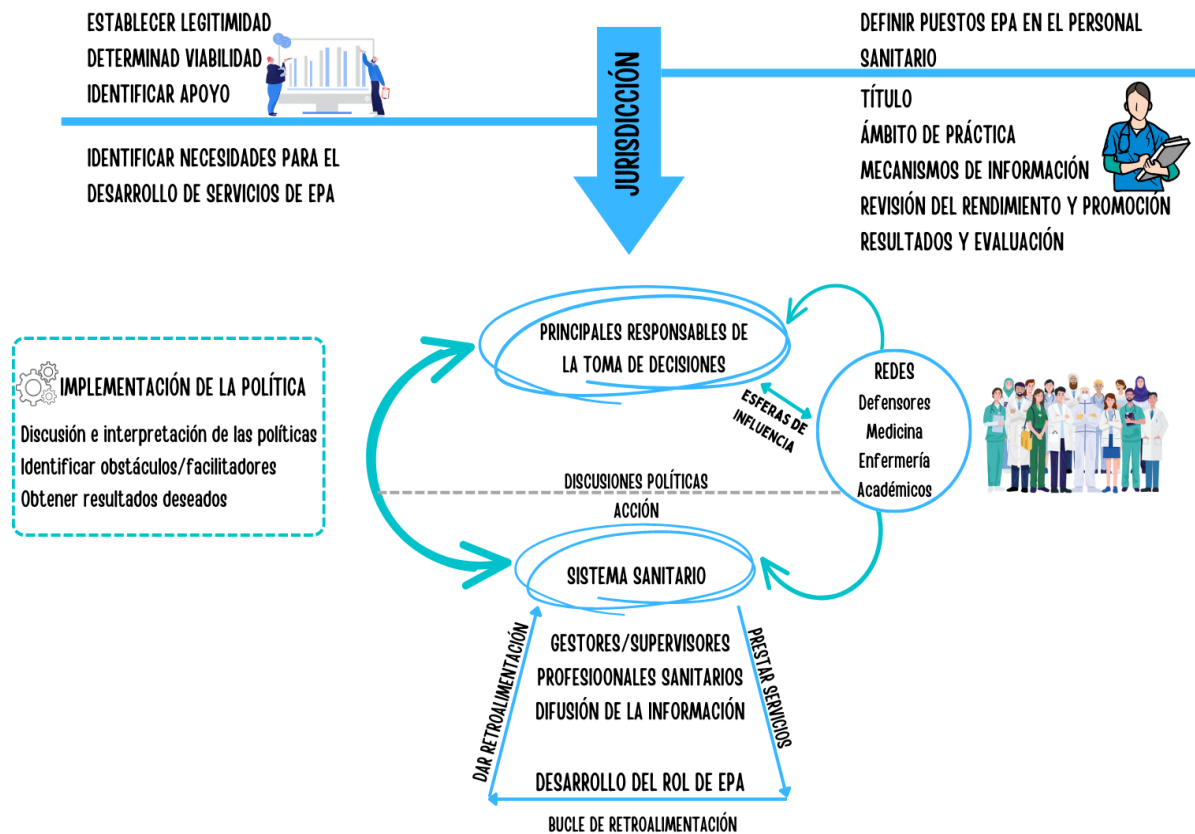
Otro marco conceptual desarrollado más recientemente y similar a este último, es el de Schober et al., (2016). Las autoras de este modelo pretendían ilustrar cómo se deben desarrollar las políticas para el ejercicio de la práctica avanzada desde sus inicios hasta su implementación. En este marco conceptual, establecen que los primeros pasos a seguir son los relacionados con la definición del puesto de EPA. Es necesario definir previamente la denominación del título, ámbito de práctica, determinar los mecanismos de notificación y revisar el rendimiento de estas profesionales y los sistemas de promoción. Simultáneamente, se debe establecer la legitimidad, determinar la viabilidad e identificar el apoyo para la aplicación de la política en cuestión, así como detectar los motivos y necesidades existentes para los servicios de práctica avanzada.

Todos estos factores, junto con la jurisdicción vigente de cada país ejercen su influencia en los responsables de la toma de decisiones, que al mismo tiempo se ven influidos por otras redes compuestas por

profesionales (como son defensores, médicos, enfermeras, académicos). Estos dos grupos (los responsables de la toma de decisiones y las redes) discuten sobre estas políticas, y una vez toman una decisión se traslada esta información al sistema sanitario. A continuación, esta información se difunde a todos los gestores y supervisores de los servicios, y el resto de personal sanitario, y es en ese momento cuando se comienza con el desarrollo de los roles de práctica avanzada. En esta fase, las EPAs comienzan a brindar atención sanitaria a la población, y al mismo tiempo los pacientes dan una retroalimentación sobre la atención recibida. Esta información se transmite al sistema sanitario, quien se la emplea para conocer los puntos fuertes o de mejora de las EPAs y transmitirles esta información a estas profesionales. Estos tres pasos se producen en un bucle continuo.

Para finalizar, para que la implementación de estos roles se haga de forma permanente y exitosa, estas políticas deben ser revisadas cada cierto tiempo, identificando las posibles barreras y facilitadores y comprobando si se obtienen los resultados deseados. La Figura 7: Marco político conceptual de (Schober et al., 2016) ilustra de forma esquemática este marco conceptual.

Figura 7: Marco político conceptual de (Schober et al., 2016)



Elaboración propia, basado en el marco conceptual de Schober et al., (2016).

1.6.5 Experiencias de la práctica avanzada a nivel internacional

Como se mencionó previamente, los motivos que alentaron la creación y desarrollo de roles de práctica avanzada fueron comunes para muchos países, aunque en la actualidad estos intereses se han ido transformando con el transcurso de los años. Sin embargo, la motivación y las razones para la implementación de la EPA son contextuales, y depende del entorno sociopolítico del país, así como el sistema sanitario del mismo (Schober, 2019).

EE. UU es el país con mayor experiencia en el campo de la práctica avanzada introduciendo el concepto de NP en la década de los 60. Canadá

y Reino Unido son otros de los dos países que contemplan desde hace tiempo introduciendo los roles de la Enfermería de Práctica Avanzada (Delamaire & Lafortune, 2010).

Asimismo, EE. UU y Canadá son las naciones en las que la Práctica Avanzada se encuentran en mayor fase de desarrollo. Los organismos gubernamentales de ambos países incluyen a las EPAs dentro de sus proyecciones o mecanismos de planificación del personal sanitario. Sin embargo, en Reino Unido aún no contemplan a estas profesionales en estas proyecciones, aunque si se tienen presentes los cambios en la combinación de capacidad para las planificaciones futuras de la plantilla (Maier et al., 2018).

Desde que se inició la práctica avanzada en los entornos anglosajones, otros muchos se han ido sumando a la implementación de esta figura. El aumento en la demanda de roles de práctica avanzada comenzó a hacerse notoria por el año 2001. En los últimos años este crecimiento se ha hecho aún más evidente, llegando a alcanzar en EE. UU cifras de 375.000 EPAs contratadas en el año 2018 frente a las 223.089 contratadas en 2008 (National Academy of Medicine & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021, p.72). No obstante, el desarrollo las funciones de la EPA no ha sido homogéneo, y todos los países no se encuentran en la misma fase de implementación. Esto pone de relieve el largo camino que aún queda por recorrer en esta área de la enfermería.

En el continente oceánico, contamos con experiencias en el desarrollo de roles de práctica avanzada en países como Australia y Nueva Zelanda. Australia es otro de los países que cuenta con mayor experiencia en la implementación de la figura de la EPA (Maier et al., 2018). Cuentan con un marco que regula la práctica avanzada enfermera, y su ámbito de actuación se centra sobre todo en la atención aguda de pacientes con tendencia a la especialización en el área de emergencias. Por otro lado, Nueva Zelanda lleva regulando la práctica avanzada desde 2001 donde las enfermeras deben superar un programa de maestría clínica para poder acreditar su práctica (Schober, 2019).

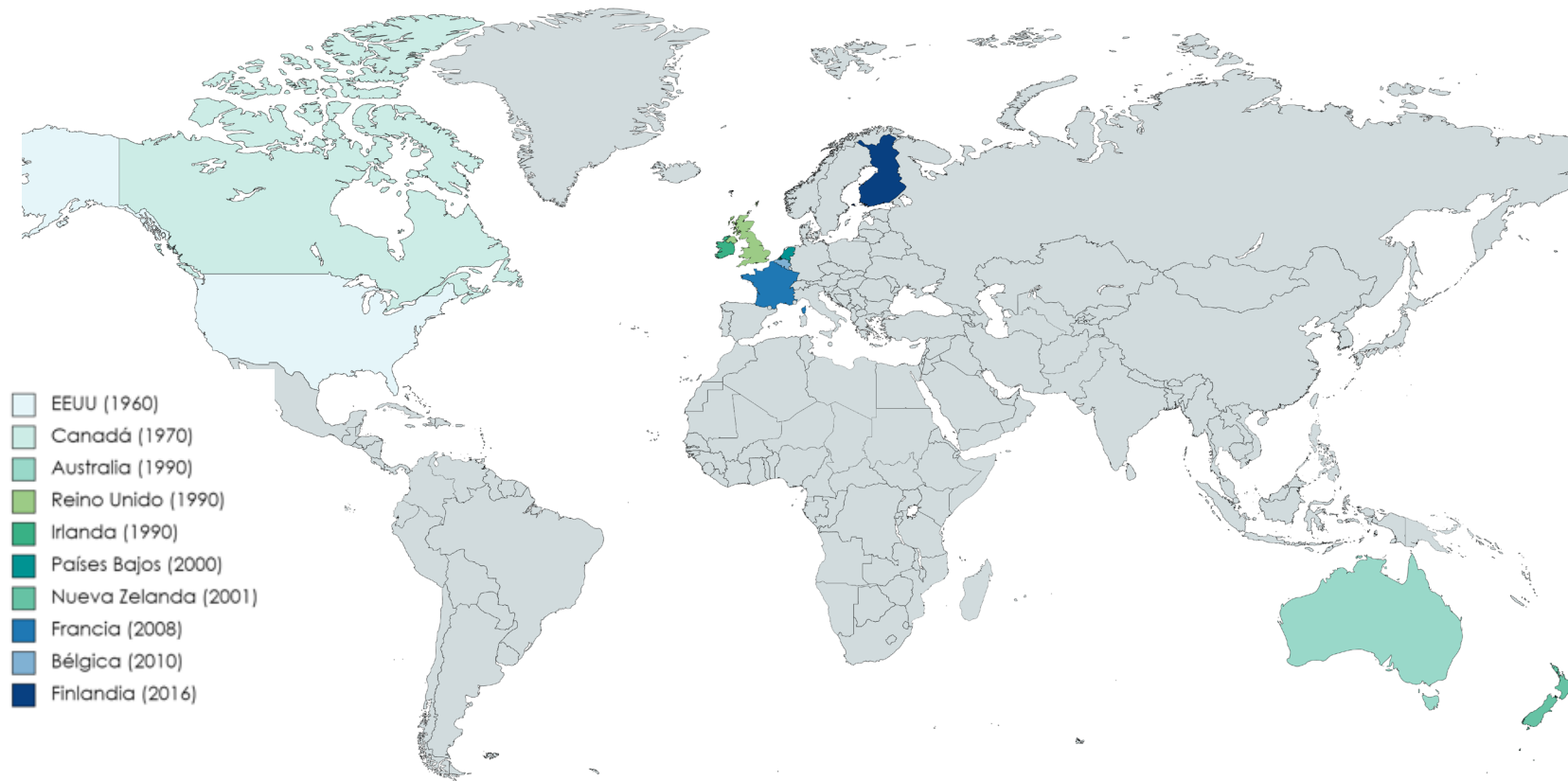
Dentro del continente europeo, varios países reconocen estos roles (Delamaire & Lafortune, 2010; Tracy et al., 2019, p.130). El primer país europeo en reconocer estos roles fue Reino Unido en 1990. Desde 2018, las cuatro regiones que componen este país, con especial predominancia en Inglaterra, desarrollan estos roles en AP y entornos especializados. Sin embargo, en la actualidad sigue sin existir ningún marco conceptual ni organismo a nivel nacional que regule la práctica avanzada (Schober, 2019; Wood et al., 2021), dejando esta función a las administraciones locales (King et al., 2017).

Países bajos lleva 20 años desarrollando estos roles bajo la denominación de “especialista en enfermería” (Maier et al., 2018). Este país cuenta con una regulación de la práctica y reconocimiento del título de EPA a nivel nacional como es el caso de otros países como Francia, Irlanda. Asimismo, en estos tres países es necesario estar en posesión de

un título máster y un diploma avanzado, y haber ejercido previamente un mínimo de tiempo como EG (2 años para Países Bajos, 3 años para Irlanda, entre 3 y 5 años para Francia) (Wheeler et al., 2022).

Otros países como Finlandia, se encuentran en fases más iniciales de la implementación de estos roles, habiéndose iniciado en 2016 (Schober, 2019). En Bélgica, los roles de práctica avanzada se han desarrollado fundamentalmente en el entorno hospitalario. En este país cuentan con programas educativos para la formación de las EPAs, sin embargo, aún no cuentan con un sistema formal u organismo regulador que certifique y regule la práctica de las EPAs (Van Hecke et al., 2019). Italia o Alemania contemplan la figura de la EPA en su entorno, pero no está regulada por ningún organismo (Wheeler et al., 2022). En la Figura 8 se muestra un mapamundi en el que se recogen algunos de los países que han desarrollado la enfermería de práctica avanzada y el año en el que se inició.

Figura 8: Países y año en el que iniciaron el desarrollo de la práctica avanzada a nivel internacional



Elaboración propia, fechas obtenidas a partir de (de Vries de Winter, 2019; Delamaire & Lafortune, 2010; Schober, 2019; Schober & Affara, 2006). Este mapa se centra esencialmente en el desarrollo de la práctica avanzada en Europa, destacando aquellos países con mayor experiencia fuera del continente europeo.

1.6.6 Experiencias de la práctica avanzada en España

La heterogeneidad en la denominación de la práctica avanzada en España ha traído consigo algunas particularidades en su implantación con respecto al plano internacional.

Desde comienzos del siglo XXI, España cuenta con experiencias en práctica avanzada en las distintas CCAA. Sin embargo, al igual que en el resto de países, esta figura no está definida de forma homogénea, ni se encuentra en la misma fase de desarrollo en las distintas comunidades.

El rol de práctica avanzada más extendido por todo el país es el de la enfermera gestora de casos (EGC). La gestión de casos (GC) se define como un proceso colaborativo de valoración, planificación, coordinación de cuidados, evaluación y facilitación de los servicios de salud con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población. Esto se consigue mediante la comunicación y adecuada gestión de los recursos para promover resultados costo-efectivos (Case Management Society of America [CMSA], 2022). No obstante, la gestión de casos en EE. UU no ha cursado siempre los mismos mecanismos regulatorios que la práctica avanzada enfermera (Harris & Popejoy, 2019) y, aunque progresivamente están incorporándose más EPAs a prestar los servicios de gestión casos, aproximadamente sólo un 12% de los hospitales estadounidenses emplean EPAs para este fin (Feyereisen et al., 2021).

Existen varios atributos esenciales que caracterizan los servicios de GC: detectar poblaciones de riesgo, proporcionar información sobre

recursos sanitarios y sociales y cómo acceder a ellos, fomentar la toma de decisiones informadas y compartidas entre pacientes, familiares y profesionales, facilitar la integración de múltiples servicios, gestionar de forma eficiente los recursos disponibles y maximizar la continuidad de la atención. Este rol puede ser desempeñado por varios profesionales sanitarios, como un trabajador social, un médico, o bien, una enfermera. En nuestro país, la EGC es la encargada de planificar y coordinar la atención de los pacientes con patologías crónicas, en especial, a los que implican una mayor complejidad (Morales-Asencio et al., 2008; Morales-Asencio, 2014; Solé-Casals et al., 2018), y que, por tanto, requieren de una mayor coordinación de servicios y recursos sanitarios (Hudon et al., 2015; Varela et al., 2008). Esta profesional brinda una atención centrada en la persona, y no exclusivamente en la enfermedad, tratando de promover en todo momento la autonomía y bienestar de los pacientes y su entorno (Aguilera-Serrano et al., 2021).

Los comienzos de la GC en nuestro país se remontan en torno a inicios de los años 2000. Previamente, en julio de 1999, en las islas Canarias se inició un programa de Enfermería Comunitaria de Enlace, figura precursora de la EGC, aunque no es hasta 2002 cuando se formaliza (Dirección General de Programas Asistenciales & Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación, 2002). Esta figura se crea en AP con el fin de promover la coordinación entre recursos y profesionales sanitarios, así como para favorecer la comunicación entre la AP y los servicios hospitalarios (BatresSicilia et al., 2009; Duarte Clímments et al., 2019).

En ese mismo año, se aprueba en Andalucía el Decreto 137/2002 de apoyo a las familias andaluzas. Mediante este nuevo modelo, se produce una transformación de la atención sanitaria, incorporándose a partir de ese momento la atención domiciliaria de aquellos pacientes y cuidadoras que lo precisasen. En este grupo se incluían a pacientes de edad avanzada, con deterioro de la movilidad, en fase terminal o que hubiesen sido dados de alta hospitalaria, junto a sus cuidadoras (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía [BOJA], 2002). Con este decreto, se crea la figura de la enfermera de enlace que años más tarde dio lugar a la EGC hospitalaria y EGC comunitaria (López Vallejo & Puente Alcaraz, 2019; Morales-Asencio, 2014). Para el Sistema Público de Salud de Andalucía (SSPA), la EGC actúa como elemento facilitador en la adquisición de los objetivos de salud establecidos en el plan terapéutico, mediante la coordinación de personas, profesionales y recursos disponibles, y promoviendo resultados en salud costo-efectivos y de calidad (Estrategia de Cuidados de Andalucía, Consejería de Salud, 2011).

Otras comunidades que cuentan con un gran recorrido en GC son Cataluña y el País Vasco (Camacho Bejarano et al., 2015). En Cataluña, a comienzos de los 2000 se inició el programa de enfermera de enlace, rol profesional creado con el fin de mejorar la continuidad asistencial (Jódar-Solà et al., 2005). Posteriormente, con el Plan de Salud de 2011-2015, se instaure de forma oficial el modelo de GC para la atención de pacientes crónicos complejos (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2012). Paralelamente, el desarrollo de la práctica avanzada en el País Vasco comienza a materializarse tras la publicación de la “Estrategia para

afrontar el reto de la comunidad en Euskadi” (Osaxidetza, 2010). Este documento, integraba además el “Proyecto de Competencias Avanzadas de Enfermería”, donde desarrollaban tres figuras: La enfermera gestora de enlace hospitalaria, la enfermera gestora de continuidad y la enfermera gestora de competencias avanzadas (Morales-Asencio, 2014).

Otras CCAA han ido sumándose al modelo de GC a lo largo de los años (Fraile Bravo, 2015). Por ejemplo: Islas Baleares, quienes distinguen además entre la EGC comunitaria, EGC hospitalaria y la EGC del hospital de media estancia (Miguélez Chamorro et al., 2017; Pol-Castañeda et al., 2020); Valencia, con sus roles de enfermera de enlace hospitalaria y enfermera de gestión comunitaria (Gallud et al., 2012); Madrid (Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2013) y Murcia (Sánchez-Martín, 2014; Valverde Jiménez et al., 2014). Sin embargo, aunque no se encuentren en las mismas fases de desarrollo, el grueso de las comunidades españolas ya ha tomado medidas e iniciativas para hacer frente a la cronicidad mediante este modelo (Abad Diez et al., 2020; Fernández Alonso et al., 2020; Gobierno de La Rioja, 2014; Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 2013).

Este impulso de la GC en España se debe, en parte, a las nuevas situaciones generadas por la cronicidad que exigían una remodelación del sistema sanitario. En el año 2011, se consolidaron estas iniciativas durante la “Declaración de Sevilla” (Minué-Lorenzo & Fernández-Aguilar, 2018). En esta conferencia, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria junto con la Sociedad Española de Medicina Interna

crearon un documento de consenso que puso de manifiesto esta necesidad (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria & Sociedad Española de Medicina Interna, 2011). Al año siguiente, el Sistema Nacional de Salud creó “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”, también con objeto de exponer la necesidad de transformación del sistema sanitario (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

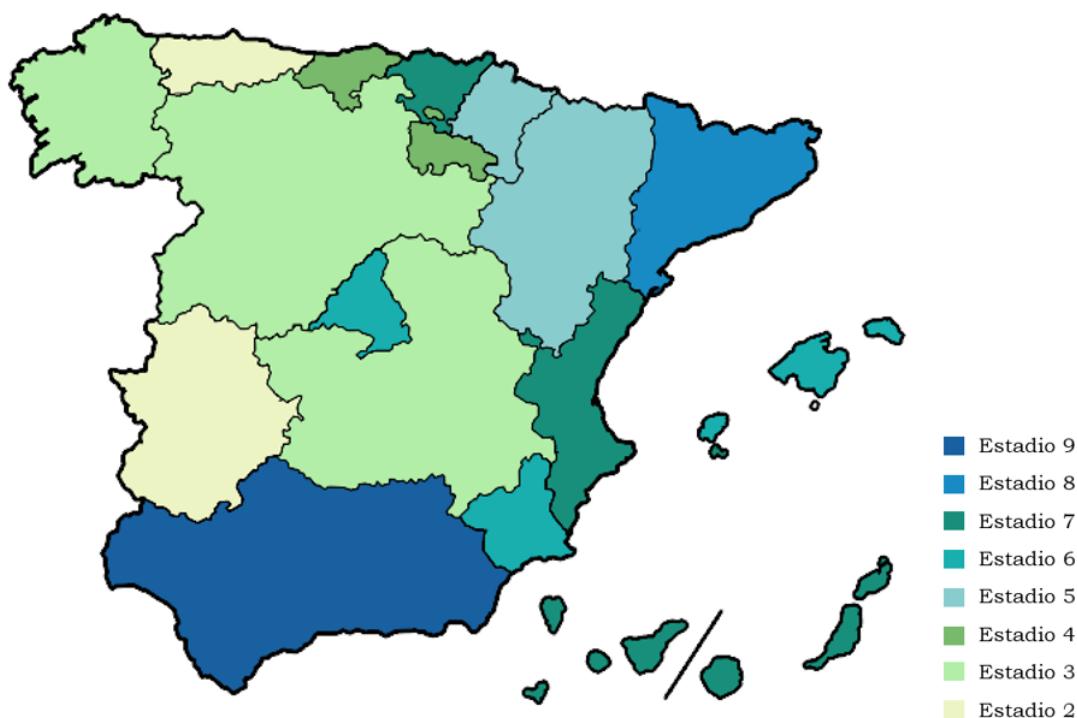
El desarrollo y evolución de la GC, y de la práctica avanzada en general en España ha sido desigual, y no todas las CCAA se encuentran en la misma fase de implementación. De hecho, aún quedan comunidades que no han instaurado esta figura. El principado de Asturias, dispone de un plan de atención a la cronicidad, pero en él no se reconoce la GC como un rol que puede ser desempeñado por la enfermera (Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Sanidad, 2019). Este mismo escenario se repite en la comunidad de Extremadura (Junta de Extremadura, 2021). En el caso de Ceuta y Melilla, además de no reconocer este rol como propio de la enfermería, son las únicas comunidades que no han llegado a desarrollar un plan de atención a la cronicidad.

En 2019, López Vallejo & Puente Alcaraz (2019) llevaron a cabo un análisis del grado de implementación de la GC en España, en base a sus programas de atención a la cronicidad, para los que establecieron 10 niveles (o estadios):

- Estadio 1: estrategias sociosanitarias o estrategias de atención al paciente crónico.
- Estadio 2: se contempla la GC como instrumento de abordaje de la cronicidad.
- Estadio 3: se propone la GC a través de la enfermera.
- Estadio 4: se implementa una categoría enfermera específica para la GC (EGC).
- Estadio 5: se definen funciones específicas para la EGC.
- Estadio 6: hay evidencia de su puesta en funcionamiento.
- Estadio 7: existen evidencias científicas de su funcionalidad.
- Estadio 8: las funciones de la EGC están protocolizadas.
- Estadio 9: las funciones de la EGC están protocolizadas y actualizadas.
- Estadio 10: consolidación, funcionamiento permanente y seguridad jurídica frente otros colectivos profesionales.

En la Figura 9, se observa en qué estadio se encuentra cada comunidad en base a esta clasificación.

Figura 9: Niveles de institucionalización de la GC por CCAA



Elaboración propia, basado en la publicación de López Vallejo & Puente Alcaraz, (2019). En la figura no aparecen los estadios 1 y 10, ya que ninguna comunidad se encuentra en esta fase. Asimismo, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla tampoco aparecen en el mapa, pues no han tomado medidas de ningún tipo en cuanto a la institucionalización de la GC.

En este estudio, se evidenció que ninguna comunidad alcanzó el nivel máximo de implementación, es decir, no existe todavía una consolidación firme de estos roles en nuestro país (López Vallejo & Puente Alcaraz, 2019).

Además del rol de GC, otras CCAA han comenzado a desarrollar otros roles de práctica avanzada en respuesta a aquellas poblaciones que requieren de cuidados avanzados y no son abarcados en su totalidad por la especialidad en enfermería. Este es el caso de Andalucía, donde en la actualidad se dispone de diferentes roles de práctica avanzada como: la

EPA de ostomías, la EPA de atención a personas con heridas crónicas complejas y la EPA oncológica (Lafuente-Robles et al., 2019).

Con respecto a su formación, existen diversas Universidades y organismos que ofrecen másteres de práctica avanzada: La Universidad de Navarra con el máster en práctica avanzada y gestión en enfermería (BOE, 2015a), o el máster universitario en Práctica Avanzada de Enfermería en Oncología (BOE, 2022a), la Universidad Europea de Madrid con el máster en Enfermería de Práctica Avanzada para el Cuidado del Paciente Crónico Complejo, o el máster ofertado por la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud de Enfermera de Práctica Avanzada en la atención al paciente crónico (San Martín-Rodríguez et al., 2019). En la comunidad andaluza, también se cuenta con másteres de práctica avanzada como el Máster Universitario en Investigación Enfermera y Práctica Profesional Avanzada de la Universidad de Cádiz (BOE, 2019) y el máster propio en Enfermería de Práctica Avanzada ofertado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (Escuela Andaluza de Salud Pública, s. f.). No obstante, la formación a nivel de Máster actualmente no es un requisito vinculante para el acceso a los servicios de EPA en nuestro país.

En cuanto a la repercusión de la práctica avanzada, al igual que en plano internacional, en nuestro país también se ha evaluado el impacto de las intervenciones realizadas por las EPAs (más concretamente, la EGCs), de acuerdo con Miguélez Chamorro et al., (2017). El grueso de estudios realizados en España, ha sido en pacientes con insuficiencia

cardíaca (Brotons et al., 2009; Domingo et al., 2019; Oyanguren et al., 2021; Pacho et al., 2017; Rico et al., 2014), aunque también se dispone de estudios que evalúan su labor en pacientes con depresión (Aragonès et al., 2012), pacientes crónicos atendidos en servicios de urgencias (Solé-Casals et al., 2018), en la comunidad (Morales-Asencio et al., 2019) o en atención domiciliaria (Morales-Asencio et al., 2008). De forma global, todos los estudios reportan resultados muy positivos. Algunos, relacionados con la reducción de la estancia hospitalaria y disminución del número de reingresos, permitiendo un ahorro para el sistema sanitario, así como favorecer la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario (Brotons et al., 2009; Morales-Asencio et al., 2008; Oyanguren et al., 2021; Pacho et al., 2017). En otros estudios, se han mejorado resultados de salud relacionados con los pacientes, como es una mejor calidad de vida, mejora en la capacidad funcional, mayor satisfacción del paciente y una disminución de la sobrecarga en sus cuidadoras (Aragonès et al., 2012; Brotons et al., 2009; Domingo et al., 2019; Oyanguren et al., 2021).

En relación a las competencias de la EPA en España, se han llevado a cabo estudios para evaluar el perfil competencial de estas profesionales mediante instrumentos de evaluación de competencias validados en nuestro contexto (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019; Sastre-Fullana et al., 2017; Sevilla Guerra et al., 2018). Del mismo modo, existen diferentes documentos de consenso en los que establecen las competencias que el colectivo enfermero debe poseer (Aguilera-Serrano et al., 2021). Sin embargo, la existencia de 17 sistemas de salud descentralizados (uno por

cada comunidad autónoma), convierte a cada uno en soberano de estipular su regulación profesional, políticas de salud y, por tanto, cada uno es independiente de definir las competencias y roles de práctica avanzada en función de sus necesidades (Hämel et al., 2019).

1.7 Dificultad para el desarrollo de servicios enfermeros avanzados

A pesar de que la práctica avanzada lleva ya un tiempo desarrollándose en el plano internacional, y más recientemente, en nuestro contexto existen múltiples motivos por los que no terminan de implementarse estos roles. Algunas de las causas están relacionadas con la falta de claridad en la denominación de los roles y las expectativas que se tienen sobre ellos, o bien por la infrautilización de los servicios que incluyen a estas profesionales; por estos motivos, entre otros, no se les saca el máximo rendimiento a sus competencias. Otra motivación para su no implementación se relaciona con la idea concebida de que la práctica avanzada, supone la sustitución de intervenciones realizadas tradicionalmente por otros profesionales, en lugar de entenderla como un elemento complementario al modelo de atención que trata de dar respuesta a las necesidades de los pacientes. Asimismo, el no identificar las barreras previas del contexto donde se van a implementar estos roles, ni crear estrategias de evaluación y creación de perfiles de EPA basadas en la evidencia, suponen elementos que no favorecen la puesta en marcha de la práctica avanzada (Bryant-Lukosius et al., 2004; Dowling et al., 2013; Torrens et al., 2020).

Otros factores que actúan como barreras para la implementación de los roles están relacionados con los pacientes y miembros del equipo, ya sean otros profesionales sanitarios o enfermeras. En muchas ocasiones, se desconoce cuál es el alcance de la profesión enfermera, o qué se pretende con estos roles, así como los beneficios que pueden proporcionar, lo que se traduce en una falta de aceptación y reconocimiento por parte de la población. La motivación de las enfermeras también juega un papel crucial, ya que si no se percibe apoyo por parte de sus compañeros así como por parte de la institución donde trabajan, estos roles no terminarán de desarrollarse por completo (Karimi-Shahanjarini et al., 2019). Estos factores suelen ser una de las principales barreras para el progreso de la práctica avanzada. La sensación de responsabilidad, la sobrecarga de trabajo, la satisfacción de las EPAs y el ambiente de trabajo también son aspectos que pueden influir en su desarrollo (Torrens et al., 2020).

De entre todos estos factores, la ambigüedad en torno a los roles, términos, definiciones, competencias, etc. se hace especialmente latente. Esta falta de claridad viene dada, entre otros motivos, por la heterogeneidad entre países a la hora de regular la práctica avanzada. En Europa, existe controversia en lo que respecta a la formación, los títulos o denominaciones, funciones, habilidades, políticas y competencias (Egerod et al., 2021). Un ejemplo de ello, son las divergencias entre países en relación con la prescripción enfermera. Mientras que en España, el debate sobre la prescripción enfermera ha pasado por múltiples etapas (Ayuso Murillo, 2018) para poder llegar a la prescripción de productos

sanitarios y medicamentos sin receta (BOE, 2009; BOE, 2018; BOE, 2015b), y más recientemente a la prescripción protocolizada en ciertas poblaciones (BOE, 2020; BOE, 2022d; BOE, 2022e), en Reino Unido se lleva realizando desde 1992 (Maier, 2019).

Análogamente, la convivencia de diferentes roles de enfermería actúa, en cierto modo, como un elemento de confusión. La figura de la EE, cuyo desarrollo ha sido paralelo a la creación de los roles de EPA, induce en ocasiones a equivocaciones, pues hoy en día se siguen empleando los términos de EPA y EE de forma indiscriminada (Leary et al., 2017; Thoun, 2011).

Como se ha visto en apartados anteriores, mientras que una EE cuenta con un conocimiento más extenso en un área específica, una EPA dispone de una serie de competencias y habilidades que la EE no presenta. La práctica avanzada incluye a la especialización, pero además integra la expansión del rol y el avance educacional (Galao Malo, 2009; Tracy et al., 2019, p.63).

Asimismo, cada país dispone de factores contextuales que influyen del mismo modo en el desarrollo de estos roles. En España, además, esta confusión con los roles se hace aún más latente, ya que además de la existencia de 17 sistemas de salud diferentes, existen diferentes organismos de acreditación de la carrera profesional, que pueden crear una barrera para la implementación de nuevos roles. En el caso de Andalucía, las agencias de acreditación establecen hasta tres niveles dentro de la carrera profesional de las enfermeras (avanzado, experto y

excelente) (Almuedo-Paz et al., 2011). Estos niveles conllevan unos criterios de carácter retributivo, pero no necesariamente suponen una modificación de los roles y responsabilidades clínicas. Este mecanismo regulador actúa como factor de confusión entorpeciendo aún más la implantación de estos roles y generando, por tanto, un entorno de permanentes confusiones entre el ejercicio experto, avanzado y especializado (Morales-Asencio, 2012).

2. JUSTIFICACIÓN

En cuatro décadas, la profesión enfermera en España ha estado marcada por múltiples cambios que han supuesto un avance significativo para la misma. Desde el acceso a la universidad, poder acceder a puestos de docencia, incluir la investigación en el currículum, mejorar la formación de los nuevos profesionales e incluir estudios de posgrado y acceso al doctorado, hasta llegar a la creación de nuevos roles enfermeros. Todo esto ha permitido un cambio de paradigma en el que el colectivo enfermero no se limita a una profesión técnica, sino que, además, posee un cuerpo de conocimientos propios que aplican en su práctica diaria y que contribuyen a la definición y organización de servicios de salud, así como a la definición de programas académicos y al desarrollo de líneas de investigación.

La creación de nuevos roles surgió, en parte, para combatir las demandas de salud originadas desde hace un tiempo atrás (National Academy of Medicine & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). Estas necesidades, como ya se explicó anteriormente, emergen a raíz del aumento de esperanza de vida, el consecuente envejecimiento poblacional y, por ende, por las situaciones de cronicidad y dependencia desencadenadas. El incremento del coste de la atención sanitaria, el aumento en la calidad del cuidado, así como la creación de nuevas políticas y programas de salud son factores contribuyentes a esta demanda (Salmond & Echevarria, 2017).

La “práctica avanzada” es un término paraguas, es decir, es un constructo que engloba múltiples definiciones y conceptos, que en ocasiones, pueden ser contradictorias (Richardson, 2002). La existencia de diferentes roles y niveles competenciales enfermeros brinda una gran oportunidad para enfrentar los desafíos planteados a los servicios de salud. La incorporación al sistema sanitario de las EEs y las EPAs ha permitido mejorar la atención sanitaria, mediante cuidados de calidad, eficaces y seguros a pacientes de múltiples entornos y con diferentes patologías (Newhouse et al., 2011). Sin embargo, la falta de consenso acerca de la definición y denominación de roles y competencias dificulta su correcto desarrollo (Sastre-Fullana et al., 2014), ya que se siguen empleando los términos de EE y EPA de manera indiscriminada (Leary et al., 2017; Thoun, 2011). Esto sucede, por ejemplo, con la figura de la CNS, uno de los roles más reconocidos de la práctica avanzada, cuya denominación se asemeja mucho al término EE (*specialist nurse*) (APRN Consensus Group Work Group & NCSBN APRN Advisory Committee, 2008).

Además de la ambigüedad conceptual, existen otros factores contextuales que impiden el establecimiento de nuevas funciones y figuras de enfermería. En el caso de España, esta confusión está más presente incluso por la descentralización de los servicios de salud por CCAA (Clemente et al., 2019), la existencia de diferentes organismos de acreditación de la carrera profesional (Morales-Asencio, 2012), así como por las particularidades del sistema formativo de especialidades en enfermería (Tutosaus-Gómez et al., 2018). Como se vio en apartados

anteriores, existen diferentes vías de obtención del título de EE en España. Sin embargo, la obtención del título no implica que el profesional especialista trabaje en el área que se ha especializado. Esto se debe a que, en la actualidad, no todas las especialidades disponen de una bolsa específica de trabajo en la que solo puedan inscribirse las EE que se han formado en ella. Esto se traduce en que EGs podrán trabajar en áreas específicas, y que EEs podrán desempeñar su labor en áreas que no requieren de especialización.

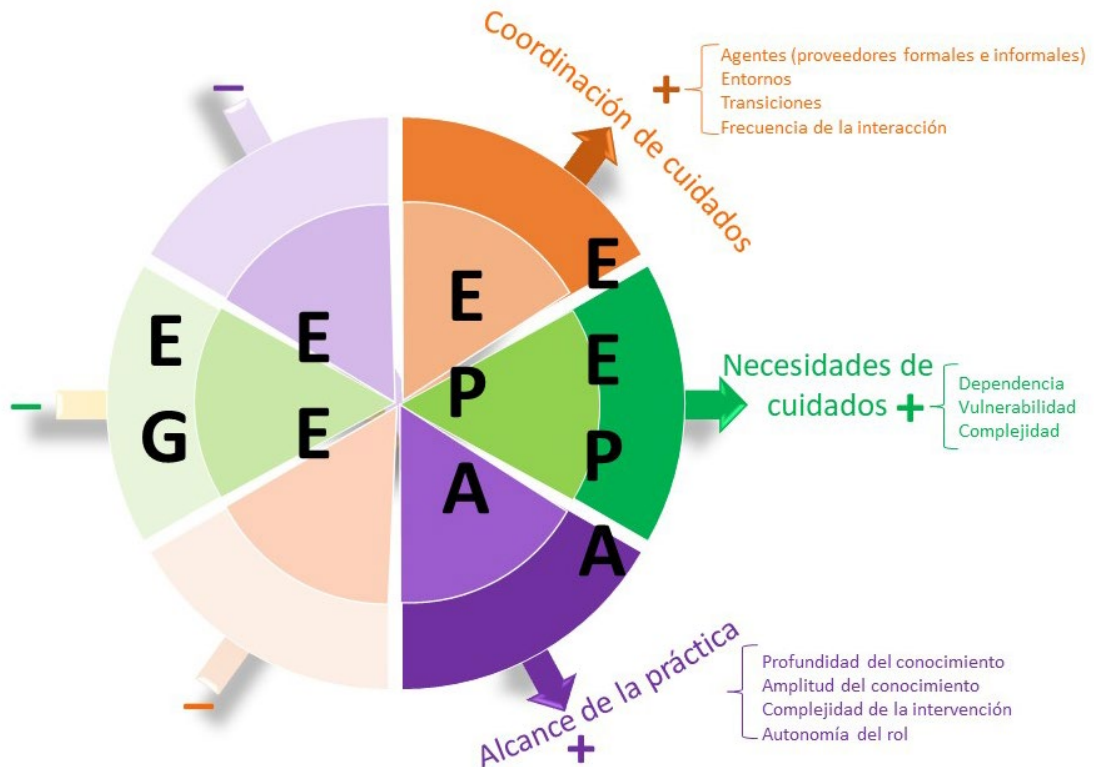
Esta confluencia de EGs, EEs y EPAs trabajando en ámbitos similares, sin una correcta definición de sus funciones, supone un impedimento para el progreso de roles enfermeros y la maximización de su potencial efectividad.

Para intentar ofrecer un marco de definición de servicios enfermeros que pudiese albergar distintos roles, se ha definido en nuestro país un modelo de atención basado en tres ejes (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019). El primer eje está marcado por la complejidad de la persona que demanda servicios de salud, estipulada en base a su nivel de dependencia, vulnerabilidad y complejidad clínica. El segundo eje se basa en la necesidad de coordinación en la atención que requiere la persona. En este espectro se tienen en cuenta las transiciones entre niveles, agentes que proveen servicios simultáneamente, frecuencia con la que se producen las interacciones, y en qué entornos se provee la atención. Por último, el tercer eje hace alusión al alcance de la práctica, caracterizado por la profundidad y amplitud del conocimiento que requieren los

profesionales, la complejidad del servicio a proveer y el grado de autonomía en la toma de decisiones (Figura 10). La disposición de estos ejes genera gradientes que, en función de su combinación, establecen cuál es el espacio potencial para que los servicios sean provistos por EGs, EEs y EPAs, e incluso, enfermeras especialistas de práctica avanzada (EEPA). Este profesional podría desarrollarse en aquellos servicios de práctica avanzada donde pudiera requerirse una especialización, o bien en aquellos servicios especializados donde las enfermeras pudiesen requerir de competencias más avanzadas. Un ejemplo de ello, podría ser una enfermera pediátrica con atención a pacientes pediátricos crónicos complejos. En este espacio marcado por este triple eje, las competencias avanzadas constituyen un elemento esencial, sobre todo para determinar el alcance y desarrollo de los servicios.

Figura 10: Ejes para la definición de servicios y competencias de la EG, EE y EPA

Continuum de servicios | competencias | recursos enfermeros



Extraído de Gutiérrez-Rodríguez et al., (2019). Publicado con el permiso del editor. Fuente original: 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 Clin.* 2019;29:328-335. Copyright © 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La evidencia científica establece que la delimitación de las competencias enfermeras, actúa como un facilitador para el correcto desarrollo e implementación de roles de enfermería (Bryant-Lukosius et al., 2016; Elliott et al., 2016). Por este motivo, se hace necesario determinar qué competencias poseen los diferentes profesionales de enfermería. De esta forma, se esclarecerían estas dudas conceptuales, y así poder aprovechar el máximo potencial de los diferentes roles enfermeros.

En España se han realizado ya estudios para evaluar las competencias avanzadas, ya que se dispone de instrumentos con suficiente validez y fiabilidad (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019; Sastre-Fullana et al., 2017; Sevilla Guerra et al., 2018). Sin embargo, estos estudios no han tenido en cuenta a todas las figuras enfermeras y se han centrado en perfiles más específicos.

Las competencias tienen tres propiedades inequívocas: son evolutivas, caducas y contexto-dependientes, siendo esta última un desafío para la articulación de roles enfermeros (Morales-Asencio, 2012). Es por ello que, conocer cuáles son las diferencias competenciales entre los distintos tipos de enfermeras se convierte en una tarea necesaria para delimitar las áreas de actuación de la enfermería de práctica avanzada y especialista, y su coordinación con la EG.

La presente tesis doctoral trata de analizar la distribución de competencias avanzadas en las diferentes figuras enfermeras en España. Con este análisis, se pretende evaluar cómo se distribuye el gradiente de competencias expuesto en el modelo anterior, con los desarrollos actuales, sus fortalezas y limitaciones.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

El objetivo general de la presente tesis doctoral fue analizar la distribución de competencias avanzadas autopercibidas en enfermeras generalistas, especialistas y de práctica avanzada en España.

3.2 Objetivos específicos

1. Describir el grado de complejidad de los pacientes atendidos percibido por las enfermeras generalistas, especialistas y de práctica avanzada de acuerdo con su perfil profesional en los últimos 12 meses.
2. Analizar la asociación entre el nivel de competencias autopercibidas por las enfermeras generalistas, especialistas y de práctica avanzada con el nivel de complejidad de los pacientes atendidos.
3. Analizar el grado de satisfacción de las enfermeras sobre algunos aspectos relacionados con su puesto de trabajo.
4. Evaluar si existe relación entre el nivel de competencias avanzadas autopercibidas por las enfermeras de práctica avanzada y el reconocimiento formal de su rol por su institución sanitaria.
5. Analizar factores relacionados con el perfil profesional de las enfermeras y el nivel de competencias avanzadas autopercibidas.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

El diseño del presente trabajo consistió en un estudio analítico transversal multicéntrico.

4.2 Población y ámbito de estudio

La población de estudio estuvo compuesta por enfermeras que ejerciesen su actividad asistencial dentro del territorio español. Se invitó a participar en el estudio a profesionales de enfermería procedentes de diferentes provincias y CCAA, como Andalucía, Cataluña, Islas Baleares, Cantabria y Madrid, entre otras.

En relación con el ámbito de práctica, fueron invitadas a formar parte del estudio a enfermeras que ejerciesen su actividad en el área asistencial sin importar su perfil profesional. Fueron incluidas EGs, EEs de las cinco especialidades reconocidas en nuestro país y EPAs cuyos roles hubiesen sido definidos previamente por sus servicios de salud, como EGC, EPA oncológica, EPA de heridas crónicas complejas, y EPA estomaterapeuta.

4.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Fueron incluidas en el estudio enfermeras de cualquier edad y años de experiencia, que desarrollaran su actividad profesional dentro cualquier unidad o servicio del sistema nacional de salud (SNS) español, sin importar el perfil profesional de las mismas, y que aceptaran su

participación en el estudio mediante su respuesta favorable a la primera pregunta del cuestionario que actuaba como consentimiento informado (CI) (ver anexo I). Aquellas personas participantes cuya actividad profesional no fuese exclusivamente asistencial (puestos de gestión, investigación, etc.) también fueron incluidas.

Fueron excluidas del estudio a aquellas personas que, a pesar de haber aceptado participar, no cumplimentasen el cuestionario evaluador de competencias autopercibidas en su totalidad.

4.2.2 Cálculo del tamaño muestral

Para la selección de la muestra, dado que en España no existe un registro formal de EPAs, el tamaño muestral se estimó a partir de las cifras generales de EGs obtenidas a través del INE (2019). Así, para una población global de 316.000 enfermeras colegiadas, para $p=q=0,5$, con una precisión del 2,75%, fueron necesarios 1.265 enfermeras. Este número se sobreestimó en un 40% para cubrir las posibles respuestas perdidas.

4.3 Variables

4.3.1 Variables explicativas

Fueron recogidas variables sociodemográficas tales como la edad, el sexo, y la CCAA en la que los participantes desempeñaban su trabajo.

El nivel de formación académica y los años de experiencia laboral de los sujetos de estudio también fueron recogidos. Las enfermeras tuvieron que responder si estaban en posesión del título de diplomado o

graduado en enfermería. Si además de dicha formación tenían otra diplomatura, licenciatura o grado también fue recogido. También se comprobó si habían cursado estudios de posgrado, como un experto universitario, máster oficial, doctorado o bien otro tipo de título universitario, como, por ejemplo, un máster no oficial o título propio. Estas preguntas venían codificadas cada una de ellas como variables cualitativas dicotómicas, así como también se creó una variable por cada tipo de formación de la categoría “otros” de texto libre, en la que las personas participantes, si lo deseaban, podían especificar qué grado, diplomatura, licenciatura, estudio de posgrado, etc. habían realizado. Asimismo, se les preguntó por el número de años que llevaban en la profesión, y el número de años que llevaban trabajando en su puesto actual.

En cuanto al entorno de práctica, este se clasificó en 7 categorías: AP, Atención Hospitalaria (AH), salud mental, cuidados transicionales, residencias, tele cuidados y emergencias. Además de esta variable, las personas encuestadas tuvieron que especificar en qué tipo de unidad trabajaban, codificándose esta variable en 8 servicios posibles. Esta información puede verse detallada en la Tabla 2.

Por último, en cuanto al perfil profesional de las enfermeras, se recogieron variables en relación con la especialidad y la práctica avanzada.

Para las EEs, variables como el tipo de especialidad, la vía de acceso a la misma, número de años desde que obtuvieron el título, así

como si actualmente ejercían la especialidad que poseían, fueron recolectadas. Esta última pregunta había de ser realizada ya que como se mencionó en el apartado de introducción, la regulación actual de las especialidades en España lleva a que, a pesar de que una enfermera sea especialista, no significa que vaya a trabajar siempre en este puesto, sino que, puede ocupar el puesto de EG.

En el caso de las EPAs, se les preguntó por la denominación de su puesto, años ejerciendo como EPA y si existía reconocimiento formal de su puesto de práctica avanzada en su institución sanitaria.

Aquellas profesionales que afirmaron ser EPAs, debían cumplimentar a continuación una pregunta en texto libre en la que debían nombrar la denominación y características de su puesto de EPA. Tal y como se ha expuesto previamente en la introducción, la ausencia de un marco regulador de la práctica avanzada en España conduce a la confusión entre los diferentes perfiles y roles de enfermería incluso entre los propios profesionales. Por ello, en algunos casos, se observó que algunos participantes definían como EPA roles no propios de esta profesional. Por ejemplo, se evidenció que algunas de las personas participantes denominaban EPA a la práctica clínica convencional en unidades de hospitalización y estar en posesión de alguna formación posgrado no necesariamente vinculada a su desempeño actual. En otros casos el nivel experto dentro de la carrera profesional o puestos de gestión como un puesto de supervisión, fueron confundidos con este rol.

Por este motivo, el equipo investigador evaluó las características de las respuestas cumplimentadas por los profesionales en relación con la denominación del puesto de EPA que ocupaban, y se recodificaron algunas de las respuestas obtenidas. Los criterios consensuados por el equipo investigador para recodificar esta variable con el fin de descartar una clasificación errónea como servicios de EPA fueron:

- Que se tratase de un rol de EPA no formalmente reconocido en la institución en la que ejercían, o que la enfermera no desempeñase roles ampliamente autónomos en su práctica, y con capacidad de decisión sobre aspectos clínicos avanzados, etc.
- Que los profesionales confundieran figuras de gestión, o niveles de acreditación de la carrera profesional por alguna agencia, con práctica avanzada.
- Que se denominase EPA a la práctica como EE regulada en España, sin que se tratase de un servicio formalizado de EPA.
- Que los profesionales no proporcionasen atención clínica directa a una población diana definida.
- En el caso de cuidados paliativos, solo se consideró práctica avanzada si en las instituciones a las que pertenecían las enfermeras estaba reconocido como puesto EPA.

En la Tabla 2 se especifican de forma detallada todas las variables explicativas incluidas en el estudio.

Tabla 2: Variables explicativas

VARIABLES REFERENTES A TODAS LAS ENFERMERAS			
<i>Variable</i>	<i>Explicación/Tipo</i>	<i>Valores</i>	<i>Fuente</i>
Sexo	Cualitativa dicotómica	Mujer Hombre	Cuestionario on-line
Edad	Cuantitativa continua	-	
CCAA	Cualitativa policotómica	17 CCAA españolas	
Diplomatura en enfermería	Cualitativa dicotómica	Sí No	
Otras diplomaturas	Cualitativa dicotómica	Sí No	
Grado en enfermería	Cualitativa dicotómica	Sí No	
Otros grados	Cualitativa dicotómica	Sí No	
Licenciatura	Cualitativa dicotómica	Sí No	
Máster oficial	Cualitativa dicotómica	Sí No	
Doctorado	Cualitativa dicotómica	Sí No	
Otros títulos universitarios de posgrado	Cualitativa dicotómica	Sí No	
Años de profesión	Cuantitativa continua	-	
Años de experiencia	Cuantitativa continua	-	
Centro de trabajo	Texto libre	Un valor por cada participante	
Entorno de práctica	Cualitativa policotómica	<ul style="list-style-type: none"> • AP • AH • Salud mental • Cuidados transicionales • Residencias • Telecuidados • Emergencias 	
Tipo de Unidad	Cualitativa policotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad quirúrgica • Unidad médica 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados Críticos¹ • Unidad Obstétrico-Ginecológica • Unidad pediátrica • Atención Primaria • Salud Mental • Residencias 	
Especialidad	Cualitativa policotómica	<ul style="list-style-type: none"> • No poseo ningún título de especialista • Enfermería Obstétrico-Ginecológica • Enfermería de Salud Mental • Enfermería Geriátrica • Enfermería del Trabajo • Enfermería Familiar y Comunitaria • Enfermería Pediátrica 	
EPA	Cualitativa dicotómica	<p>Sí No</p>	

VARIABLES ESPECÍFICAS PARA LAS EE

Ejerce la especialidad	Cualitativa dicotómica	<p>Sí No</p>	Cuestionario on-line
Vía acceso especialidad	Cualitativa policotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso por vía excepcional • Acceso examen EIR • Homologación • Título de especialista anterior • Otro 	
Años especialidad	Cuantitativa continua	-	

VARIABLES ESPECÍFICAS PARA LAS EPA

Denominación EPA	Cualitativa policotómica	<ul style="list-style-type: none"> • EGC • EPA Heridas crónicas • EPA oncológica • EPA Estomaterapeuta • Otros 	Cuestionario on-line
Servicio EPA formal	Cualitativa dicotómica	<p>Sí No</p>	
Años EPA	Cuantitativa continua	-	

En las variables referentes a “otros niveles académicos”, en caso de respuesta afirmativa, se debía cumplimentar una respuesta de texto libre especificando el nombre de este.
¹Incluye tanto servicios de atención extrahospitalaria como de hospitalaria.

4.3.2 Variables de resultado

El nivel de competencias avanzadas autopercibidas por las personas que participaron en el estudio se evaluó mediante el Instrumento para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada (IECEPA) (Sastre-Fullana et al., 2017). Este cuestionario fue validado en el contexto español, concretamente en una muestra de 600 enfermeras pertenecientes al sistema de salud de las Islas Baleares, cuya población constaba de 3.400 enfermeras. El mapa de competencias de práctica avanzada de este instrumento se basa en las establecidas por instituciones internacionales.

El IECEPA consta de 44 ítems clasificados dentro de 8 dimensiones: Investigación y PBE (8), Liderazgo Clínico y Consultoría (4), Autonomía para la Práctica Profesional (8), Relaciones Interprofesionales y Mentoría (5), Gestión de la calidad (5), Gestión de cuidados (6), Enseñanza y Educación profesional (4) y Promoción de la salud (4). En el anexo II se desglosan las diferentes dimensiones e ítems que componen el IECEPA.

Esta herramienta es un cuestionario autoadministrado con preguntas en escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 44 puntos la puntuación mínima posible, y 220 la puntuación máxima. Estos 5 puntos son: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4), Siempre (5).

Esta escala dispone de un alto grado de consistencia, con una fiabilidad de 0,96 medido mediante α de Cronbach. Además, las puntuaciones de los coeficientes α de todas las dimensiones identificadas en el proceso de validación de constructo fueron siempre superiores a 0,80.

Por otra parte, para evaluar el grado de complejidad de los pacientes que atendían, se les realizó una pregunta en la que las enfermeras debían evaluar en una escala Likert del 1 al 10, representado el 1 el nivel mínimo y 10 el máximo, el nivel de complejidad de los pacientes o población a la que habían atendido en su práctica clínica en los últimos 12 meses.

Por último, también se realizaron un total de 10 preguntas relacionadas con el grado de satisfacción de estas profesionales con algunas cuestiones relacionadas con su trabajo. Para ello, se empleó la versión española del cuestionario de satisfacción profesional usado en el estudio multicéntrico RN4CAST liderado por Aiken et al., (2014) en Europa. Estas preguntas se evaluaban en una escala Likert también del 1 al 4, representado 1 el nivel mínimo de satisfacción y el 4 el máximo nivel de satisfacción (1-Muy insatisfecho, 2-Algo insatisfecho, 3-Moderadamente insatisfecho, 4-Muy satisfecho). Los asuntos laborales que se abordaron en estas preguntas fueron: satisfacción laboral en su puesto de trabajo actual, satisfacción con la flexibilidad horaria, satisfacción con las oportunidades de desarrollo profesional, satisfacción con su nivel de autonomía, satisfacción con su status profesional,

satisfacción con su salario, satisfacción con las oportunidades de formación, satisfacción con sus vacaciones, satisfacción con sus derechos a bajas por enfermedad, y satisfacción con sus permisos para estudios.

4.4 Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo desde el mes de junio de 2019 hasta febrero de 2021. Previamente a la recogida de datos, el equipo investigador entró en contacto con los responsables de los servicios de salud de diferentes CCAA tales como Andalucía, Cataluña, Islas Baleares, Madrid y Cantabria, con el fin de solicitar su colaboración para la captación de la muestra. Cada responsable envió un correo electrónico a los profesionales de enfermería que estuviesen trabajando en ese momento en su sistema de salud, invitándoles a participar en el estudio. En el correo, se explicaba el objetivo del estudio, y aparecía el enlace al que podían acceder para cumplimentar el cuestionario.

También se contactó con las personas que ejercían en ese momento la presidencia de las asociaciones científicas de enfermería y especialidades enfermeras, como la Asociación española de Enfermería de Salud Mental y la Asociación Andaluza de matronas, así como enfermeras a cargo de las unidades docentes multidisciplinares de las distintas especialidades, con el objetivo de obtener la mayor representación posible de las diferentes especialidades enfermeras reconocidas en España.

Por último, fueron invitadas a participar enfermeras que estuviesen acreditadas por la agencia de calidad sanitaria en algunas de las modalidades que incluyen algunos roles de EPA o especialista. Además, se invitó a aquellas EPAs que ejercían roles formales reconocidos por su institución sanitaria. Otra forma de ofertar la participación al estudio fue mediante organismos de consejería de salud, direcciones generales de cuidado o a través de sociedades científicas.

Una vez se enviaron los enlaces, las enfermeras accedían a una encuesta on-line a través de la plataforma LimeSurvey versión 1.92+ localizada en los servidores de la Universidad de Málaga. Este procedimiento se repitió en tres oleadas con sus correspondientes recordatorios en caso de no respuesta, hasta conseguir el tamaño muestral establecido.

Además de las invitaciones vía email, una pequeña parte de la muestra fue invitada a participar por otras dos vías diferentes. Por un lado, si el equipo investigador asistía como ponente a algún evento (curso, taller o ponencia) sobre práctica avanzada, al final de la presentación se hacía alusión al estudio mientras aparecía un código QR en pantalla. De esta forma, las personas asistentes que lo desearan podían acceder a la encuesta y cumplimentarla. Por otro lado, dado que durante la recogida de datos se iba evaluando la representación en la muestra de las especialidades enfermeras, al observar el pequeño número de EE en salud mental, el equipo investigador asistió al congreso de Salud Mental celebrado en el Hospital Costa del Sol de Málaga. Durante este evento, se invitó a participar a los asistentes mediante la entrega del cuestionario

en formato papel. Las respuestas obtenidas fueron posteriormente trasladadas a la base de datos digital.

4.5 Análisis de datos

4.5.1 Análisis descriptivo y exploratorio

El análisis descriptivo y exploratorio de la muestra se llevó a cabo empleando medidas de tendencia central (mediana o media) y de dispersión (rango intercuartílico [RIC] o desviación estándar [DE]), así como distribución de porcentajes, según la naturaleza de cada variable. Además, se evaluó la normalidad de distribuciones mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, análisis de histogramas, gráficos Q-Q y coeficientes de asimetría y curtosis de cada variable.

4.5.2 Análisis bivalente

Debido a la naturaleza y distribución de las variables, así como de las dimensiones del IECEPA, el análisis bivalente se llevó a cabo mediante diferencia de medianas de las puntuaciones entre EGs, EEs y EPAs, mediante la prueba U de Mann-Withney calculando los intervalos de confianza al 95% para la diferencia de medianas mediante la prueba de Hodges-Lehman.

Se comprobó el supuesto de homocedasticidad mediante la prueba de Lévene. La diferencia de medias entre los tres grupos (EG, EE y EPA) se realizó mediante ANOVA, aplicando la prueba robusta de Brown-Forsythe si el supuesto de normalidad no se cumplía.

Las comparaciones post-hoc se evaluaron mediante la prueba de Bonferroni, salvo que las distribuciones tuvieran varianzas desiguales. En tal caso, se utilizó la prueba robusta de Games-Howell. Por último, si la normalidad y la homocedasticidad no estaban garantizadas, se realizaron análisis adicionales mediante la prueba de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis entre múltiples grupos.

4.5.3 Análisis multivariable

Se realizó la prueba ANCOVA para evaluar posibles diferencias en la competencia percibida entre los tres niveles de práctica (factor fijo) y la complejidad de los pacientes atendidos en los últimos 12 meses (factor aleatorio). Se construyó un modelo que evaluó de forma independiente los efectos principales del gradiente de nivel de práctica y de la complejidad de los pacientes, así como la interacción de ambos factores, mediante suma de cuadrados tipo III. Se llevaron a cabo comparaciones múltiples post hoc mediante prueba de Bonferroni, así como la estimación de medias marginales en el modelo de interacción con ajuste del intervalo de confianza mediante prueba de Bonferroni.

También se llevó a cabo un modelo de regresión lineal multivariable tomando como variable dependiente el nivel de satisfacción laboral en el centro de trabajo y como predictores aquellos factores que en el análisis bivariante habían mostrado alguna asociación, o bien, el criterio de plausibilidad teórica (Heinze et al., 2018). Se construyeron modelos progresivos hacia adelante, con la introducción de variables predictoras a partir de un modelo univariado, descartando aquellas variables que no

aportaban al modelo (asociación no significativa) o bien lo sobrespecificaban (inflación de varianza y aumento de colinealidad). Se estimaron los coeficientes de determinación, así como los índices de tolerancia y el factor de inflación de la varianza. Se comprobaron los supuestos de linealidad mediante diagramas de regresión parcial, la independencia de residuos mediante prueba de Durbin-Watson, la homocedasticidad mediante gráficos de dispersión y prueba de Harrison-McCabe, normalidad de residuos mediante histograma y la ausencia de colinealidad mediante umbrales de tolerancia alejados de 0 y factores de inflación de varianza interiores a 10.

Todos los análisis estadísticos fueron llevados a cabo usando el programa SPSS versión 25 (IBM Corp., 2017) y el software libre JAMOVI versión 2.3.21 (Tha jamovi project, 2021).

4.6 Consideraciones éticas

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga el 27 de junio de 2019 (anexo III). Se siguieron en todo momento los postulados éticos recogidos en la Declaración de Helsinki. Todas las respuestas generadas por los participantes fueron anónimas y se mantuvieron de forma confidencial, respetando los preceptos establecidos en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales. Asimismo, se consideraron, tanto la ley 41/2002 de 14 de noviembre que regula la Autonomía del Paciente y los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, así

como el Reglamento CE N° 2016/679 de la Unión Europea que rige el acceso a datos confidenciales con fines científicos.

El consentimiento para participar en el estudio (anexo I) se recogió mediante la primera pregunta del cuestionario, donde las enfermeras debían aceptar para poder participar.

Cualquier información generada en este estudio, es conservada bajo custodia y no es accesible a personas ajenas al equipo investigador o a autoridades competentes. Toda esta información será archivada después de 5 años tras haber finalizado el estudio.

5. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

La producción científica de esta tesis doctoral se basa en los siguientes artículos publicados:

1. Título: Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019).

Autoría: Laura Gutiérrez Rodríguez, Silvia García Mayor, Daniel Cuesta Lozano, Eva Burgos Fuentes, Susana Rodríguez Gómez, Pedro SastreFullana, Joan Ernest de Pedro Gómez, Juan Carlos Higuero Macías, Bibiana Pérez Ardanaz, José Miguel Morales Asencio.

DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.10.001.

Nombre de la revista: Enfermería Clínica.

Fecha de aceptación: 01/10/2019.

Características de la revista en el año de publicación:

- Indexada en SJR, categoría: Nursing.
- Factor de impacto: 0,178.
- Cuartil: Q3.
- Indexada en ESCI: JCI (Journal Citation Indicator) 120/180 (Q3)

2. Título: Competency Gradients in Advanced Practice Nurses, Specialist Nurses, and Registered Nurses: A Multicentre Cross-Sectional Study.

Autoría: Laura Gutiérrez Rodríguez, Silvia García Mayor, Álvaro León Campos, Alberto José Gómez González, Bibiana Pérez Ardanaz, Susana Rodríguez Gómez, Marta Fajardo Samper, Juan Carlos Morilla Herrera, José Miguel Morales Asencio.

DOI: 10.3390/ijerph19148415.

Nombre de la revista: International Journal of Environmental Research and Public Health.

Fecha de aceptación: 08/07/2022.

Características de la revista para el año 2021:

- Indexada en JCR, edición SCIE, categoría: Salud pública, ambiental y laboral.
- Factor de impacto: 4,614.
- Cuartil: Q2.

6. RESULTADOS

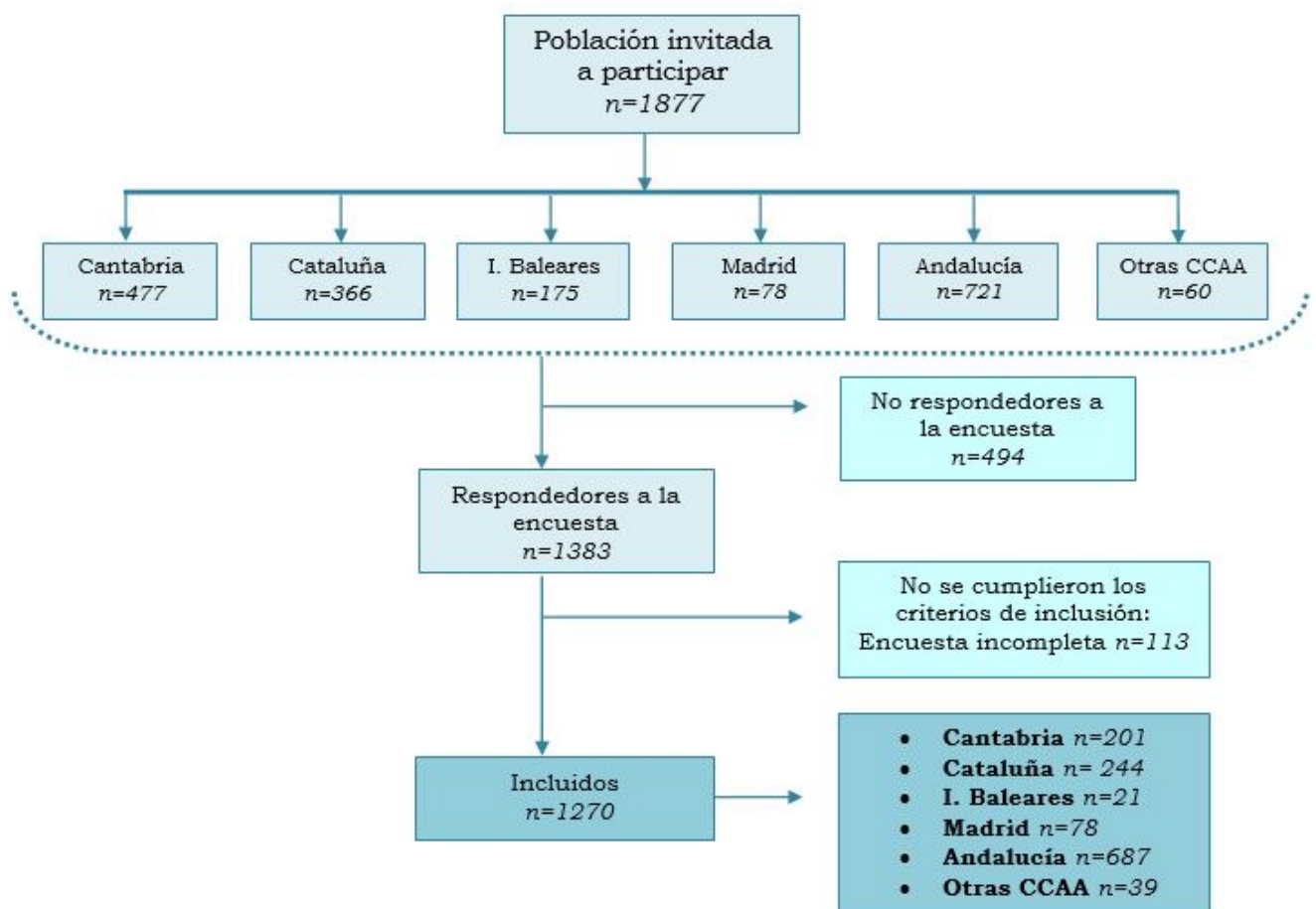
6.1 Análisis descriptivo

La encuesta de investigación fue enviada a un total de 1877 enfermeras repartidas por todo el territorio español. El envío de las invitaciones de participación fue distribuido por las CCAA de la siguiente forma: un 38,42% (n=721) de las invitaciones fueron enviadas a Andalucía, un 25,41% (n=477) fueron enviadas a Cantabria, un 19,5% (n=366) enviadas a Cataluña, un 9,32% (n=175) enviadas a Islas Baleares, y un 4,15 (n=78) enviadas a la comunidad de Madrid. El 3,2% restante (n=60) fue procedente de diferentes CCAA, como Murcia, País Vasco o la Comunidad Valenciana, entre otras.

Del total de las invitaciones enviadas, un 73,68% (n=1383) de la población global cumplimentó el cuestionario, obteniendo un 26,32% de tasa de no respuesta. Sin embargo, no todos los respondedores de la encuesta la cumplimentaron en su totalidad, por lo que, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos, tuvieron que ser eliminados (6,02% [n=113]). Finalmente 1270 sujetos cumplimentaron la encuesta completamente, y, por tanto, fueron incluidos en el estudio, obteniéndose una tasa de respuesta del 67,66%. Las CCAA de Andalucía y Cataluña, fueron las que proporcionaron los mayores niveles de respuesta, con un 54% (n=687) y un 19,2% (n=244) respectivamente. El resto de las respuestas obtenidas se distribuyeron en un 15,8% (n=201) procedente de Cantabria, un 6,1% (n=78) de Madrid, un 1,7% (n=21) de

Baleares, y el 3,2% (n=39) restante procedente de diferentes CCAA como las citadas anteriormente. En la Figura 11 se muestra de forma resumida el flujograma de participantes del estudio, y en la Tabla 3 se especifican de forma más detallada todas las provincias participantes en el estudio. Además, en la Tabla 4 se observa el nivel de representatividad obtenido de las enfermeras en base a cada CCAA.

Figura 11: Flujograma de participantes del estudio



Elaboración propia.

Tabla 3: Participantes desglosados por provincia

CCAA	Provincia	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	Málaga	201	15,8%
	Jaén	100	7,9%
	Cádiz	98	7,7%
	Sevilla	93	7,3%
	Granada	60	4,7%
	Córdoba	51	4%
	Almería	43	3,4%
	Huelva	41	3,2%
Cataluña	Barcelona	243	19,1%
	Gerona	1	0,1%
Cantabria	Cantabria	201	15,8%
Madrid	Madrid	78	6,1%
Islas Baleares	Mallorca	21	1,7%
País Vasco	Vizcaya	7	0,6%
	Álava	2	0,2%
Murcia	Murcia	7	0,6%
Islas Canarias	Las Palmas	4	0,3%
	Santa Cruz de Tenerife	1	0,1%
Asturias	Asturias	3	0,2%
Navarra	Navarra	2	0,2%
Galicia	Pontevedra	2	0,2%
	La Coruña	1	0,1%
	Lugo	1	0,1%
Comunidad Valenciana	Valencia	2	0,2%
	Alicante	1	0,1%
	Castellón	1	0,1%
Castilla y León	Burgos	1	0,1%
	Soria	1	0,1%
Castilla-La Mancha	Guadalajara	1	0,1%
Aragón	Zaragoza	1	0,1%
	Teruel	1	0,1%

Tabla 4: Nivel de representatividad de enfermeras en el SNS en 2019

CCAA	Muestra	%	SNS	%
Andalucía	687	55,8%	27.174	30,8%
Islas Baleares	21	1,7%	4.503	5,1%
Cantabria	201	16,3%	2.502	2,8%
Cataluña	244	19,8%	29.693	33,6%
Madrid	78	6,3%	24.415	27,7%

(Fuente: [Ministerio de Sanidad, 2022]).

La muestra estuvo compuesta fundamentalmente por mujeres (78,8%), con una mediana de edad de 46 años (RIC: 16) que llevaban ejerciendo la enfermería desde hace 23 años (RIC: 15) y trabajaban desde hacía 9 años (RIC: 11) en su actual puesto de trabajo.

La información recogida en relación con la formación académica reveló que todas poseían la titulación en enfermería, teniendo un 90,4% la diplomatura en enfermería, y un 62% el título de grado. En cuanto a los estudios de posgrado, un 36,7% poseía un máster oficial y un 12,7% tenía el título de doctor. También se les preguntó a los participantes si habían realizado otro tipo de estudio de posgrado diferente a los anteriormente mencionados (máster no oficial o experto), respondiendo un 55,5% de forma afirmativa. Por último, también se recogieron variables relacionadas con la realización de otros estudios, como otras diplomaturas diferentes a la de enfermería (6,5%), licenciatura (11%), y otros grados (1,1%).

Para conocer el perfil profesional de los profesionales, se les preguntó por su entorno de práctica, en qué tipo de unidad/centro desempeñaban su trabajo, así como preguntas relacionadas con la

especialidad y el título de EPA. Con relación al entorno de práctica, la gran mayoría declaró trabajar en atención hospitalaria (55,8%), seguido de atención primaria (30,9%), servicios de salud mental (6,7%) y emergencias (5,8%). También se contemplaban dentro de esta variable los servicios de cuidados transicionales y residencias, pero ambos entornos obtuvieron una baja representación (0,4% ambos). Con respecto al tipo de unidad, fueron los servicios de atención primaria los que obtuvieron mayor representación (31,4%), seguidos de las unidades pediátricas (21,8%).

Con referencia a la especialidad en enfermería, el 33,7% de la muestra declaró estar en posesión del título de EE. La especialidad más frecuente entre las EE fue la Enfermería Pediátrica (14,5%), seguida de Enfermería Obstétrico-Ginecológico (8,4%), Enfermería de Salud mental (7%), Enfermería del Trabajo (1,8%), Enfermería Familiar y Comunitaria (1,3) y en último lugar, Enfermería Geriátrica (0,5%). La mayor parte de las personas participantes, adquirieron su título o bien mediante la vía excepcional (41,8%) o bien mediante el programa EIR (39%). El 19,2% restante, obtuvo la especialidad mediante homologación o bien mediante el título de especialista anterior a la implementación del examen EIR. Por último, el 89,9% de las EE se encontraban trabajando como tales, frente un 10,1% que no ejercía la especialidad que poseía.

Por lo que concierne a la práctica avanzada, el 23,4% del total de participantes ejercía como EPA, donde además el 16,2% eran además EE. En cuanto a su entorno de práctica, en el 87% de las ocasiones las unidades donde ejercían su rol eran servicios de EPA formalizados y

reconocidos por su institución sanitaria. En la Tabla 5 se resumen las características generales de la muestra.

Tabla 5: Variables descriptivas de la muestra

Características de los participantes		Mediana (RIC) o frecuencia (%)
Sexo	Mujer	998 (78,8)
	Hombre	268 (21,2)
Edad	-	46 (16)
Años de profesión	-	23 (15)
Máster	Sí	285 (36,7)
	No	491 (63,3)
Doctorado	Sí	85 (12,7)
	No	582 (87,3)
Ámbito de práctica	AH	670 (55,8)
	AP	371 (30,9)
	Salud Mental	80 (6,7)
	Servicios de Emergencias	70 (5,8)
	Cuidado transicional	5 (,4)
	Residencias	5 (,4)
Tipo de unidad	Unidad quirúrgica	90 (8,2)
	Unidad médica	152 (13,9)
	Cuidados críticos	131 (12)
	Unidad obstétrico-ginecológica	53 (4,9)
	Unidad pediátrica	238 (21,8)
	AP	343 (31,4)
	Salud Mental	79 (7,2)
	Residencias	5 (,6)
Especialidad enfermera	Sin especialidad	800 (66,4)
	Enfermería Pediátrica	175 (14,5)
	Enfermería Obstétrico-Ginecológica	101 (8,4)
	Enfermería de Salud Mental	84 (7)
	Enfermería del Trabajo	22 (1,8)
	Enfermería Familiar y Comunitaria	16 (1,3)
	Enfermería Geriátrica	6 (,5)
¿Ejerce la especialidad que posee?	Sí	222 (89,9)
	No	25 (10,1)

Enfermería de Práctica Avanzada	Sí	253 (23,4)
	No	829 (76,6)
¿Ejerce como EPA?	Sí	41 (16,7)
	No	212 (83,8)

Respecto a las puntuaciones globales obtenidas en el IECEPA, se observó que las dimensiones de autonomía (30±12), investigación y PBE (25±11) y gestión de cuidados (22±7) fueron las que obtuvieron mayores puntuaciones medianas (Tabla 6).

Tabla 6: Puntuaciones obtenidas en el IECEPA

Dimensiones IECEPA	Mediana	RIC	% respecto al valor máximo
Investigación y PBE (8-40) *	25	11	62,5
Liderazgo, consultoría (4-20)	12	7	60
Autonomía (8-40)	30	12	75
Relaciones, mentoría (5-25)	21	5	84
Gestión de la calidad, seguridad (5-25)	17	6	68
Gestión de cuidados (6-30)	22	7	73,3
Educación profesional (4-20)	19	4	95
Promoción de la salud (4-20)	16	5	80
Puntuación total (44-220)	159	43	72,3

*Puntuaciones máximas y mínimas por cada dimensión.

6.2 Resultados por objetivos

6.2.1 Resultados del objetivo general

El objetivo general de esta tesis doctoral era: *analizar la distribución de competencias avanzadas autopercebidas en EGs, EEs y EPAs en España.*

El análisis de las competencias autopercebidas mediante el IECEPA se hizo desglosado en base al perfil profesional de los participantes. En el caso de las EGs, se observó que las dimensiones en las que obtuvieron mayores puntuaciones medianas fueron las de autonomía (28 ± 12), seguida de las de investigación y PBE (23 ± 11) y gestión de cuidados (21 ± 17). Para las EEs y EPAs, estos hallazgos fueron similares, pues fue en estas mismas dimensiones donde reportaron las puntuaciones medianas más altas (para las EE: autonomía [29 ± 12], investigación y PBE [24 ± 11], gestión de cuidados [21 ± 7]. Para las EPAs: autonomía [33 ± 7], investigación y PBE [28 ± 7], gestión de cuidados [25 ± 5]).

Posteriormente, se compararon las puntuaciones obtenidas por las EPAs en este cuestionario frente a las puntuaciones obtenidas por el resto de profesionales (EEs y EGs) mediante una diferencia de medianas. Este análisis reveló que las EPAs fueron las que obtuvieron una mayor puntuación en todas las dimensiones del cuestionario con respecto al resto de enfermeras. Asimismo, este hallazgo fue compatible con la puntuación global del cuestionario IECEPA, donde las EPAs obtuvieron una puntuación de 178 (RIC: 32) frente a una puntuación de 155 (RIC: 43) obtenida por el resto de las enfermeras. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (prueba U de Mann-Whitney; $p < 0.001$, $z=11,28$), y fueron especialmente notorias en las dimensiones de investigación y PBE, autonomía, liderazgo y gestión de cuidados (Tabla 7).

Tabla 7: Diferencias de medianas en las competencias avanzadas autopercibidas entre las EPAs y no EPAs

Dimensiones IECEPA	EPAs (n=253)		No EPAs (n=829)		p
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	
Investigación y PBE	28	7	24	11	<0,001*
Liderazgo, consultoría	16	4	12	7	<0,001*
Autonomía	33	7	28	12	<0,001*
Relaciones, mentoría	23	4	20	6	<0,001*
Gestión de la calidad, seguridad	19	5	17	6	<0,001*
Gestión de cuidados	25	5	21	8	<0,001*
Educación profesional	19	3	18	4	0,002*
Promoción de la salud	19	4	16	5	<0,001*
Puntuación total	178	32	155	43	<0,001*

Prueba de U de Mann-Whitney.

Del mismo modo, se realizó esta misma comparación entre las puntuaciones obtenidas por las EEs y las EGs. Se observaron diferencias en las puntuaciones de algunas de las dimensiones del IECEPA, así como en la puntuación global. Sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos, a excepción de la dimensión gestión de la calidad y seguridad (EEs: 17±6; EGs: 17±7) en la que si hubo significación (prueba U de Mann-Whitney; p=0,05; z=1,95). En la Tabla 8 se muestran de forma detallada las puntuaciones obtenidas en cada dimensión para las EEs y las EGs.

Tabla 8: Diferencias de medianas en las competencias avanzadas autopercibidas entre las EEs y las EGs

Dimensiones IECEPA	EEs (n=428)		EGs (n=589)		p
	Mediana	RIC	Mediana	RIC	
Investigación y PBE	24	11	23	11	0,366
Liderazgo, consultoría	12	7	11	7	0,548

Autonomía	29	11	28	12	0,100
Relaciones, mentoría	20	6	20	6	0,273
Gestión de la calidad, seguridad	17	6	17	7	0,050*
Gestión de cuidados	21	7	21	7	0,476
Educación profesional	19	4	18	4	0,248
Promoción de la salud	16	5	16	5	0,062
Puntuación total	155	42	152	46	0,173

Prueba de U de Mann-Whitney.

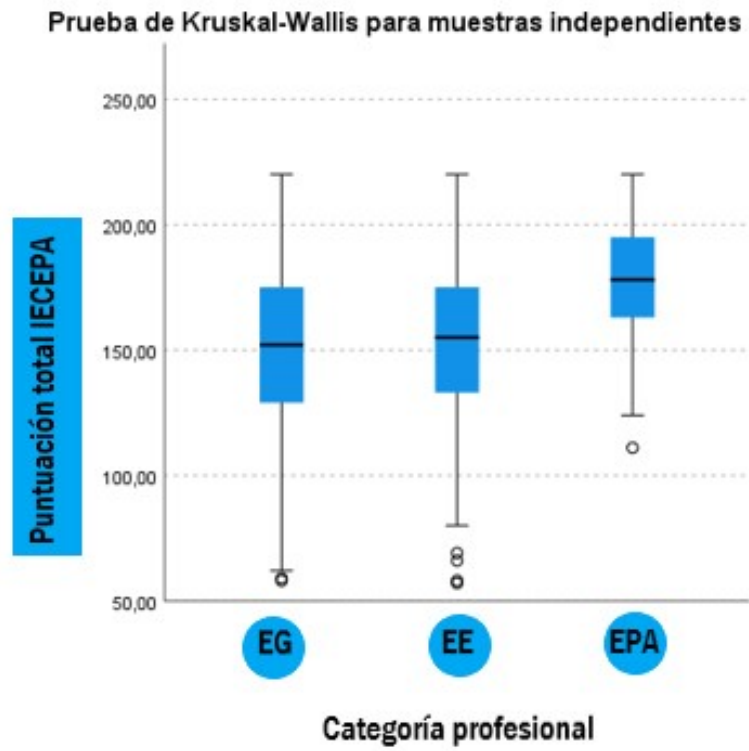
Por último, se analizó el gradiente de competencias entre las EGs, las EEs y las EPAs. Los resultados obtenidos indicaron que en todas las dimensiones las EPAs alcanzaron las puntuaciones más elevadas, seguidas de las EEs y en último lugar, las EGs. Todos estos resultados fueron estadísticamente significativos (prueba de Kruskal-Wallis; $p < 0,001$) (Tabla 9 y Gráfico 1).

Tabla 9: Gradiente de competencias entre EGs, EEs y EPAs

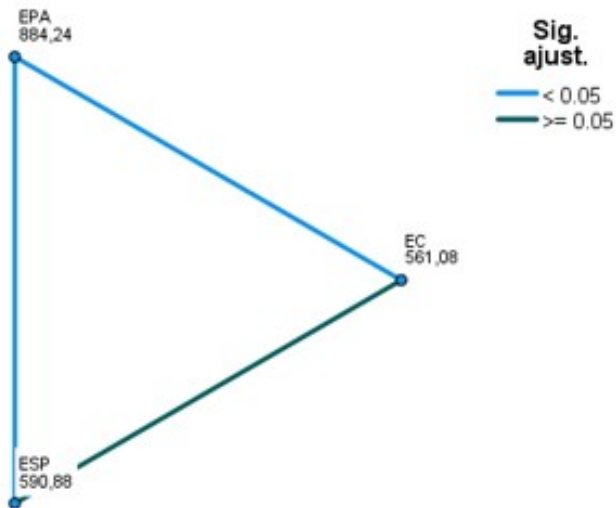
Dimensiones IECEPA	EGs	EEs	EPAs	p
	(n=589)	(n=428)	(n=253)	
Mediana (RIC)				
Investigación y PBE	23 (11)	24 (11)	28 (7)	<0,001*
Liderazgo, consultoría	11 (7)	12 (7)	16 (4)	<0,001*
Autonomía	28 (12)	29 (12)	33 (7)	<0,001*
Relaciones, mentoría	20 (6)	20 (6)	23 (4)	<0,001*
Gestión de la calidad, seguridad	17 (7)	17 (6)	19 (5)	<0,001*
Gestión de cuidados	21 (7)	21 (7)	25 (5)	<0,001*
Educación profesional	18 (4)	19 (4)	19 (3)	<0,001*
Promoción de la salud	16 (5)	16 (4.75)	19 (4)	<0,001*
Puntuación total	152 (46)	155 (42)	178 (32)	<0,001*

Prueba de Kruskal-Wallis.

Gráfico 1: Gradiente de competencias entre EGs, EEs y EPAs



Comparaciones por parejas de Gradiente



6.2.2 Resultados objetivos específicos 1 y 2

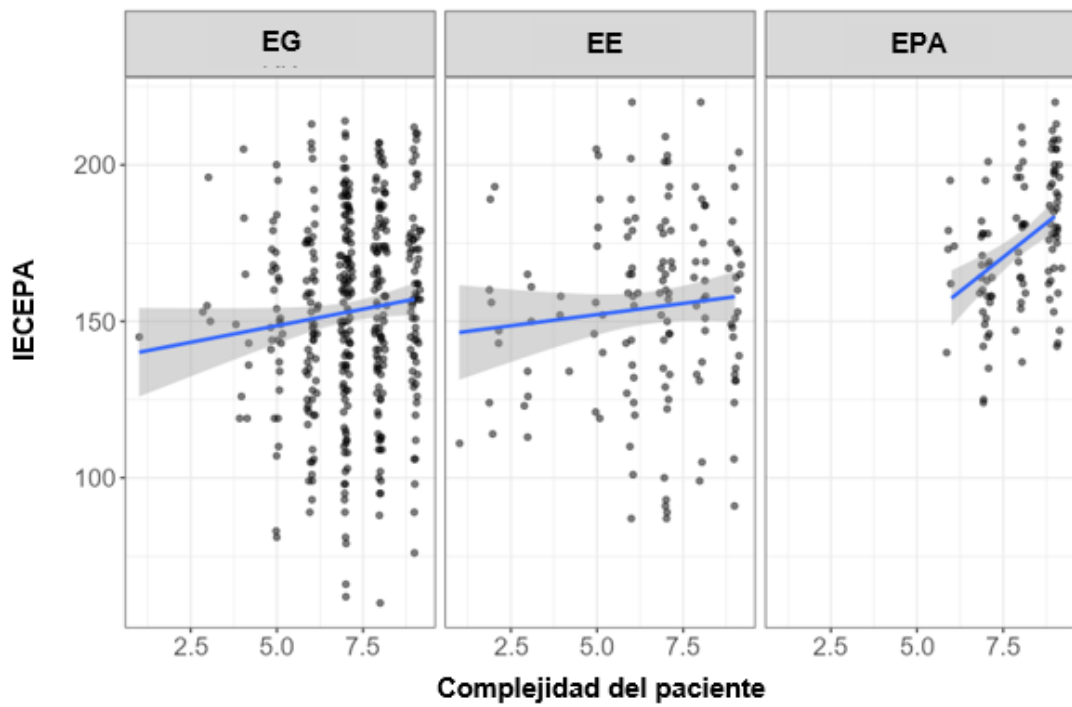
Los objetivos específicos 1 y 2 de esta tesis eran: *conocer el grado de complejidad de los pacientes atendidos percibido por las enfermeras de acuerdo con su perfil profesional y, además, analizar la asociación entre el nivel de competencias autopercebidas por las enfermeras con el nivel de complejidad de los pacientes atendidos.*

En primer lugar, se analizó el nivel de complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras durante los últimos 12 meses, y de nuevo, se categorizó en función de la categoría profesional de los participantes. Los resultados obtenidos mostraron que las EPAs atendían a los pacientes con mayor nivel de complejidad (8 ± 2), mientras que no hubo diferencias en las puntuaciones obtenidas entre las EEs y las EGs (7 ± 2). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,001$).

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis adicional para evaluar las interacciones entre los diferentes roles enfermeros, el nivel de competencias avanzadas autopercebidas y la complejidad de los pacientes atendidos en los últimos 12 meses. Los resultados revelaron que había interacciones significativas entre las competencias avanzadas y la complejidad de los pacientes ($p < 0,001$). En términos generales, las EPAs no brindaron su atención a pacientes poco complejos, y las EE fueron las que atendieron a pacientes con menos nivel de complejidad. Por otro lado, las EGs reportaron que cuidaban a pacientes con alta complejidad (Gráfico 2: Relación entre las competencias avanzadas, los diferentes

roles de enfermería y la complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras y Gráfico 3).

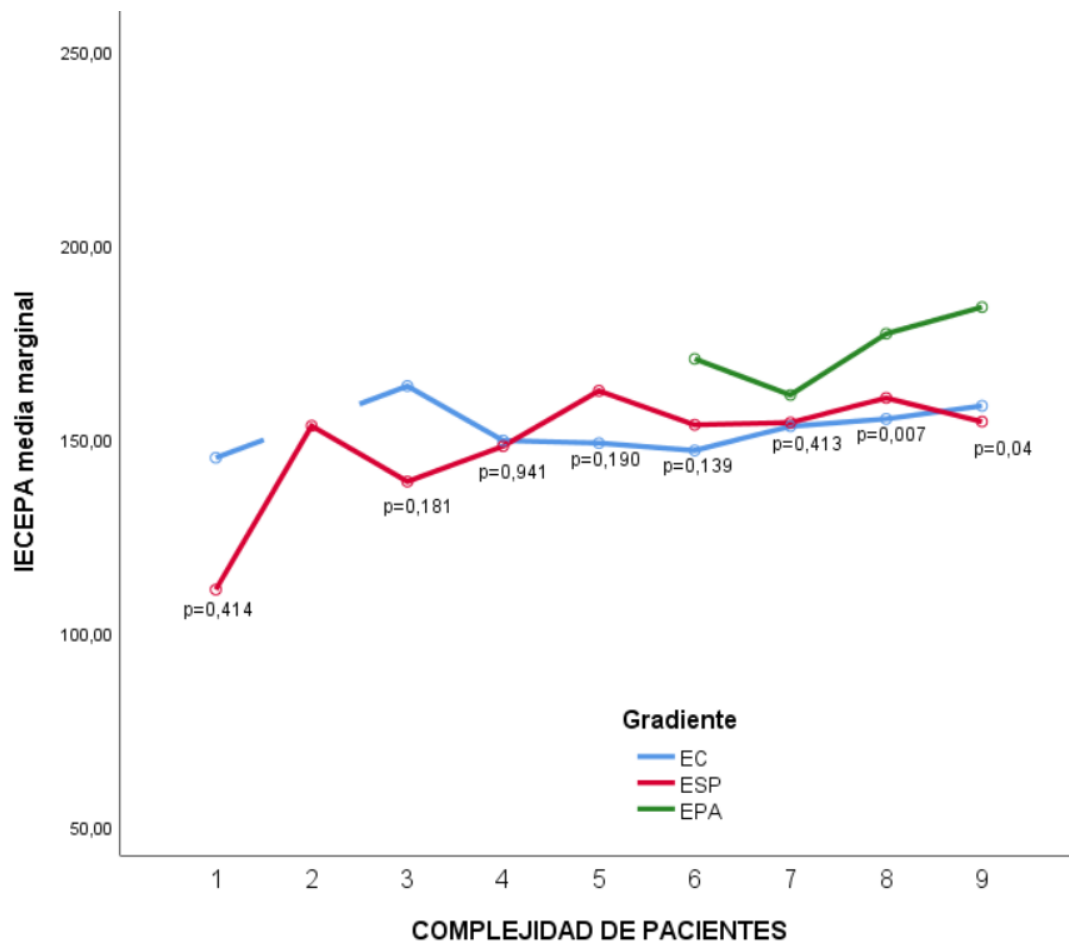
Gráfico 2: Relación entre las competencias avanzadas, los diferentes roles de enfermería y la complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras



Rol	Diferencia de medias	IC 95%	z	p	d de Cohen
EG vs EPA	-19,94	-29,7 to -10,2	-5,98	<0,001*	-0,7
EE vs EPA	-17,37	-28,2 to -6,5	-4,32	<0,001	-0,6
EG vs EE	-2,57	-10,2 to 15,3	-0,87	1,000	0,09

Bonferroni

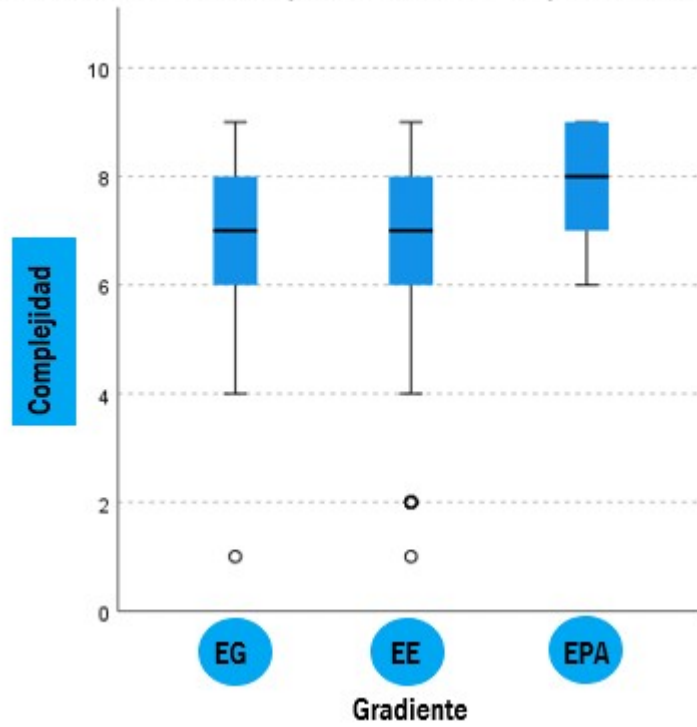
Gráfico 3: Gradiente de competencias entre los roles y la complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras



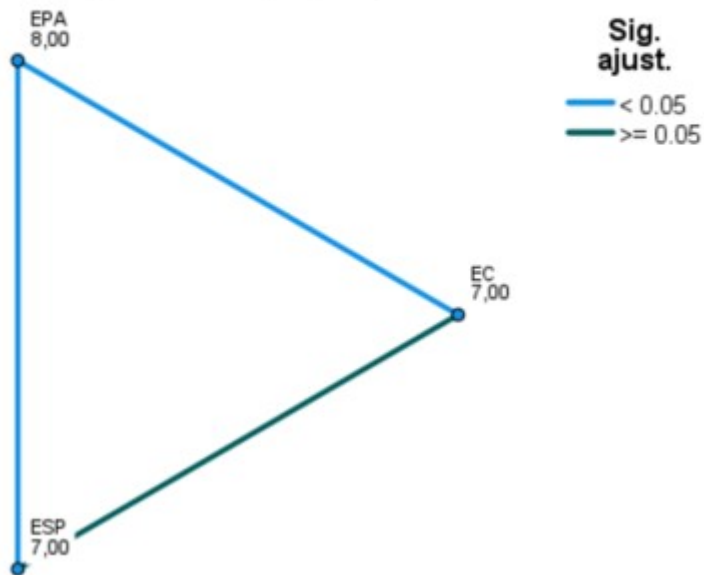
Debido a la distribución distinta de la normal de la variable, se realizó este análisis también con prueba de Kruskal-Wallis, ratificando los mismos hallazgos (Gráfico 4).

Gráfico 4: Relación entre la complejidad de los pacientes atendidos y el gradiente

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes

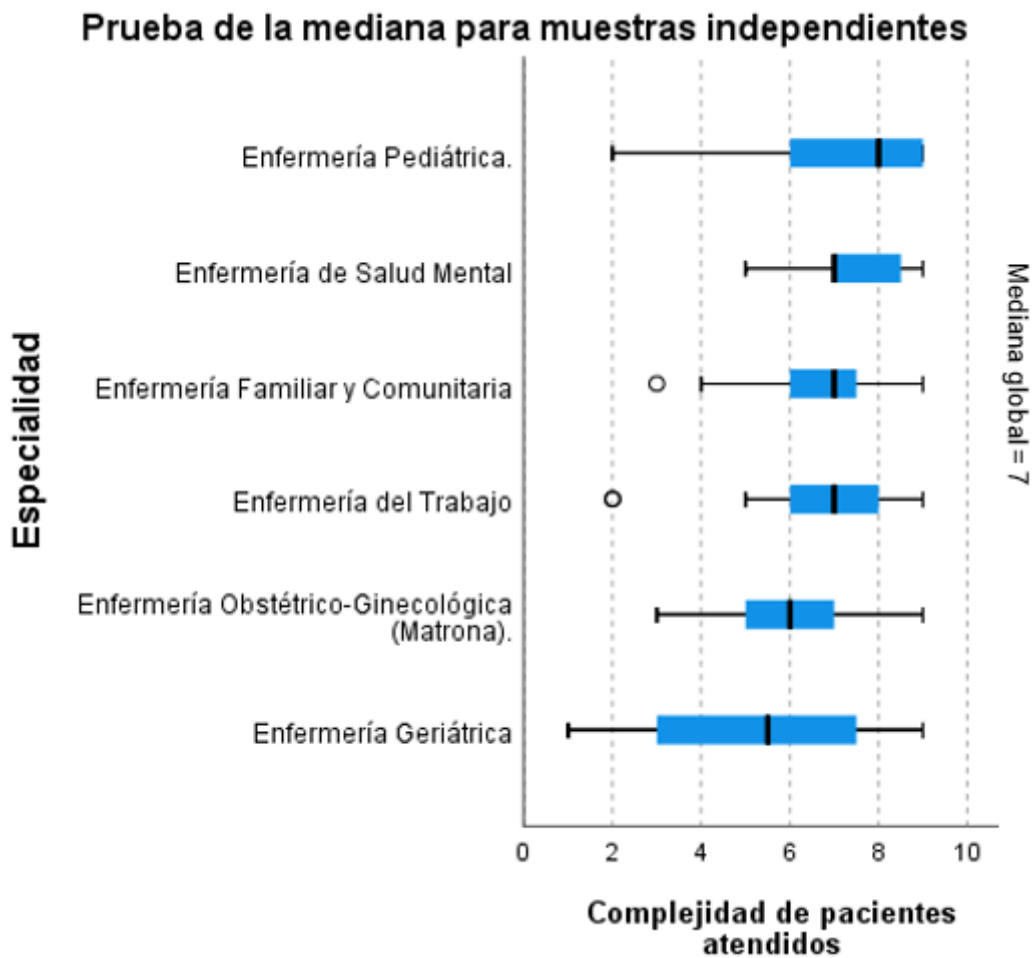


Comparaciones por parejas de Gradiente



Se analizó, dentro de las enfermeras especialistas, qué nivel de complejidad atribuían a los pacientes que atendían, encontrándose diferencias significativas ($p=0,011$) (Gráfico 5).

Gráfico 5: Nivel de complejidad de los pacientes atendidos en base a las especialidades enfermeras



Se comprobó, además, si el estar ejerciendo o no la especialidad obtenida podría marcar estas diferencias, sin que se encontrase ninguna asociación por este factor ($z = 0.60$; $p = 0.545$).

6.2.3 Resultados objetivo específico 3

El tercer objetivo de esta tesis doctoral pretendía *analizar el grado de satisfacción de las enfermeras sobre algunos aspectos relacionados con su puesto de trabajo.*

Las enfermeras declararon estar más satisfechas con la flexibilidad horaria de su trabajo, sus derechos a bajas por enfermedad, su nivel de autonomía, así como a la satisfacción global con su puesto de trabajo. Su grado de satisfacción fue menor en lo referente a las oportunidades de formación en su trabajo, oportunidades de desarrollo profesional, los permisos por estudios, así como su salario. En la Tabla 10 se recogen los resultados descriptivos para estas variables.

Tabla 10: Descriptivo del grado de satisfacción de los profesionales con aspectos laborales

	Mediana	RIC	Media	DE
Salario	3	1	2,48	,876
Permisos por estudios	3	1	2,55	,990
Oportunidades de formación en su trabajo	3	1	2,67	,906
Oportunidades de desarrollo profesional	3	1	2,72	,951
Vacaciones	3	1	3,03	,837
Estatus profesional	3	1	3,06	,880
Autonomía laboral	3	1	3,16	,890
Derecho a bajas por enfermedad	3	1	3,17	,816
Flexibilidad horaria	3	1	3,18	,863
Centro actual	3	1	3,30	,773

Por otro lado, comprobamos si el gradiente de roles ejercidos influía de algún modo a la satisfacción de los profesionales sanitarios. Se observó que en todos los aspectos relacionados con la satisfacción, las EPAs mostraron estar más satisfechas que las EEs y que las EGs, siendo todos estos resultados estadísticamente significativos, a excepción de la satisfacción por bajas laborales, donde no se encontraron diferencias entre los grupos ($p=0,199$). La satisfacción con el grado de autonomía fue el área donde las EPAs destacaron especialmente frente EEs y EGs.

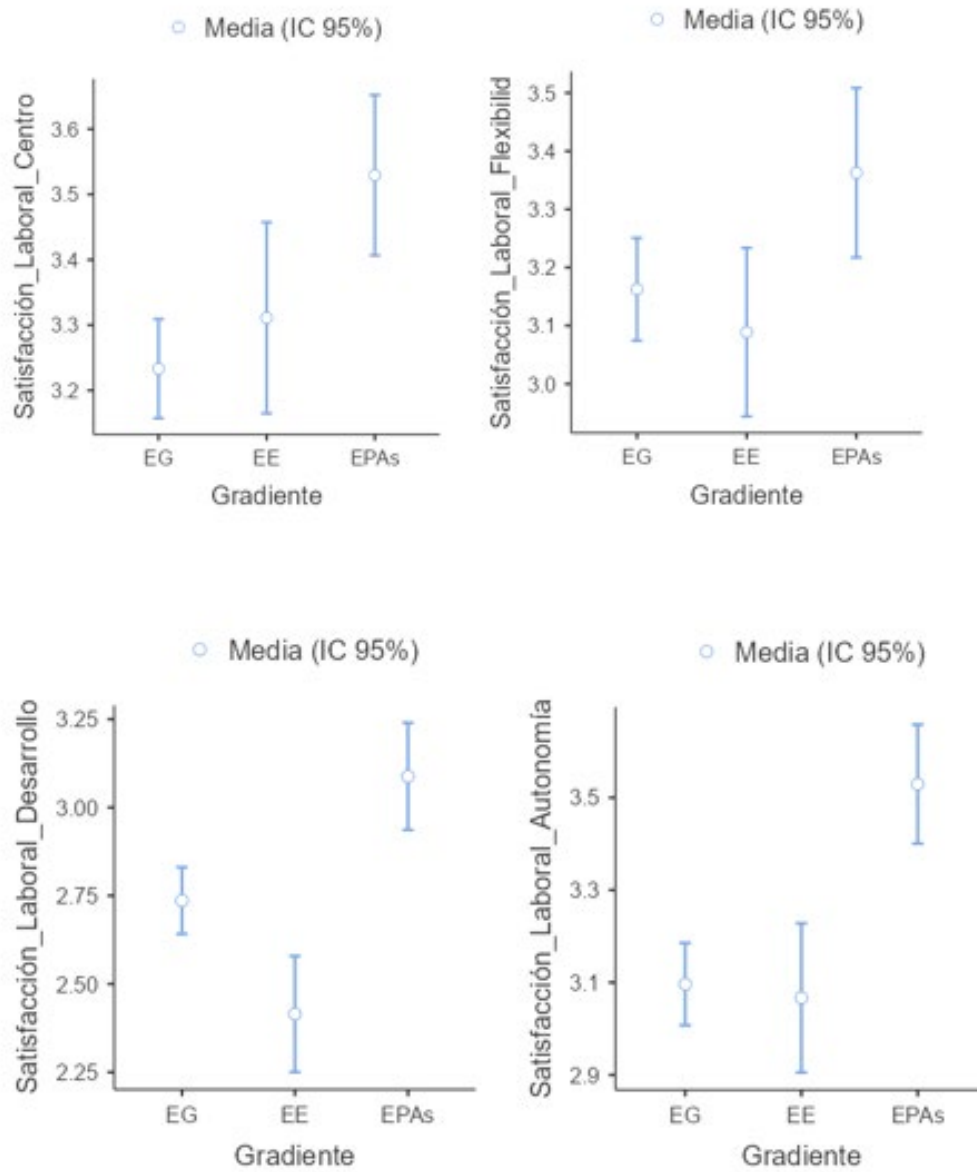
En cuanto a las EEs, estas declararon estar menos satisfechas que las EGs en todos los aspectos, salvo con el centro de trabajo actual y sus permisos por vacaciones (Tabla 11 y Gráfico 6).

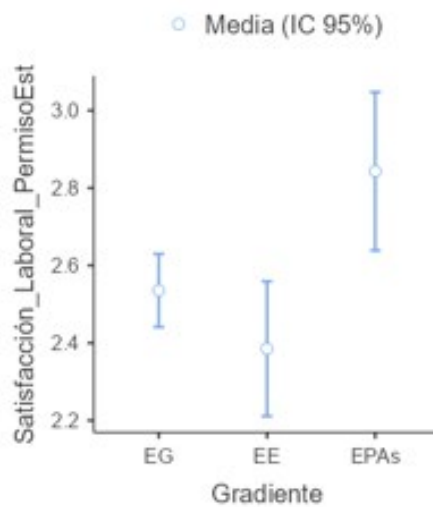
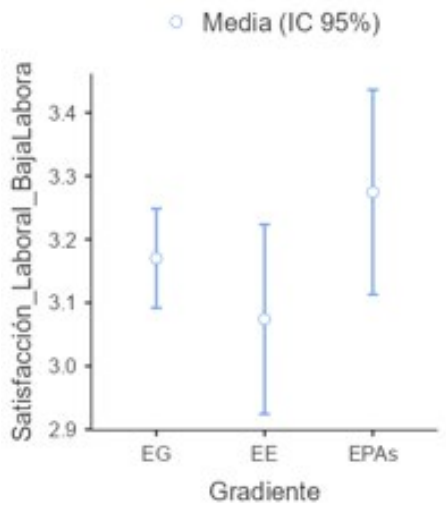
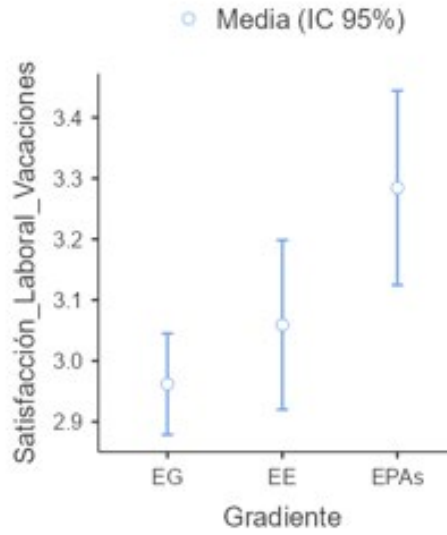
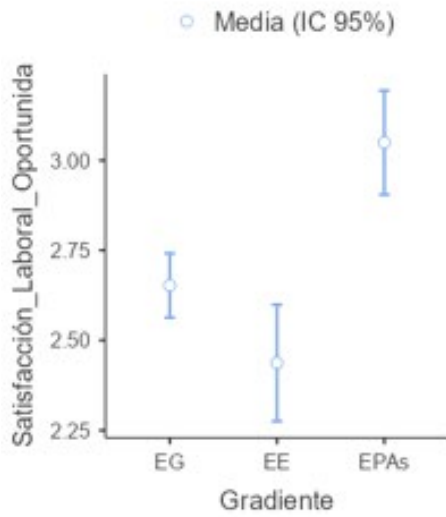
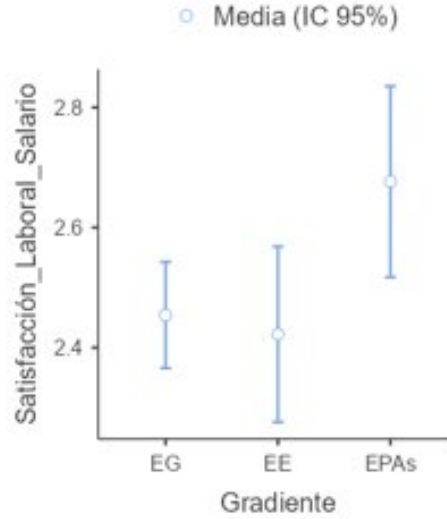
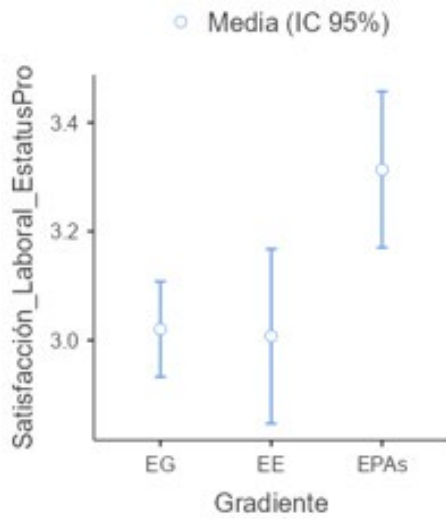
Tabla 11: Grado de satisfacción en base al gradiente enfermero

Satisfacción	EGs	EEs	EPAs	p
	(n=394)	(n=135)	(n=102)	
	Media (DE)			
Centro actual	3,23 (0,76)	3,31 (0,85)	3,53 (0,62)	<0,001*
Flexibilidad horaria	3,16 (0,89)	3,09 (0,85)	3,36 (0,74)	0,022*
Oportunidades de desarrollo profesional	2,74 (0,95)	2,41 (0,96)	3,09 (0,77)	<0,001*
Autonomía laboral	3,10 (0,9)	3,07 (0,94)	3,53 (0,65)	<0,001*
Salario	2,45 (0,89)	2,42 (0,85)	2,68 (0,81)	0,034*
Oportunidades de formación en su trabajo	2,65 (0,90)	2,44 (0,95)	3,05 (0,73)	<0,001*
Vacaciones	2,96 (0,83)	3,06 (0,81)	3,28 (0,81)	0,002
Derecho a bajas por enfermedad	3,17 (0,79)	3,07 (0,87)	3,27 (0,82)	<0,199*
Estatus profesional	3,02 (0,88)	3,01 (0,94)	3,31 (0,73)	0,002*
Permisos por estudios	2,54 (0,95)	2,39 (1,02)	2,84 (1,04)	0,003*

*ANOVA.

Gráfico 6: Grado de satisfacción con diferentes aspectos laborales en base al gradiente enfermero





Sin embargo, tras realizar los análisis post-hoc, se observó que estas diferencias solo fueron significativas al comparar el grado de satisfacción de la EPA frente a las EGs en todas las áreas de satisfacción a excepción de la flexibilidad horaria y permisos por baja laboral, y frente a las EEs no hubo significación en lo relacionado con la satisfacción global con el centro, permisos para baja laboral, vacaciones y salario. En el caso de las diferencias encontradas entre las EEs y EGS, se constató que estas diferencias solo fueron significativas en la satisfacción relacionada con el desarrollo laboral.

Posteriormente, estos datos se trasladaron a un modelo de regresión lineal multivariable en que se combinaron la satisfacción global con el centro de trabajo, el gradiente enfermero, la puntuación global obtenida en el IECEPA, y algunos aspectos relacionados con la satisfacción.

De este modelo, se deduce que las EEs están más satisfechas en general con su centro que las EGs ($p=0,02$), aunque la diferencia con respecto a las EPAs vs EGs no fue significativa en el modelo multivariable ($p=0,658$). De este modo, mientras que en el modelo bivariante las EPAs presentaban puntuaciones más elevadas que las EGs, en el modelo multivariable no se encuentran diferencias. Por otro lado, las competencias percibidas por las enfermeras sí mostraban una asociación significativa positiva, de manera que, a mayor nivel de competencias percibidas, las enfermeras se encuentran más satisfechas con su nivel de

autonomía, su desarrollo laboral, su estatus profesional y su flexibilidad laboral (Tabla 12).

Tabla 12: Modelo de regresión multivariable satisfacción 1

	B	B	p
Constante	,95		<,001
Gradiente: EE-EG	,141	,183	,020
Gradiente: EPA-EG	,030	,040	,658
IECEPA total	,002	,086	,011
Satisfacción autonomía laboral	,215	,248	<,001
Satisfacción desarrollo laboral	,152	,188	<,001
Satisfacción estatus profesional	,159	,181	<,001
Satisfacción flexibilidad laboral	,119	,133	<,001

R²: 40,5; VIF máximo 1,41 y Tolerancia mínima 0,70

Se repitió este mismo análisis, pero en este caso, modificando el nivel de referencia en la comparación, para evaluar las diferencias entre las EPAs y las EEs, sin encontrarse diferencias significativas (Tabla 13).

Tabla 13: Modelo de regresión multivariable satisfacción 2

	B	B	p
Constante	0,990		<,001
Gradiente: EG-EPA	-0,031	-,039	0,658
Gradiente: EE-EPA	0,110	,143	0,176
IECEPA total	0,002	,086	0,011
Satisfacción autonomía laboral	0,215	,247	<,001
Satisfacción desarrollo laboral	0,152	,187	<,001
Satisfacción estatus profesional	0,159	,181	<,001
Satisfacción flexibilidad laboral	0,120	,133	<,001

R²: 40,5; VIF máximo 1,41 y Tolerancia mínima 0,70

6.2.4 Resultados objetivo específico 4

Por otro lado, el cuarto objetivo de este estudio quiso *evaluar si existe relación entre el nivel de competencias avanzadas autopercibido por las EPAs y el reconocimiento de su rol por su institución sanitaria*. Para ello, se analizó si existían diferencias en la puntuación global del IECEPA de las EPAs entre aquellas que declararon que su servicio de EPA había sido formalizado por su institución sanitaria, frente a las que no. Se observó que aquellas EPAs en las que su servicio estaba formalizado por su institución sanitaria obtuvieron puntuaciones superiores (179, RIC: 33) frente a las que no (173, RIC: 36) siendo estos resultados estadísticamente significativos (Prueba U de Mann-Whitney; $p=0,027$; $z=2,21$).

6.2.5 Resultados objetivo específico 5

El quinto y último objetivo específico fue el de *analizar factores relacionados con el perfil profesional de las enfermeras y el nivel de competencias avanzadas autopercibido*. Para ello, se llevó a cabo un modelo de regresión lineal.

Este modelo de regresión lineal multivariable mostró cómo las EPAs, que atendían a pacientes con niveles de complejidad elevados, con grado de doctor, que ejercían en AP, y un alto grado de satisfacción laboral y de autonomía profesional, obtenían las máximas puntuaciones en el nivel de competencias autopercibidas (Tabla 14).

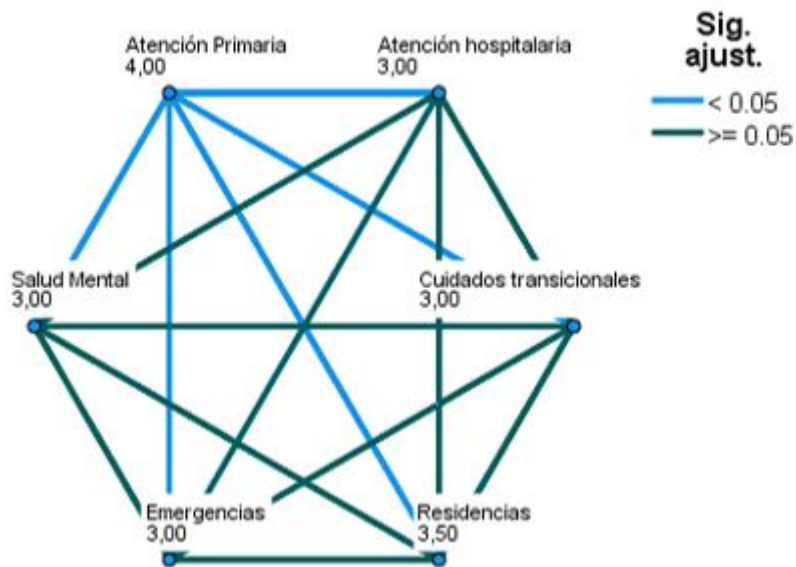
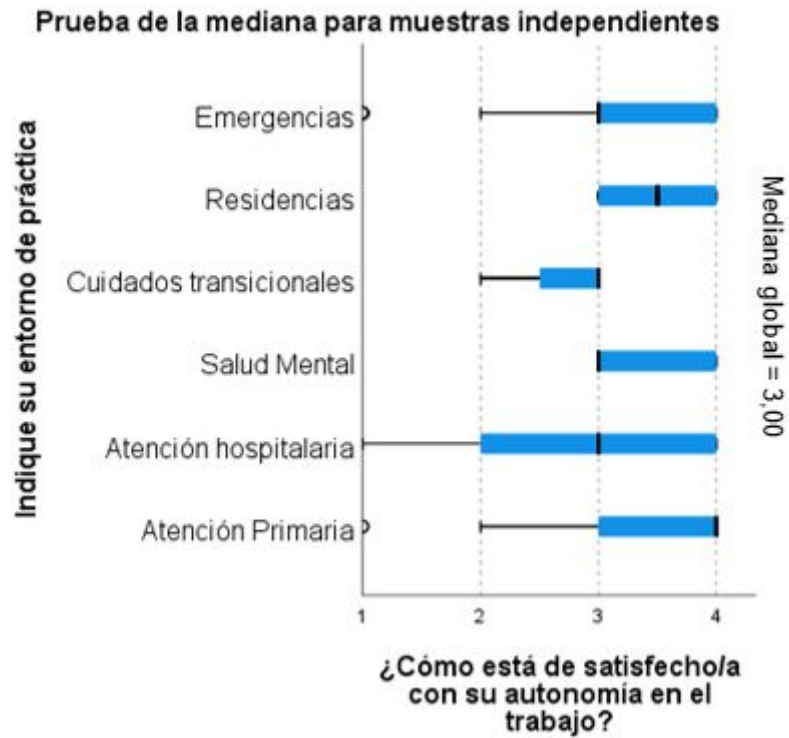
Tabla 14: Modelo de regresión multivariable perfil profesional

	B	B	p
Constante	94,414		<,001
Gradiente profesional	5,205	,129	<,001
Complejidad de los pacientes atendidos	2,986	,151	<,001
Doctorado	19,254	,174	<,001
Entorno de práctica	-2,983	-,130	<,001
Satisfacción centro de trabajo actual	4,586	,116	<,001
Satisfacción autonomía laboral	7,080	,207	,007

R²: 21; VIF máximo 1,47 y Tolerancia mínima 0,68

Asimismo, se analizó el nivel de autonomía percibida en función del entorno de práctica, encontrando diferencias significativas a favor de AP ($z = 39,97$; $<0,001$) (Gráfico 7: Grado de satisfacción con la autonomía laboral en función del entorno de práctica

Gráfico 7: Grado de satisfacción con la autonomía laboral en función del entorno de práctica



7. DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta tesis fue analizar la distribución de competencias avanzadas autopercibidas en enfermeras generalistas, especialistas y de práctica avanzada en España.

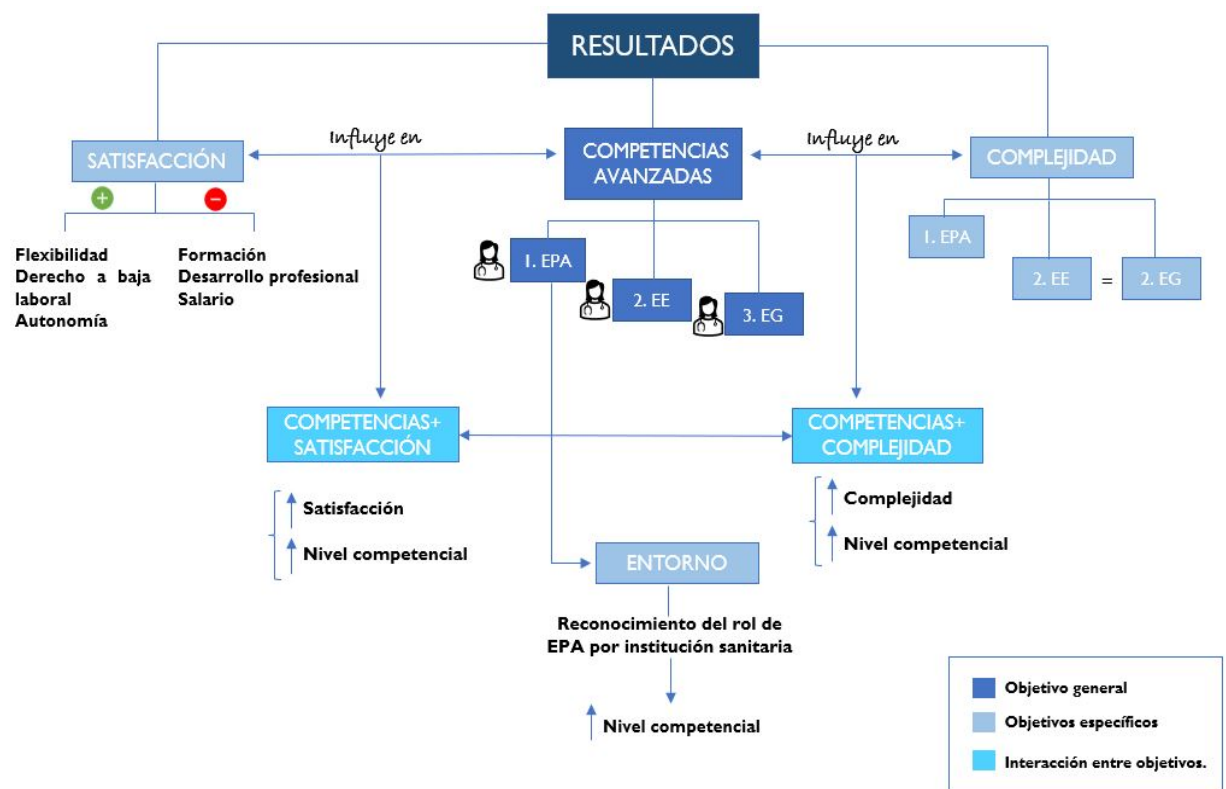
La distribución por sexos de las personas participantes mostró una mayor predominancia femenina, donde más de tres cuartas partes de la muestra era mujer. Esta distribución fue similar a la de profesionales de enfermería en España segregados por sexo, donde el 84,1% eran mujeres frente a un 25,9% de hombres (INE, 2020). Estos datos concuerdan, además, con la evolución histórica de la profesión enfermera, en la que se ha ido observando a lo largo de los años una mayor representación de mujeres enfermeras (Bullough & Bullough, 1981; Sellán Soto, 2010).

En cuanto al perfil profesional de las enfermeras, a pesar de no realizar un muestreo aleatorio estratificado para cada especialidad debido a la inexistencia de registros de profesionales que ejercen EPA en España, se obtuvo representación suficiente de todas las especialidades vigentes en España salvo para 2 de ellas. Fueron las especialidades de Enfermería del Trabajo y Enfermería Geriátrica las que estuvieron infrarrepresentadas, de acuerdo a la división por estratos de especialidades enfermeras de España (Consejo General de Enfermería, 2017). La baja tasa de respuesta obtenida por parte de estas EE podría explicarse a través del número de plazas ofertadas para estas especialidades. Estas dos especialidades enfermeras son las que menos plazas han ofertado a lo largo de los años para el programa EIR, y que en

la actualidad, continúan ofreciendo un número de plazas muy limitado (74 para Enfermería del Trabajo y 81 para Enfermería Geriátrica para este año 2023 en todo el territorio español) (BOE, 2022c).

Respecto a los resultados de los objetivos, tanto general como específicos, para facilitar su abordaje en la discusión van a ser clasificados en 4 bloques que hacen alusión a los objetivos previamente establecidos: competencias avanzadas, complejidad, satisfacción y entorno EPA. Estos 4 elementos, además, ejercen influencia los unos en los otros y establecen relaciones entre sí. En la Figura 12 se observa el marco conceptual que resume los resultados obtenidos.

Figura 12: Estructura de la discusión con arreglo al marco conceptual del estudio y a los resultados obtenidos



Elaboración propia.

En lo referente a las competencias avanzadas, esta tesis pretendía analizar el nivel de competencias avanzadas autopercibidas de las enfermeras españolas en base a su perfil de desarrollo profesional, es decir, conforme a si eran EGs, EEs o EPAs.

El análisis de los datos reveló que las EPAs fueron las que alcanzaron puntuaciones más elevadas en las 8 dimensiones que componen el IECEPA, así como en la puntuación global obtenida de este cuestionario. Las dimensiones en las que las EPAs destacaron especialmente fueron las de investigación y PBE, autonomía, liderazgo y consultoría y gestión de cuidados, con una diferencia en la mediana de 4 puntos respecto a las EEs, y hasta 5 puntos de diferencia en la mediana con las EGs. Estos hallazgos van en línea con estudios previos realizados en España (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019; Sastre-Fullana et al., 2017; Sevilla Guerra et al., 2018). Estas dimensiones, además, hacen referencia a las competencias propias de la EPA de acuerdo con algunos autores. Así, en los marcos conceptuales de Hamric et al., (1996) y Mantzoukas & Watkinson (2007), el liderazgo, las competencias investigadoras, así como la mentoría y asesoramiento a compañeros, son considerados como algunos de los atributos esenciales de estas enfermeras. Asimismo, Reimanis et al., (2001) incluía también a la autonomía como un elemento clave para la práctica avanzada en enfermería.

En una revisión llevada a cabo por Sastre-Fullana et al., (2014) cuyo objetivo era identificar las competencias de la práctica avanzada enfermera a nivel internacional, se observó que en 16 de los 29 países

incluidos en el estudio se encontraban las dimensiones de investigación, liderazgo, consultoría y entrenamiento, y juicio clínico experto, constituyendo un 44,29% de las dimensiones encontradas en todos los países.

Competencias enfermeras avanzadas, investigación y transferencia de conocimiento en los sistemas de salud

La práctica basada en la evidencia disminuye la brecha entre la investigación y la práctica asistencial tradicional, permitiendo brindar a los pacientes una mejor atención sanitaria ofreciendo cuidados basados en la ciencia y reduciendo la variabilidad clínica. Aunque los roles de práctica avanzada no surgieron específicamente para la transmisión de evidencias científicas, se ha observado que las EPAs emplean este estilo de práctica para la atención a sus pacientes en distintos contextos de atención (Hako et al., 2022; Naylor et al., 2018; Speroni et al., 2020). Esto se debe a que la PBE es un atributo fundamental en la práctica diaria de estas profesionales y, en determinadas situaciones, posee más competencias relacionadas con esta dimensión que otros roles enfermeros (Brown, 2014; Melnyk et al., 2014; Rodríguez Calero et al., 2019). Formular procedimientos y protocolos basados en la evidencia, enseñar a tomar decisiones en base a la evidencia científica, integrar los conocimientos adquiridos a través de la investigación y aplicarlos a su práctica, evaluar los resultados obtenidos a través de la PBE, divulgar la mejor evidencia a pacientes, grupos, compañeros... Son algunas de las funciones que realizan (Bell, 2020). Asimismo, incorporar la PBE para el

cuidado de los pacientes permite brindar una atención más segura y de mayor calidad, así como mejora los objetivos de salud de los pacientes (Shirey et al., 2011), tales como mejora en el control de síntomas por parte de los pacientes, reducción de las visitas a urgencias, disminución de las complicaciones asociadas al ingreso hospitalario y mejora de la calidad de vida de los pacientes (Barnes-Daly et al., 2018; González-María et al., 2020; Wilson & Mooney, 2020). No obstante, cabe mencionar que el manejo de la evidencia científica para la práctica profesional es una competencia común a toda la práctica enfermera indistintamente del rol que se adquiere durante la formación de grado (BOE, 2008a).

Por último, cabe resaltar la notable influencia que el entorno de práctica ejerce sobre las enfermeras a la hora de desempeñar una práctica basada en la evidencia y cómo elementos relacionados con el empoderamiento, y el liderazgo pueden determinar un mayor o menor enfoque de práctica basada en la evidencia (Teixeira et al., 2022). Se ha comprobado el efecto de influencia positiva de las EPAs hacia la práctica basada en la evidencia sobre el resto de enfermeras (Gerrish et al., 2011) y puede constituir en sí mismo una estrategia institucional de mejora de la efectividad de la práctica y de transferencia de conocimiento en el medio sanitario, como algunas recientes experiencias en nuestro país han demostrado (Pol-Castañeda et al., 2022).

Competencias enfermeras avanzadas y roles de consultoría

La consultoría es considerada otro de los atributos principales de la EPA. La consultoría tiene por objetivo mejorar la atención de paciente

y/o aumentar las habilidades de la persona que realiza la consulta. Las actividades relacionadas con la consultoría pueden darse en un entorno interprofesional, es decir, a compañeros de diferentes disciplinas, o puede darse dentro del entorno enfermero (Tracy et al., 2019). En algunos países como Reino Unido o Australia se ha dado un paso más, definiendo puestos de enfermeras consultoras, en roles avanzados, que actúan con un gran liderazgo clínico, un gran reconocimiento y valoración por parte del resto de miembros de los equipos asistenciales y sobre todo por su capacidad de influencia gracias a su liderazgo asistencial (Giles et al., 2018; Wong et al., 2017). No se dispone de estudios que hayan determinado si la definición específica de este rol como consultor en las EPAs tiene mayor impacto que la asunción intrínseca de esta función en los servicios de EPA existentes y es una línea que merece más desarrollo en futuras investigaciones.

Competencias enfermeras avanzadas y liderazgo

En relación con el resto de las dimensiones en las que la EPAs sobresale especialmente, cabe destacar que tanto la autonomía como el liderazgo son consideradas competencias esenciales para el desempeño adecuado de la práctica avanzada, y se encuentran más desarrolladas en estas profesionales que en el resto de enfermeras (van Kraaij et al., 2020). En los marcos conceptuales de Hamric et al., (1996) y Manley, (1997) , el liderazgo clínico era uno de los atributos esenciales que brinda a las enfermeras la capacidad de influir en el comportamiento de otros (Weiss & Tappen, 2015), así como para Reimanis et al., (2001) la autonomía

permite la independencia para la toma de decisiones. Las habilidades relacionadas con el liderazgo parecen ser fundamentales para el correcto desarrollo e implementación de estos roles, así como también sucede con la autonomía (Dowling et al., 2013; Heinen et al., 2019).

El liderazgo lleva implícita la competencia y habilidad clínica de los profesionales, tanto para las EPAs como para otros profesionales. Esto hace que el resto de compañeros asocien a una persona con un alto grado de expertía clínica y que sea capaz de mejorar la calidad de la atención y cuidado del paciente, como un líder (Heinen et al., 2019; Mantzoukas & Watkinson, 2007). Del mismo modo, de un líder también se espera que contribuya tanto al avance de su profesión, como al de su sistema de salud, que apoye y enseñe a compañeros, y que colabore en la creación de un espacio de trabajo basado en el apoyo entre profesionales (Bender et al., 2016; Bryant-Lukosius et al., 2017).

Dadas todas estas acepciones, en la literatura se distinguen entre cuatro tipos diferentes de liderazgo: el clínico (centrado en los objetivos de salud y necesidades del paciente y su entorno), el profesional, el de sistema sanitario (hace referencia a liderar a nivel organizacional [centrado en el desarrollo de la profesión enfermera] y participar en la toma de decisiones a nivel de gestión) y el de políticas de salud (centrado en participar en la creación de políticas de salud a nivel local, estatal o nacional) (Tracy et al., 2019).

Otro estilo de liderazgo que actualmente se encuentra en auge por los buenos resultados que ofrece en términos de seguridad del paciente,

es el liderazgo transformacional. Este modelo de liderazgo presenta unas características que ejercen un impacto positivo en el rendimiento de la atención sanitaria, creando así una cultura de seguridad en la atención al paciente (Fischer, 2016) mediante la atención centrada en el paciente y la reducción de eventos adversos. Asimismo, se ha observado que este tipo de liderazgo promueve el trabajo en equipo, y reduce los intentos de abandono laboral, mejorando así la calidad de la atención (Ferreira et al., 2022). No obstante, es un campo en el que se necesita investigación para determinar en qué medida el liderazgo transformacional que puedan ejercer las enfermeras de práctica avanzada se asocia a resultados asistenciales y a la calidad de la atención.

Sin embargo, la teoría y la práctica no van siempre de la mano, y que estas enfermeras estén capacitadas para ejercer estas funciones, no significa que en la actualidad desarrollen todo su potencial en todas sus áreas de trabajo. Como se ha visto a lo largo de la introducción, la enfermería entendida como una profesión y no como una labor altruista desarrollada por personas con la vocación de cuidar y ayudar a los demás, que apenas tiene un siglo de existencia. Esta visión de la enfermera tan extensa a lo largo de los años no ha facilitado precisamente el desarrollo de la profesión y la instauración de roles avanzados enfermeros (Pearson et al., 2006).

Adicionalmente, el desarrollo del liderazgo enfermero es un proceso complejo marcado por los continuos y vertiginosos cambios sufridos por el sistema sanitario, así como se ve influido por características personales

de cada profesional, demandas del paciente o de la propia institución en la que trabaja (Denker et al., 2015; Elliott et al., 2016). En la actualidad, las EPAs continúan encontrándose barreras para desempeñar su rol como líderes. Una de ellas, es la falta de definición de su liderazgo en la práctica clínica. Sin una clara demarcación, junto con sus competencias bien delimitadas, este liderazgo puede sufrir oscilaciones dependiendo del contexto. Para ello, es necesario identificar qué atributos se esperan de las EPAs como líderes, e incluir esta información en los programas y planes de estudios de práctica avanzada de la enfermería. Esto permitiría, no solo que los profesionales que se quieran formar como EPA puedan ser líderes clínicos y profesionales competentes, sino que además, estén capacitados para el liderazgo político y organizacional (Heinen et al., 2019).

Asimismo, en ocasiones este concepto y el de gestión son confundidos entre sí. Por norma general, se esperan ciertos atributos propios de un líder de cualquier persona que ostente un cargo de gestión (supervisión, jefatura, dirección), aunque esta gestión esté más centrada en la consecución de objetivos para la organización. Sin embargo, el liderazgo enfermero no necesariamente ha de estar ligado al desempeño de puestos de gestión, sino que debe consolidarse en la toma de decisiones clínicas, motivando a otros para trabajar de forma efectiva para alcanzar objetivos comunes, como puede ser mejorar la asistencia, reducir costes, tener un enfoque ético en la práctica asistencial, o mediante la consultoría anteriormente mencionada...En España esta confusión puede estar debida a que el único modelo de desarrollo

profesional que las enfermeras han podido disfrutar durante décadas ha sido el de la promoción a través de la gestión, siendo el único espacio de liderazgo posible que encontraban, sobre todo en el contexto de atención hospitalaria, donde la cultura organizacional está muy jerarquizada (Hernández Martín et al., 1997). Que las enfermeras ejerzan roles de liderazgo desde su práctica clínica no es algo a lo que estén acostumbradas las organizaciones sanitarias en España y las EPAs no han sido ajenas a esta herencia cultural.

Otro de los motivos por los cuales la EPA no termina de ejercer su liderazgo tiene carácter contextual, ya bien sea por la pesada carga de trabajo o la falta de apoyo de las organizaciones y compañeros. Habitualmente, esta ausencia de respaldo por parte de otros profesionales sanitarios se da por falta de comprensión sobre el rol de la EPA e incluso por el temor que sienten otros profesionales sanitarios de que estas enfermeras interfieran en sus funciones (Elliott et al., 2016).

Competencias enfermeras avanzadas y la autonomía de la práctica

Situaciones similares suceden con el ejercicio de la autonomía. Todas las enfermeras deberían poder ejercer con toda la autonomía que su educación y formación le permita, ya sea de forma individual o en colaboración con otros profesionales. Sin embargo, a menudo se ven obstaculizadas por políticas institucionales, leyes y demás barreras impuestas por las organizaciones sanitarias (National Academy of Medicine & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). Contar con el respaldo de los gestores de las

instituciones, así como disponer de la confianza de profesionales médicos que compartan responsabilidades y compañeros que se apoyen entre sí, han sido descritos en la literatura como facilitadores a la hora de ejercer el liderazgo (Casey et al., 2019; van Kraaij et al., 2020).

Del mismo modo, la disputa por el clásico y jerárquico liderazgo carece de sentido cuando se presentan alternativas como la del liderazgo compartido o colectivo: una forma de trabajo en la que el mando se distribuye entre varios miembros del equipo, en función del contexto y las habilidades requeridas para cada tarea (Thusini & Mingay, 2019). Este concepto, conocido desde hace un tiempo atrás, se sustenta en la dificultad que implica que una única persona posea todos los conocimientos y habilidades para liderar todos los aspectos y ámbitos laborales.

En una revisión sistemática (D’Innocenzo et al., 2016), se observó que el liderazgo compartido mejora el rendimiento y fomenta el trabajo en equipo. Además, se vio que actúa como una herramienta eficaz ante situaciones de alta complejidad que requieran de la colaboración de diferentes profesionales a distintos niveles. Análogamente, este modelo podría ofrecer niveles de productividad mayores en aquellos equipos en los que se realice un trabajo más interdependiente en el que se compartan objetivos comunes, como podría ser en el entorno de la atención sanitaria. No obstante, a pesar de los posibles beneficios que aporta, el liderazgo compartido no debe ser considerado un remedio universal y

válido para todos los contextos, pero sí que debería plantearse como una alternativa al liderazgo vertical.

Todo esto podría contribuir a la creación de un ambiente de trabajo basado en el respeto e igualdad entre compañeros, y eso a su vez, podría influir en la calidad de la asistencia brindada (West et al., 2014). Y es que, como se ha mencionado anteriormente, el entorno laboral ejerce un papel muy importante, ya que puede facilitar o impedir la proliferación del liderazgo enfermero. A nivel administrativo, las principales barreras para su desarrollo tienen un planteamiento más económico, y es que en algunas instituciones, las enfermeras no son vistas como generadoras de ingresos en comparación con los médicos (Denker et al., 2015), aunque este último planteamiento es propio de otros países en los que no existe Estado de bienestar, sistema del que España lleva gozando muchos años.

Sin el soporte de directivos y gestores de salud, de compañeros sanitarios pertenecientes a otras profesiones e incluso de las propias enfermeras, las EPAs no podrán ejercer su liderazgo y cumplir así con sus responsabilidades (Begley et al., 2013; Hahn, 2019). Asimismo, además de contar con el apoyo de compañeros y jefes, es necesario que las instituciones reconozcan y regularicen formalmente los roles de EPA, ya que de lo contrario, tampoco se permitirá que la práctica avanzada se desarrolle a su máximo exponente (Casey et al., 2019; Elliott et al., 2016).

Competencias enfermeras avanzadas y reconocimiento a nivel institucional

Los resultados revelaron que las EPAs que trabajaban en instituciones sanitarias donde se había formalizado su rol, tenían un mayor nivel de competencias frente aquellas enfermeras cuya institución no reconocía su puesto EPA. Estos hallazgos no hacen más que corroborar lo que otros autores han señalado previamente: la falta de regulación y reconocimiento por parte de la institución puede limitar su capacidad para ejercer plenamente en base a su educación y formación (Casey et al., 2019; Goemaes et al., 2016; Poghosyan et al., 2013; Torrens et al., 2020). Algunos autores llegan más lejos, como es el caso de O’Keeffe et al., (2015) quienes en un estudio realizado en Irlanda sugieren que debería ser obligatorio que las organizaciones y los organismos profesionales reconociesen públicamente su apoyo a los servicios de práctica avanzada.

En el caso de España, el reconocimiento de la práctica avanzada a nivel institucional se hace especialmente difícil. En la revisión llevada a cabo por Torrens et al., (2020), se evidenció que una de las principales dificultades a la hora de implementar estos roles era la falta de conocimiento y la confusión conceptual existente en torno a estos roles. Si en el contexto internacional ya resulta complejo clarificar estos conceptos, la coexistencia de roles avanzados, especializados, así como los diferentes niveles de la carrera profesional, no facilitan esta tarea.

Este hecho se hace latente en esta tesis doctoral en base a las respuestas obtenidas a la pregunta “descripción del puesto EPA”. Las enfermeras participantes debían contestar previamente si eran EPAs o no, y en caso afirmativo, debían describir la denominación de su puesto. Muchas de las respuestas obtenidas dejaban en evidencia que un elevado número de profesionales confundían estos roles con puestos de gestión, especialidades enfermeras, experiencia en un área determinada o niveles de la carrera profesional, la cual, sí tiene un reconocimiento formal mediante la acreditación a nivel profesional, que es un sistema empleado por varias CCAA, como es el caso de Andalucía. Por ese motivo, esta variable tuvo que ser recodificada hasta en 72 ocasiones. Del mismo modo, cabe recordar que en España la aparición y consolidación de roles avanzados coinciden en el espacio y el tiempo con las especialidades enfermeras, haciendo la confusión entre ambos roles, aún más notoria (Morales Asencio, 2012).

Especialidades enfermeras y EPA en España

Retomando el análisis de las competencias en base a su perfil profesional, en el caso de las EEs y las EGs apenas hubo diferencias en su nivel competencial. Las diferencias que se obtuvieron al comparar las puntuaciones en el IECEPA en base al perfil profesional, fueron prácticamente insignificantes entre las EEs y EGs, distanciándose en 1 punto de la mediana únicamente en las dimensiones de liderazgo, investigación y PBE, autonomía y educación profesional, a favor de las EE.

Estos resultados no van acordes a la definición propuesta por el CIE para la EE (ICN, 2020), de la que se deduce que si un profesional está cualificado para aplicar conocimientos avanzados en una rama específica de la enfermería, debe poseer un mayor grado de competencia que otro sin especialización adicional (Affara, 2009).

Sin embargo, estos hallazgos podrían haberse dado a consecuencia de la particular situación que se vive en España con las especialidades enfermeras. A pesar de que en este país exista un sistema de formación especializada como es el programa EIR, esto no se traduce necesariamente en la regulación formal de la práctica especializada en el país.

En la actualidad, no todos los sistemas de salud de las CCAA cuentan con puestos específicos y bolsas de trabajo exclusivas para todas las especialidades, siendo la especialidad de enfermera obstétrico-ginecológica, la única que se encuentra completamente consolidada en todas las CCAA (Consejo General de Enfermería, 2023). Actualmente, algunas comunidades como Castilla la Mancha (Gobierno de Castilla-La Mancha, 2019), la Comunidad Valenciana (Asociación de Enfermería Comunitaria, 2013), Aragón, Islas Baleares, Islas Canarias o Extremadura (Consejo General de Enfermería, 2019) han implementado plazas para todas las especialidades. No obstante, el reducido alcance en el número de plazas, así como la escasa frecuencia en la que se llevan a cabo las convocatorias para las especialidades, tampoco permiten que estos profesionales ocupen puestos para los que se han formado. Hoy día,

continúa sin resolverse la implementación de las especialidades por todo el territorio español (Consejo General de Enfermería, 2022a), y es que el número de plazas ofertadas para la formación especialista continúa siendo insuficiente para atender las necesidades de cuidados especializados (Consejo General de Enfermería, 2022b). Por otra parte, no todas las CCAA tienen regulada la designación de puestos específicos de enfermeras especialistas, aunque algunas ya han comenzado a hacerlo. Esto supone que EGs puedan trabajar en servicios especializados como unidades pediátricas o de salud mental, mientras que una EE puede ocupar un puesto de trabajo en una unidad médica o quirúrgica donde no se requiera de una especialización enfermera.

De este modo, es posible que enfermeras que posean una especialidad no lleguen a ejercer su rol de especialista y, por tanto, no puedan aplicar las habilidades y conocimientos adquiridos durante su proceso formativo y el consiguiente desarrollo de sus competencias. No obstante, esta información no pudo ser contrastada con los datos obtenidos en este estudio. Se trató de realizar un análisis en el que se comparase el nivel de competencias de aquellas EEs que ejercían como tales frente a las que no, pero dada a la escasa respuesta obtenida para la pregunta “¿ejerces actualmente como EE?”, estos análisis no se pudieron llevar a cabo.

Estos resultados, además, son difíciles de extrapolar a otros países dado que el concepto de especialidad enfermera varía en función del país, existiendo una gran heterogeneidad entre sus programas formativos,

niveles de acreditación, regulación y ámbito de práctica (Dury et al., 2014; Ranchal et al., 2015). Igualmente, en algunos contextos internacionales asocian a la especialista con la CNS, uno de los roles más desarrollados de la práctica avanzada (ICN, 2020) que no guarda relación con la EE española.

Competencias avanzadas, especializadas y complejidad de pacientes atendidos

Por otro lado, además del análisis del nivel competencial de las enfermeras, se quiso conocer el nivel de complejidad de los pacientes atendidos por las personas participantes en el estudio, y analizarlo en base a su perfil profesional.

De acuerdo con las respuestas de las enfermeras participantes, los pacientes con un mayor nivel de complejidad fueron principalmente atendidos por las EPAs, seguidos de las EGs y de las EEs. Esa mayor complejidad de los pacientes cuidados por las EPAs pueden ser un reflejo de la labor de la EGC. Como se mencionó en la introducción, este es el rol más desarrollado y extendido por toda España (Morales-Asencio, 2014), y son estas profesionales, las que se encargan principalmente del cuidado de los pacientes con patologías crónicas complejas (Morilla-Herrera et al., 2016; Solé-Casals et al., 2018).

Sin embargo, una vez más, se pone de relieve la ausencia de diferencias entre EEs y EGs. Quizá estos resultados hayan sido a

consecuencia de la interpretación personal y subjetiva de los profesionales del término complejidad.

El concepto de complejidad es dispar en la literatura debido, principalmente, a la multitud de enfoques desde el que puede abordarse. No existe una única definición de complejidad que sea válida, dada la gran heterogeneidad de pacientes que presentan necesidades complejas (Blumenthal et al., 2016). En función del enfoque con el que sea interpretada, los criterios de complejidad varían.

En términos generales, un enfoque bastante habitual para definir la complejidad es en base a la presencia de varias enfermedades crónicas y multimorbilidad, y todos los desencadenantes que estas acarrearán (factores biológicos, sociales, utilización de recursos, etc.) (Grant et al., 2020; Grembowski et al., 2014). Por otro lado, la Academia Nacional de Medicina, clasifica a los pacientes complejos en 6 categorías en base a criterios clínicos y funcionales: pacientes crónicos múltiples, grandes crónicos complejos, niños con necesidades complejas, ancianos frágiles, discapacitados no ancianos, y pacientes con enfermedad avanzada (Long et al., 2017).

Sin embargo, en la revisión llevada a cabo por Davis et al., (2021) se llegaron a identificar hasta un total de 90 poblaciones complejas diferentes. Estos grupos de pacientes se clasificaron en base a 6 dominios diferentes: coste de la atención sanitaria, utilización de servicios de salud, edad, nivel de renta, problemas de salud, y un último dominio basado en criterios subjetivos (como derivaciones a otros profesionales o el grado de

autonomía). Los dos primeros dominios se emplearon para estratificar, y los otros cuatro para segmentar. Además, en algunos de los artículos incluidos, se empleaban varios de estos enfoques en combinación para determinar el nivel de complejidad de las poblaciones.

Esta combinación de enfoques puede dar lugar a lo que se conoce como complejidad acumulativa, un concepto en el que los factores clínicos y sociales se entremezclan e interactúan para configurar el acceso a la utilización de los servicios de salud y, a su vez, influyen directamente en los objetivos de salud del paciente. Además, estos factores se retroalimentan entre sí, y se acumulan a lo largo del tiempo (Shippee et al., 2012).

Otros autores tienen en cuenta, además, otros factores al margen de los citados previamente. El ciclo de la complejidad de Zullig et al., (2016) pone en el centro de su modelo la salud del paciente que se encuentra englobada dentro de las preferencias y expectativas del mismo. Estas, a su vez, interaccionan con factores como la capacidad y resiliencia, el acceso y la utilización de los recursos, reagudizaciones y la carga de la enfermedad (entendida como el esfuerzo que realizan los pacientes para manejar sus actividades de la vida diaria con su patología). Este modelo, además, incluye factores a nivel interpersonal, organizacional y de la comunidad. Asimismo, los autores establecen que este ciclo es dinámico y que las necesidades del paciente pueden ir modificándose a lo largo del tiempo.

En el caso de este estudio, la complejidad ha sido interpretada desde la perspectiva del gradiente presentado previamente en la introducción (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019). Por una parte, se debía tener en cuenta la esfera clínica del paciente y la necesidad de cuidados que requería, es decir, cuan vulnerable eran los pacientes que atendían estas profesionales o cuan alteradas estaban sus necesidades. Por otro lado, había que integrar también la necesidad de coordinación de cuidados: esto es, cuantas transiciones necesitan o cuántas personas hay implicadas en su atención. Y, por último, debía ser tomado en consideración el nivel de competencias que debían tener estas enfermeras para poder brindarle la mejor atención posible a los pacientes.

Vista la gran variedad de modelos existentes, es posible que la interpretación personal de cada profesional haya podido influenciar en sus respuestas. Quizá algunas de las personas participantes tuvieran en cuenta la perspectiva clínica a la hora de responder y no contemplaron otros factores como los sociales. Por ejemplo, un paciente de 52 años ingresado en una UCI con necesidad de ventilación mecánica invasiva, drogas vasoactivas, manejo de hemofiltración y que requiere de un balón de contrapulsación, es un paciente con un nivel de complejidad elevado. Sin embargo, un paciente de 78 años con insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus tipo II, hipertenso, con afrontamiento ineficaz, polimedicado, no cumplidor del tratamiento farmacológico, sin apoyo social, cuidador de su mujer con demencia, y con una renta de 700€, también sería un paciente complejo. Es decir, dependiendo del prisma

desde el que se evalúe la complejidad, la percepción del evaluador puede variar.

Por otro lado, el nivel de formación de las profesionales también podría haber influido en sus respuestas. Quizá enfermeras noveles con un menor nivel de expertía en competencias de valoración y juicio clínico, interpreten como complejos a pacientes que quizá otras profesionales más expertas no los consideran como tales, y viceversa. Asimismo, el nivel de autoconfianza (en ocasiones más bajo en las enfermeras recién graduadas (Zhang et al., 2022) por su falta de práctica y experiencia profesional (Zamanzadeh et al., 2014)) podría alterar la percepción de las enfermeras, ya que las competencias clínicas y la autoconfianza se encuentran estrechamente relacionadas entre sí (Davis et al., 2012). Este concepto tiene como atributos la autoconciencia, la constancia y la convicción del éxito personal en el ámbito clínico (White, 2009).

A estas mismas conclusiones se llegó en un estudio en el que se pretendía evaluar qué factores influían en la percepción de los profesionales sanitarios sobre pacientes con VIH (Ben-Menahem et al., 2021). Se observó que, para el personal sanitario, el nivel de complejidad del paciente dependía de la sensación de control que sentían sobre el caso, es decir: la capacidad para valorar y diagnosticar al paciente, para evaluar el alcance de las opciones de tratamiento disponibles y tener bajo control el estado de salud del paciente aplicando el tratamiento seleccionado. Los participantes además, destacaron que la experiencia y la expertía previa juega un papel crucial en la interpretación de la

complejidad. Sin embargo, en este mismo estudio, otros participantes apuntaban que, cuanto mayor era su experiencia, eran más conscientes de otro tipo de complejidad no percibida anteriormente, ya que a medida que la experiencia aumenta, se tiene una visión más amplia del paciente y se reconocen una serie de factores que previamente no eran tenidos en consideración.

Estos resultados plantean la pregunta de si verdaderamente se está sacando todo el rédito posible de las enfermeras y si están desempeñando su trabajo en unidades adecuadas a sus atributos profesionales. De acuerdo con el gradiente, aquellas enfermeras con un nivel de competencias más elevado deberían tratar a pacientes con mayor nivel de complejidad. A pesar de que esta premisa se cumple con las EPAs, no sucede lo mismo con las EEs. Estos hallazgos invitan a reflexionar sobre la pertinencia de invertir en un programa de formación específica de dos años que habilita y capacita para el ejercicio especializado, que no está siendo explotado en los contextos de atención ni con los pacientes adecuados.

Satisfacción profesional

Otro de los objetivos específicos fue conocer el grado de satisfacción de las enfermeras con algunas cuestiones de su trabajo, así como ver qué aspectos del perfil profesional de las enfermeras afectaban a su nivel de satisfacción. En el análisis descriptivo se observó que las enfermeras estaban satisfechas con su trabajo actual, y más concretamente con la

flexibilidad horaria que les ofrecía, el derecho a bajas por enfermedad y su autonomía laboral.

El análisis bivariante desveló que las EPAs, en términos generales, estaban más satisfechas que las EGs en todas las áreas relacionadas con la satisfacción, y tan solo en algunas con respecto a las EEs. A su vez se observó que no existían diferencias significativas entre el grado de satisfacción de las EEs y las EGs. Sin embargo, al trasladar estos datos a un modelo de regresión multivariable se observó que las EEs sí que presentaban mayores niveles de satisfacción que las EGs, y que, a su vez, estas diferencias eran más notorias a las obtenidas entre las EPAs y las EGs, y las EPAs y las EEs las cuales, además, no fueron significativas. A pesar de estas diferencias entre el modelo bivariante y multivariante, la interpretación de ambos análisis es la misma, pero su explicación se lleva a cabo mediante diferentes variables. Mientras que en el modelo bivariante la satisfacción es mayor en las EPAs, en el multivariante lo son las enfermeras con un mayor nivel de competencias, que, de acuerdo con nuestros hallazgos, corresponde con la EPA.

Asimismo, este modelo reveló que, a mayor nivel de competencias, más satisfechas se encontraban las enfermeras con aspectos tales como la autonomía, desarrollo laboral, estatus profesional y flexibilidad laboral. De todos ellos, la autonomía presentaba mayor peso en el modelo, y es que como se ha mencionado previamente, la autonomía es un elemento clave para el desarrollo de sus competencias, y por ende, influye directamente en su satisfacción de forma positiva (Halcomb et al., 2018;

Kelly et al., 2022; Lee & Chang, 2022; Poghosyan et al., 2017). Este hecho no solo afecta a las enfermeras que trabajan en el ámbito clínico exclusivamente, ya que también se ha observado que, en enfermeras que ostentan puestos de gestión, la falta de autonomía también afecta a su nivel de satisfacción (Keith et al., 2021). También se ha observado que la falta de reconocimiento profesional, así como la falta de apoyo a nivel organizacional, administrativo y por parte de compañeros, genera índices de satisfacción más bajos entre las enfermeras (Bautista Reina & Serrano-Gallardo, 2021; Delobelle et al., 2011; Polat & Terzi, 2021). Y, sin embargo, el aumento en la satisfacción de las enfermeras asegura una asistencia sanitaria de alta calidad, un incremento de la productividad de los trabajadores, menores índices de abandono y absentismo laboral, reducción del riesgo de burnout, y un aumento de la satisfacción de los pacientes (Liu et al., 2016; Lu et al., 2019; Specchia et al., 2021; Spence Laschinger et al., 2016). También se ha observado en la literatura que, a mayores índices de satisfacción laboral, aumentan la motivación por el aprendizaje y actualización de conocimientos (Davis et al., 2016).

Los hallazgos obtenidos para el último objetivo específico iban en consonancia con estos resultados, ya que se quiso analizar qué factores relacionados con el perfil profesional de las enfermeras influían en su nivel de competencias avanzadas. Para ello también se llevó a cabo un análisis multivariante en el que de nuevo se tuvieron en consideración aspectos relacionados con la satisfacción, además de otros factores del perfil profesional de las enfermeras, entre ellos la formación posgrado y

el entorno de práctica: las EPAs que presentaban un mayor nivel competencial, eran aquellas que atendían a los pacientes más complejos, que se encontraban en posesión de un doctorado y que ejercían en atención primaria. Estos cuatro ingredientes hacían que tuviesen mayor satisfacción laboral con su centro y su autonomía general.

La posesión del título de doctor supone una mayor formación en un área determinada, y a su vez, esto se traduce en un mayor nivel de competencias en las áreas relacionadas con la investigación y el liderazgo (van Dongen & Hafsteinsdóttir, 2022). Las enfermeras con títulos de posgrado tienen más desarrolladas sus habilidades relacionadas con el pensamiento crítico, y son capaces de influir en sistemas y procesos encaminados a mejorar los resultados de salud para los pacientes (Wong et al., 2017). Asimismo, genera un aumento en la percepción del conocimiento y habilidades de estas profesionales (Abu-Qamar et al., 2020).

En cuanto al entorno de práctica, que sea atención primaria el área donde los profesionales se encuentran más satisfechos con su centro de trabajo y autonomía, también es algo que ha sido descrito previamente en la literatura (Cameron et al., 2004; Laserna Jiménez et al., 2022). En el caso de España, es en este entorno donde las enfermeras actúan como puerta de entrada a los servicios de salud, y gestionan los cuidados y necesidades de su cupo de pacientes de forma autónoma y con una mayor libertad en la toma de decisiones (Rodríguez-Martínez et al., 2019). También es preciso tener en cuenta que en este contexto asistencial la

cultura organizativa es mucho menos jerárquica que en la atención hospitalaria y que desde su implantación en los años ochenta, las enfermeras comunitarias han tenido una cartera de servicios propia que les ha proporcionado niveles de autonomía. En estudios previos realizados en España se ha comprobado cómo las enfermeras de Atención Primaria tienen una mejor percepción de su entorno de práctica y una mayor actitud favorable a la práctica basada en la evidencia, con respecto a las enfermeras hospitalarias (Pedro-Gómez et al., 2011).

Todo lo comentado anteriormente pone de manifiesto la importancia de la autonomía para que la profesión enfermera sea capaz de desarrollar plenamente su potencial.

7.1 Aplicación de los resultados en el contexto español

Tal y como se ha visto a lo largo de estas páginas, la ambigüedad existente entre los roles avanzados y especializados actúa como barrera, creando confusión tanto en los servicios de salud del territorio español, como en sus profesionales impidiendo el desarrollo de todo el potencial de las EPAs y EEs.

El objetivo de la presente tesis doctoral fue crear un gradiente competencial, que al combinarlo junto con la complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras (y posteriormente, con la necesidad de coordinación de servicios para los pacientes) se conociera

qué perfil enfermero se adecua más a cada uno de los espectros que genera el gradiente.

De acuerdo con investigaciones previas, un mayor nivel formativo y competencial en las enfermeras está asociado con un aumento significativo de la seguridad clínica y evitación de eventos adversos como el reingreso, la morbilidad y la muerte (Aiken et al., 2014, 2017; Harrison et al., 2019). En un estudio realizado por Aiken et al., (2014) se observó que, en aquellos hospitales donde la mayoría de las enfermeras tenían estudios de posgrado, se redujo la mortalidad hasta en un 30% frente a aquellos centros donde las enfermeras no estaban tan cualificadas. Esta reducción de la mortalidad se produjo en aquellos centros donde además de tener un personal de enfermería más cualificado, la ratio enfermera-paciente era de 1:6.

Un incremento en el número de pacientes atendidos por enfermeras supone un aumento de la mortalidad. Disminuyendo la ratio enfermera-paciente, se consigue reducir la mortalidad y las complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria en servicios como las UCIs (Chang et al., 2019; Kane et al., 2007; Needleman et al., 2002). Asimismo, al aumentar la contratación de estas profesionales, se aumenta la seguridad y la calidad de la atención, así como la satisfacción de los pacientes (Aiken et al., 2012, 2014). Esto al mismo tiempo repercute en el gasto sanitario. Lejos de suponer un coste mayor, contratar un mayor número de enfermeras contribuye a reducir el coste sanitario, dado que disminuyendo las ratios, se evitan algunas complicaciones asociadas a

los pacientes, como es el aumento de la estancia hospitalaria, la mortalidad a los 30 días después del alta, mayor número de complicaciones asociadas a la septicemia o los reingresos (Aiken et al., 2014; Dierkes et al., 2021; Kelly et al., 2014; Lasater, Aiken, et al., 2021; Lasater, Sloane, et al., 2021; McHugh et al., 2021).

España, sin embargo, es uno de los sistemas sanitarios más medicalizados de Europa, mientras que el número de enfermeras se mantienen a cotas bastante bajas (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Estas cifras se trasladan a ratios de enfermera/paciente elevadas (Appleby & Camacho-Bejarano, 2014), que a su vez se traducen en mayores nivel de insatisfacción para las enfermeras, y mayor riesgo para la seguridad de los pacientes (Halcomb et al., 2018).

También se ha observado que, entornos de práctica con condiciones laborales adecuadas han sido asociados con reducciones de la mortalidad en pacientes agudos (Olds et al., 2017). Remodelar los entornos de práctica no comporta un gasto económico elevado, sino que requiere rediseñar la cultura interprofesional, y brindar mayor autonomía en la toma de decisiones asistenciales a aquellos profesionales que se encuentran más próximos a los pacientes (Aiken et al., 2011). La relación profesional positiva con los compañeros, la colaboración interprofesional, el apoyo de supervisores, mayor libertad para la práctica independiente, son considerados en la literatura como algunos facilitadores para mejorar el entorno de trabajo de las EPAs (Jean et al.,

2019; Schirle et al., 2020). Asimismo, tal y como se ha visto en este estudio, en aquellos entornos donde el rol de la EPA era reconocido, el nivel de competencias avanzadas de estas profesionales era más elevado. Mejorando estos entornos, se conseguiría producir una sinergia en la que todos los elementos sumasen, e influyesen positivamente entre sí. Es muy plausible pensar que en España no se está aprovechando todo el potencial competencial de las EPAs, ni de las EE, además de que es un hecho la baja dotación de enfermeras en general en todo el sistema sanitario, a excepción de algunas CCAA que sí se acercan a la media europea.

Todas las competencias evaluadas en este estudio estaban presentes en todas las enfermeras independientemente de su perfil profesional. No obstante, las EPAs fueron las que ostentaron el mayor nivel de competencias y atendieron a los pacientes más complejos. Con esta información sobre la mesa, se podrían tomar las decisiones pertinentes que sitúen a cada profesional donde corresponde, dentro del gradiente anteriormente expuesto. Sin embargo, la versatilidad enfermera juega en ocasiones un papel pernicioso en estos asuntos (Mariscal Crespo, 2012), convirtiendo a estas profesionales en sujetos desplazables dentro de un sistema sanitario altamente complejo. El procedimiento actual de contratación mediante bolsas de trabajo basados en un sistema de puntos de acuerdo con los méritos profesionales, no evalúa de forma fidedigna el nivel de conocimientos y competencias que tienen las enfermeras en determinados servicios o unidades, sino que se limita en paliar la necesidad de cobertura de puestos. Además, no hay

una vinculación de especialidades enfermeras a puestos específicos en la mayoría de CCAA, con lo cual, el problema aún se acentúa más. Las enfermeras actúan como tejido conectivo al ser contratadas para ocupar puestos de corta duración en unidades de todo tipo sin tener en cuenta su experiencia previa en otros servicios. Esta es la realidad que se viven en algunas CCAA, como es el caso de Andalucía, donde en ocasiones en un mismo contrato una enfermera puede rotar por servicios totalmente diferentes entre sí. Esta situación de rotación de personal puede repercutir negativamente en la calidad de la atención prestada (Granero-Lázaro et al., 2017).

Por otro lado, tal y como se ha visto, la ocupación de puestos de EGs con EEs de forma indiscriminada supone una infrautilización de las competencias de personas altamente cualificadas. Esto repercute además de forma negativa en la motivación y satisfacción de estas enfermeras, las cuales se ven obligadas a ocupar puestos donde no pueden desempeñar los conocimientos adquiridos durante un programa formativo de dos años. De hecho, ya se ha generado un movimiento asociativo en España (Asociación EIR) fruto de este descontento generalizado entre las enfermeras que obtienen esta formación, para reivindicar una racionalización en la gestión de competencias y puestos de enfermeras especialistas en el SNS (Redacción Médica, 2022). Análogamente, la gestión indiscriminada de estas competencias genera costes en términos de seguridad clínica y produce un gasto evitable para el sistema sanitario (San Martín-Rodríguez et al., 2022).

La cuestión principal que surge del análisis de los gradientes de competencias enfermeras en España, la desregulación de los servicios ofertados, y los sistemas de acceso y acreditación, es hasta qué punto la toma de decisiones y planificación de servicios de nuestro sistema sanitario tiene en cuenta el impacto de determinados servicios de práctica avanzada en los resultados de los pacientes, a la vista del contexto de confusión antes descrito.

La enfermería se encuentra en uno de sus momentos más prósperos a nivel científico, clínico y académico, sin embargo, siguen existiendo limitaciones para el avance de la profesión en las organizaciones sanitarias. Es el momento de abordar todas estas cuestiones y crear un marco regulador para la práctica clínica en servicios avanzados y especializados. En la literatura, algunos autores establecen algunas claves sobre cómo se podrían introducir estos roles (Bryant-Lukosius et al., 2016). La implementación de nuevos roles debe ir unida a una reforma organizativa, donde se tengan en cuenta a nuevas esferas de la atención sanitaria (Camacho Bejarano et al., 2015). Para ello, es necesario que estos perfiles se vinculen a programas formativos específicos y/o nivel de especialización, junto con una cartera de servicios y funciones claramente diferenciadas, así como con reconocimiento retributivo. De ese modo, las EEs, las EPAs, e incluso las EEPAs junto con las EGs podrán coexistir en armonía en el sistema sanitario.

Cabe señalar que las enfermeras no deben asumir toda la responsabilidad cuando se trata de desarrollar propuestas innovadoras

que las sitúen dentro de la ecuación. Como dijo Hiroko Minami, presidenta del CIE durante los años 2005-2009: *“Docentes, responsables políticos, autoridades, la sociedad, profesionales sanitarios pertenecientes a otras disciplinas e investigadores, tienen un papel que cumplir”* (Schober & Affara, 2006).

España requiere de políticas sociosanitarias centradas en las personas, y una toma de decisiones que abogue verdaderamente por la continuidad de los cuidados. De este modo, se podría dar respuesta de forma efectiva a los pacientes en situación de cronicidad compleja (Morilla Herrera et al., 2016), cuyas cifras no paran de ascender (OECD, 2021). En tiempos donde la ayuda y la educación para el autocuidado son de las intervenciones más necesarias para la población, se debería apostar por aquellos profesionales que abordan estas cuestiones, ya sea desde entornos generalistas, especializados o avanzados. Es el momento de tomar las decisiones oportunas que permitan que la enfermería dé todo su potencial de respuesta para hacer frente a los desafíos en salud que la sociedad actual plantea a los servicios de salud.

7.2 Futuras líneas de investigación

Los resultados obtenidos en esta tesis permiten describir con mayor claridad las competencias de las EGs, EEs y EPAs y los espacios que ocupan, de acuerdo con el modelo de los 3 ejes (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2019), es decir, el gradiente competencial de las enfermeras y las necesidades de cuidados de las poblaciones atendidas. Sin embargo, el tercer eje relativo a la coordinación de cuidados en base a las necesidades

de los pacientes no pudo ser evaluado en este estudio, por lo que se recomienda que futuras líneas de investigación vayan encaminadas en analizar este asunto.

En este modelo, además, se hace alusión a la figura de la enfermera especialista de práctica avanzada (EEPA). Sería interesante que en futuros estudios se tratara de dibujar las competencias y funciones que tendría esta profesional, y de este modo, ser tomada en consideración para su posible introducción dentro del sistema sanitario. Queda por dilucidar si la reciente regulación de las áreas de capacitación específica en la especialidades en Ciencias de la Salud son el marco normativo que pudiera dar respuesta a este aspecto (BOE, 2022b).

Aunque en la literatura existen estudios en los que se ha evidenciado que el entorno de práctica influye en la satisfacción de las enfermeras, sería conveniente evaluar de qué forma influye el entorno/contexto a la percepción de las competencias. Este hecho cobra vital importancia, pues como se ha mencionado a lo largo de esta tesis una de las principales barreras para el desarrollo de la práctica avanzada, son los entornos de práctica desfavorables. De este modo se vería, no solo como la influencia del reconocimiento del rol en la institución (como se ha visto en este estudio), sino que se tendrían en cuenta otros factores como la carga de trabajo, número de pacientes atendidos por enfermera, recursos disponibles, relación con compañeros y superior, etc. Todos estos elementos podrían influir a la percepción de competencia de las enfermeras.

Sería interesante, además, evaluar a medio plazo las competencias avanzadas de las EEs en función de la evolución de la regulación de plazas y puestos específicos que la distintas CCAA vayan articulando, en aras de conocer si esto influirá o no positivamente en su pleno desarrollo competencial.

Por último, tal y como se subrayó en la introducción, para favorecer la implementación de nuevos roles enfermeros, es fundamental conocer cuáles son las barreras y facilitadores que existen en este país para el desarrollo de la práctica avanzada desde la perspectiva de estas profesionales. Considerando estas dificultades, facilitaría el diseño de estrategias encaminadas al desarrollo de la práctica avanzada.

Otra importante necesidad de desarrollo y estudio futuro es determinar en qué medida influyen las distintas iniciativas de formación de posgrado en EPA que se están desarrollando en algunas Universidades españolas en el nivel competencial y si ese nivel es similar o distinto del de las EPAs actualmente en ejercicio. Igualmente, el siguiente reto al que han de responder los distintos servicios del SNS es si los mecanismos de selección y definición de puestos de EPA van a estar vinculados a la posesión o no de un mínimo nivel competencial avanzado y qué mecanismos de reconocimiento desarrollarán para ello.

7.3 Limitaciones

Una de las principales limitaciones de esta tesis doctoral es la dificultad existente para extrapolar los resultados obtenidos. Debido a la especificidad de la regulación profesional enfermera en España, se hace

complejo trasladar estos resultados a otros contextos diferentes del nacional. No obstante, estos hallazgos ponen de manifiesto cuáles son las consecuencias que se generan ante la ausencia de un marco normativo regulador para las especialidades enfermeras y la práctica avanzada. Además, también se revela la ineficiencia a la que se incurre cuando los servicios de salud y los organismos académicos invierten en la formación y desarrollo de competencias enfermeras que posteriormente no se implementan. Cabe la posibilidad de que algunos de estos escenarios o factores, puedan encontrarse también en otros países. En consecuencia, estos resultados podrían facilitar la toma de decisiones e invitar a la reflexión a aquellos responsables/autoridades que estén considerando implantar un sistema de especialidades enfermeras y servicios de práctica avanzada. También es una importante limitación el no poder disponer de servicios de EPA en España similares a los que hay desarrollados en EE. UU, Reino Unido, Canadá o Australia con una mayor expansión de competencias de las enfermeras, difícilmente articulables en el contexto actual por las constricciones profesionales que, por tanto, impiden cualquier comparación.

Por otro lado, los datos obtenidos en este estudio podrían contribuir al corpus de conocimiento necesario a nivel internacional para establecer un consenso global que permita reducir la disparidad de criterios entre países con servicios nacionales de salud similares, en lo que se refiere a la evaluación de ámbito del ejercicio de las EEs y las EPAs. La creación y desarrollo de un marco normativo común podría facilitar la movilidad

internacional de enfermeras con alto nivel competencial, beneficiando tanto a las propias enfermeras como a sus empleadores.

Otra limitación encontrada ha sido la baja tasa de respuesta obtenida para algunas variables del cuestionario. Se deberían haber establecido como obligatorias algunas preguntas de la encuesta tales como la formación de posgrado, o en el caso de las EEs, el saber si actualmente estaban ejerciendo como tales. Estos datos nos podrían haber permitido obtener una mayor representación, y así realizar análisis en los que visualizar si estos factores influían directamente en el nivel de competencias avanzadas autopercebidas. Sin embargo, dada la escasa potencia estadística en estos casos, estos análisis no pudieron llevarse a cabo. En futuros estudios, sería conveniente tener en consideración estas variables y realizar estos análisis para esclarecer algunas dudas que quedan latentes en estos resultados.

El tipo de diseño escogido para realizar este estudio también es una limitación, dado que, al tratarse de un estudio transversal no se pueden establecer causalidades entre los resultados obtenidos. Asimismo, la falta de aleatoriedad para la selección de la muestra ha supuesto que algunos perfiles enfermeros estén más representados que otros. Serían necesarios estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de las competencias avanzadas de las EPAs, EEs y EGs en nuestro país y estudiar posibles factores asociados a su despliegue.

Al no disponer de información desagregada en base a cada uno de los perfiles competenciales por CCAA, no se pudo llevar a cabo un análisis

de la adecuación del perfil de respondentes, en el caso de las enfermeras especialistas y las EPAs, suponiendo esto otra limitación para nuestro estudio.

Por último, otra limitación de este estudio es el formato de la encuesta empleada. Al tratarse de un cuestionario autoadministrado, los profesionales podrían no haber respondido de forma sincera a muchas de las preguntas de este al no sentirse observados por otra persona. Asimismo, factores tales como la experiencia y bagaje profesional, la formación adicional, el conocimiento sobre el tipo de pacientes que se tratan... Son elementos que pueden condicionar las respuestas de las personas participantes. Esto podría haber sucedido, por ejemplo, con el concepto de complejidad. Tal y como se ha visto en la discusión, el gran número de acepciones e interpretaciones que tiene podría haber llevado a las personas encuestadas a responder a esta cuestión en base a diferentes criterios. Esto podría haber sido resuelto ofreciendo una explicación en la que se indicara desde qué enfoque se entendía a la complejidad, y de ese modo, asegurar que todos los participantes se refiriesen al mismo tipo de paciente. Algo similar sucede con algunas preguntas que llevan asociada cierta subjetividad como es el nivel de satisfacción. Los factores personales y elementos ajenos al entorno laboral podrían haber influido en las respuestas obtenidas. Para futuros estudios, sería conveniente realizar alguna pregunta que permita discriminar si las situaciones personales pueden ejercer algún tipo de influencia negativa en las respuestas de la satisfacción.

8. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en esta tesis se puede concluir que:

1. En relación con el objetivo general, se comprobó que las enfermeras de práctica avanzada son las que presentan un mayor nivel de competencias avanzadas autopercibidas en todas las dimensiones del cuestionario IECEPA frente a las enfermeras especialistas y las enfermeras generalistas. Las enfermeras especialistas a su vez mostraron tener un mayor nivel de competencias que las enfermeras generalistas en algunas dimensiones, aunque estas diferencias fueron mínimas.
2. En lo que respecta al nivel de complejidad de los pacientes atendidos, fueron las enfermeras de práctica avanzada las que cuidaban de los pacientes más complejos. Sin embargo, no existieron diferencias significativas entre la complejidad de los pacientes atendidos por las enfermeras especialistas y las enfermeras generalistas.
3. En cuanto al entorno de práctica de las enfermeras de práctica avanzada, se constató que en aquellas instituciones donde el rol de práctica avanzada era reconocido a nivel institucional, las enfermeras presentaron un mayor nivel de competencias avanzadas.
4. En torno a la satisfacción de las personas participantes, se observó que las enfermeras con mayor puntuación en el cuestionario IECEPA estaban más satisfechas con la flexibilidad

horaria de su trabajo, sus derechos a bajas por enfermedad, su nivel de autonomía, y en general, se encontraban satisfechas con su puesto de trabajo.

5. Las enfermeras que presentaron mayor nivel de competencias se encontraron más satisfechas con su desarrollo laboral, su estatus profesional, su flexibilidad laboral y su autonomía laboral, siendo esta última uno de los elementos que más influyen en su satisfacción.
6. En lo que concierne al último objetivo específico, fueron las enfermeras de práctica avanzada que atendían a los pacientes más complejos, que eran doctoras, que trabajaban en atención primaria y se encontraban más satisfechas con su nivel de autonomía y su puesto de trabajo, las que presentaron un mayor nivel de competencias.
7. Las futuras líneas de investigación deben ir encaminadas a conocer la influencia que ejerce el entorno en la percepción del nivel de competencias de las enfermeras, así como identificar las principales barreras y facilitadores para el desarrollo de la práctica avanzada. Asimismo, futuros estudios deberían ir encaminados a describir la necesidad de coordinación de cuidados de los pacientes atendidos por las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

- Abad Diez, J. M., Almajano Navarro, M. V., Calvo Gascón, A. M., Chaverri Alamán, C., Corbacho Malo, M. S., Lou Alcaine, M. L., & Marzo Arana, J. (2020). *Cartera de Servicios de Enfermería*. Servicio Aragonés de Salud. <https://www.aragon.es/documents/20127/89933908/Cartera-de-servicios-enfermeria.pdf/1a685a7d-f275-fa2d-2508-344e5867baef?t=1622031910922>
- Abraham, C. M., Norful, A. A., Stone, P. W., & Poghosyan, L. (2019). Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review. *Nursing Economic\$, 37*(6), Article 6.
- Abu-Qamar, M. Z., Vafeas, C., Ewens, B., Ghosh, M., & Sundin, D. (2020). Postgraduate nurse education and the implications for nurse and patient outcomes: A systematic review. *Nurse Education Today, 92*. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104489>
- Affara. (2009). *ICN framework of competencies for the nurse specialist* (Conseil international des infirmières, Ed.). International Council of Nurses.
- Aguilera-Serrano, C., Casado Mora, M. I., Cuevas Fernández Gallego, M., de Andrés Gimeno, B., López Langa, N., & Ruiz Miralles, M. L. (2021). *Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad* (Instituto Español de Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería de España.). <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/70-competencias-enfermeras/1522-competencias-enfermeras-gestoras-paciente-complejidad-14-07-2021>
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals with Different Nurse Work Environments. *Medical care, 49*(12), Article 12. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
- Aiken, L. H., & Fagin, C. M. (2018). Evidence-based Nurse Staffing: ICN's New Position Statement. *International Nursing Review, 65*(4), 469-471. <https://doi.org/10.1111/inr.12499>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *The BMJ, 344*, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium. (2017). Nursing skill mix in European hospitals:

Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559-568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alexander, M. F., & Runciman, P. (2003). *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista*. Consejo Internacional de Enfermeras.
- Al-Mallah, M. H., Farah, I., Al-Madani, W., Bdeir, B., Al Habib, S., Bigelow, M. L., Murad, M. H., & Ferwana, M. (2016). The Impact of Nurse-Led Clinics on the Mortality and Morbidity of Patients with Cardiovascular Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(1), Article 1. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000224>
- Almuedo-Paz, A., Brea-Rivero, P., Buiza-Camacho, B., Rojas-De Mora Figueroa, A., & Torres-Olivera, A. (2011). Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en el desarrollo profesional continuo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(4), 221-227. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.12.005>
- American Nurses Association. (2010). *Nursing's Social Policy Statement: The Essence of the Profession*. Nursesbooks.org.
- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and Standards of Practice* (4.ª ed.). American Nurses Association.
- Amo-Setién, F. J., Abajas-Bustillo, R., Torres-Manrique, B., Martín-Melón, R., Sarabia-Cobo, C., Molina-Mula, J., & Ortego-Mate, C. (2019). Characteristics of nursing interventions that improve the quality of life of people with chronic diseases. A systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(6), Article 6. Embase. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218903>
- Anthony, S. E., & Landeen, J. (2009). Evolution of Canadian nursing curricula: A critical retrospective analysis of power and caring. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6, Article 18. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1766>
- Appleby, C., & Camacho-Bejarano, R. (2014). Retos y oportunidades: Aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*, 24(1), 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
- APRN Consensus Group Work Group & NCSBN APRN Advisory Committee. (2008). *Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education* (p. 41).

https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf

Aragonès, E., Lluís Piñol, J., Caballero, A., López-Cortacans, G., Casaus, P., Maria Hernández, J., Badia, W., & Folch, S. (2012). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project. *Journal of Affective Disorders*, 142(1), 297-305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.020>

Asociación de Enfermería Comunitaria. (2013, junio 11). *La Comunidad Valenciana la primera en definir puestos específicos de Especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria*. <https://www.enfermeriacomunitaria.org>

Ayuso Murillo, D. (2018). Reconocimiento de la prescripción enfermera en España, una batalla a punto de culminar. *Enfermería Intensiva*, 29(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.001>

Baker, E., & Fatoye, F. (2017). Clinical and cost effectiveness of nurse-led self-management interventions for patients with copd in primary care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 125-138. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.010>

Bakerjian, D. (2022). The Advanced Practice Registered Nurse Leadership Role in Nursing Homes: Leading Efforts Toward High Quality and Safe Care. *Nursing Clinics of North America*, 57(2), 245-258. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2022.02.011>

Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., Dionne-Odom, J. N., Frost, J., Dragnev, K. H., Hegel, M. T., Azuero, A., & Ahles, T. A. (2015). Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(13), 1438-1445. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>

Bakitas, M., Lyons, K. D., Hegel, M. T., Balan, S., Brokaw, F. C., Seville, J., Hull, J. G., Li, Z., Tosteson, T. D., Byock, I. R., & Ahles, T. A. (2009). Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer: The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 302(7), 741-749. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1198>

Barnes-Daly, M. A., Pun, B. T., Harmon, L. A., Byrum, D. G., Kumar, V. K., Devlin, J. W., Stollings, J. L., Puntillo, K. A., Engel, H. J., Posa, P. J., Barr, J., Schweickert, W. D., Esbrook, C. L., Hargett, K. D., Carson, S. S., Aldrich, J. M., Ely, E. W., & Balas, M. C. (2018). Improving Health Care for Critically Ill Patients Using an Evidence-Based Collaborative Approach to ABCDEF Bundle Dissemination and Implementation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), 206-216. <https://doi.org/10.1111/wvn.12290>

Batres Sicilia, J. P., Álvarez Tello, M., & Gallardo Santos, P. (2009). De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: La enfermera comunitaria de enlace. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7(2), 313-322.

- Bautista Reina, C., & Serrano-Gallardo, P. (2021). *Evaluación de las competencias de enfermería de práctica avanzada en la plantilla de enfermería de un hospital público de la Comunidad De Madrid*. UAM Ediciones. <https://libros.uam.es/tfm/catalog/book/1054>.
- Begley, C., Elliott, N., Lalor, J., Coyne, I., Higgins, A., & Comiskey, C. M. (2013). Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), Article 6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06124.x>
- Bell, S. G. (2020). Evidence-Based Practice Competencies for RNs and APNs: How Are We Doing? *Neonatal Network*, 39(5), 299-302. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.39.5.299>
- Bender, M., Williams, M., & Su, W. (2016). Diffusion of a Nurse-led Healthcare Innovation: Describing Certified Clinical Nurse Leader Integration Into Care Delivery. *The Journal of Nursing Administration*, 46(7-8), 400-407. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000365>
- Ben-Menahem, S., Sialm, A., Hachfeld, A., Rauch, A., von Krogh, G., & Furrer, H. (2021). How do healthcare providers construe patient complexity? A qualitative study of multimorbidity in HIV outpatient clinical practice. *BMJ Open*, 11(11), e051013. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051013>
- Benner, P. (1982). From Novice To Expert. *AJN The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Berman, A., Snyder, S., & Stamler, L. L. (2013). *Fundamentals of Canadian Nursing: Concepts, Process and Practice*. Pearson Canada.
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2013). Instruments Measuring Nursing Staff Competence in Community Health Care: A Systematic Literature Review. *Home Health Care Management & Practice*, 25(6), 282-294. <https://doi.org/10.1177/1084822313494784>
- Blumenthal, D., Anderson, G., Burke, S., Fulmer, T., Jha, A. K., & Long, and P. (2016). Tailoring Complex-Care Management, Coordination, and Integration for High-Need, High-Cost Patients: A Vital Direction for Health and Health Care. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201609q>
- BOE. (2005). *Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-7354>
- Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería., 2447/2010, A-2010-14539 Boletín Oficial del Estado 80145 (2010). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-14539
- Resolución de 14 de mayo de 2015, de la Universidad de Navarra, por la que se modifica el plan de estudios de Máster en Práctica Avanzada y Gestión en Enfermería., A-2015-6234 Boletín Oficial del Estado 47823 (2015). <https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/04/pdfs/BOE-A-2015-6234.pdf>

Resolución de 14 de enero de 2019, de la Universidad de Cádiz, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Investigación Enfermera y Práctica Profesional Avanzada., A-2019-1356 Boletín Oficial del Estado 9390 (2019). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-1356

Resolución de 28 de julio de 2022, de la Universidad de Navarra, por la que se publica el plan de estudios de Máster Universitario en Práctica Avanzada de Enfermería en Oncología., A-2022-13658 Boletín Oficial del Estado 117947 (2022). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-13658

Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria., 11/1983, A-1983-23432 Boletín Oficial del Estado 24034 (1983). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1983-23432>

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias., 44/2003, A-2003-21340 Boletín Oficial del Estado (2003). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud., 16/2003, A-2003-10715 Boletín Oficial del Estado (2003). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, 28/2009, Boletín Oficial del Estado núm. 315, A-2009-21161 Boletín Oficial del Estado 112036 (2009). <https://www.boe.es/eli/es/l/2009/12/30/28>

Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero., 2134/2008, A-2008-12388 Boletín Oficial del Estado 31680 (2008). <https://www.boe.es/eli/es/o/2008/07/03/cin2134>

Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado., 99/2011, A-2011-2541 Boletín Oficial del Estado (2011). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-2541#a2>

Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería., A-1977-28232 Boletín Oficial del Estado 25987 (1977). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-28232>

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales., 1393/2007, A-2007-18770 Boletín Oficial del Estado 28 (2007). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-18770>

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada., 183/2008, A-2008-3176 Boletín Oficial del Estado 10020 (2008). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176>

Orden PRE/861/2013, de 9 de mayo, por la que se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y en medicina familiar y comunitaria, 861/2013, Boletín Oficial del Estado núm. 119, A-2013-5218 Boletín Oficial del Estado 36863 (2013). <https://www.boe.es/eli/es/o/2013/05/09/pre861>

Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud, 589/2022, Boletín Oficial del Estado núm. 173, A-2022-12015 Boletín Oficial del Estado 102998 (2022). <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/07/19/589>

Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista, 992/1987, Boletín Oficial del Estado núm. 183, A-1987-17866 Boletín Oficial del Estado 23642 (1987). <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/07/03/992>

Resolución de 20 de octubre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la «Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Heridas», A-2020-13190 Boletín Oficial del Estado 93619 (2020).

Orden SND/840/2022, de 26 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2022 para el acceso en el año 2023, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física., 840/2022, A-2022-14414 Boletín Oficial del Estado 122047 (2022). https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-14414

Resolución de 30 de junio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se validan las Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Hipertensión, y la de: Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2., A-2022-11127 Boletín Oficial del Estado 94805 (2022).

Resolución de 8 de julio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/os enfermeras/os: Quemaduras., A-2022-11945 Boletín Oficial del Estado 102233 (2022).

Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros., 1302/2018, A-2018-14474

Boletín Oficial del Estado 102636 (2018).
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-14474>

Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros., 954/2015, Boletín Oficial del Estado (2015). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-14028>

Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad., 822/2021, A-2021-15781 Boletín Oficial del Estado (2021). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-15781&tn=1&p=20210929>

Orden de 15 de julio de 1980 por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería, Boletín Oficial del Estado núm. 176, BOE-A-1980-15953 Boletín Oficial del Estado 16776 (1980). [https://www.boe.es/eli/es/o/1980/07/15/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1980/07/15/(2))

Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas., 137/2002 Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (2002). <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/1>

Broderick, J. E., Keefe, F. J., Bruckenthal, P., Junghaenel, D. U., Schneider, S., Schwartz, J. E., Kaell, A. T., Caldwell, D. S., McKee, D., Reed, S., & Gould, E. (2014). Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial. *Pain*, 155(9), 1743-1754. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.05.024>

Brotons, C., Falces, C., Alegre, J., Ballarín, E., Casanovas, J., Catà, T., Martínez, M., Moral, I., Ortiz, J., Pérez, E., Rayó, E., Recio, J., Roig, E., & Vidal, X. (2009). Randomized clinical trial of the effectiveness of a home-based intervention in patients with heart failure: The IC-DOM study. *Revista Espanola De Cardiologia*, 62(4), 400-408. [https://doi.org/10.1016/s1885-5857\(09\)71667-6](https://doi.org/10.1016/s1885-5857(09)71667-6)

Brown, C. G. (2014). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care: An illustrated example in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 157-159. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.157-159>

Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), Article 5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>

Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), Article 5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x>

- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., Grossmann, F., Henry, M., Herrmann, L., Koller, A., Schwendimann, R., Ulrich, A., Weibel, L., Callens, B., & De Geest, S. (2016). Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 201-209. <https://doi.org/10.1111/jnu.12199>
- Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R., Martin-Misener, R., Donald, F., Peña, L. M., & Brousseau, L. (2017). Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2826. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>
- Bullough, B., & Bullough, V. (1981). Educational problems in a woman's profession. *The Journal of Nursing Education*, 20(7), 6-17.
- Callery, P. (2000). Training and education: An analysis of quality assurance in teaching and nursing education. *Nurse Education Today*, 20(5), 373-380. <https://doi.org/10.1054/nedt.2000.0431>
- Camacho Bejarano, R., Rodríguez Gómez, S., Gómez Salgado, J., Lima Serrano, M., & Padín López, S. (2015). Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: Claves para la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Enfermería Clínica*, 25(5), 221-222. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.004>
- Cameron, S., Armstrong-Stassen, M., & Out, S. B. and J. (2004). Recruitment and Retention of Nurses: Challenges Facing Hospital and Community Employers. *Nursing Leadership*, 17(3). <https://www.longwoods.com/content/16359/nursing-leadership/recruitment-and-retention-of-nurses-challenges-facing-hospital-and-community-employers>
- Canadian Nurses Association. (2019). *Advanced practice nursing: A pan-Canadian framework*.
- Cantarino, S. G., Cruz, S. G. de la, Jerez, B. E., Aguado, M. de las M. de D., Queirós, P. J. P., & Rodrigues, M. A. (2019). Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: Desde los albores del s. XX hasta la actualidad. *Cultura de los cuidados*, 52, Article 52. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.05>
- Carpenter, D., Glasper, A., Jowett, R., & Nicholls, P. (2013). *Celebrating 30 years of integrated undergraduate nursing at The University of Southampton*. 6.
- Case Management Society of America (CMSA). (2022). *Standards of Practice for Case Management*. <https://cmsa.org/sop22/>
- Casey, M., O'Connor, L., Cashin, A., Fealy, G., Smith, R., O'Brien, D., Stokes, D., McNamara, M., O'Leary, D., & Glasgow, M. E. (2019). Enablers and challenges to advanced nursing and midwifery practice roles. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 271-277. <https://doi.org/10.1111/jonm.12697>

- Castledine, G. (2002). The development of the role of the clinical nurse specialist in the UK. *British Journal of Nursing*, 11(7), 506-508. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.7.10154>
- Cerezo, P. G. (2013). 1.ª Promoción de graduados en enfermería: Análisis de la situación profesional y académica. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 58-59 (1.er y 2.o cuatrimestres), 31-34.
- Chang, L.-Y., Yu, H.-H., & Chao, Y.-F. C. (2019). The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *The Journal of Nursing Research*, 27(1), 1-9. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000265>
- Charalambous, A., Wells, M., Campbell, P., Torrens, C., Östlund, U., Oldenmenger, W., Patiraki, E., Sharp, L., Nohavova, I., Domenech-Climent, N., Eicher, M., Farrell, C., Larsson, M., Olsson, C., Simpson, M., Wiseman, T., & Kelly, D. (2018). A scoping review of trials of interventions led or delivered by cancer nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.014>
- Christian, R., & Baker, K. (2009). Effectiveness of Nurse Practitioners in nursing homes: A systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 7(30), Article 30. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907300-00001>
- Cinza-Sanjurjo, S., Micó-Pérez, R. M., Velilla-Zancada, S., Prieto-Díaz, M. A., Rodríguez-Roca, G. C., Barquilla García, A., Polo García, J., Martín Sánchez, V., Llisterri Caro, J. L., & en representación de los investigadores del estudio IBERICAN. (2020). Factors associated with cardiovascular risk and cardiovascular and renal disease in the IBERICAN study: Final results. *Semergen*, 46(6), 368-378. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2020.06.027>
- Clark, C. E., Smith, L. F. P., Taylor, R. S., & Campbell, J. L. (2011). Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 28(3), Article 3. Embase. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03204.x>
- Clemente, J., Lázaro-Alquézar, A., & Montañés, A. (2019). Convergence in Spanish Public health expenditure: Has the decentralization process generated disparities? *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(5), 503-507. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.003>
- Clements, M. B., Lin, X., Gmelich, C., Vertosick, E. A., Vickers, A. J., Manasia, M. K., Wolchasty, N. C., Scardino, P. T., Eastham, J. A., Laudone, V. P., Touijer, K. A., & Ehdaie, B. (2021). Assessing Quality and Safety of an Advanced Practice Provider-led Active Surveillance Clinic for Men with Prostate Cancer. *Urology Practice*, 8(5), 535-540. <https://doi.org/10.1097/upj.0000000000000249>
- Colson, S., Schwingrouber, J., Evans, C., Roman, C., Bourriquen, M., Lucas, G., Mellinas, M., Brunet, P., Cermolacce, M., Chinot, O., Mayen, S., & Berbis, P. (2021). The creation and implementation of advanced practice nursing in France: Experiences from the field. *International Nursing Review*, 68(3), Article 3. <https://doi.org/10.1111/inr.12684>

- Conesa, J. M. H. (1995). *Historia de la enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana de España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=210002>
- Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. (2013). *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid* (Consejería de Sanidad). <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>
- Consejo General de Enfermería. (2017, noviembre 23). *En España hay 46.114 enfermeros especialistas, una cifra que está a años luz de las necesidades actuales y futuras de la población*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/notas-prensa/send/20-notas-de-prensa/675-en-espana-hay-46-114-enfermeros-especialistas-una-cifra-que-esta-a-anos-luz-de-las-necesidades-actuales-y-futuras-de-la-poblacion>
- Consejo General de Enfermería. (2019, mayo 14). *Radiografía de la situación de la Enfermería en España*. [Rueda de Prensa]. <http://coecs.com/wp-content/uploads/2019/06/Radiografia-profesion-enfermera-14-5-19.pdf>
- Consejo General de Enfermería. (2022a, julio 20). *El CGE rechaza el nuevo Real Decreto de Especialidades en Ciencias de la Salud porque no resuelve los problemas de las enfermeras*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/20-notas-de-prensa/1737-el-cge-rechaza-el-nuevo-real-decreto-de-especialidades-en-ciencias-de-la-salud-porque-no-resuelve-los-problemas-de-las-enfermeras>
- Consejo General de Enfermería. (2022b, septiembre 2). *El CGE considera insuficiente la oferta de plazas de formación de enfermeros especialistas*. 2.
- Consejo General de Enfermería. (2023, marzo 3). *El Colegio de Enfermeras de Girona y el Consejo General analizan la situación de las especialidades, el intrusismo profesional y el acceso al grupo A de la Administración pública*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/20-notas-de-prensa/2420-el-colegio-de-enfermeras-de-girona-y-el-consejo-general-analizan-la-situacion-de-las-especialidades-el-intrusismo-profesional-y-el-acceso-al-grupo-a-de-la-administracion-publica>
- Cuevas Santos, C. (2019). Especialidades de Enfermería y ejercicio profesional: Situación actual y perspectivas de futuro. *Enfermería Clínica*, 29(6), 357-364. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.002>
- Daly, W. M., & Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: A framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), Article 2. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00690.x>
- Davis, A. C., Osuji, T. A., Chen, J., Lyons, L. J. L., & Gould, M. K. (2021). Identifying Populations with Complex Needs: Variation in Approaches Used to Select Complex Patient Populations. *Population Health Management*, 24(3), 393-402. <https://doi.org/10.1089/pop.2020.0153>

- Davis, D., Foureur, M., Clements, V., Brodie, P., & Herbison, P. (2012). The self reported confidence of newly graduated midwives before and after their first year of practice in Sydney, Australia. *Women and Birth*, 25(3), e1-e10. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.03.005>
- Davis, K., White, S., & Stephenson, M. (2016). The influence of workplace culture on nurses' learning experiences: A systematic review of qualitative evidence. *JBI Evidence Synthesis*, 14(6), Article 6. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002219>
- de Almeida Souza, A. M., Cuevas-Budhart, M. Á., Raya, F. P., González Jurado, M. A., & Gómez del Pulgar G^a-Madrid, M. (2020). The Implementation of Nursing Specialties in Spain, 2005–2018: A Documental Study. *Clinical Nurse Specialist*, 34(2), 75-84. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000508>
- de Pedro Gómez, J., & Morales Asencio, J. M. (2019). Análisis crítico de la práctica avanzada de enfermería y las especialidades enfermeras. *Enfermería Clínica*, 29(2), 138-141. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.006>
- de Vries de Winter, C. (2019). Development of Advanced Practice Nursing Roles in the Netherlands. En *Advanced Practice in Healthcare* (pp. 39-50). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119439165.ch3>
- Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios., A-1953-16590 Boletín Oficial del Estado 7723 (1953). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1953-16590>
- Defloor, T., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Gobert, M., Darras, E., & Grypdonck, M. (2006). The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 669-678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04038.x>
- Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R., & Depoorter, A. M. (2011). Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: A questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 371-383. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05496.x>
- Denker, A.-L., Sherman, R. O., Hutton-Woodland, M., Brunell, M. L., & Medina, P. (2015). Florida Nurse Leader Survey Findings: Key Leadership Competencies, Barriers to Leadership, and Succession Planning Needs. *The Journal of Nursing Administration*, 45(7-8), 404-410. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000222>
- DiCenso, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., Kaasalainen, S., Harbman, P., Carter, N., Kioke, S., Abelson, J., McKinlay, R. J., Pasic, D., Wasyluk, B., & Charbonneau-

- Smith, J. V. and R. (2010). Advanced Practice Nursing in Canada: Overview of a Decision Support Synthesis. *Nursing Leadership*, 23(Special Issue). <https://www.longwoods.com/content/22267/nursing-leadership/advanced-practice-nursing-in-canada-overview-of-a-decision-support-synthesis>
- Dierkes, A. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & McHugh, M. D. (2021). Association of hospital nursing and postsurgical sepsis. *PLoS ONE*, 16(10), e0258787. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258787>
- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD007906. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
- Dingwall, R., Rafferty, A. M., & Webster, C. (2002). *An Introduction to the Social History of Nursing*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203403310>
- D'Innocenzo, L., Mathieu, J. E., & Kukenberger, M. R. (2016). A Meta-Analysis of Different Forms of Shared Leadership–Team Performance Relations. *Journal of Management*, 42(7), 1964-1991. <https://doi.org/10.1177/0149206314525205>
- Dirección General de Programas Asistenciales, & Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. (2002). *Protocolo del servicio de continuidad de cuidados para la atención domiciliaria*. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>
- Domingo, C., Aros, F., Otxandategi, A., Beistegui, I., Besga, A., & Latorre, P. M. (2019). Eficacia de un programa multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca (ProMIC). *Atención Primaria*, 51(3), 142-152. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.011>
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., Harbman, P., & DiCenso, I. B. and A. (2010). Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners: Title Confusion and Lack of Role Clarity. *Nursing Leadership*, 23(Special Issue), Article Special Issue. <https://www.longwoods.com/content/22276/print>
- Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., & Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), Article 2. <https://doi.org/10.1111/ijn.12050>
- Driscoll, A., Currey, J., Tonkin, A., & Krum, H. (2015). Nurse-led titration of angiotensin converting enzyme inhibitors, beta-adrenergic blocking agents, and angiotensin receptor blockers for people with heart failure with reduced ejection fraction. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Article 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009889.pub2>
- Driscoll, A., Gao, L., & Watts, J. J. (2022). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of ambulatory heart failure nurse-led services: An integrated review. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02509-9>

- Duarte Clíments, G., Rodríguez Álvarez, C., Sierra López, A., Rodríguez Gómez, J. Á., Aguirre Jaime, A., Sánchez Gómez, M. B., Duarte Clíments, G., Rodríguez Álvarez, C., Sierra López, A., Rodríguez Gómez, J. Á., Aguirre Jaime, A., & Sánchez Gómez, M. B. (2019). Evaluación del Modelo de Gestión de Casos en Atención Primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace. *Ene*, 13(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2019000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Duffield, C., Gardner, G., Chang, A. M., & Catling-Paull, C. (2009). Advanced nursing practice: A global perspective. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 16(2), 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2009.02.001>
- Dury, C., Hall, C., Danan, J.-L., Mondoux, J., Aguiar Barbieri-Figueiredo, M. c., Costa, M. a. m., & Debout, C. (2014). Specialist nurse in Europe: Education, regulation and role. *International Nursing Review*, 61(4), Article 4. <https://doi.org/10.1111/inr.12123>
- Dysvik, E., Kvaløy, J. T., & Natvig, G. K. (2012). The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: A 6- and 12-month follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1061-1072. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05810.x>
- Egerod, I., Kaldan, G., Nordentoft, S., Larsen, A., Herling, S. F., Thomsen, T., & Endacott, R. (2021). Skills, competencies, and policies for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 54, 103142. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103142>
- Ekers, D., Murphy, R., Archer, J., Ebenezer, C., Kemp, D., & Gilbody, S. (2013). Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), Article 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.032>
- Elliott, N., Begley, C., Sheaf, G., & Higgins, A. (2016). Barriers and enablers to advanced practitioners' ability to enact their leadership role: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 24-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.001>
- Ervin, S. M. (2017). History of Nursing Education in the United States. En S. B. Keating & S. S. DeBoor (Eds.), *Curriculum Development and Evaluation in Nursing Education* (4.^a ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826174420.0001>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (s. f.). *Máster Propio en Enfermería de Práctica Avanzada*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo. Recuperado 16 de agosto de 2022, de <https://www.easp.es/cursos/>
- Estrada-Masllorens, J. M., Galimany-Masclans, J., & Constantí-Balasc, M. (2016). Enseñanza universitaria de enfermería: De la diplomatura al grado. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 19(2), Article 2. <https://doi.org/10.33588/fem.192.831>

- Estrategia de Cuidados de Andalucía, Consejería de Salud. (2011). *Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/DesarrolloCompetencial.pdf
- Fernández Alonso, C., González Pastrana, J., Guzmán Fernández, M. Á., & Pérez Boillos, M. J. (2020). *Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja* (Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud).
- Ferreira, T. D. M., de Mesquita, G. R., de Melo, G. C., de Oliveira, M. S., Bucci, A. F., Porcari, T. A., Teles, M. G., Altafini, J., Dias, F. C. P., & Gasparino, R. C. (2022). The influence of nursing leadership styles on the outcomes of patients, professionals and institutions: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 936-953. <https://doi.org/10.1111/jonm.13592>
- Feyereisen, S., Puro, N., Thomas, C., & McConnell, W. (2021). A new kind of gatekeeper: The increasing prevalence of Advanced Practice Nurses as case managers in US hospitals. *Health (London, England: 1997)*, 25(5), 596-612. <https://doi.org/10.1177/1363459320976758>
- Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2644-2653. <https://doi.org/10.1111/jan.13049>
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., & Meretoja, R. (2017). Nurse Competence Scale: A systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035-1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>
- Fraile Bravo, M. (2015). Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 42(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.10.001>
- Franklin, N., & Melville, P. (2015). Competency assessment tools: An exploration of the pedagogical issues facing competency assessment for nurses in the clinical environment. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 22(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.10.005>
- Frey, M. B., & Chiu, S.-H. (2021). Considerations When Using Telemedicine As the Advanced Practice Registered Nurse. *The Journal for Nurse Practitioners: JNP*, 17(3), 289-292. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.11.011>
- Galao Malo, R. (2009). Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería*, 18(4), 221-223.
- Gallud, J., Soler, P., & Cuevas, D. (2012). New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia/Nuevos perfiles enfermería para el manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos en la Comunidad Valenciana. *International Journal of Integrated Care*, 12(Suppl2), e24.

- Gancedo, P. M. (2017). El trabajo de cuidados. Una aproximación desde la enfermería española. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 35(1), Article 1. <https://doi.org/10.5209/CRLA.54988>
- Gancedo, P. M. (2021). Los cuidados en la configuración de la identidad profesional de la enfermería española. *Política y Sociedad*, 58(1), Article 1. <https://doi.org/10.5209/poso.69007>
- García-Solano, M., Gutiérrez-González, E., López-Sobaler, A. M., Dal Re Saavedra, M. Á., Robledo de Dios, T., Villar-Villalba, C., Yusta-Boyo, M. J., & Pérez-Farinós, N. (2021). Situación ponderal de la población escolar de 6 a 9 años en España: Resultados del estudio ALADINO 2015. *Anales de Pediatría*, 94(6), 366-376. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.026>
- Garin, N., Olaya, B., Perales, J., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2014). Multimorbidity patterns in a national representative sample of the Spanish adult population. *PloS One*, 9(1), e84794. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084794>
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2012). *Pla de salut de Catalunya 2011-2015*. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5519/pla_salut_catalunya_2011_2015_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Germán Bes, C. (2014). *La revolución de las batas blancas: La enfermería española de 1976 a 1978*. Universidad de Zaragoza.
- Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: Findings from a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1079-1090. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05560.x>
- Giles, M., Parker, V., Conway, J., & Mitchell, R. (2018). Knowing how to get things done: Nurse consultants as clinical leaders. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1981-1993. <https://doi.org/10.1111/jocn.14327>
- Glennon, C. A., Woodroof, J. M., Kambhampati, S., Battershell, A. C., O'Connor, S. R., & Roberts, K. B. (2018). Comparison of Bone Marrow Biopsy Specimens Obtained Using a Motorized Device and Manual Biopsy Systems. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(4), 394-398. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_26_18
- Gobierno de Castilla-La Mancha. (2019, febrero 12). *El Gobierno de Castilla-La Mancha aprueba el Decreto por el que se crea la categoría estatutaria de enfermera especialista en el SESCAM*. 2.
- Gobierno de La Rioja. (2014). *Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja*. <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/estrategia-cronicos.pdf>
- Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. (2013). *Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos*. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania

/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Sanidad. (2019). *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019–2030*. https://www.astursalud.es/noticias?p_p_id=es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_article_id=202705&_es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_mvcRenderCommandName=%2Frender%2Farticle

Goemaes, R., Beeckman, D., Goossens, J., Shawe, J., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2016). Advanced midwifery practice: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 42, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.004>

Goh, S., Tang, M. L., & Ahmad, A. (2020). Competence-based frameworks in nursing – a concept analysis. *Journal of Applied Learning and Teaching*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.37074/jalt.2020.3.1.3>

González-María, E., Moreno-Casbas, M. T., Albornos-Muñoz, L., Grinspun, D., Moreno-Casbas, T., González-María, E., Albornos-Muñoz, L., Abad-Sanz, C., Alonso-Poncelas, M. E., Arza-Alonso, N., Fernández-Núñez, M. L., Folguera-Arnau, M., González-Gallego, M., Gutiérrez-Vilaplana, J. M., Lorente-Granados, G., Martínez-González, M. A., Martínez-Muñoz, M., Martínez-Pallí, G., Mateo-Cervera, A. M., ... Vallés-García, S. (2020). Implantación de Guías de buenas prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. *Enfermería Clínica*, 30(3), 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.018>

Granero-Lázaro, A., Blanch-Ribas, J. M., Roldán-Merino, J. F., Torralbas-Ortega, J., & Escayola-Maranges, A. M. (2017). Crisis in the health sector: Impact on nurses' working conditions. *Enfermería Clínica*, 27(3), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.005>

Grant, R. W., McCloskey, J., Hatfield, M., Uratsu, C., Ralston, J. D., Bayliss, E., & Kennedy, C. J. (2020). Use of Latent Class Analysis and k-Means Clustering to Identify Complex Patient Profiles. *JAMA Network Open*, 3(12), e2029068. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29068>

Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K. E., Fischer, H., Moore, S. L., Tai-Seale, M., Ricciardi, R., Fraser, J. R., Miller, D., LeRoy, L., & Network, on behalf of the A. M. R. (2014). A Conceptual Model of the Role of Complexity in the Care of Patients With Multiple Chronic Conditions. *Medical Care*, 52, S7. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000045>

Gutiérrez-Rodríguez, L., García Mayor, S., Cuesta Lozano, D., Burgos-Fuentes, E., Rodríguez-Gómez, S., Sastre-Fullana, P., de Pedro-Gómez, J. E., Higuero-Macías, J. C., Pérez-Ardanaz, B., & Morales-Asencio, J. M. (2019). Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enfermería Clínica*, 29(6), Article 6. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.001>

- Hahn, J. A. (2019). The perceptions and experiences of national regulatory nurse leaders in advancing the advanced practice registered nurse compact policy agenda. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(4), 255-262. <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000135>
- Hako, L., Turunen, H., & Jokiniemi, K. (2022). Advanced practice nurse capabilities: A mixed methods systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/scs.13134>
- Halcomb, E., Smyth, E., & McInnes, S. (2018). Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: An integrative review. *BMC Family Practice*, 19, 136. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0819-1>
- Hämel, K., Toso, B. R. G. de O., Casanova, A., & Giovanella, L. (2019). Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 303-314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (1996). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach* (1ª). Saunders.
- Harris, R. C., & Popejoy, L. L. (2019). Case Management: An Evolving Role. *Western Journal of Nursing Research*, 41(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/0193945918797601>
- Harrison, J. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Margo Brooks Carthon, J., Merchant, R. M., Berg, R. A., & McHugh, M. D. (2019). In Hospitals With More Nurses Who Have Baccalaureate Degrees, Better Outcomes For Patients After Cardiac Arrest. *Health affairs (Project Hope)*, 38(7), 1087-1094. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05064>
- Heinen, M., van Oostveen, C., Peters, J., Vermeulen, H., & Huis, A. (2019). An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2378-2392. <https://doi.org/10.1111/jan.14092>
- Heinze, G., Wallisch, C., & Dunkler, D. (2018). Variable selection—A review and recommendations for the practicing statistician. *Biometrical Journal. Biometrische Zeitschrift*, 60(3), 431-449. <https://doi.org/10.1002/bimj.201700067>
- Hernández Martín, F., Gallego Lastra, R. del, Alcaraz González, S., & González Ruiz, J. M. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 02, 21-35. <https://doi.org/10.14198/cuid.1997.2.05>
- Hines, S., Munday, J., & Kynoch, K. (2015). Effectiveness of nurse-led preoperative assessment services for elective surgery: A systematic review update. *JBI Evidence Synthesis*, 13(6), Article 6.
- Hsu, L.-L., & Hsieh, S.-I. (2009). Testing of a measurement model for baccalaureate nursing students' self-evaluation of core competencies. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2454-2463. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05124.x>

- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Diadiou, F., Lambert, M., & Bouliane, D. (2015). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *Annals of Family Medicine*, 13(6), 523-528. <https://doi.org/10.1370/afm.1867>
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows* (25.0) [IBM Corp].
- ICN. (2008). *The scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse*. International Council of Nurses.
- ICN. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Iglesias-Parra, M. R., García-Guerrero, A., García-Mayor, S., Kaknani-Uttumchandani, S., León-Campos, Á., & Morales-Asencio, J. M. (2015). Design of a Competency Evaluation Model for Clinical Nursing Practicum, Based on Standardized Language Systems: Psychometric Validation Study. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47(4), 371-376. <https://doi.org/10.1111/jnu.12140>
- INE. (2019). *Enfermeros colegiados por tipo de especialidad, año y sexo*. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=30726>
- INE. (2020). *Enfermeros colegiados por tipo de especialidad, año y sexo*. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=30726>
- Jansen, A. P. D., van Hout, H. P. J., Nijpels, G., Rijmen, F., Dröes, R.-M., Pot, A.-M., Schellevis, F. G., Stalman, W. A. B., & van Marwijk, H. W. J. (2011). Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: A randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), 933-943. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004>
- Jean, E., Sevilla Guerra, S., Contandriopoulos, D., Perroux, M., Kilpatrick, K., & Zabalegui, A. (2019). Context and implementation of advanced nursing practice in two countries: An exploratory qualitative comparative study. *Nursing Outlook*, 67(4), 365-380. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.002>
- Jeon, Y., Meretoja, R., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2020). Developing and psychometric testing of the anaesthesia nursing competence scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(3), 866-878. <https://doi.org/10.1111/jep.13215>
- Jódar-Solà, G., Cadena-Andreu, A., Parellada-Esquiús, N., & Martínez-Roldán, J. (2005). Continuidad asistencial: Rol de la enfermera de enlace. *Atencion Primaria*, 36(10), 558-562. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(05\)70566-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(05)70566-7)
- Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2019). Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review. *Clinical Nursing Research*, 28(8), Article 8. <https://doi.org/10.1177/1054773818773285>

Junta de Extremadura. (2021). *Plan de Salud de Extremadura 2021-2028*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. <https://saludextremadura.ses.es/web/estrategias-y-planes-de-salud>

Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., & DiCenso, N. C. and A. (2010). A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada. *Nursing Leadership*, 23(Special Issue). <https://www.longwoods.com/content/22268/nursing-leadership/a-historical-overview-of-the-development-of-advanced-practice-nursing-roles-in-canada>

Kajander-Unkuri, S., Meretoja, R., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., & Suikkala, A. (2020). Students' Self-assessed Competence Levels during Nursing Education Continuum – A Cross-sectional Survey. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 17(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2019-0050>

Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468ca3>

Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M., & Colvin, C. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Article 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2>

Keith, A. C., Warshawsky, N., Neff, D., Loerzel, V., & Parchment, J. (2021). Factors that influence nurse manager job satisfaction: An integrated literature review. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 373-384. <https://doi.org/10.1111/jonm.13165>

Kelly, C., Barattucci, M., & Shakil Ahmad, M. (2022). Job satisfaction as a mediator between structural empowerment and intent-to-leave: A study of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103194. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103194>

Kelly, D. M., Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2014). Impact of Critical Care Nursing on 30-Day Mortality of Mechanically Ventilated Older Adults. *Critical care medicine*, 42(5), 1089-1095. <https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000127>

Kelly, J., & Watson, R. (2015). An integrative review of the literature on the teaching of the history of nursing in pre-registration adult nursing education in the UK. *Nurse Education Today*, 35(2), 360-365. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.015>

Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R., & Carter, N. (2013). Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: Results of a national survey. *International*

Journal of Nursing Studies, 50(11), 1524-1536.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.005>

Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2016). Relationship Between Clinical Nurse Specialist Role Implementation, Satisfaction, and Intent to Stay. *Clinical Nurse Specialist*, 30(3), 159-166. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000203>

King, R., Tod, A., & Sanders, T. (2017). Development and regulation of advanced nurse practitioners in the UK and internationally. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 32(14), Article 14. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10858>

Kinley, H., Czoski-Murray, C., George, S., McCabe, C., Primrose, J., Reilly, C., Wood, R., Nicolson, P., Healy, C., Read, S., Norman, J., Janke, E., Alhameed, H., Fernandes, N., & Thomas, E. (2002). Effectiveness of appropriately trained nurses in preoperative assessment: Randomised controlled equivalence/non-inferiority trial. *BMJ*, 325(7376), Article 7376.

Knopf, K. E. (2011). Core competencies for bone marrow transplantation nurse practitioners. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), Article 1. <https://doi.org/10.1188/11.CJON.102-105>

Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M. I., Morales-Asencio, J. M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2019). Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enfermería Clínica*, 29(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>

Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D., French, R., Martin, B., Alexander, M., & McHugh, M. D. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: An observational study. *BMJ Open*, 11(12), e052899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>

Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Cimiotti, J. P., Riman, K. A., Martin, B., Alexander, M., & Aiken, L. H. (2021). Evaluation of Hospital Nurse-to-Patient Staffing Ratios and Sepsis Bundles on Patient Outcomes. *American journal of infection control*, 49(7), 868-873. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.12.002>

Laserna Jiménez, C., Casado Montañés, I., Carol, M., Guix-Comellas, E. M., & Fabrellas, N. (2022). Quality of professional life of primary healthcare nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9-10), 1097-1112. <https://doi.org/10.1111/jocn.16015>

Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>

Leary, A., Maclaine, K., Trevatt, P., Radford, M., & Punshon, G. (2017). Variation in job titles within the nursing workforce. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4945-4950. <https://doi.org/10.1111/jocn.13985>

- Lee, H.-F., & Chang, Y.-J. (2022). The Effects of Work Satisfaction and Work Flexibility on Burnout in Nurses. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 30(6), e240. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000522>
- Lejonqvist, G.-B., Eriksson, K., & Meretoja, R. (2016). Evaluating clinical competence during nursing education: A comprehensive integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 142-151. <https://doi.org/10.1111/ijn.12406>
- Ličen, S., & Plazar, N. (2015). Identification of nursing competency assessment tools as possibility of their use in nursing education in Slovenia—A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 35(4), 602-608. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.12.023>
- Liu, Y., Aunguroch, Y., & Yunibhand, J. (2016). Job satisfaction in nursing: A concept analysis study. *International Nursing Review*, 63(1), 84-91. <https://doi.org/10.1111/inr.12215>
- Long, P., National Academy of Medicine (U.S.), & Leadership Consortium for a Value & Science-Driven Health System (Eds.). (2017). *Effective care for high-need patients: Opportunities for improving outcomes, value, and health*. National Academy Of Medicine.
- López Vallejo, M., & Puente Alcaraz, J. (2019). El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enfermería Clínica*, 29(2), 107-118. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.007>
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>
- Lusk B, Russell RL, Rodgers J, & Wilson-Barnett J. (2001). Preregistration nursing education in Australia, New Zealand, the United Kingdom, and the United States of America. *Journal of Nursing Education*, 40(5), 197-202. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20010501-04>
- Lyon, B. L. (2002). The Regulation of Clinical Nurse Specialist Practice: Issues and Current Developments. *Clinical Nurse Specialist*, 16(5), 239-241.
- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
- Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*. OCDE. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Maier, C. B., Batenburg, R., Birch, S., Zander, B., Elliott, R., & Busse, R. (2018). Health workforce planning: Which countries include nurse practitioners and physician assistants and to what effect? *Health Policy*, 122(10), 1085-1092. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.016>
- Mair, C. A., Quiñones, A. R., & Pasha, M. A. (2016). Care Preferences Among Middle-Aged and Older Adults With Chronic Disease in Europe: Individual

Health Care Needs and National Health Care Infrastructure. *The Gerontologist*, 56(4), 687-701. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu119>

Manley, K. (1997). A conceptual framework for advanced practice: An action research project operationalizing an advanced practitioner/consultant nurse role. *Journal of Clinical Nursing*, 6(3), 179-190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1997.tb00303.x>

Mantzoukas, S., & Watkinson, S. (2007). Review of advanced nursing practice: The international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), Article 1. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01669.x>

Mariscal Crespo, M. I. (2012). La Enfermería sin límites y los límites de la Enfermería. *Enfermería Clínica*, 22(3), 115-117. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.003>

Martín, M. L. M., & Rebollo, E. C. (2017). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero*. Elsevier Health Sciences.

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *Lancet (London, England)*, 397(10288), 1905-1913. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6)

McKenna, H., & Cutcliffe, J. (2001, mayo 31). Nursing Doctoral Education in the United Kingdom and Ireland. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(2). <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No2May01/ArticlePreviousTopic/UKandIrelandDoctoralEducation.html>

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings: Proficiencies to Improve Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes, and Costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>

Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124-133. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x>

Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., & Kaira, A.-M. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 329-336. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00422.x>

Middleton, S., Coughlan, K., Mnatzaganian, G., Low Choy, N., Dale, S., Jammali-Blasi, A., Levi, C., Grimshaw, J. M., Ward, J., Cadilhac, D. A., McElduff, P., Hiller, J. E., & D'Este, C. (2017). Mortality Reduction for Fever, Hyperglycemia, and Swallowing Nurse-Initiated Stroke Intervention. *Stroke*, 48(5), 1331-1336. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016038>

- Miguélez Chamorro, A., Gomila Mas, M., Villafáfila Gomila, C. J., Albertí Homar, F., Román Medina, I., Sansó Martínez, N., Muñoz Alonso, Y., Serrano Jurado, C., Riera Fiol, M., & Serratusell Sabater, E. (2017). *La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial*. Servei de Salut de les Illes Balears, Conselleria de Salut. <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1052/enfermera-gestora-casos-es.pdf>
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9), S63.
- Ministerio de Sanidad. (s. f.). *Profesionales—Formación y Ordenación Profesional*. Recuperado 20 de julio de 2022, de <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Portal Estadístico del SNS - Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Ministerio de Universidades. (s. f.). *Concesión del título de enfermero especialista por vía excepcional (Especialidad: Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos)*. Recuperado 28 de julio de 2022, de <https://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano/catalogo/general/05/050860/cuidados/050860-cuidados.html>
- Minué-Lorenzo, S., & Fernández-Aguilar, C. (2018). Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Atención Primaria*, 50(2), 114-129. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>
- Mompart García, M. P. (2011). Las especialidades enfermeras en España. *Enfermería21*. <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27039/las-especialidades-enfermeras-en-espana/>
- Morales Asencio. (2012, julio). Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enfermería*, 15(6), Article 6.
- Morales Asencio, J. M., Hueso Montoro, C., de Pedro-Gómez, J. E., & Bennasar-Veny, M. (2017). 1977-2017: La investigación enfermera en España tras 40 años en la Universidad. *Enfermería Clínica*, 27(5), 314-326. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.08.003>
- Morales-Asencio, J., Gonzalo-Jiménez, E., Martín-Santos, F., Morilla-Herrera, J., Celdráan-Mañas, M., Carrasco, A. M., García-Arrabal, J., & Toral-López, I. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre

- study. *BMC Health Services Research*, 8, 193. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-193>
- Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*, 24(1), Article 1. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>
- Morales-Asencio, J. M., Cuevas-Fernández-Gallego, M., Morilla-Herrera, J. C., Martín-Santos, F. J., Silvano Arranz, A., Batres Sicilia, J. P., Delgado-Romero, A., Palacios-Gómez, L., Cejudo López, Á., & Kaknani-Uttumchandani, S. (2019). Características de la provisión del servicio de gestión de casos en el entorno comunitario en Andalucía a partir del registro RANGECOM. *Enfermería Clínica*, 29(2), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.009>
- Morales-Fernández, Á., Jimenez-Martín, J. M., Morales-Asencio, J. M., Vergara-Romero, M., Mora-Bandera, A. M., Aranda-Gallardo, M., & Canca-Sanchez, J. C. (2021). Impact of a nurse-led intervention on quality of life in patients with chronic non-malignant pain: An open randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 255-265. <https://doi.org/10.1111/jan.14608>
- Morilla Herrera, J. C., Morales Asencio, J. M., Kaknani, S., & García Mayor, S. (2016). Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enfermería Clínica*, 26(1), 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.001>
- Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martín-Santos, F. J., Kaknani Uttumchandani, S., Leon Campos, Á., Caro Bautista, J., & Morales-Asencio, J. M. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 290-307. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010>
- Moya, J. L. M., Backes, V. M. S., Prado, M. L. do, & Sandin, M. P. (2010). La enfermería como grupo oprimido: Las voces de las protagonistas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(4), 609-617. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400002>
- Murchie, P., Campbell, N. C., Ritchie, L. D., Simpson, J. A., & Thain, J. (2003). Secondary prevention clinics for coronary heart disease: Four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7380), 84. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7380.84>
- Murphy, F. B., Walls, G., Tridandapani, S., Ibraheem, O., Bowen, M., Bressler, S., Yamada, K., & Small, W. (2014). Comparison of image-guided nonfocal hepatic biopsies performed by physicians and nurse midlevel providers. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 11(11), 1059-1063. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2014.03.021>
- National Academy of Medicine & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity* (M. K. Wakefield, D. R. Williams, S. Le Menestrel, & J. L. Flaubert, Eds.). The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>

- National CNS Competency Task Force. (2010). *Clinical Nurse Specialist Core Competencies*. 26.
- Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Toles, M. P., Jarrín, O. F., Shaid, E., & Pauly, M. V. (2018). Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. *Social Science & Medicine* (1982), 213, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.023>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa012247>
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Wilson, R. F., Fountain, L., Steinwachs, D. M., Heindel, L., & Weiner, J. P. (2011). Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. *Nursing Economic\$,* 29(5), Article 5.
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: Vol. Chronic conditions*. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/ae3016b9-en>
- OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Spain: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/spain-country-health-profile-2021_7ed63dd4-en
- O’Keeffe, A. P., Corry, M., & Moser, D. K. (2015). Measuring job satisfaction of advanced nurse practitioners and advanced midwife practitioners in the Republic of Ireland: A survey. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 107-117. <https://doi.org/10.1111/jonm.12096>
- Olds, D. M., Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., & Lake, E. T. (2017). Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.004>
- Onder, G., Palmer, K., Navickas, R., Jurevičienė, E., Mammarella, F., Strandzheva, M., Mannucci, P., Pecorelli, S., Marengoni, A., & Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). (2015). Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). *European Journal of Internal Medicine*, 26(3), 157-159. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.020>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Nursing and midwifery. A guide to professional regulation*. <https://applications.emro.who.int/dsaf/dsa189.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022* (OMS). <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240047761>

- Osaxidetza. (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Eusko Jaurlaritzza - Gobierno Vasco. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf
- Oyanguren, J., Garcia-Garrido, L., Nebot-Margalef, M., Latorre-García, P., Torcal-Laguna, J., Comín-Colet, J., Roure, J., González-Costello, J., Manito, N., García-Pinilla, J. M., Sánchez-Paule, Y., Varela-Román, A., Moure, M., Segovia-Cubero, J., Soria, T., Arana-Arri, E., Lekuona, I., & Steering Committee on behalf of the ETIFIC research team group. (2021). Noninferiority of heart failure nurse titration versus heart failure cardiologist titration. ETIFIC multicenter randomized trial. *Revista Espanola De Cardiologia (English Ed.)*, 74(6), 533-543. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2020.04.016>
- Pacho, C., Domingo, M., Núñez, R., Lupón, J., Moliner, P., de Antonio, M., González, B., Santesmases, J., Vela, E., Tor, J., & Bayes-Genis, A. (2017). Early Postdischarge STOP-HF-Clinic Reduces 30-day Readmissions in Old and Frail Patients With Heart Failure. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 70(8), 631-638. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2017.01.003>
- Parker, J. (1994). Development of the American Board of Nursing Specialties (1991-1993). *Nursing Management*, 25(1), 33.
- Pearson, A., Porritt, K., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D., & Long, L. (2006). A systematic review of evidence on the professional practice of the nurse and developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *JBIC Evidence Synthesis*, 4(5), Article 5. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2006-359>
- Pedro-Gómez, J. de, Morales-Asencio, J. M., Sesé Abad, A., Bennasar Veny, M., Artigues Vives, G., & Perelló Campaner, C. (2011). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: Situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 191-197.
- Peeters, J. M., Pot, A. M., de Lange, J., Spreeuwenberg, P. M., & Francke, A. L. (2016). Does the organisational model of dementia case management make a difference in satisfaction with case management and caregiver burden? An evaluation study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0237-y>
- Perán, M. Á. N., Sánchez, B. de M., & Garre, J. M. H. (2021). Análisis histórico desde la perspectiva de la antropología de género de los programas formativos de Ayudante Técnico Sanitario durante el gobierno franquista español (1939-1975). *Temperamentum*, 17, e13288-e13288.
- Poghosyan, L., Liu, J., Shang, J., & D'Aunno, T. (2017). Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Management Review*, 42(2), 162-171. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000094>

- Poghosyan, L., Nannini, A., Smaldone, A., Clarke, S., O'Rourke, N. C., Rosato, B. G., & Berkowitz, B. (2013). Revisiting scope of practice facilitators and barriers for primary care nurse practitioners: A qualitative investigation. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 14(1), 6-15. <https://doi.org/10.1177/1527154413480889>
- Polat, Ş., & Terzi, B. (2021). Relationships between perceived support types and the job satisfaction levels of nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1202-1211. <https://doi.org/10.1111/ppc.12675>
- Pol-Castañeda, S., Rodríguez-Calero, M. A., Villafáfila-Gomila, C. J., Blanco-Mavillard, I., Zaforteza-Lallemand, C., Ferrer-Cruz, F., & De Pedro-Gómez, J. E. (2022). Impact of advanced practice nurses in hospital units on compliance with clinical practice guidelines: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 21(1), 331. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01110-x>
- Pol-Castañeda, S., Rodríguez-Calero, M. Á., Zaforteza-Lallemand, C., Villafáfila-Gomila, C. J., Blanco-Mavillard, I., Ferrer-Cruz, F., & De Pedro-Gómez, J. (2020). Moving Evidence into Practice by Advanced Practice Nurses in Hospitalization Wards. Protocol for a Multicentre Quasi-Experimental Study in Three Hospitals in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3473. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103473>
- Possin, K. L., Merrilees, J. J., Dulaney, S., Bonasera, S. J., Chiong, W., Lee, K., Hooper, S. M., Allen, I. E., Braley, T., Bernstein, A., Rosa, T. D., Harrison, K., Begert-Hellings, H., Kornak, J., Kahn, J. G., Naasan, G., Lanata, S., Clark, A. M., Chodos, A., ... Miller, B. L. (2019). Effect of Collaborative Dementia Care via Telephone and Internet on Quality of Life, Caregiver Well-being, and Health Care Use. *JAMA Internal Medicine*, 179(12), 1658-1667. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4101>
- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 31-39. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x>
- Ranchal, A., Jolley, M. j., Keogh, J., Lepiesová, M., Rasku, T., & Zeller, S. (2015). The challenge of the standardization of nursing specializations in Europe. *International Nursing Review*, 62(4), Article 4. <https://doi.org/10.1111/inr.12204>
- Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería., 2128/1977, A-1977-20006 Boletín Oficial del Estado 18716 (1977). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006>
- Redacción Médica. (2022, marzo 20). «El EIR no se compensa con sueldo digno ni con puntos en bolsas de empleo». *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/-el-eir-no-se-compensa-con-sueldo-digno-ni-con-puntos-en-bolsas-de-empleo--3160>

- Reilly, S., Miranda-Castillo, C., Malouf, R., Hoe, J., Toot, S., Challis, D., & Orrell, M. (2015). Case management approaches to home support for people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(1), CD008345. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008345.pub2>
- Reimanis, C. L., Cohen, E. L., & Redman, R. (2001). Nurse case manager role attributes: Fifteen years of evidence-based literature. *Lippincott's Case Management: Managing the Process of Patient Care*, 6(6), 230-239; quiz 240-242.
- Rhee, H., Yang, S. J., An, B., Ha, J., Bae, S.-H., Bae, S., Prak, M., Sar, T., Preab, D., Ly, C., Horn, V., & Thida, Y. (2022). Candidates' and policymakers' perspectives on the needs for a master's program in nursing. *Nurse Education Today*, 109, 105243. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105243>
- Richardson, S. (2002). Advanced nursing practice—Evolution or revolution? *Nursing Praxis in New Zealand Inc*, 18(2), 33-41.
- Rico, C. D., Laguna, J. T., Oyanguren, J., Lekuona, I., Martínez, Y. S., Villegas, P. E., Otxandategi, A., Labeaga, M. O. P. de, Fuentes, I. R., Cuñado, M. A., Garcia, S. P., Albizu, L. U., Bascuñana, B. G., Gutiez, P. G., Lambarri, A. I., Odriozola, G. G., & García, K. L. (2014). *Desarrollo y pilotaje de un programa colaborativo multidisciplinar para la atención integral de pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC) PROMIC*. Servicio Central de Publicaciones = Argitalpen Zerbitzu Nagusia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=765706>
- Rodríguez Calero, M. Á., Villafáfila Gomila, C. J., & Sastre Fullana, P. (2019). Enfermeras de práctica avanzada y práctica basada en evidencias. Una oportunidad para el cambio. *Enfermería Clínica*, 29(2), 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.007>
- Rodríguez-Martínez, G., Serrano-Martínez, M., Ibáñez-Gómez, A., Perdikidi-Guerra, A., Ariza-Cardiel, G., & Martín-Fernández, J. (2019). An analysis of primary nurse consultation in the Community of Madrid. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(3), 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.004>
- Royal College of Nurses. (2018). *RCN Standards for Advanced Level Nursing Practice*. The Royal College of Nursing. <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/pub-007038>
- Rushforth, H., Burge, D., Mullee, M., Jones, S., McDonald, H., & Glasper, E. A. (2006). Nurse-led paediatric pre operative assessment: An equivalence study. *Paediatric Nursing*, 18(3), 23-29.
- Salmond, S. W., & Echevarria, M. (2017). Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. *Orthopedic Nursing*, 36(1), Article 1. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>
- San Martín-Rodríguez, L., García-Vivar, C., Escalada-Hernández, P., & Soto-Ruiz, N. (2022). Las enfermeras tras la pandemia por Covid-19: ¿ahora qué?

- Enfermería Clínica*, 32(1), 1-3.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.12.003>
- San Martín-Rodríguez, L., Soto-Ruiz, N., & Escalada-Hernández, P. (2019). Formación de las enfermeras de práctica avanzada: Perspectiva internacional. *Enfermería Clínica*, 29(2), 125-130.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.004>
- Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*, 24(1), 79-89.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., & Morales-Asencio, J. M. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*, 25(5), 267-275.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
- Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. e., Bennasar-Veny, M., Serrano-Gallardo, P., & Morales-Asencio, J. m. (2014). Competency frameworks for advanced practice nursing: A literature review. *International Nursing Review*, 61(4), 534-542. <https://doi.org/10.1111/inr.12132>
- Sastre-Fullana, P., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Fernández-Domínguez, J. C., & De Pedro-Gómez, J. (2017). Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): Clinimetric validation. *BMJ Open*, 7(2), Article 2.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013659>
- Schirle, L., Norful, A. A., Rudner, N., & Poghosyan, L. (2020). Organizational Facilitators and Barriers to Optimal APRN Practice: An Integrative Review. *Health care management review*, 45(4), 311-320.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000229>
- Schober, M. (2019). Development of advanced practice nursing (APN): The international context. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(2), 63-66.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.006>
- Schober, M., & Affara, F. (2006). *International Council of Nurses: Advanced Nursing Practice*. John Wiley & Sons.
- Schober, M. M., Gerrish, K., & McDonnell, A. (2016). Development of a conceptual policy framework for advanced practice nursing: An ethnographic study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(6), 1313-1324.
<https://doi.org/10.1111/jan.12915>
- Sellán Soto, M. del C. (2010). *La profesión va por dentro: Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea* (2ª ed.). FUDEN,.
- Sevilla Guerra, S., Miranda Salmerón, J., & Zabalegui, A. (2018). Profile of advanced nursing practice in Spain: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.1111/nhs.12391>

- Shippee, N. D., Shah, N. D., May, C. R., Mair, F. S., & Montori, V. M. (2012). Cumulative complexity: A functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(10), 1041-1051. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.05.005>
- Shirey, M. R., Hauck, S. L., Embree, J. L., Kinner, T. J., Schaar, G. L., Phillips, L. A., Ashby, S. R., Swenty, C. F., & McCool, I. A. (2011). Showcasing Differences Between Quality Improvement, Evidence-Based Practice, and Research. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(2), 57-68; quiz 69-70. <https://doi.org/10.3928/00220124-20100701-01>
- Siles González, J. (2011). *Historia de la enfermería*. DAE. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/26/336/>
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, & Sociedad Española de Medicina Interna. (2011). *Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas*. Mergablum.
- Solé-Casals, M., Chirveches-Pérez, E., Puigoriol-Juventeny, E., Nubó-Puntí, N., Chabrera-Sanz, C., & Subirana-Casacuberta, M. (2018). Perfil y resultados del paciente frágil valorado por la Enfermera de Práctica Avanzada en un servicio de urgencias. *Enfermería Clínica*, 28(6), Article 6. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.003>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1552. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- Spence Laschinger, H. K., Zhu, J., & Read, E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 656-665. <https://doi.org/10.1111/jonm.12370>
- Speroni, K. G., McLaughlin, M. K., & Friesen, M. A. (2020). Use of Evidence-based Practice Models and Research Findings in Magnet-Designated Hospitals Across the United States: National Survey Results. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(2), 98-107. <https://doi.org/10.1111/wvn.12428>
- Stanley, J. M., Werner, K. E., & Apple, K. (2009). Positioning Advanced Practice Registered Nurses for Health Care Reform: Consensus on APRN Regulation. *Journal of Professional Nursing*, 25(6), 340-348. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.10.001>
- Stasa, H., Cashin, A., Buckley, T., & Donoghue, J. (2014). Advancing advanced practice—Clarifying the conceptual confusion. *Nurse Education Today*, 34(3), Article 3. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.012>
- Takeda, A., Martin, N., Taylor, R. S., & Taylor, S. J. (2019). Disease management interventions for heart failure. *The Cochrane Database of Systematic*

Reviews, 1, CD002752.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002752.pub4>

Teixeira, A. C., Nogueira, A., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2022). Professional empowerment and evidence-based nursing: A mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16507>

Tha jamovi project. (2021). *Jamovi* (2.3.9). <https://www.jamovi.org>

Thoun, D. S. (2011). Specialty and Advanced Practice Nursing: Discerning the Differences. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), Article 3. <https://doi.org/10.1177/0894318411409436>

Thusini, S., & Mingay, J. (2019). Models of leadership and their implications for nursing practice. *British Journal of Nursing*, 28(6), 356-360. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.6.356>

Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R., & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>

Tracy, M. F., Hamric, A. B., & Hanson, C. M. (2019). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (6ª). Elsevier.

Tutosaus Gómez, J. D., Morán-Barrios, J., & Pérez Iglesias, F. (2018). Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educación Médica*, 19(4), Article 4. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.023>

Valle López, J. M. (2006). *La Unión Europea y la política educativa: Tomo II medio siglo de acciones en materia de educación*. Madrid : Ministerio de Educación y Ciencia, Subdirección General de Información y Publicaciones, 2006. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/62170>

Valverde Jiménez, M. del R., López Benavente, Y., Hernández Corominas, M. Á., Gómez Ruiz, M., Blázquez Pedrero, M., & Echevarría Pérez, P. (2014). Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: Un año de puesta en marcha del programa. *Enfermería Global*, 13(36), 57-69.

van Dongen, L. J. C., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2022). Leadership of PhD-prepared nurses working in hospitals and its influence on career development: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(23-24), 3414-3427. <https://doi.org/10.1111/jocn.16168>

Van Hecke, A., Goemaes, R., Verhaeghe, S., Beyers, W., Decoene, E., & Beeckman, D. (2019). Leadership in nursing and midwifery: Activities and associated competencies of advanced practice nurses and midwives. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1261-1274. <https://doi.org/10.1111/jonm.12808>

van Kraaij, J., van Oostveen, C., Vermeulen, H., Heinen, M., Huis, A., Adriaansen, M., & Peters, J. (2020). Nurse practitioners' perceptions of

- their ability to enact leadership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 447-458. <https://doi.org/10.1111/jocn.15105>
- van Leendert, J. A. A., Linkens, A. E. M. J. H., Poeze, M., Pijpers, E., Magdelijns, F., Ten Broeke, R. H. M., & Spaetgens, B. (2021). Mortality in hip fracture patients after implementation of a nurse practitioner-led orthogeriatric care program: Results of a 1-year follow-up. *Age and Ageing*, 50(5), 1744-1750. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab031>
- Varela, J., Castells, X., Iniesta, C., & Cots, F. (2008). Instrumentos de la gestión clínica: Desarrollo y perspectivas. *Medicina Clínica*, 130(8), 312-318. <https://doi.org/10.1157/13116575>
- Vela, E., Clèries, M., Vella, V. A., Adroher, C., García-Altés, A., Vela, E., Clèries, M., Vella, V. A., Adroher, C., & García-Altés, A. (2019). Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña (España): ¿qué y quién consume más recursos? *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.017>
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A., & Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-431. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02307.x>
- Weiss, S. A., & Tappen, R. (2015). *Essentials of Nursing Leadership and Management*. (6.ª ed., Vol. 1). F.A. Davis Company.
- West, M., Eckert, R., Steward, K., & Pasmore, B. (2014). *Developing collective leadership for health care*. The King's Fund.
- Wheeler, K. J., Miller, M., Pulcini, J., Gray, D., Ladd, E., & Rayens, M. K. (2022). Advanced Practice Nursing Roles, Regulation, Education, and Practice: A Global Study. *Annals of Global Health*, 88(1), 42. <https://doi.org/10.5334/aogh.3698>
- White, K. A. (2009). Self-Confidence: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 44(2), 103-114. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00133.x>
- Wilkes, L. M., & Mohan, S. (2008). Nurses in the clinical area: Relevance of a PhD. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 15(4), 135-141. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2008.05.001>
- Wilson, C. M., & Mooney, K. (2020). Advancing Oncology Nursing Practice through the Adoption of Patient Monitoring Digital Tools. *Seminars in oncology nursing*, 36(6), 151087. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151087>
- Wong, F. K. Y., Lau, A. T. Y., Ng, R., Wong, E. W. Y., Wong, S. M., Kan, E. C. Y., Liu, E., & Bryant-Lukosius, D. (2017). An Exploratory Study on Exemplary Practice of Nurse Consultants. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 548-556. <https://doi.org/10.1111/jnu.12324>
- Wood, E., King, R., Robertson, S., Senek, M., Tod, A., & Ryan, T. (2021). Sources of satisfaction, dissatisfaction and well-being for UK advanced practice

- nurses: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1073-1080. <https://doi.org/10.1111/jonm.13245>
- Wu, Y. L., Padmalatha K M, S., Yu, T., Lin, Y.-H., Ku, H.-C., Tsai, Y.-T., Chang, Y.-J., & Ko, N.-Y. (2021). Is nurse-led case management effective in improving treatment outcomes for cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(10), 3953-3963. <https://doi.org/10.1111/jan.14874>
- Yin, H., Yang, L., & Ye, Q. (2018). A systematic review of the effectiveness of clinical nurse specialist interventions in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Frontiers of Nursing*, 5(2), Article 2. Scopus. <https://doi.org/10.2478/fon-2018-0019>
- Zamanzadeh, V., Roshangar, F., Fathi-Azar, E., Valizadeh, L., & Kirkwood, J. (2014). Experiences of Newly Graduated Nurses on Strategies of Gaining Self-Confidence During Their Initial Work: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Research*, 22(4), 283. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000050>
- Zhang, H., Jiang, J. X., Zhong, M. H., Yu, C., Pang, Q. Y., Mao, Y. L., & Duan, X. (2022). Career adaptability of newly graduated nurses at an obstetrics and gynaecology hospital in China: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 2046-2053. <https://doi.org/10.1111/jonm.13661>
- Zullig, L. L., Whitson, H. E., Hastings, S. N., Beadles, C., Kravchenko, J., Akushevich, I., & Maciejewski, M. L. (2016). A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. *Journal of General Internal Medicine*, 31(3), 329-337. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3512-2>
- Zweers, D., de Graaf, E., & Teunissen, S. C. C. M. (2016). Non-pharmacological nurse-led interventions to manage anxiety in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.022>

ANEXOS

ANEXO I: Solicitud de participación en el estudio

IECEPA_V2_Global

Inventario de Evaluación de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada.

Mediante esta encuesta puede usted completar un instrumento que pretende evaluar la autoevaluación de competencias en diversas dimensiones que nuestro grupo de investigación [ha validado en el contexto nacional](#) para distintos roles de la práctica enfermera en función de su grado de especialización o desarrollo.

El cuestionario consta de 44 ítems que se responden a través de una escala Likert en función de la frecuencia con la que usted desarrolla cada una de las competencias que se describen en cada ítem.

Además, le pedimos finalmente que cumplimente una serie de variables para poder analizar con más profundidad las diferencias entre distintos perfiles profesionales y competenciales. En ningún caso se utilizan datos de carácter personal y toda la información es tratada con arreglo a la legislación vigente en materia de protección de datos. Este estudio está autorizado por el Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga.

Muchas gracias por su colaboración.

EL EQUIPO INVESTIGADOR



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Instituto de Investigación
Biomédica de Málaga



Grupo I+D+i
Omnidad, Dependencia, Cuidados y
Servicios de Salud

Hay 29 preguntas en esta encuesta

ACEPTACIÓN

1 Indique, en primer lugar, si acepta participar en este estudio, teniendo en cuenta que sus respuestas no contendrán en ningún momento datos de carácter personal o confidencial y que la información que ud. aporte será destinada exclusivamente a fines científicos y será tratada de forma agregada junto con el resto de respuestas. *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Acepto participar
- No deseo participar

ANEXO II: Dimensiones e ítems del IECEPA

		1	2	3	4	5
Investigación y Práctica Basada en la Evidencia	1	Actúo o bien como investigador/a primario o como colaborador/a con otros profesionales sanitarios del equipo o del ámbito comunitario; identifico, conduzco y apoyo la investigación que potencia o beneficia a la atención sanitaria.				
	2	Evalúo la práctica clínica actual, a nivel individual y sistémico en base a los últimos hallazgos en investigación.				
	3	Identifico las prioridades de investigación en mi área de práctica profesional.				
	4	Dirijo el desarrollo de planes basados en la evidencia para alcanzar las necesidades individuales, familiares, de la comunidad y de la población.				
	5	Utilizo estrategias efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promocionar así la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de la atención sanitaria.				
	6	Implemento algoritmos, guías clínicas, protocolos y vías de actuación para la población basadas en la evidencia.				
	7	Desarrollo e implemento mecanismos para la supervisión periódica y la evaluación de políticas que influyeren los servicios de atención sanitaria y los traduzco en planes de salud, estructuras y programas.				
	8	Lidero la promoción de colaboraciones interdisciplinarias para implementar programas de atención al paciente orientados al resultado que puedan cumplir con las necesidades clínicas de los pacientes, las familias, las poblaciones y las comunidades.				
Liderazgo Clínico y Consultoría	9	Asumo posiciones de liderazgo avanzadas y complejas con el propósito de iniciar y encauzar la evolución del trabajo.				
	10	Contribuyo al avance de la práctica enfermera a través del desarrollo y la implementación de innovaciones.				
	11	Proporciono servicios de consultoría basándome en datos clínicos, marcos teóricos y práctica basada en la evidencia.				
	12	Emito recomendaciones en base al proceso de consultoría.				
Autonomía para la Práctica Profesional	13	Prescribo, ordeno y/o implemento intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tratamientos y procedimientos tal y como se definen en los planes de atención sanitaria dentro del contexto legislativo apropiado.				
	14	Diagnostico problemas de salud complejos e inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo de atención sanitaria multidisciplinar, según lo indicado por el contexto, la especialidad y el conocimiento y experiencia individuales.				
	15	Proporciono a los usuarios la información necesaria sobre los efectos y potenciales efectos adversos esperados de las terapias prescritas. Ofrezco también información sobre los costes, además de los tratamientos y procedimientos alternativos, cuando sea preciso.				
	16	Obtengo datos sobre el contexto y la etiología (incluyendo factores relacionados y no relacionados con la enfermedad) necesarios para formular diagnósticos diferenciales y planes de cuidados, y para identificar y evaluar los resultados.				
	17	Selecciono, prescribo y superviso intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, medidas de diagnóstico, equipamiento, procedimientos y tratamientos dirigidos a la satisfacción de las necesidades de los pacientes, familias y grupos, de acuerdo con la preparación profesional, los privilegios institucionales, las leyes locales y estatales y reglamentos profesionales.				
	18	Diagnostico y manejo enfermedades agudas y crónicas mientras atiendo las respuestas del paciente a su proceso de enfermedad.				
	19	Solicito, llevo a cabo e interpreto los resultados de pruebas y tests habituales de screening y diagnóstico.				
	20	Planifico y desarrollo seguimientos de forma apropiada para monitorizar a los pacientes y evaluar el proceso salud/enfermedad.				

5

GRADIENTES DE COMPETENCIAS EN ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS CLÍNICAS GENERALISTAS

			1	2	3	4
Relaciones Interprofesionales y Mentoría	21	Encuentro el tiempo para atender a las preocupaciones y peticiones profesionales de mis compañeros de profesión.				
	22	Animo a otros profesionales o al paciente y/o familia a compartir conmigo cualquier asunto o problema que afecte a su desarrollo personal y cualquier idea o sugerencia relacionados con éste, asistiéndole en la resolución de sus problemas de forma objetiva y constructiva.				
	23	Colaboro con los miembros del equipo de atención sanitaria para proveer una atención sanitaria interprofesional y centrada en el paciente, familia y/o comunidad con las que trabajo. a niveles individual, organizacional y sistémico.				
	24	Superviso mi propia práctica profesional al mismo tiempo que participo en la supervisión y revisión de la práctica clínica a niveles inter e intradisciplinarios.				
	25	Actúo como vínculo (función mediadora) entre los distintos profesionales del ámbito sanitario implicados.				
Gestión de la calidad	26	Tutorizo al personal sanitario, a los estudiantes universitarios y demás en la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para ayudarles en el ejercicio de su profesión.				
	27	Anticipo la variabilidad de práctica clínica y actúo proactivamente en la implementación de intervenciones que garanticen la calidad.				
	28	Diseño innovaciones para efectuar cambios en la práctica clínica y mejoras en los resultados de la atención sanitaria.				
	29	Utilizo los resultados de la mejora de calidad para iniciar cambios en la práctica enfermera y el sistema de atención sanitaria.				
	30	Evalúo a otras/os enfermeras/os, a mi misma/o y al sistema a través de la gestión y control de la calidad como parte de un programa de mejora continua de calidad.				
Gestión de cuidados	31	Organizo los componentes del plan de cuidados y coordino la atención sanitaria.				
	32	Mantengo un conocimiento actualizado sobre la organización para la que trabajo así como sobre la financiación de los sistemas de atención sanitaria y el modo en que éstos afectan a la actividad asistencial.				
	33	Facilito la continuidad de los cuidados y valoro el estado de los usuarios a la hora de ajustarse a sus problemas de salud en su propio contexto vital.				
	34	Superviso los resultados de los programas de atención sanitaria y aconsejo sobre la gestión clínica y las intervenciones apropiadas.				
	35	Contribuyo al desarrollo del sistema de atención sanitaria global y adopto modelos enfermeros utilizados en el sistema para obtener los resultados óptimos.				
	36	Promuevo la capacidad del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabajo para participar en las decisiones relacionadas con el proceso de atención y el manejo de sus necesidades de salud, de acuerdo con la evaluación de las preferencias del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabajo y los recursos disponibles.				
Enseñanza y educación profesional	37	Asumo la responsabilidad de una formación continuada para mi propio desarrollo profesional y el mantenimiento de mis competencias profesionales.				
	38	Promociono y abogo por programas que apoyen la educación interdisciplinaria en la atención sanitaria.				
	39	Promociono y potencio un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo.				
	40	Utilizo la información obtenida en actividades formativas para mejorar el desempeño profesional.				
Promoción de la salud	41	Participo en el desarrollo y la implementación de programas de promoción de la salud.				
	42	Proporciona prevención secundaria y terciaria a pacientes con problemas de salud múltiples o crónicos.				
	43	Promuevo los autocuidados en mis pacientes y sus familiares y/o los sistemas de soporte y facilito su participación en la atención sanitaria cuando sea apropiado.				
	44	Actúo para empoderar al individuo, los grupos y las comunidades sobre la adopción de estilos de vida saludables y los autocuidados.				
TOTAL						

ANEXO III: Aprobación del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga

Dra. Dña. Gloria Luque Fernández, Secretaria del CEI Provincial de Málaga

CERTIFICA:

Que en la sesión de CEI de fecha: 27/06/2019 ha evaluado la propuesta de D/Dña.: José Miguel Morales Asencio, referido al Proyecto de Investigación: "Gradientes de competencias en enfermeras de práctica avanzada y enfermeras especialistas".

Este Comité lo considera ética y metodológicamente correcto.

La composición del CEI en esta sesión es la siguiente:

- Dra. Ana Alonso Torres (UGC Neurociencias)
- Dra. Encarnación Blanco Reina (Farmacología Clínica)
- D. Alfonso García Guerrero (UGC CS Colonia de Santa Inés)
- Dr. José Leiva Fernández (Médico Familia)
- Dr. Francisco J. Mérida de la Torre (Laboratorio)
- Dr. Antonio E. Guzmán Guzmán (UGC Farmacia Hospitalaria)
- Dra. M^a Victoria de la Torre Prados (UGC UMI)
- Dña. Carmen López Gálvez del Postigo (Miembro Lego)
- Dr. Antonio López Téllez (Médico de Familia)
- Dr. Victor Navas López (UGC Pediatría)
- Dra. Gloria Luque Fernández (Investigación)
- Dra. M^a Mercedes Márquez Castilla (Médico Familia)
- Dra. Cristobalina Mayorga Mayorga (Laboratorio)
- Dra. Leonor Ruíz Sicilia (UGC Salud Mental)
- D. Ramón Porras Sánchez (RRHH-Abogado)
- Dr. Manuel Herrera Gutiérrez (UGC UCI)
- Dr. Rafael Carvia Ponsaille (Anatomía Patológica)

Lo que firmo en Málaga, a 17 de julio de 2019



Fdo.: Dra. Gloria Luque Fernández
Secretaria del CEI