



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



EDITORIAL

Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria



Advanced practice in nursing and new organisational healthcare models

Leticia San Martín-Rodríguez*

Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra, Navarra, España

Recibido el 19 de abril de 2016; aceptado el 22 de abril de 2016

En los últimos años, hemos asistido en nuestro país a una eclosión de la Enfermería sin precedentes, tanto en el terreno de la formación —universitaria y clínica— como en el terreno de la práctica, con la aparición de nuevos roles y reivindicación de nuevas competencias. En este contexto, se ha ido introduciendo en nuestro discurso el concepto de «rol avanzado» o de «Práctica Avanzada en Enfermería», utilizándolo casi de manera general, para la denominación de todos aquellos nuevos roles de Enfermería que iban apareciendo en el panorama de nuestro sistema sanitario: enfermeras gestoras de casos, enfermeras de enlace, enfermeras especialistas, etc.

A nivel general, la confusión con respecto a la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) es grande. Desde la aparición de este rol en EE.UU., en los años 40¹, distintos países han ido adoptando la EPA y la han ido adaptando a las particularidades de cada contexto, originando una heterogeneidad de concepciones. En un esfuerzo por consensuar una definición, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) definió en 2008 la EPA como una enfermera con un conocimiento experto, con capacidad para tomar decisiones complejas y con las competencias clínicas necesarias para poder llevar a cabo una práctica ampliada, recomendando para su formación un

nivel de máster. Sin embargo, en esa misma definición en la que se intenta unificar el concepto de EPA, el CIE apunta a que estos roles estarán perfilados por el contexto concreto de cada país.

Nos ha parecido oportuno tomar como referencia las figuras de EPA que fueron definidas como tales desde el principio, que se han exportado con éxito a otros países y han generado toda una literatura en torno a sus competencias y su efectividad. Así, desde su nacimiento en EE.UU., las 2 figuras referentes dentro de la EPA son la *Nurse Practitioner* (NP) y la *Clinical Nurse Specialist* (CNS), de las que preferimos utilizar su denominación en inglés, para no caer en la confusión que suele generar su traducción al castellano. Ambas figuras que nacen en necesidades diferentes, y han expandido o han hecho «avanzar» la práctica enfermera, en distintas direcciones. Mientras la NP responde a una carencia de profesionales de la medicina y su práctica avanzada se basa en la adquisición de competencias de valoración, diagnóstico y tratamiento, otorgando así una autonomía en la gestión de ciertos tipos de pacientes², la CNS tiene su origen en la necesidad de las enfermeras gestoras de contar con alguien que les ayude a formar a su personal en calidad de cuidados y por lo tanto, su práctica avanzada se ha basado en los propósitos de enfermería³. El hecho de que una de las figuras se base en el avance de la disciplina enfermera y la otra en el avance de la actividad, tomando prestadas responsabilidades

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: leticia.sanmartin@unavarra.es

propias de otros profesionales, ha generado un gran debate en la disciplina, que no abordaremos aquí, pero que conviene tener presente.

La práctica de ambos perfiles contempla tanto actividades directas sobre el paciente, como actividades dirigidas al personal de Enfermería, necesitando para ello las competencias de *coaching*, consultoría, liderazgo, investigación, colaboración y toma de decisiones éticas⁴. Sin embargo, mientras que la NP dedica aproximadamente un 80% de su tiempo a las actividades directas sobre el paciente, y un 20% a las actividades sobre el personal de Enfermería, el perfil de CNS presenta estos mismos porcentajes invertidos, dedicando un 80% de su tiempo a actividades dirigidas al personal de Enfermería, y un 20% a actividades sobre los pacientes. Este reparto de actividades no es sino el reflejo de la orientación de ambos perfiles, tal y como comentábamos con anterioridad. Sin embargo, no es difícil poder entender la práctica avanzada como un *continuum* entre ambos perfiles, según el cual, pueden llegar a conceptualizarse distintos roles según el reparto que se haga de su tiempo entre los 2 grupos de actividad⁵.

La cuestión ahora es ¿qué cabida tienen estos perfiles en el sistema sanitario de nuestro país? Para dar respuesta a esta pregunta, con una cierta visión a medio plazo, hemos optado por utilizar la perspectiva que nos dejan los nuevos modelos organizativos de provisión de servicios, que se están desarrollando en los últimos años en el sistema sanitario español.

Los sistemas sanitarios regionales de nuestro país han ido progresando en los últimos años en el planteamiento de nuevos modelos organizativos, modelos que no buscan sino la adaptación de los servicios de salud, a las nuevas necesidades de la población en materia sanitaria. Estas necesidades vienen determinadas por una realidad cambiante, caracterizada por un aumento de la esperanza de vida, de la población, incremento de las enfermedades crónicas, avances tecnológicos importantes y acentuación del coste de los tratamientos, entre otros. Sin embargo, la demanda no es solo la de dar respuesta a estas nuevas necesidades, sino hacerlo poniendo énfasis en la contención del gasto y en el incremento de la calidad de la atención. A este respecto, es inevitable señalar la impronta que la crisis económica ha dejado en la reorientación de los servicios sanitarios, obligando a la adopción de medidas de sostenibilidad importantes.

Estos nuevos planteamientos organizativos y de gestión intentan por un lado evolucionar hacia una visión más horizontal de la estructura organizativa sanitaria y por otro, intentar poner más peso en la atención comunitaria, como base del sistema sanitario. Todo ello, bajo la perspectiva de un nuevo paradigma, que promueve la participación del paciente como parte activa del sistema.

Nos estamos poco a poco deshaciendo de las tradicionales estructuras verticales, organizadas en torno a silos de profesiones y especialidades, y nuestras organizaciones están adquiriendo estructuras más matriciales, caracterizadas por la presencia de una organización horizontal, que se adapta mejor a los procesos asistenciales que se adapta mejor a los pacientes. En definitiva, se trata de organizar a distintos profesionales, en torno a un grupo homogéneo de pacientes. Este tipo de organización es ideal para la resolución de problemas complejos que requieren de la intervención

de muchos especialistas, además de tener una gran flexibilidad a la hora de ahorrar costes⁶. Hace unos años se hablaba de «institutos» o «áreas clínicas funcionales» en los hospitales^{7,8} y ahora, bajo el mismo modelo organizativo y de gestión, se habla genéricamente de «gestión clínica».

En este escenario de desarrollo de la gestión clínica, las EPA pueden aportar un valor añadido muy interesante para el sistema. Este perfil de práctica avanzada podría asumir perfectamente el liderazgo clínico, considerado uno de los elementos determinantes para el éxito de la gestión clínica⁹. No solo por la capacidad de la EPA para sostener a las enfermeras en la toma de decisiones clínicas complejas, sino también, por su formación en colaboración interdisciplinar y trabajo en equipo, y su competencia para basar la práctica clínica en la evidencia, uno de los pilares fundamentales de la gestión clínica¹⁰. Además, el empoderamiento o la activación de los pacientes para que sean los verdaderos responsables de la gestión de su enfermedad, debe ser sin duda asumido por las enfermeras, razón de más para contar con un liderazgo clínico en manos de este profesional.

Si nos centramos más concretamente en el contexto hospitalario, el liderazgo clínico para las enfermeras de base se hace imprescindible. La exigencia de estos nuevos modelos de gestión es grande. Se exige a las enfermeras un nivel alto de calidad de cuidados, a la vez que experimentan con nuevas formas de hacer, de organizarse y de entender la atención al paciente. Los pacientes son cada vez más complejos y más conscientes de sus demandas, y las enfermeras se enfrentan en muchas ocasiones en su trabajo diario a dificultades derivadas de la aplicación de distintas medidas de sostenibilidad. A este respecto, el perfil de la CNS —que recordemos, su principal actividad se centra el profesional de enfermería—, complementa al perfil de gestión en aquellas tareas que suponen el mantenimiento de unos estándares de calidad de cuidados de la implantación de la CNS, esta figura ha propiciado en todos los casos el avance de la Enfermería a un nivel superior de práctica clínica¹.

Además del desarrollo de la gestión clínica, la evolución de los problemas de salud de la población hacia la cronicidad, ha originado un replanteamiento en el papel de la atención primaria, entendiéndose que debe actuar como la piedra angular de nuestro sistema sanitario. Este énfasis puesto en la atención comunitaria, se ha visto complementado con la ya comentada visión horizontal a nivel organizativo. La organización horizontal se ha concebido más allá de los límites de las organizaciones, entendiéndose que los procesos de los pacientes, transcurren entre distintas organizaciones sanitarias. Por esta razón, la que la coordinación y la integración de distintos niveles asistenciales se ha convertido en algo ineludible para el correcto funcionamiento del sistema.

En este contexto de reorientación hacia la integración de servicios, enfatizando en la atención primaria y la asistencia del paciente en el domicilio, el perfil de NP en atención comunitaria o atención primaria, podría tener su razón de ser. Quizás sea el único perfil de NP que puede llegar a tener cabida en nuestro sistema sanitario a medio plazo. Por un lado, recordemos que la NP se fundó en la adquisición de responsabilidades propias de los profesionales de la medicina y como sabemos, las experiencias a este respecto en nuestro país no son muy positivas; tenemos todavía

presente el conflicto generado con la prescripción enfermera. Por otro lado, el nacimiento de la NP en otros países tiene su origen en la falta de profesionales de la medicina, y España, con 37 médicos por cada 10.000 habitantes, se encuentra en el grupo de cabeza de los países europeos en cuanto a número de médicos¹¹.

Sin embargo, la potenciación de la atención primaria y la necesidad de coordinar e integrar servicios, puede ser terreno abonado para el desarrollo de la NP. No solo es un perfil que la mayoría de países ha decidido desarrollar e invertir, sino que hay evidencia que avala la eficacia de este perfil, demostrando que en atención primaria, puede llegar a ser igual de eficaz que los médicos a la hora de conseguir resultados de salud¹². Además, la NP en atención primaria puede mejorar el acceso al sistema y la gestión de la demanda, ya que es capaz de resolver entre el 80-90% de los procesos¹³. Quizás ayude a su implantación y desarrollo el hecho de que en los próximos años, para la especialidad de medicina de familia y comunitaria concretamente, algunos informes prevén un déficit de profesionales¹⁴.

Por último, señalar en este punto que la coordinación e integración de servicios desde atención primaria, podría también beneficiarse de una figura de EPA para la de gestión de casos. No está claro a nivel internacional si la enfermera gestora de casos es una enfermera especialista o una enfermera avanzada. Algunos autores⁴ la incorporan dentro de su definición de EPA, aunque a día de hoy, únicamente EE.UU. la considera enfermera de práctica avanzada¹. Lo que es cierto es que incorporar un perfil más avanzado a la gestión de casos, podría aportar ventajas en cuanto a la resolución de procesos. Dentro del *continuum* propuesto por Donald et al.⁵, adquiriría sentido un perfil próximo a la NP, adquiriendo algunas competencias que le permitan una mayor autonomía en la gestión de los pacientes.

Solo nos queda instar a los dirigentes, a que creen y regulen puestos de Práctica Avanzada en Enfermería, y a las universidades, a que ofrezcan la formación para el futuro desarrollo de estos perfiles en nuestro sistema sanitario. Es

precisamente en un contexto de consolidación de la formación universitaria de posgrado en Enfermería, en el que se ha desarrollado la EPA en otros países¹.

Bibliografía

1. Sheer B, Wong FK. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40:204–11.
2. Barton TD. What does the future hold for advanced nursing? *Nurs Times*. 2012;108:19–21.
3. Cukr PL. Viva la Difference! The nation needs the CNS and NP as separate roles. *OJIN*. 1996.
4. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. *Advanced practice nursing*. 5.ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2014.
5. Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Kilpatrick K, Carter N, et al. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity. *Can J Nurs Leadersh*. 2010;23:189–210.
6. Minsal-Pérez D, Pérez-Rodríguez Y. Organización funcional, matricial... En busca de una estructura adecuada para la organización. *Acimed*. 2007;16.
7. Asenjo MA, Bohigas L, Trilla A, Prat A. *Gestión diaria del hospital*. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
8. Castro-Beiras A, Escudero-Pereira JL, Juffe-Stein A, Sánchez CM, Caramés-Bouzán J. El «área del corazón» del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:611–9.
9. Cequier A, Ortiga B. Importancia del liderazgo clínico en la gestión clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:465–8.
10. Lemus JD, Aragues y Oroz V, Lucioni MC. *Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de salud*. Buenos Aires: Corpus; 2009.
11. *OMS World Health Statistics*. Ginebra: OMS; 2014.
12. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324:819.
13. Munding M. Advanced-practice nursing-Good medicine for physicians? *New Engl J Med*. 1994;330:211–4.
14. Barbar-Pérez P, González Lopez-Valcarcel B, Suarez-Vega R. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025). Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2011.